TRANSCRIPCIÓN PENDIENTE DE CORRECCIÓN.

BORRADOR PREVIO A LA EDICIÓN DEL DIARIO DE SESIONES

COMISIÓN DE SALUD

Sesión celebrada el día 7de mayo de 2013

Orden del día:

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre la detección de la presencia de la bacteria Listeria en la comida del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar acerca del proceso de adjudicación, privatización de ciertas analíticas y de las condiciones y limitaciones derivadas de la situación de los laboratorios hasta 2015.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para presentar en el Parlamento el borrador del Plan para Enfermos Crónicos.

BORRADOR

(Comienza la sesión a las 10 horas y 4 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre la detección de la presencia de la bacteria Listeria en la comida del Complejo Hospitalario de Navarra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Buenos días, señoras, señores Parlamentarios. Damos inicio a la Comisión de Salud, ante la cual hoy comparece la señora Consejera, que viene acompañada de su equipo habitual. Sabían que había cuatro puntos en el orden del día. Se han unificado dos, por lo tanto hay tres puntos, y el primero de ellos es la comparecencia de la Consejera de Salud para informar sobre la detección de la presencia de la bacteria Listeria en la comida del Complejo Hospitalario de Navarra, comparecencia que ha sido solicitada por parte de Parlamentarios no adscritos, y en este caso su portavoz, señor Leuza, tendrá la palabra para dar inicio a la comparecencia.

SR. LEUZA GARCÍA: Eskerrik asko, Presidente jauna. Señoras y señores Parlamentarios, buenos días, egun on guztioi. Me gustaría dar la bienvenida a la señora Vera y a los miembros de su equipo que la acompañan. Lo cierto es que esta comparecencia es solicitada tras conocer, el día 23 marzo, que el 26 febrero el Instituto de Salud Pública y Laboral había detectado la presencia, en un análisis realizado en la comida suministrada a los pacientes del hospital, de Listeria, la bacteria causante de la listeriosis. Con posterioridad a la citada noticia, conocimos que un paciente ingresado en el Centro Hospitalario de Navarra fue diagnosticado el pasado 21 febrero con una infección de Listeria. La listeriosis es una enfermedad poco frecuente en humanos, pero extremadamente grave. Aunque poco frecuente, de muy alta mortalidad, 30 por ciento, que en el caso de grupos sensibles se eleva aún más, hasta un 70 por ciento. La contaminación tiene lugar, generalmente, durante el consumo de alimentos que contienen la bacteria responsable de la enfermedad. Son alimentos poco tratados, con mucha vida útil, en refrigeración y sin necesidad de aplicarles ningún tratamiento. Abrir y listo. Entre estos alimentos, están la leche cruda, queso elaborado con esta leche, carne cruda, cocinada, verduras crudas, embutidos, patés, quesos frescos o

poco curados. Por todo ello, el 26 de marzo solicitamos esta sesión de trabajo para que usted, señora Vera, nos informe sobre la detección de la presencia de la bacteria Listeria en la comida del Centro Hospitalario de Navarra, la adopción de medidas preventivas en las cocinas del Hospital de Navarra para evitar la transmisión de la bacteria causante, la posible contracción de infecciones relacionadas con esta bacteria, y la adopción de medidas correspondientes para la depuración de responsabilidades. Por último, como todos los presentes sabemos, el paciente infectado falleció unos días después de esta solicitud. Señora Consejera, al día siguiente de este fallecimiento, ustedes aseguraron que la alimentación no era el origen de la infección. Dijeron también que se investigaría lo sucedido y que informarían sobre este asunto. Ha pasado más de un mes y no hemos tenido conocimiento de ninguna explicación por parte de su departamento. Por otra parte, sí hemos sabido que esta bacteria tiene un período de incubación de entre 3 días y 70, aunque el plazo normal de detección es de un mes aproximadamente, y que siempre la infección es vía alimentaria. El paciente estaba ingresado desde el año 2012, por lo que, como mínimo, llevaba 90 días ingresado. Tanto yo, como todos los que estamos en esta sala, somos conscientes de la preocupación que todo esto produce entre la población en general y los pacientes y familiares en particular. Hoy mismo hemos podido leer en un periódico local que médicos del complejo hospitalario aconsejan a pacientes que les lleven la comida de casa. El Sindicato Médico de Navarra constata cómo los enfermos devuelven más bandejas con comidas que antes. Señora Vera, le aseguro que el que le habla no tiene ninguna intención de crear ninguna alarma social. Se lo aseguro. Se lo puedo asegurar además. Todo lo contrario: necesitamos saber la verdad. Necesitamos salir hoy de aquí convencidos de que nuestros enfermos no corren ningún peligro al ser hospitalizados. Esa tranquilidad solamente nos la puede dar usted con las explicaciones que nos dé hoy. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, su tiempo.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias. Muchas gracias, Presidente. Buenos días a todos. Voy a empezar rebatiendo

una de las cosas que usted ha comentado, como es que la Listeria solo se puede contagiar por la alimentación. Es falso. No es solamente por alimentación. Y comenzaré con el texto de la comparecencia que habíamos preparado en función de las solicitudes o las preguntas concretas que nos habían comentado. En su planteamiento de solicitud de comparecencia también hacían una afirmación que quiero comenzar negando, y es la de que ustedes dicen que la listeriosis no es una enfermedad de declaración obligatoria en Navarra, al contrario de lo que ocurre en otras comunidades, Andalucía, por ejemplo. Pues bien, eso no es cierto. Desde el año 2008, y a raíz de la publicación de la Orden Foral 19/2008, de 15 de febrero, de la Consejera de Salud, por la que se modifican las enfermedades incluidas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Navarra, la listeriosis se incluyó en el Anexo I de dicha Orden Foral en el grupo de enfermedades de declaración obligatoria numérica e individualizada. Y dicho esto, procedo a responder a las preguntas concretas que me hacían en su petición de comparecencia.

Primero, quiero negar tajantemente que se haya detectado Listeria en la comida servida a los pacientes del complejo hospitalario, como saben perfectamente, porque lo hemos dicho en distintos foros. Lo que pasa es que usted dice que quiere salir de aquí tranquilo porque yo le dé las explicaciones. Yo las doy tantas veces como sea necesario. La cuestión es que ustedes no sé si creen las explicaciones que les estoy dando o que les he dado. En una muestra de lasaña, en la que en un principio se detectaron indicios de presencia de Listeria, tras ser sometida al procedimiento analítico normalizado se obtuvo un recuento inferior a 10 unidades formadoras de colonias de dicha bacteria por gramo de alimento, de tal manera que, conforme a los criterios microbiológicos establecidos en el Reglamento (CE) nº 2073/2005 de la Comisión, de 15 noviembre de 2005, relativo a los criterios microbiológicos aplicables a los productos alimenticios, –es decir, no respecto a mi opinión o al respecto de la normativa propia, sino que estamos hablando de normativa europea– el resultado fue negativo ya que el límite establecido es muy superior, concretamente de 100 unidades por gramo. Y esa muestra, repito, tenía un recuento inferior a 10 unidades por gramo. ¿Resultado entonces? negativo. No sé si lo voy a dejar hoy claro o no. Pues si para ustedes está

claro… pero como está para nuestros profesionales del Instituto de Salud Pública. El caso es que el resultado es negativo, luego no hay presencia de Listeria en comida del Complejo Hospitalario de Navarra. Ni la ha habido, ni la hay.

Segunda pregunta que me hacía: la adopción de medidas preventivas en la cocina del complejo para evitar la transmisión de la bacteria causante de la listeriosis. Dado que no ha habido en ningún momento riesgo de transmisión de la bacteria causante de la listeriosis, no nos hemos visto obligados a adoptar ninguna medida preventiva especial. Aun así, como saben, la seguridad de los productos alimenticios se garantiza principalmente mediante un enfoque preventivo de autocontrol que incluye la adopción de buenas prácticas de higiene y la aplicación de procedimientos basados en los principios APPCC de puntos críticos. La empresa gestora de las cocinas del complejo presentó su plan de autocontrol al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra para su validación. La aplicación de dichos procedimientos sirve para prevenir no solamente el riesgo de listeriosis, sino para evitar cualquier otro riesgo para la seguridad de los alimentos.

El tercer punto hacía referencia a la posible contracción de infecciones relacionadas con esta bacteria por parte de pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Navarra. En nuestra opinión, es especialmente grave y no deja de sorprenderme que se siga aprovechando la enfermedad de una persona y el sufrimiento de una familia como un arma arrojadiza contra este departamento y contra todo el equipo de Salud. Hemos dicho en varias ocasiones y en diversos foros, incluido este Parlamento, que el paciente que desgraciadamente falleció a causa de una listeriosis, primero, no comió lasaña y, segundo, a pesar de ello se realizaron controles de tipaje de las muestras de Listeria del alimento y el hemocultivo, que fueron realizadas en un laboratorio externo con fecha del 21 febrero, y demostraron pertenecer a tipos diferentes. La placa de agar sangre era serotipo 4B y la toma de muestra de alimento serotipo 3A. Por si les queda alguna duda, quiero aclarar que no es posible que un alimento que contiene una bacteria de un serotipo determinado produzca en un paciente la enfermedad causada por un serotipo diferente. Como ya he dicho anteriormente, la listeriosis es una enfermedad

de declaración obligatoria e individualizada en nuestra Comunidad. Cuando se notifica al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra un caso de dicha enfermedad, este se registra, se investigan las posibles causas de la enfermedad y se aplican las medidas preventivas que procedan, teniendo en cuenta los resultados de la investigación. El día 21 febrero, el Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario de Navarra notificó al instituto la confirmación de un caso de listeriosis de un paciente varón. Desde el mes de enero, antes de su ingreso, recibía tratamiento que afectaba a su sistema inmunitario. El tratamiento y la situación de salud del paciente incrementan sensiblemente la probabilidad de desarrollar la enfermedad o formas graves de la misma. El paciente ingresó en los primeros días del mes de febrero. La fecha de inicio de los síntomas de listeriosis fue el día 19 febrero, fecha en la que se obtuvo la muestra de sangre que resultó positiva. A pesar del tratamiento de listeriosis el paciente falleció el 31 marzo, y entre esas dos fechas el paciente fue sometido a dos hemocultivos para comprobar la existencia o no de listeriosis: uno el 20 marzo y otro el 27 marzo, y ambos resultaron negativos.

Señorías, saben ustedes perfectamente que las enfermedades o las infecciones nosocomiales se pueden presentar en los hospitales debido a factores como la alta susceptibilidad a las infecciones de pacientes cada vez con mayor edad y con más patologías crónicas, al aumento de la complejidad de las intervenciones realizadas, a la necesidad de utilizar procedimientos invasivos para el diagnóstico o tratamiento, y a la presencia de microorganismos resistentes a los actuales antibióticos. Y, desgraciadamente, y a pesar de que se trabaja, les aseguro, intensamente en este ámbito, la prevalencia de infecciones nosocomiales en el Complejo Hospitalario de Navarra en el año 2012 fue del 7,64 por ciento, con un total de 53 infecciones adquiridas. Por lo tanto, como les decía al principio, no caigan en la trampa de utilizar el sufrimiento de una familia para tratar de lograr su objetivo, legítimo por supuesto, que no es otro que el de la rescisión del contrato de Mediterránea de Catering y la reversión de la cocina al Servicio Navarro de Salud. Continúen persiguiendo su objetivo pero, por favor, no recurran a esto para hacerlo.

BORRADOR

Y en cuarto y último lugar, y en relación con la depuración de responsabilidades, entenderán ustedes que, teniendo en cuenta que el resultado del análisis del alimento dio negativo por su escasa cuantificación, teniendo en cuenta que a pesar de ello hicimos una caracterización serológica de ambas cepas, demostrando que no existía relación entre ellas, y teniendo en cuenta también que en este tiempo se han realizado un centenar largo de cultivos microbiológicos, y en ninguno de ellos se ha detectado la presencia de agentes microbiológicos patógenos, entenderán, repito, que no tengamos por qué depurar responsabilidades. Coincidirán conmigo en que las sanciones se ponen por hechos consumados y cuando hay pruebas fehacientes de que algo se ha hecho mal, no a nuestro libre albedrío ni porque nos caiga mejor o peor una empresa. Y quiero terminar lamentando el uso que en algunos casos, no en todos, se ha hecho de la información que el Departamento de Salud les ha facilitado. En este caso en concreto, se ha producido una utilización que, o bien es fruto de la ignorancia o de la malicia, y que solo ha contribuido a alarmar sin ningún motivo a las personas atendidas en el complejo hospitalario, a la desinformación de la población y a dañar la imagen de nuestro Servicio Navarro de Salud. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Leuza, su tiempo.

SR. LEUZA GARCÍA: Gracias, señor Presidente. La verdad es que no esperaba esas explicaciones, porque al final nos ha dicho pocas cosas. Usted se ha dedicado a defenderse atacando a todos los que estamos aquí para hacer lo que tenemos que hacer, entre otras cosas controlarla a usted y a su departamento. Usted ha empezado diciendo que hay otras formas de contagio de la listeriosis, pero no ha dicho cuáles. Me he quedado con las ganas de saber cuáles. Ha dicho que es con tierra, que también los agricultores y ganaderos pueden hacerlo con tierra, pero no sé si este hombre tuvo contacto o no. Yo tampoco he dicho en ningún momento, ni en la intervención de ahora ni en el escrito, que este señor se contaminó con algo. A este señor le diagnosticaron que tenía listeriosis. Es lo único que yo he dicho. No he dicho nada más. Lo que hemos leído todos es que hubo una lasaña en la cual se detectó la bacteria. No sabemos lo que pasó con las otras mil que había ese día, si se repartieron o si se detectó en todas ellas. Luego, mire, le voy a decir

una cosa. El pasado 24 de abril, en sesión de trabajo de la Comisión de Salud, el personal de Salud Pública del Gobierno explicó los cambios realizados por Mediterránea de Catering. En un momento de la intervención, la señora Agurtzane Jiménez, cuando habla de *E. coli* comenta que hay una infección fecal, y asegura que esta será por la higiene del proceso. Lo dice claramente. El jefe del departamento, que está junto a ella, certifica que lo que está diciendo es cierto. Al día siguiente, el Gobierno de Navarra cuelga el siguiente comunicado en su página web: "el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra ha confirmado que todos los menús servidos en el Complejo Hospitalario de Navarra cumplen los criterios microbiológicos internacionales de seguridad alimentaria y descarta que hubiera restos fecales en ninguno de los análisis realizados desde la puesta en marcha del nuevo servicio de cocinas el pasado mes de enero". No tiene que ver con esto, pero sí tiene que ver para lo que quiero decir. Así lo ha expresado esta tarde en rueda de prensa el Jefe del Servicio de Seguridad Alimentaria y Seguridad Ambiental, Javier Aldaz. Javier Aldaz era el jefe que estaba el día anterior junto a la señora Jiménez, quien ha explicado que la bacteria *E. coli*, hallada en alguna de las muestras, es un microorganismo que puede encontrarse en cualquier ambiente y no es raro que esté presente en materias primas, utensilios, recipientes, superficies o en las personas que manipulan los alimentos, sin que suponga ningún riesgo para la salud. ¿A quién creemos? ¿Al jefe de ese día o al del anterior, que asegura que lo que está diciendo la persona que estaba hablando era cierto? Es una incertidumbre que no tengo solamente yo. La tenemos todos. Yo no sé quién dice la verdad, si el del día siguiente porque le mandan hacer un comunicado, o porque le hacen un comunicado porque se dan cuenta de que lo que se ha dicho el día anterior es una barbaridad, o era cierto lo del día anterior. Es que eso yo no lo sé. Eso sí me gustaría que usted nos lo aclarara. Usted ha dicho que se cumple la legislación europea en los controles que realiza el instituto. Pues yo creo que no. Por lo que me han dicho a mí, yo creo que no. Una de las normas que tiene es hacer las visitas sin previo aviso. Y la visita en la que fueron a hacer los análisis en los que se detectó la Listeria la habían avisado con anterioridad. Y la legislación europea manda que se hagan sin previo aviso. Por eso, yo creo que la legislación europea la cumplen cuando la cumplen. Pero en ese

caso, no. Yo poco más tengo que decir, porque tampoco es un campo que controle totalmente, sino que usted ha dicho unas cosas y yo, desde luego, le tengo que insistir en que yo no me he aclarado si hubo o no hubo Listeria, si hubo o no bacteria, si este… Pues entonces, yo no he oído… Aparte, ustedes dicen que no, y no sabemos por qué. Porque dicen que no. No, no, no, no, no. Pero si no es cuestión de creerle o no es cuestión de creerle. Si no es cuestión aquí de decir que les vamos a crear alarma, como ha dicho usted. Hombre, por favor, que estamos haciendo todo esto, de un paciente, de una persona que ha fallecido, que estamos haciendo carne. Por favor, por favor. Eso no es cierto. Eso no es cierto. Además, yo pienso que los pacientes del hospital, desde luego, no son unos clientes de un restaurante. Son unas personas que están en un estado delicado y que necesitan un tratamiento especial. Y lo que se está viendo es que no es así. Y además hay sectores profesionales, como los médicos, como otra gente, que han dicho que es así la cosa. Que no me lo estoy inventando yo. Y que usted, le insisto, no nos ha dado las explicaciones con las que, desde luego, desde aquí nos podamos ir con tranquilidad. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Comenzamos turno de portavoces del resto de grupos. Sr. Pérez Prados, por UPN.

SR. PÉREZ PRADOS: Buenos días. Gracias, señor Presidente. Gracias también a la señora Consejera por las explicaciones trasladadas una vez más sobre este tema. Comenzaba el señor Leuza haciendo un relato que se ha hecho en varias ocasiones ya, también por algunos medios de comunicación, por supuesto por algunos grupos parlamentarios, que se refiere, sin relacionarlos, primero la presencia de Listeria en una de las comidas, en una de las lasañas del Complejo Hospitalario de Navarra, –que, efectivamente, luego dio negativo porque no está en las cantidades suficientes para que sea declarado o calificado como positivo– la infección de un enfermo y la muerte de este enfermo. Usted no relaciona una cosa con la otra, pero tal y como realiza el relato, la mayoría de las personas que lo escuchan sí que lo relacionan y, por tanto, la desinformación es grande. Ya digo que ese mismo relato ya se ha realizado también en algunos medios de comunicación. Yo quiero agradecer, una vez más, las explicaciones

realizadas por la Consejera en la respuesta dada sobre todos y cada uno de los puntos que contiene su solicitud de comparecencia. Efectivamente, hacen afirmaciones que no son ciertas, diciendo que no es una enfermedad de declaración obligatoria en Navarra la listeriosis, y luego que se ha detectado en la comida, lo cual no es cierto. Algunas medidas, sí es cierto, se han tomado algunas medidas preventivas, se están haciendo una serie de inspecciones en las cocinas del complejo hospitalario, que hasta ahora se vienen haciendo, ya hemos dicho en otras ocasiones, dos por semana. No creo que ninguna de estas empresas saliese en esos informes, en esas actas de inspección, limpia del todo haciendo esta cantidad de inspecciones, cuando en las antiguas cocinas se hacía una al año en vez de dos a la semana, para que haga la diferencia. Por tanto, eso todo lo que nos da es una tranquilidad y una seguridad sobre las nuevas cocinas. Están tan controladas, tan vigiladas, tan inspeccionadas como en situaciones anteriores, y eso es algo que el Departamento de Salud se ha tomado muy en serio desde el principio, y está intentando trasladar tranquilidad y seguridad a los ciudadanos.

Voy a ser muy breve y, llegados a este punto, lo que sí quería resaltar, si se puede afirmar así, es que en este caso concreto de Listeria, la información trasladada al ciudadano tanto por algunos medios de comunicación como por alguno de los grupos de oposición no trata de lo sucedido ni de los hechos reales ocurridos, porque esto no les parece a ustedes lo importante. La comunicación sobre los hechos ha sido mucho más importante que los hechos mismos, hasta el punto de que el ciudadano de la calle no sabe o no puede distinguir entre el hecho real y su impacto mediático. El hecho real no ha sido motivo de este impacto mediático, sino su excusa. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Caro, por el grupo socialista.

SR. CARO SÁDABA: Muchas gracias, señor Presidente. Poco vamos a decir respecto a un tema que ya fue tratado y analizado convenientemente, a mi juicio, en una sesión de trabajo anterior en la que, efectivamente, se admitió que había habido un caso de contaminación en una lasaña por este

tipo de bacteria, pero en la que quedó también claro que, efectivamente, no había ninguna relación entre los serotipos de una y la que causó la muerte, por desgracia, de un paciente. Luego, en ese sentido, no vamos añadir absolutamente nada más porque, efectivamente, creo que es importante que no generemos más alarma que la estrictamente necesaria. Entiendo que quienes más interesados pueden estar en que todo este tipo de cuestiones se controlen con total nitidez y transparencia es el propio Servicio Navarro de Salud y, desde luego, sus propios responsables. Lo único que sí vamos a pedir desde el grupo socialista es que cuando ocurran este tipo de cuestiones se traslade mejor la información tanto a esta Comisión, para que no haya confusiones y para que no se generen esos, a mi juicio, malos entendidos que se han generado cuando se ha hablado determinadas contaminaciones, insisto, que se traslade mucho mejor la información para evitar que esas confusiones provoquen titulares que después confunden a la opinión pública y a los propios Parlamentarios y Parlamentarias que estamos en esta Comisión. Por tanto, nada más que añadir. Esperamos que los controles sean los máximos y que todo este tipo de casos vayan desapareciendo de la escena, sobre todo de la escena política, y a partir de ahí más transparencia, más información y mejor información. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Por parte del Bildu, señora Ruiz Jaso.

SRA. RUIZ JASO: Egun on, Presidente jauna. Mila esker. Ongi etorri Kontseilari andereari eta bere laguntzaileei. Sinceramente, empezaré diciendo que aún tenemos los pelos de punta tras escuchar las explicaciones que los responsables de Inspección Pública nos dieron aquí. Parece que a los señores de UPN les hace cierta gracia, pero yo creo que las incidencias que nos relataron aquí eran muy graves y que, además, muchas de ellas, las que se refieren sobre todo al incumplimiento de las normas mínimas higiénicas, concuerdan perfectamente con las explicaciones que oralmente y por escrito nos dieron las dietistas. En conclusión, nos quedó claro, yo creo que a todos y a todas los que quisimos escuchar. La conclusión es que no se garantizan unas mínimas condiciones higiénicas ni el almacenaje de los productos –nos hablaron de bandejas de pollo en el suelo, de producto fresco en el suelo– ni

en la manipulación de los alimentos, en las vestimentas, etcétera, etcétera, ni en la recogida de basuras, que se hace de manera irregular, donde había cruce. La misma inspectora de Salud Pública constató que en algunos casos habían visto cruces de basura y alimentos. Que no se garantiza el control de las temperaturas. Que no se registran. Varias veces detectados esos errores. Que no se garantizan tampoco la trazabilidad ni el control de las muestras en muchas de las inspecciones que han realizado, etcétera, etcétera. Y lo más grave es que tres meses más tarde, aunque algunas deficiencias se hayan ido corrigiendo, vuelven a aparecer semanas más tarde, y algunas de ellas no se han corregido, aún perduran esos errores. El departamento ha incoado un expediente que estamos en espera de que se nos facilite porque queremos saber exactamente por qué el otro día los responsables de Salud Pública nos hablaron del tipo de faltas que habían detectado, que eran prácticas incorrectas de higiene, con todo el relato que nos hicieron, y el no cumplimiento de puntos críticos de control, que es el control de las temperaturas. Hablar de Listeria, hablar de contaminaciones, no es algo que nos saquemos de la manga. No es algo que nos saquemos de la manga. Evidentemente, si no se cumplen unas condiciones higiénicas mínimas, los microorganismos que se han detectado y que ellos mismos nos relataron, no son algo inventado. Me da la sensación de que ustedes, no sé, nos quieren volver locos o nos toman, no sé por qué nos toman, sinceramente. La Consejera –usted, señora Vera– ha asegurado rotundamente: “no ha habido Listeria en ningún alimento del Complejo Hospitalario de Navarra”. Y luego nos habla al mismo tiempo: “no, ya sabemos que es un plato preparado, ya sabemos, una lasaña”. Nos ha hablado después de cepas. De cepas. Por tanto, en una muestra sí que había. En una cantidad que los mismos inspectores de Salud Pública reconocieron que era una cantidad pequeña, que era, en teoría, apta para el consumo, pero haberla, sí la ha habido. En teoría, en un plato preparado que aún está sin regenerar, con la temperatura de 70 grados que tienen que alcanzar con el sistema de regeneración, esa Listeria desaparece. Pero también constatamos, y han constatado los inspectores de Salud Pública, que en muchos casos los alimentos en la regeneración no llegan a los 70 grados y que las temperaturas ni se registran ni se controlan correctamente, y que no se llega a las temperaturas óptimas

para que todos estos microorganismos desaparezcan y no haya riesgo de contaminación. Eso también nos lo dijeron.

También ha hablado el señor Leuza de *E. coli*. También los inspectores dijeron que no suponía riesgo. Pero, hombre, entendemos que los pacientes que están hospitalizados tendrán derecho, al menos, a que los alimentos que consuman tengan una mínima calidad, en fin, que estén libres de este tipo de contaminaciones que, al final, y no olvidemos, son producto de una mala higiene en la manipulación de los alimentos. También nos hablaron de otro tipo de contaminaciones, otro tipo de incidencias que están relacionadas con la falta de control. Por ejemplo, que no está controlado el sulfito de las patatas y de las truchas, que pasó como de corridillo pero que al final, sumando unas cosas con otras, la sensación, desde luego, es de ponernos los pelos de punta. Usted hablaba, y nos ha hablado en varias ocasiones, de que la calidad de los productos, el aspecto de los productos, bueno, son aspectos subjetivos, son aspectos subjetivos. Pero hay hechos objetivos cuando estamos hablando de cantidad, cuando estamos hablando de condiciones higiénicas que luego pueden tener consecuencias como las que estamos viendo. Y bueno, ustedes han incoado dos expedientes. Uno está relacionado con estas incidencias de salud pública, pero nos da la sensación de que siguen yendo de farol. Y cuando hoy usted vuelve a hablar de que para rescindir el contrato, cosa que por otra parte en este Parlamento ya hemos exigido por mayoría a este departamento, usted habla de que tiene que haber pruebas fehacientes de que algo se ha hecho mal, de que no se puede tomar esa decisión a nuestro libre albedrío. ¿Le parece a usted –y le pregunto directamente–, le parece a usted, sinceramente, que con todos los informes que hay de salud pública, de dietética y nutrición, le parece a usted que no hay pruebas fehacientes para rescindir el contrato a una empresa que se ha mostrado incapaz, incapaz después de tres meses, de dar un correcto servicio, un correcto servicio de calidad a los pacientes ingresados? ¿De verdad me dice usted que le parece que no hay pruebas fehacientes? Porque ya lo de la teoría de la conspiración yo creo que se cae por su propio peso. Y si no, no hay más que mirar al ámbito sindical y veremos que desde Lab hasta el Sindicato Médico es una exigencia que se está planteando ya desde todos

los ámbitos. Y también en el ámbito parlamentario. Pero me da la sensación, como en tantas otras cosas, me da la sensación de que ustedes van a seguir haciendo oídos sordos. Y, evidentemente, y se lo vuelvo a decir, por supuesto que sí, por supuesto que sí, que nosotros apostamos por la reversión a lo público. Por supuesto que sí. Por muchas razones. Pero la primera, y la más urgente, es porque esta empresa se está mostrando incapaz de hacer el trabajo por el que se le paga, que es dar un correcto servicio a la ciudadanía. Y ustedes tienen toda la responsabilidad política en eso. Por tanto, espero que cuando hablan de que no hay pruebas fehacientes, espero que estén intentando recogerlas todas para cumplir con lo que se les está exigiendo desde todos los ámbitos, que es la rescisión a Mediterránea de Catering.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Por Aralar/Na-Bai, señora Fernández de Garaialde, tiene la palabra.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Gracias, señor Presidente. Buenos días a todos y a todas y muchas gracias, y buenos días también a la señora Consejera y al equipo que la acompaña. Desde luego, lo primero va a ser algo que ya hemos dicho muchas veces. Es por qué no queremos la privatización de Mediterránea de Catering. Apostamos por los servicios públicos, lo hemos dicho muchísimas veces, y lo que hemos visto hasta ahora es que la privatización ha supuesto peores condiciones laborales, despidos, y además un accidente laboral grave del cual todavía tampoco sabemos nada, pero entiendo que estarán trabajando en ello y buscando o depurando responsabilidades, ni cómo ha sido ese accidente. Peores condiciones alimentarias. Unas peores condiciones alimentarias, tanto las características organolépticas como las nutricionales. Unas características nutricionales peores cuando estamos hablando, y siempre lo hemos dicho y lo hemos defendido, que es una pieza clave en el tratamiento de los pacientes. Y luego nos hablaban también de ahorro. Evidentemente, eso no lo podemos constatar, si es ahorro o no es ahorro de momento, pero estaremos encima para… Y al final estamos casi convencidas de que se demostrará que no es el ahorro que nos han dicho. Aquí puede parecer una anécdota, así entre semejante caos, una anécdota, pero es que es muy curioso que dentro de la alimentación no existan yogures desnatados y haya que facturarlos aparte. Y

haya que facturarlos aparte. Sí, no me mire así, sabe que es así. Concretamente, ayer pasó eso. Concretamente ayer. Hasta ahí hemos llegado. Hasta ahí hemos llegado. ¿Y todo esto qué es lo que está suponiendo? Está suponiendo numerosas quejas de usuarios y usuarias que además no van disminuyendo porque los usuarios y usuarias entiendan que el servicio cada vez es mejor, sino que van disminuyendo porque la gente se está trayendo ya su comida de casa o va al bar. Quejas de profesionales, quejas de sindicatos. Quejas de profesionales, que ya que tanto nos acusan de que leemos las cosas de los periódicos, quejas, aquí, en la cual dice el Sindicato Médico: " la externalización de cocinas no funciona. Los sistemas de petición de comidas, el control de dietética, la variedad de dietas, el aspecto, la puntualidad, los errores, la presentación, las instrucciones improvisadas para obligar al personal a asumir tareas responsabilidad de la empresa". Eso es lo que dice. "Este problema está afectando mucho a nuestros enfermos –en mayúscula y en negrita– y esto entra de pleno en nuestra responsabilidad. Una buena gestión pasa por ofrecer unos servicios de calidad al menor coste posible. La Administración Sanitaria está desmontando la que hasta ahora era una sanidad modélica. Las listas de espera, la comida, los laboratorios, los insultos y desprecios a los médicos, la reforma de Atención Primaria, los sistemas informáticos". Esto no lo hemos cogido de los periódicos, sino que es del propio Sindicato Médico. A partir de aquí, aparte del incumplimiento de importantes y graves… Un incumplimiento, insisto, grave en lo que es la normativa vigente, incluida contaminación bacteriana. Y aquí yo también me voy a referir a los reglamentos y le voy a hacer una serie de preguntas. El reglamento de la Comunidad Europea, el número 882/2004, dice que la frecuencia de los controles oficiales debe ser regular y proporcional a la naturaleza del riesgo. Entiendo que aquí hay un riesgo importante. Me gustaría saber cuántos controles hacen porque el otro día se dijo no sé si uno al mes, uno al año, antes de cuánto se hacía… Y a mí, lo que a mí me consta es que en las cocinas, por lo menos eran cinco semanales en Virgen del Camino, cinco semanales en el Hospital de Navarra y tres en la clínica Ubarmin. Pero es que dice: "deben efectuarse controles ad hoc ante la sospecha de que haya habido un incumplimiento. Además, podrán efectuarse controles ad hoc en cualquier momento, incluso cuando no haya sospecha de

incumplimiento". Quiero saber si se hacen. Obligaciones generales, dice también, con respecto a la organización de controles oficiales, que eso ya lo ha dicho el señor Leuza. Los controles oficiales se efectuarán sin previo aviso, salvo en casos tales como las auditorías, en las que será necesaria la notificación del explotador de la empresa alimentaria o de piensos. También se podrán realizar controles oficiales ad hoc. ¿Se avisa o no se avisa a la empresa cuando tienen que ir a realizar esos controles? Quiero saber, y que me contesten, si les avisan o no les avisan. Por supuesto, se habla de un nivel elevado de transparencia, y eso brilla por su ausencia. Pero es que luego, el Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, lo que dice es: "las autoridades competentes, en función del riesgo que represente el establecimiento, según el tipo de elaboración que realice, su sistema de autocontrol y el público al que van destinadas las comidas preparadas, podrán exigir a los responsables de los referidos establecimientos que dispongan de comidas testigo que representen las diferentes comidas preparadas y servidas a los consumidores diariamente, y que posibiliten la realización de los estudios epidemiológicos que, en su caso, sean necesarios. Estos platos testigos irán debidamente identificados y fechados”. ¿Se le obliga la empresa a tener esto? ¿A que lo tengan? Es muy sencilla la respuesta: es sí o no. Por supuesto, se habla también en este Real Decreto de, incluso, las condiciones de las comidas refrigeradas, a qué temperatura tienen que estar. Incumplimiento del Real Decreto, y nos lo dijeron desde Salud Pública la semana pasada. Independientemente de las bacterias, no bacterias, la contaminación bacteriana, no contaminación bacteriana. Incumplimiento de decretos europeos. Aquí está lo que dice el decreto y lo que nos dijeron la semana pasada cuando vinieron de Salud Pública.

Y, por supuesto, voy a hacerle también otra pregunta, y es si realmente en los controles llevan también, o se hacen también, y entiendo que esto sí sería así, tal y como habla también otro de los reales decretos, es decir, la Listeria, la salmonela, las histaminas y, bueno, el *E. coli* ya sabemos que sí se hace, etcétera, etcétera. Es decir, primero tenemos dudas de si se cumple y además, si ustedes, por su parte, exigen todo lo que pone en los Reales Decretos y las normativas europeas. Tenemos dudas porque, es más, creo

que se nos dijo el otro día que para poder hacer la muestra no existía muestra a posteriori de los alimentos, con lo cual vuelve a haber otro incumplimiento del Real Decreto. Si nos vamos a fijar solo en lo que es la contaminación bacteriana y ustedes van a decir, “no, ahí se cumpla el decreto”, pero en otras muchas cosas no se cumple el decreto. Y estamos hablando del hospital mayor de toda Navarra, con pacientes oncológicos, con pacientes con tratamientos inmunodepresores, etcétera, etcétera, etcétera. Con lo cual, como conclusiones, como conclusiones, le voy a decir, señora Consejera, ya ve que ni he utilizado ni voy a utilizar el sufrimiento de ninguna familia. Lo que no entiendo es por qué usted y su equipo utilizan el sufrimiento de la gente. ¿Por qué lo están utilizando ustedes? Porque a gente que está en el hospital enferma, y en las condiciones que está, le están haciendo todavía peor la estancia y con riesgo para el tratamiento. Porque, insistimos, la alimentación es parte fundamental del tratamiento, con lo cual no nos acusen a nosotras de lo que están haciendo ustedes. Insisto, ¿por qué este empecinamiento? ¿qué hay detrás de todo esto? ¿y a qué favorece? Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señor Martín, por el grupo popular.

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, señorías. Buenos días y bienvenida a la señora Consejera y al equipo que la acompaña. Yo tengo que empezar diciendo que, desde nuestro punto de vista, la calidad de un servicio público que debe prestar la Administración a los ciudadanos debe estar por encima y ser independiente de si la gestión es privada o la gestión es pública. En el caso de la Listeria ya tuvimos cumplida información en la pasada sesión de trabajo que tuvimos con Salud Pública, y de ahí sacamos todos los aquí presentes algunas conclusiones que son importantes. Y yo creo que el tema de la Listeria no tiene mucho más recorrido. En primer lugar, la Listeria se encontró en un alimento, que era la lasaña, que no era apto para el consumo antes de pasar o de ser sometido a una temperatura mayor de 70 grados, con lo cual la Listeria se destruye. En segundo lugar, la segunda conclusión es que la Listeria encontrada en la lasaña y la del paciente a la que se hace referencia, y al que se intenta subliminalmente relacionar con la encontrada en la alimentación, eran de

serotipos distintos y, por tanto, no era el mismo germen encontrado o la misma bacteria encontrada en el paciente.

Y ya, hablando de las cocinas, y después de la sesión que tuvimos con Salud Pública, realmente nosotros somos conscientes de los déficits encontrados en las medidas de higiene que han venido contrastando todas las inspecciones de las cocinas que se han realizado por parte de Salud Pública. Si bien se ha venido comprobando una mejoría en el tiempo, siguen persistiendo las irregularidades. También se nos comunicó, y somos conscientes, que en ningún caso hubo riesgo en seguridad alimentaria. Nosotros, después de la sesión de trabajo con Salud Pública, indudablemente seguimos insistiendo en que, por parte del departamento, se controle y se exija con el mayor rigor la máxima calidad del servicio. Y en cuanto a los cumplimientos administrativos, me gustaría decir que, por supuesto, no son deseables en una empresa contratada pero, desde luego, los incumplimientos reiterados en las normas que afectan a la higiene o seguridad alimentaria, desde luego, desde nuestro punto de vista son inadmisibles. Y aparte de un expediente sancionador, informativo o sancionador oportuno, desde luego, esta situación requiere la exigencia inmediata de una corrección. Nosotros pensamos, y creemos y confiamos, que el departamento es lo que está haciendo y, por supuesto, lo que pedimos es que se normalice cuanto antes la situación que nos hemos ido encontrando sucesivamente con el tema de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora de Simón, por Izquierda-Ezkerra.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Bienvenido y bienvenidas, señora Vera y las personas que la acompañan. Gracias por su información. Siento no poderle agradecer también que nos hubiese dotado de la documentación que ha entregado a la prensa, ya que parece ser que los Parlamentarios y Parlamentarias no somos objeto de contar con ella. Por lo tanto, siento no poder agradecérselo y siento también no poder tener la documentación delante de mí.

BORRADOR

Yo, desde luego, tengo que decirle, como le dicho muchas veces, que esta forma que tiene usted de dar la información es un tanto torticera. Dice que no ha habido presencia de bacteria Listeria. Sí ha habido presencia de bacteria Listeria. Lo dicen los informes de Salud Pública que han aparecido, que tenemos, además, ahora mismo tengo yo, delante. Sí es verdad que la muestra, vamos, que la lasaña analizada estaba por debajo de las 100 unidades gramo. Eso es verdad, pero Listeria había. Y quiero hacer referencia aquí al reglamento de la Comunidad Europea 178/2002, que establece los requisitos generales de seguridad alimentaria y, evidentemente, hace referencia a esas 100 unidades gramo de Listeria, que ha de estar por debajo la presencia de *Listeria monocytogenes* en los alimentos. Pero esta misma norma, en el capítulo uno, en relación con los criterios de seguridad alimentaria, hace referencia también a la ausencia en 25 gramos de esta Listeria en lactantes y en alimentos destinados a usos médicos especiales, que no sé si lo ha tenido usted en cuenta. Y esta misma normativa hace referencia a otras cuestiones, como los tipos de controles que tienen que hacer las empresas que producen alimentos listos para el consumo, como es el caso de Mediterránea de Catering, que son susceptibles de plantear un riesgo de Listeria, y yo no sé si en estos momentos esta empresa está cumpliendo con esta normativa.

Por otro lado, lo de la Listeria podría ser anecdótico si no fuera por la gravedad del hecho y, sobre todo, por lo grave, bajo nuestro punto de vista, que es el análisis que hace usted de esta cuestión. Puede ser con la Listeria o puede ser con cualquier otro organismo patógeno que aparezca en las dietas o en las comidas que se ofrecen en el complejo hospitalario, y a nosotros nos parece que su respuesta no es la que debería dar una Consejera de Salud. Y luego, por otro lado, también tenemos dudas sobre si se está cumpliendo con los criterios de seguridad alimentaria en toda esta normativa que yo he tenido la oportunidad de mirar y que haré las preguntas pertinentes en su día porque, francamente, ahora no me siento capaz de ello. Sí que le diré que hay cuestiones, que creo que hay cuestiones, que no se están llevando como se deberían llevar en relación con los controles de los alimentos que se ofrecen a los pacientes del complejo hospitalario. En relación con los controles sin

previo aviso a los que hace referencia el artículo III del reglamento de la Comunidad Europea 882/2004, tampoco tenemos claro que los controles oficiales estén exentos de cualquier conflicto de intereses, y de lo que sí que tenemos evidencia, aparte de la Listeria, es de que hay problemas con los controles de temperatura, ha habido problemas, no con los controles, sino con la temperatura de los alimentos, que no es adecuada, con la higiene, y tampoco sabemos si se están realizando los controles oportunos a los grupos de especial riesgo. Tampoco sabemos si están cumpliendo con la normativa en relación con la determinación de los alimentos que puedan ser nocivos en función de lo que dice el artículo XIV del reglamento 178/2002, y es que a la hora de determinar si un alimento es nocivo para la salud se tendrá en cuenta la sensibilidad particular de orden orgánico de una categoría específica de consumidores cuando el alimento esté destinado a ella. Es evidente que los enfermos y las enfermas son una categoría especial de consumidores, y esta misma norma dice que a la hora de determinar si un alimento es nocivo o no para el consumo, se tendrá que tener en cuenta el uso para el cual está destinado este alimento.

Por otro lado, tenemos también dudas respecto a las normas de higiene que está siguiendo esta empresa, y también todo lo relacionado con las comidas testigo. Nosotros, desde luego, desde Izquierda-Ezkerra, entendemos que la situación de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra, gestionadas por la empresa Mediterránea de Catering, no responde a lo esperado de ella. Ni siquiera tienen los requisitos de seguridad alimentaria, de seguridad de que las comidas que vayan destinadas a los pacientes sean las adecuadas. Y no lo decimos nosotros, y no es cuestión de alarmar, es cuestión de parar esto ya. Hay colectivos de médicos, del personal sanitario, que ya están recomendando a determinados pacientes que lleven la comida de su casa. Las bandejas se devuelven. Es evidente que la comida en estos momentos es peor. Me va a permitir decirle, porque no tiene otro remedio, porque tengo yo la palabra, que da la sensación de que usted viviera en una urna de cristal, aséptica a todo lo que se dice desde fuera y tenga usted la osadía de tratarnos a algunos, a lo mejor no lo hace por mí, de alarmistas. Mire, termino diciendo que la solución pasa por retirar, de

momento, a esta empresa la concesión que tiene de servicio de alimentación de los pacientes y las pacientes del complejo hospitalario, y devolver la gestión a las cocinas públicas. Que no decimos que fueran perfectas, que evidentemente serían susceptibles de que apareciera cualquier tipo de problema en un momento determinado, pero se abordaban, hasta ahora, de otra manera. Y usted sigue sin decir que aquí no pasa nada, y es lo que a nosotros nos alarma. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Bien. Señora Consejera, tiempo para réplica.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Voy a comenzar puntualizando a algunos de los grupos que decían que había habido contaminación por Listeria, y yo les digo, de verdad, que eso no es cierto. Que es que no ha habido contaminación por Listeria. Para que haya contaminación por Listeria, la proporción tiene que ser la que he indicado antes, que es de 100 unidades, y ha sido de 10. Por lo tanto, no ha habido contaminación por Listeria. Y el que diga que sí la ha habido está faltando a la verdad. Pero podemos seguir diciendo que ha habido contaminación por Listeria. Podemos seguir diciéndolo, aunque no queremos alarmar a nadie, pero podemos seguir diciéndolo.

Respecto a algunas de las cosas que me planteaban, respecto a las inspecciones, por ejemplo, la intensidad y la frecuencia de las inspecciones se determina de acuerdo con los criterios de ponderación de riesgo del reglamento de control oficial para su aplicación a cada empresa alimentaria y sector de actividad, suponiendo de facto esta priorización que algunas empresas son inspeccionadas anualmente y otras con otra periodicidad. En este sentido hay que destacar que para el Departamento de Salud ha sido prioritario el seguimiento del correcto funcionamiento del nuevo servicio de alimentación del complejo hospitalario, y para ello ha dado preferencia al control de este servicio mediante la realización de un número mucho mayor de inspecciones con respecto al resto de empresas alimentarias de Navarra. Y eso es lo que ha llevado, por ejemplo, a que el centro San Francisco Javier sea sometido a una inspección anual, o a que la clínica San Miguel también a

una inspección anual, y que en este caso se hayan realizado dos inspecciones semanales desde su puesta en marcha. Y yo he de decir que nunca ha habido tanto control como ahora. Nunca se ha controlado en las cocinas del complejo el peso, la temperatura, la composición de la dieta, de la manera que se está haciendo ahora. No solo se controla el plato en su conjunto, sino cada uno de sus componentes. La cantidad de hidratos, de proteínas que lleva cada plato. Todos los controles aleatorios que se hacen por parte del complejo hospitalario, han dado cien por cien correctos en los últimos dos meses. Todos, absolutamente todos, sin ninguna excepción.

Y respecto a si se avisa o no se avisa antes de los controles, yo la verdad es que creo que se lo podían haber preguntado a la señora Agurtzane Jiménez, que es la que ha revisado los controles por ser la persona designada por parte de Salud Pública para el control y la inspección de la cocina. Les aseguro que ella ha hecho lo que ha considerado oportuno profesionalmente, sin que haya recibido, en ningún caso, ninguna directriz al respecto en relación con la inspección de la cocina del complejo, como debe ser. Y lo que usted ha definido, señora Fernández de Garaialde, son los autocontroles. No los controles externos, sino los autocontroles que se realizan desde el complejo, pero le aseguro que no va a encontrar ningún servicio de alimentación en Navarra, sea de cocinas hospitalarias o de otro tipo. No, pero es que en el resto de hospitales tampoco, ¿eh? No va a encontrar ninguno que haya sido inspeccionado desde la autoridad sanitaria tantas veces como el servicio externalizado de la cocina del complejo hospitalario. De todas las muestras obtenidas por la inspección del Instituto de Salud Pública y Laboral, a fecha del 10 abril, ha habido 55 muestras, y todas han sido aptas. De las muestras obtenidas por los servicios de control del complejo, a fecha 10 abril, 44 muestras, todas aptas. Aparte, ha habido otros 50 autocontroles, que eran a los que usted se refería. Se han hecho 245 análisis. De superficies, 45; de agua, ambiente y manipuladores, 30; de alimentos, 170; y a todos esos hay que añadir los de medicina preventiva y los del instituto que les he comentado. Todo esto hasta el día 2 de abril. Así que, yo, la verdad es que, no sé, si queremos, podemos seguir diciendo a la

opinión pública cada uno lo que entienda que debe decir, obviamente, pero es que la realidad y los datos objetivos son estos que les estoy comentando.

Respecto a lo que decía el señor Leuza sobre si el señor Aldaz dijo o no dijo una cosa, yo la verdad es que esa comparecencia no… la vi posteriormente, y no sé si no entendió bien lo que dijo. Si no, le digo que la vuelva a ver porque está la grabación, pero lo que hizo el señor Aldaz no fue corroborar lo que dijo la señora Jiménez, sino rebatirle. Y lo que hizo fue aclarar, en esta misma sala, en esta misma sala lo que aclaró es que la normativa a la que estaba aludiendo la señora Jiménez había cambiado, y que no se podía hablar de contaminación fecal, que esa normativa no estaba en vigor, y le invito a que vea la grabación. Al día siguiente por la tarde, el señor Aldaz compareció públicamente en rueda de prensa para aclararlo, porque también –supongo que por efecto de esa ignorancia en la que, bueno, estos temas la verdad es que tampoco todos conocemos– de las manifestaciones sobre la contaminación fecal se acabó diciendo que lo que había eran restos fecales en algunos determinados medios de comunicación. Y debió salir a los medios de comunicación para aclarar eso. No para desdecirse de lo que había dicho que, como le digo, fue exactamente lo mismo que dijo al día siguiente. Y si no, como le digo, le invito a que vea la grabación. La presencia del *E. coli* en un alimento es un índice de contaminación fecal, efectivamente, pero la presencia de *E. coli* en un alimento no supone ningún riesgo para la salud de las personas. Y, de hecho, su presencia es muy frecuente en los utensilios, en las manos. En estos momentos, probablemente, algunos de nosotros tengamos, y eso no impide que podamos coger un bocadillo y comérnoslo, por ejemplo. Y no tiene ningún riesgo para la salud. Entonces, por eso le digo que yo creo que, para no alarmar, creo que debemos hablar de estas cosas todos con el absoluto conocimiento y con precisión en la utilización de los términos, porque si no se da lugar a esas alarmas que, como le decía, yo creo que no son positivas.

Respecto al *E. coli*, también me gustaría decirles que ninguno de los alimentos que nosotros ingerimos, ni en un hospital ni en nuestra casa, ni en nuestro sitio, son estériles. Y también lo dijo aquí el señor Aldaz el día que acudió al Parlamento. Lo que tenemos que garantizar nosotros, como

responsables, es que cumplan con toda la normativa de seguridad alimentaria, y que no supongan ningún riesgo para la salud. Y eso es lo que hacemos, y eso es lo que estamos haciendo cada día.

Respecto a las sanciones por parte de Salud Pública, a las que también se han referido algunos de ustedes. Si después de decirles todos los controles que estamos haciendo y el celo con el que estamos vigilando, lógicamente, el servicio de alimentación del complejo, también me gustaría decirles que esas sanciones por incumplimiento de la normativa –porque claro, ustedes dicen "es que se incumple la normativa"–, es que esos incumplimientos son los que dan lugar a sanciones, no en este caso sino en todos. De hecho, como resultado de inspecciones realizadas por el Departamento de Salud, se incuban y se resuelven numerosos expedientes sancionadores de seguridad alimentaria a lo largo del año. A modo de ejemplo, les puedo decir que en 2011 fueron 84; en 2012, 62. ¿Y esto quiere decir que no estemos seguros o que no podamos alimentarnos con los alimentos que venden o que nos sirven en determinados establecimientos de Navarra? Pues no. Luego, el que haya un expediente, no quiere decir que no, porque si fuera así, tengan por seguro que el Instituto de Salud Pública habría clausurado la cocina o se habría cerrado en el momento en que el riesgo para el paciente existiera. Y eso es así.

Y luego, a la señora de Simón, yo creo que ni usted ni yo vamos a conocer en profundidad la normativa de seguridad alimentaria. Al menos, tampoco es mi objetivo hacerlo, aunque en parte lo estamos haciendo, porque nos lo exigen la actualidad y estos temas. Pero yo creo que para eso están los expertos del Instituto de Salud Pública. ¿Usted duda de que su trabajo no ha sido el correcto? ¿Usted duda de que no se están haciendo los controles que se deben hacer, o que no se está cumpliendo la normativa? Porque ya, si ponemos en duda todo, también si ponemos en duda que nuestros profesionales no están siguiendo la normativa que deben hacer cumplir, ya apaga y vámonos, realmente. Y lo ha dicho, ¿eh? Con estas palabras lo ha dicho usted. Y yo creo que en el ejercicio de su responsabilidad, Salud Pública ha propuesto medidas de corrección y, en su caso, ha propuesto un expediente por los incumplimientos detectados, pero en ningún caso, repito,

en ningún caso, ha habido riesgo de seguridad alimentaria por presencia de ninguna bacteria. Pueden decirlo ustedes todas las veces que quieran, pero es así. Es así. Pueden sembrar dudas, decir, bueno, cada uno con la responsabilidad de lo que dice y de cómo lo dice.

También me gustaría dejar claro, hablando de la Listeria, que, efectivamente, no es algo nuevo el que pueda haber Listeria. Así como en este caso no ha habido, sí que les tengo que decir que, por ejemplo, en las antiguas cocinas del complejo hospitalario, desde junio de 2011 y hasta que se cerraron, se declararon dos casos de Listeria. En estas no ha habido. En la nueva no. En las anteriores sí. Y yo no sé si ustedes vieron o conocieron las instalaciones de las antiguas cocinas pero, desde luego, les aseguro que si las conocieron y las comparan con las que han visitado, las nuevas, creo que claramente las condiciones de higiene y de seguridad alimentaria de las nuevas cocinas son infinitamente mayores que las anteriores, que las antiguas. Yo creo que no merece la pena decir nada más al respecto.

Y respecto a la investigación sobre de qué murió el paciente de la Listeria, las causas las confirmará la autopsia, que ha sido ordenada por el complejo, y de la cual sí tenemos la primera parte, que es la parte macrobiológica, y esa no ha sido concluyente, y estamos esperando los resultados de la microbiológica, que nos han dicho que tardaría en torno al mes. El paciente falleció el 31 marzo, pero todavía no nos han sido entregados. Y muchas gracias. Nada más.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Pasamos, pues, al segundo punto del orden del día: comparecencia de la Consejera de Salud para informar acerca del proceso de adjudicación, privatización de ciertas analíticas y de las condiciones y limitaciones derivadas de la situación de los laboratorios hasta el año 2015. Es la unificación de dos comparecencias. Son solicitadas por el grupo socialista, Bildu y Aralar/Na-Bai.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar acerca del proceso de adjudicación, privatización de ciertas analíticas y de las condiciones y limitaciones derivadas de la situación de los laboratorios hasta 2015.

BORRADOR

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Comienza el portavoz del grupo socialista. Señor Caro, tiene la palabra.

SR. CARO SÁDABA: Muchas gracias, señor Presidente. Casi voy a empezar por lo primero. Escuchando a la Consejera en el punto anterior, la verdad es que nos da la impresión de que abronca usted a los miembros de esta Comisión. En ningún momento se ha asumido ninguna autocrítica por nada de lo que está ocurriendo en relación con las cocinas. Absolutamente ninguna autocrítica, y sí que he apreciado poca autocrítica y mucha bronca a los portavoces de los diferentes grupos parlamentarios. Entonces, yo le pediré que, en este nuevo turno y ante esta nueva petición de información que hacemos por parte del grupo socialista, espero que al menos no nos abronque por intentar hacer nuestro trabajo.

Entro en detalle. Como bien sabe, el 22 octubre se adjudicó a laboratorios Abbott el contrato de suministro de reactivos, material y dotación de equipamiento para la realización de pruebas analíticas en los laboratorios del Servicio Navarro de Salud. Es verdad que, quienes no fueron adjudicatarios, después han hecho una serie de reclamaciones, o incluso de sugerencias, en donde se habla de falta de transparencia, en donde se habla de que han primado en la adjudicación del contrato los criterios subjetivos frente a los criterios objetivos. Y se habla también de arbitrariedad en la aplicación de los criterios de adjudicación, de tal forma que nos hemos encontrado con que, efectivamente, al final de todo se ha adjudicado ese contrato, no precisamente a la oferta económica más ventajosa –que en una situación y en el contexto de crisis en el que estamos viviendo, suele ser el criterio más habitual a la hora de adjudicar este tipo de contratos– sino que, además de no adjudicarse a la oferta económicamente más ventajosa, parece ser que se ha adjudicado también a quienes no eran mejores en lo técnico. Y por tanto, ello nos lleva a que las mismas dudas que algunos de los no adjudicatarios han trasladado a los medios de comunicación, las tengamos algunos de los grupos, en este caso el grupo socialista. Y es por eso por lo que pedimos que nos aclare todo este tipo de cuestiones y todo este tipo de referencias y, en fin, yo diría que casi casi acusaciones que se han hecho por parte de alguno de los participantes, esperando que de las aclaraciones que

ustedes nos den encontremos la justificación, efectivamente, de por qué ha acabado adjudicándose un contrato no a la oferta económica mejor y no a la oferta técnica mejor. Cuestiones que difícilmente este grupo llega a entender, pero haremos el esfuerzo con las explicaciones que ustedes nos trasladen. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Fernández de Garaialde, tiene el turno de palabra.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Muchas gracias, señor Presidente. Yo no me voy a repetir con lo que ha dicho el señor Caro, pero sí que quiero añadir un punto más, y es que cada vez que hemos hablado del tema de la unificación de los laboratorios y de todo este proceso, siempre se hablaba de que había un grupo técnico trabajando en ese proceso, y de que todo se había hecho en función de las conclusiones a las cuales había llegado el grupo técnico. Incluso de esa manera, esta Parlamentaria pidió las conclusiones del grupo técnico y, claro, a día de hoy nos encontramos con que el grupo técnico famoso no ha llegado a firmar las conclusiones planteadas por la Subdirección de Servicios Centrales, porque no reflejan adecuadamente los criterios en los cuales trabajó el grupo técnico. Dicen también: “los facultativos de los laboratorios no hemos intervenido en la definición de los criterios de adjudicación, es decir, objetivos subjetivos y técnicos, que figuran en el concurso. Los criterios que se han publicado son, a nuestro juicio, poco relevantes, y no están orientados a garantizar la calidad analítica de los resultados. La adopción de una cadena única no supone a priori un beneficio, ya que puede generar un incremento del tiempo de respuesta por saturación del flujo analítico. En la configuración general del concurso se observan errores importantes en las especificaciones, determinaciones y técnicas analíticas, detectados por los facultativos y por los proveedores. Dichos errores pueden incidir negativamente en el desarrollo posterior del trabajo”. Y dicen, además, que están “de acuerdo con la creación del laboratorio unificado de Navarra, siempre que se realice de manera ordenada, sin menoscabo de la calidad, buscando el mejor aprovechamiento de los recursos y una reducción del gasto”, y consideran “prudente y necesario revisar el citado concurso, para lo que ofrecemos nuestra

colaboración con objeto de que el funcionamiento del nuevo laboratorio y los resultados analíticos sean los más eficientes en beneficio de los pacientes atendidos en el Sistema Navarro de Salud". Yo sí que quiero que nos responda a qué es lo que pone aquí. Usted, hasta ahora, siempre, además, ha dicho, y se ha escudado en que todo lo que estaba haciendo era porque había un grupo técnico detrás que avalaba. Vemos que no es cierto. Entonces, espero que otra vez no nos vuelva acusar de que queremos generar no sé qué tipo de alarma, y que simplemente lo que queremos son las explicaciones frente a lo que ha dicho una de las empresas que no fue adjudicataria y lo que este grupo de facultativos dice también. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, su tiempo.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Gracias, Presidente. Bien, voy a comenzar negando una de las afirmaciones que se han hecho en el planteamiento de la comparecencia, y que se han divulgado en determinados medios de comunicación en las últimas semanas, y es que ninguna de las analíticas que hasta ahora se realizaban en el Servicio Navarro de Salud ha sido privatizada. Absolutamente ninguna. Las determinaciones analíticas que nuestros profesionales requieren para la práctica clínica se obtienen de dos únicas maneras. Primero, realizando las pruebas en nuestros propios laboratorios, lo que supone, en cifras de 2012, en torno a 14 millones de euros al año del capítulo 2. El 98 por ciento del presupuesto y el 99,89 por ciento de la actividad analítica. Y segundo, remitiendo pruebas a los laboratorios externos en un volumen que supone algo más de 300.000 euros al año del capítulo 2, el 2 por ciento del presupuesto, y el 0,11 de la actividad. Este último proceso que, como les digo, supone el 0,11 por ciento de la actividad, se realiza en aquellas determinaciones que, bien por su baja masa crítica o bien por la complejidad del equipamiento necesario para su realización, resulta más eficiente realizarlas en laboratorios externos. De esta forma, y según la recogida de solicitudes de un gran número de hospitales, pueden obtener un volumen de muestras suficiente como para realizar las pruebas a precios asumibles. Entiendo que sus señorías, cuando hablan de privatización, se están

refiriendo a este segundo método, que en modo alguno es una privatización, sino que es una externalización de una pequeñísima parte de las analíticas que debe realizar el Servicio Navarro de Salud y que, por cierto, se produce en la inmensa mayoría de los hospitales públicos españoles y que, además, fue objeto de un concurso público reciente en el que obtuvimos, tal y como expliqué en su momento, un ahorro anual de 242.400 euros en relación con el gasto previsto del año 2012, lo que supuso un 71,41 por ciento menos. En este contexto, la implantación del laboratorio unificado, lejos de incrementar el número de pruebas a realizar por los laboratorios externos, va a reducir su número, especialmente porque las técnicas HLA, que son las que actualmente remitimos a laboratorios externos, van a ser realizadas en nuestros laboratorios. De hecho, vamos a pasar de realizar 176 técnicas en laboratorios externos a realizar 164.

En cuanto al proceso de unificación, el proyecto incluye varias fases. La primera, la implantación del laboratorio de respuesta rápida de Tudela y mantenimiento provisional de la actividad procedente de los centros de Atención Primaria. La segunda fase, la implantación del laboratorio de respuesta rápida de Estella y mantenimiento provisional de la actividad procedente de los centros de Atención Primaria. En tercer lugar, la puesta en marcha del laboratorio de urgencias unificado del Complejo Hospitalario de Navarra. En cuarto lugar, el traslado del laboratorio del doctor San Martín al edificio del CIB. En quinto lugar, la instalación de la cadena robotizada y realización de toda la actividad de los centros de Primaria de Navarra en el laboratorio unificado. Y en sexto lugar, el traslado y la puesta en marcha de los laboratorios especiales del Complejo Hospitalario de Navarra A y B al laboratorio unificado. El proceso, que tiene una gran complejidad logística y técnica, ha finalizado ya en sus tres primeras fases, y tiene prevista la finalización de la cuarta en la última semana de este mismo mes de mayo. A partir de ese momento, todos los reactivos utilizados en los diferentes centros hospitalarios del Servicio Navarro de Salud serán los adjudicados en el concurso y, por lo tanto, el nivel de reducción de gastos de capítulo 2 será el máximo.

BORRADOR

En lo que concierne a los condicionamientos y limitaciones que sobre el desarrollo del laboratorio unificado supone la ubicación en el edificio del CIB, el grupo técnico de desarrollo del laboratorio unificado de Navarra elaboró un plan funcional de laboratorio que incluía la determinación del número de analíticas, características, ordenamiento y superficie útil de todos y cada uno de los espacios. El citado plan funcional preveía una superficie útil total que superaba los 3.000 metros cuadrados. Como no existe en estos momentos ningún espacio libre u ocupado con esa superficie útil, y después de barajar varias hipótesis de ubicación, la dirección del complejo hospitalario propuso a la gerencia del Servicio Navarro de Salud y al departamento la ocupación de parte de la planta baja y la planta primera del edificio CIB, tal y como les anuncié en una comparecencia parlamentaria que tuvimos sobre este mismo tema hace aproximadamente un año. Dado que la superficie allí disponible no alcanzaba los 3.000 metros cuadrados, se dispuso que el laboratorio de microbiología no se trasladará en esta primera fase. De hecho, el plan funcional resultante para esta primera fase alcanzaba los 1.800 metros útiles, superficie que tiene cabida en los espacios disponibles del CIB. La ubicación definitiva del laboratorio unificado de Navarra, que tiene previsto un espacio de 3.000 metros cuadrados, como decía, estará disponible, previa adaptación, en las plantas baja y primera del bloque norte del edificio general del hospital Virgen del Camino, actualmente ocupado por las urgencias generales, que se trasladarán al nuevo edificio, los laboratorios, que quedan sin uso con la unificación en el CIB, y la UCI y los quirófanos, que quedan sin uso con la puesta en marcha del edificio puente construido entre los dos bloques, general y maternoinfantil del hospital Virgen del Camino. La fecha prevista para esa ubicación definitiva depende de la rapidez en la ejecución constructiva y en la disponibilidad presupuestaria, siendo una fecha horizonte el 31 de marzo de 2015. Los costes de traslado corren por cuenta del adjudicatario, y los pliegos técnicos del concurso especificaban ambas circunstancias. La ubicación del laboratorio en el CIB ha obligado a algunas intervenciones menores de adaptación al equipo de mobiliario y a la instalación de un tubo neumático adicional para facilitar la circulación de muestras desde los diferentes edificios, todo ello por cuenta del adjudicatario del lote 1, y en consecuencia incluido en el precio final ofertado. El

adjudicatario, asimismo, queda obligado a restituir a su estado inicial el edificio una vez realizado el traslado a la ubicación definitiva. Con respecto a los pliegos de condiciones sobre los que me preguntaba el señor Caro, como recordará, por acuerdo del Gobierno de Navarra del 7 marzo de 2012, se autorizó al Director Gerente del Servicio Navarro de Salud la celebración de un acuerdo marco para el suministro de reactivos, la redotación del equipamiento y los tubos de extracción y los laboratorios externos para la realización de pruebas analíticas, tanto para el laboratorio de rutina como para los laboratorios de respuesta rápida de los hospitales del Servicio Navarro de Salud. Tras el pertinente proceso de convocatoria, presentación de propuestas, evaluación y selección, se seleccionó la empresa para el lote 1 del Acuerdo Marco APRO60, suministro de reactivos, materiales y equipos necesarios para los laboratorios clínicos del Servicio Navarro de Salud. Los pliegos de prescripciones técnicas y administrativas del citado concurso, tal y como corresponde a todos los concursos públicos del Servicio Navarro de Salud, fueron diseñados por profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra, del Servicio de Contratación, y del Servicio de Obras del Servicio Navarro de Salud, y fueron revisados por el Servicio de Intervención y por los Servicios Jurídicos del Departamento de Salud. Estamos hablando del concurso público de acuerdo marco para la provisión de reactivos más complejo y completo realizado en nuestra Comunidad. Constaba de 20 lotes diferentes, y mediante el citado concurso todos los reactivos utilizados por el Servicio Navarro de Salud pasaron a ser adquiridos por concurso público. Antes, para que se hagan una idea, no alcanzaban el 60 por ciento. El precio de licitación suponía de partida una reducción de gasto en reactivos aproximado del 45 por ciento frente al gasto real del año 2011.

Tal y como se exponía en los pliegos del concurso, el modelo funcional que fue diseñado por los técnicos del Servicio Navarro de Salud marcaba los siguientes objetivos: racionalizar los servicios prestados por los laboratorios; mejorar la utilización de los recursos disponibles; optimizar y estandarizar los procesos reduciendo las actividades sin valor; aprovechar las sinergias y obtención de economías de escala; potenciar el desarrollo profesional y el conocimiento científico del personal de los laboratorios; facilitar la renovación

tecnológica, incrementar la seguridad y la trazabilidad; facilitar la gestión económica global de la prestación analítica; controlar las posibles desviaciones de gastos respecto a los presupuestos asignados; establecer un catálogo único de prestaciones con carteras de servicios específicas para cada centro y laboratorio en función de criterios clínicos, técnicos y económicos; y en último lugar, simplificar los circuitos de muestras.

Los criterios objetivos para la valoración de las ofertas que figuran en el pliego fueron aprobados por el órgano de contratación que, en lo concerniente al lote 1, fueron los siguientes. En primer lugar, la oferta económica, el lote 1, a la proposición que presente la oferta más económica se le otorgarían 50 puntos. Otros criterios evaluables de forma automática por la aplicación de fórmulas, hasta 10 puntos. En tercer lugar, criterios cuya cuantificación dependa de un juicio de valor, 40 puntos. Y mejoras aplicables en exclusiva al lote 1, hasta 15 puntos. En este apartado se valoraron aquellas mejoras presentadas por el licitador que, a juicio del órgano de contratación, suponían un valor añadido significativo respecto al alcance de su oferta y que, por tanto, complementaban y mejoraban la dotación tecnológica de la solución de automatización para la fase analítica y extraanalítica, y/o el equipamiento para el laboratorio tipo core. Los criterios a elaborar y su peso fueron: la metodología de puesta en marcha del laboratorio, hasta 4. Metodología de soporte a la implantación de laboratorio, hasta 3. Soluciones para la mejora de la productividad y control de gasto de reactivo, hasta 2. Gestión de la eficiencia analítica del laboratorio, hasta 2. Soluciones de control y gestión de la fase pre-analítica de laboratorio, hasta 2. Y soluciones de control y gestión logística del laboratorio, hasta 2. La calidad global de la oferta presentada en el lote 1, hasta 25 puntos. En este apartado se valoró la calidad global de la oferta presentada según el esquema establecido en la siguiente tabla. Como criterios a valorar: la adecuación del proyecto, espacios y equipamiento ofertado a las necesidades de los distintos laboratorios, hasta 3,5. Adecuación de las soluciones técnicas ofertadas para reducir procesos sin valor, se valorará que las soluciones de automatización ofertada reduzcan al mínimo los procesos y acciones sin valor por parte del personal de los laboratorios. Se valorará el grado de automatismo en este sentido. Hasta 2,5. Reactivos y

listos para su uso, hasta 0,5. Grado de cobertura y calidad del servicio técnico, hasta 1. Versatilidad y flexibilidad para cambiar los flujos de trabajo y los circuitos de muestras ante un cambio puntual en las cargas de trabajo o ante una incidencia o avería, hasta 1. Inclusión de los equipos ofertados en programas de control de calidad internos o externos de reconocido prestigio, hasta 0,5. Planes específicos de formación para el personal de los laboratorios, hasta 0,5. Planes de instalación y puesta en funcionamiento del equipamiento y servicios ofertados, seguimiento global del proceso, hasta 1. Calidad técnica de la instrumentación de bioquímica, hasta 1,5. Uniformidad de los procedimientos de utilización del equipamiento ofertado en los distintos centros, hasta 3. Calidad técnica de la instrumentación del inmunoensayo, hasta 1,5. Grado de integración ofrecido por el equipamiento ofertado: se valorará el grado de integración de los analizadores ofertados. Se valorará positivamente la posibilidad de realizar técnicas de química e inmunoquímica en los mismos analizadores, sin que ello suponga una pérdida de eficacia y calidad, hasta 2. Solución abierta que permita la conexión física y lógica de instrumentos de terceros al sistema robótico, hasta 2,5. Identificación de los tubos primarios y alícuotas en el sistema robotizado mediante tecnología RCID, hasta 1. Y calidad técnica de la instrumentación de hematimetría, hasta 1,5, y calidad técnica de la instrumentación de coagulación hasta 1,5. La Mesa de Contratación, que estuvo compuesta por el Director del complejo hospitalario, el Director de Administración y Servicios Generales del complejo hospitalario, la Jefa del Servicio de Aprovisionamiento del Servicio Navarro de Salud, una interventora delegada del Departamento de Hacienda, un técnico designado por la Junta de Contratación Pública, y un técnico de Administración Pública, rama jurídica, designado por la Secretaría Técnica del Departamento de Salud, estableció una serie de grupos de trabajo para la realización de los informes técnicos de evaluación de cada uno de los apartados que he comentado en cada uno de los 20 lotes de los que constaba el concurso. De esta forma, cada apartado fue evaluado por un grupo profesional perteneciente al Servicio Navarro de Salud y revisado por los miembros de la Mesa, que configuró un informe global de evaluación. Han intervenido en las evaluaciones técnicas 12 profesionales diferentes, expertos en cada una de las materias. En organización y gestión, 2. En adaptación de

espacios y funcionabilidad, 2. Y en técnicas analíticas, 8. Los resultados finales de la evaluación técnica demostraron que en los 4 criterios evaluados –autoevaluación, mejoras, calidad global, obras y calidad global técnica de equipamiento–, una de las compañías presentaba las mejores puntuaciones en 3 de los apartados, con una puntuación global de 45,45 puntos sobre 50, mientras que la segunda clasificada se puntuó con 36,16 sobre 50 puntos. La apertura económica se realizó en sesión pública, resultando en este caso la mejor oferta calificada con 50 puntos, mientras que la segunda clasificada obtuvo 45,7. En la imagen pueden ver el cuadro resumen de las puntuaciones dadas tanto en la evaluación técnica como en la evaluación económica. Tras la apertura económica, la Mesa de Contratación emitió una propuesta al órgano de contratación, proponiendo la adjudicación del lote 1 a la empresa Abbott, con una puntuación de 88,25 sobre 100, siendo la segunda clasificada la empresa Roche, con 86,16 sobre 100. La resolución de adjudicación del Gerente del Servicio Navarro de Salud se emitió el 22 de octubre de 2012. Tras la emisión de los resultados lote a lote, los licitantes dispusieron de la posibilidad de la evaluación del pertinente recurso ante la Junta de Contratación. Así, en lo que concierne al lote 1 de este concurso, las compañías Roche e Izasa presentaron recursos, que fueron desestimados en tiempo y forma por la Junta de Contratación Pública que, como todos ustedes saben, no es dependiente del Servicio Navarro de Salud, sino que es la Junta de Contratación de todo el Gobierno de Navarra. Debe hacerse mención a que ambas compañías eran, en ese momento, las suministradoras principales de los laboratorios del complejo, hasta el momento de este proyecto de unificación, y a precios en torno al 60 por ciento superiores a los que ellos mismos licitaron en este concurso. Aun disponiendo de la capacidad para recurrir al Tribunal Contencioso Administrativo, tal opción no ha sido seguida por ninguno de los licitadores antes referidos, habiendo finalizado el plazo legal para abrir la citada vía. El laboratorio Roche, por su parte, presentó un escrito de reclamación fuera del marco legal del procedimiento de la licitación, con fecha 18 de febrero de 2013, que ya ha sido analizado y contestado en los siguientes términos: respecto al tema de la rescisión e imposición de penalidades, que no tienen legitimación para

reclamarlas. Y respecto al tema de la arbitrariedad en la adjudicación, que ya agotó la vía administrativa.

Dado que sus señorías hacían referencia a la existencia de informes técnicos que no coincidían exactamente en algunos criterios, y que no se ha tenido en cuenta la opinión de los facultativos, me gustaría aclarar, como les he desgranado a lo largo de mi intervención, que sí se ha tenido en cuenta su participación, y precisamente en el ámbito que les corresponde, y en el que mayor valor pueden aportar: en la evaluación de las propuestas. Posteriormente, es el órgano de contratación quien aprueba los criterios de adjudicación, que son públicos y asumidos libremente por los concurrentes disponiendo, lógicamente, de los mecanismos legales oportunos para corregir potenciales errores. En el caso que nos ocupa, el órgano de contratación decidió que el peso de los criterios técnicos fuera del 50 por ciento y el de los económicos del otro 50, lo que descarta de entrada cualquier intento de minimizar los aspectos técnicos. En lo que concierne a ese 50 por ciento de puntuación técnica, un 10 por ciento era una autoevaluación automática, un 3,5 correspondía a la propuesta de adaptación de espacios y equipamiento de los locales, un 15 por ciento mejoras y otro 21,5 a la evaluación de las características de los equipos.

Con respecto a los informes técnicos a los que usted alude, también quiero aclarar que no existe tal informe de los técnicos, sino una carta remitida a la Dirección de Administración y Servicios Generales del Servicio Navarro de Salud, suscrita por facultativos que participaron en el grupo técnico de unificación de los laboratorios, la mayoría de los cuales habían intervenido en la evaluación de las propuestas. Recordarán que ya les expuse en una pregunta parlamentaria que, con respecto a las dudas que los técnicos planteaban sobre la calidad de los resultados, se les explicó que los aspectos orientados a garantizar una calidad mínima eran condiciones básicas, cuyo cumplimiento se exige a todos los licitadores. Y se les dijo que se tenía la constancia de que cualquiera de las compañías solventes de reactivos para laboratorios clínicos que trabajaban en el mercado español estaba en condiciones de garantizar la calidad tecnológica requerida. Los aspectos diferenciales entre los diferentes licitadores estaban en torno a los aspectos

organizativos, metodologías y herramientas técnicas para gestionar el cambio y para gestionar el nuevo laboratorio unificado. Esta era la parte, o una de las partes, que nos parecían críticas en este proyecto. Por ello, los criterios de valoración incluyeron conceptos adicionales y diferentes a los meramente técnicos ligados a la calidad de los resultados en las analíticas.

Me gustaría concluir destacando que, desde nuestro punto de vista, este concurso supuso un cambio muy sensible en la forma de calificar las propuestas con respecto a los concursos anteriores. Hasta ahora, los pliegos no atendían más que a unos requisitos muy genéricos que no puntuaban a un peso menor del apartado económico y a un alto valor de las valoraciones técnicas objetivas. De este modo, la adjudicación se depositaba, básicamente, en manos de un único técnico que valoraba cada concurso o cada lote, en el caso de que así estuviera configurado el concurso. En este caso se han introducido varias novedades. La primera, la introducción de unos requerimientos técnicos objetivos, que indicaban cuál era el nivel óptimo que la Administración esperaba obtener como mínimo de los concurrentes. La segunda, la valoración de una propuesta de la calidad de las obras de remodelación, circunstancia que en otros casos habría supuesto un esfuerzo adicional para los hospitales, pues se han visto en la obligación de realizar de su presupuesto de obras la adaptación para incorporar tecnologías bien puntuadas técnicamente pero que no tuvieron en cuenta la necesidad de adaptar los espacios. La tercera, la creación de equipos de valoración, eliminando la decisión unipersonal. Y la cuarta, la incorporación de criterios de valoración técnica más allá de los meramente tecnológicos, y más en relación con soportes metodológicos o herramientas informáticas para la organización y gestión de un laboratorio unificado. En este sentido, el protagonismo de los profesionales como prescriptores decisores no ha sido eliminado en absoluto. Más bien al contrario: el modelo de laboratorio unificado, con ventajas obvias desde el punto de vista económico, es también, como hemos defendido aquí en numerosas ocasiones, una propuesta de mejora del servicio, de calidad y de desarrollo profesional. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Caro, su turno de intervención.

BORRADOR

SR. CARO SÁDABA: Muchas gracias, señor Presidente, y muchas gracias, señora Consejera, por la información que nos traslada. Yo quiero empezar diciéndole que nos parece extraordinario que, efectivamente, un contrato de estas características se efectúe a través de un concurso público, como no puede ser de otra manera. Y también estamos plenamente convencidos de que los objetivos que se perseguían eran los que había que perseguir. Tanto es así que, fíjese usted, hablando de ahorro, el concurso sale a licitación por 5,7 millones de euros. La oferta de Abbott, con una bajada del 45 por ciento, y la adjudicación se hace en 3,1 millones de euros. Estábamos dilapidando el dinero, y la pregunta es –ya sé que usted no es la responsable, ya sé que tiene que gestionar lo que le toca– por qué hemos estado durante todos estos años gestionando este tema, de tal manera que, prácticamente, con un concurso público adjudicado a Abbott en 3,1 millones de euros estábamos 2 millones y medio por encima gastando anualmente en todo lo que tiene que ver con los laboratorios. En fin, es verdad que la crisis tiene algunos aspectos en positivo, y este es precisamente uno de ellos, que nos enseña a ser más eficientes, pero también nos enseña algunas miserias de la gestión que se estaba haciendo con anterioridad. Por tanto, lo primero que tengo que decir es que bienvenido el concurso público, bienvenidos y bien perseguidos los objetivos que ustedes se marcaron, y la pena es, insisto, que no se hubiese hecho antes.

Lo segundo que tendría que decir es que, en fin, tampoco se acaba de responder a las preguntas que yo hacía en la introducción, como tampoco se ha respondido a una cuestión que también se ha puesto de manifiesto, y es si realmente el proyecto que se está ejecutando ahora es el mismo que el que se presentó a licitación. Porque, según traslada Roche –ya que se ha mencionado lo menciono yo también–, parece ser que no habría una similitud entre el proyecto que se está ejecutando y el proyecto que se presentó a concurso y que, definitivamente, fue al que se le otorgó la adjudicación del contrato. Esa es una cuestión que nos gustaría que, en la medida en que fuera posible, se nos respondiera, porque es un tema que nos parece interesante.

BORRADOR

En tercer lugar, la verdad es que escuchándole defender como ha defendido –como es lógico que usted defienda– cómo ha sido todo el procedimiento, casi estoy en condiciones de decirle que, para el próximo contrato público que hagamos, prescindamos de todo lo que tiene que ver con lo económico y con lo técnico, y dejemos que el grupo que se elija de personas que estén en la Mesa de Contratación –ahora con la nueva ley de contratos no se podría hacer como ustedes lo han hecho– decida sobre criterios objetivos exclusivamente. Porque al final han sido los criterios objetivos los que han dado la vuelta a quienes económicamente presentaron una mejor oferta y a quienes técnicamente también presentaron una mejor oferta. Lo que pasa es que al final, insisto, los criterios subjetivos, que en el capítulo global suponían un 15 por ciento de la puntuación, han sido los que han determinado y los que han dado la vuelta a la tortilla. De nada han servido los criterios económicos. De nada han servido, o de muy poco han servido, los criterios técnicos, porque al final han sido las mejoras ofertadas, como si las otras partes, los otros dos concursantes, no hubiesen ofertado mejoras, quienes han decidido que se adjudique el concurso Abbott y no, en este caso, al segundo clasificado. Yo estoy convencido, insisto, de que con la reforma reciente de la Ley de Contratos Públicos que el Parlamento llevó a cabo hace bien pocos meses, probablemente algunas de las cosas que se han hecho con este contrato no se podrían haber realizado y, probablemente, y esto es una suposición, el resultado es verdad que hubiese sido, quizás, diferente. Yo, en definitiva, solo quiero plantearles una cuestión de fondo, y es que, efectivamente, los concursos públicos son –creo que al resultado hay que remitirse para ver el ahorro conseguido– importantes e interesantes en este contexto pero, desde luego, en la adjudicación de los contratos públicos deben primar, por encima de todo, absolutamente por encima de todo, los criterios objetivos. Y en todo lo que tenga que ver con mejoras también habrá que aplicar una serie de baremos en los que se permita, dentro de la subjetividad, que haya criterios objetivos que permitan que no se determine el resultado final solo y exclusivamente por lo que nos guste más o menos a quienes nos sentamos, o a quienes en este caso se sienten en la Mesa de Contratación. Es decir, que no se decida que una oferta es mejor porque presenta los embalajes de los productos químicos en una botella de color

negro o de color rojo, que en algunas ocasiones, y no en temas de salud, ha sido tenido en cuenta como elementos claves para acabar adjudicando los contratos. Insisto: lo objetivo frente a lo subjetivo creo que es lo que debe primar, y espero, no obstante, que se nos responda a la pregunta de si el proyecto que se está ejecutando se corresponde con el proyecto al que fue adjudicado el contrato. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Fernández de Garaialde, por Aralar/Na-Bai.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Gracias, señor Presidente. Gracias por la información que nos ha dado, y voy a ser muy breve porque ya una se está cansando un poco del ping-pong famoso, y del sí, no, no, sí. Dentro de las informaciones de cómo ha sido el proceso, esta Parlamentaria las da por buenas. No tengo criterios para analizar más allá de las informaciones previas que tenía pero, claro, en ese sentido, el protagonismo de los profesionales como prescriptores decisorios no ha sido eliminado en absoluto. Yo, lo único que sé y lo único que le he preguntado… yo no he dicho antes que teníamos además un informe, ¿eh? Yo lo que le he dicho antes es que existe una carta de las personas que estuvieron trabajando en el grupo técnico. Para usted, todo este proceso, todas las veces que ha venido a este Parlamento, todas, lo ha basado siempre en las conclusiones y en el trabajo del grupo técnico. Y ahora resulta que no llegamos a firmar las conclusiones, no hemos intervenido en la definición de los criterios de adjudicación, es decir, incluso, cuestionan que esto pueda ser en beneficio del trabajo que se tenga que realizar o en beneficio de las pruebas. Es decir, eso es lo que quiero que me conteste. Y ahora yo no me estoy inventando nada ni estoy mirando la prensa. ¿Por qué? ¿Qué ha pasado y por qué no han tenido en cuenta en absoluto a lo que era el grupo técnico inicial? Dicho esto, siguiendo un poco con su intervención, ha dicho que los pliegos de prescripciones técnicas y administrativas del citado concurso fueron diseñados por profesionales. No me cabe ninguna duda, pero quiero saber qué profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra, del Servicio de Contratación, el Interventor de Servicios Jurídicos, por supuesto, porque profesionales eran también a los que ustedes no hicieron caso.

Entonces, quiero saber qué profesionales formaron parte o quiénes realizaron los pliegos de prescripciones.

Y, por otro lado, le pregunto también –y esto lo hago sin ninguna segunda intención y sin ninguna mala interpretación, con nada de segundas– la Mesa de Contratación estaba compuesta por el Director del Complejo Hospitalario, entre otros. ¿No existe, por lo que hemos leído en prensa, una incompatibilidad para que el Director o Gerente del Complejo Hospitalario pudiera estar en esa Mesa de Contratación? Esto es algo que hemos leído en prensa, entonces por eso lo quiero saber. Se establecieron una serie de grupos de trabajo para la realización de los informes técnicos de evaluación de cada uno de los apartados y de cada uno de los 20 lotes. ¿Quiénes formaron parte de esos grupos de trabajo? Y dicho esto, para terminar, como usted también ha dicho que, en cuanto al proceso de unificación, habla de la implantación del laboratorio de respuesta rápida de Tudela y mantenimiento provisional de la actividad procedente de los centros de Atención Primaria, sí me gustaría que tuviera un poco de deferencia con trabajadores y trabajadoras de Tudela, porque todavía no saben qué va a pasar con sus puestos de trabajo, no saben si van a tener que desplazarse, etcétera, etcétera. Creo que la falta de información ya está colmando la paciencia de, sobre todo, estas trabajadoras.

Iba a hacer una reflexión sobre los laboratorios del HLA, que ahora parece que es maravilloso, que volvamos otra vez a hacer a lo público cuando ustedes desmantelaron el laboratorio de HLA. Pero, insisto, y espero que me responda a esas preguntas y, sobre todo, por qué no han tenido en cuenta al grupo técnico de trabajo. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Ruiz Jaso, por Bildu.

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señor Presidente, y gracias también a la Consejera por las explicaciones que nos ha dado. Ya se han comentado varias cosas. El 13 de marzo se inició el proceso de centralización y el objetivo, evidentemente, era racionalizar el gasto, que entendemos que tiene básicamente que ver con la centralización de compras de reactivos,

materiales de laboratorio, con lo que estamos completamente de acuerdo. Y también, como decía antes el señor Caro, también nos preguntamos por qué no se ha realizado así desde antes, porque entendemos también que la mayor parte del ahorro, que ustedes estiman en 5 millones de euros con la centralización de los laboratorios, gran parte de ese ahorro previsto, evidentemente, tiene que venir de la centralización de las compras. Otra cosa es la unificación del servicio. Pero como en el caso de la privatización de las cocinas, ustedes nos venden todo en el mismo pack. En este caso, unificación de compras de reactivos y otros materiales, y unificación del servicio. En el caso de las cocinas, también era unificación de las cocinas y privatización. Bueno, en todo caso, está por ver. Y también –al menos planteamos ciertas dudas– está por ver si, como en tantas otras ocasiones, el ahorro previsto por Salud luego se lleva a cabo. Y, desde luego, qué parte corresponde, como digo, a la unificación de las compras y a la unificación del servicio. En cualquier caso, lo evidente es que la adjudicación está hecha en un proceso que, como poco, que como poco, se podría decir que está siendo objeto de múltiples recursos y bastantes dudas por parte de diferentes ámbitos. Ya se ha citado aquí… La señora Fernández de Garaialde ha leído las consideraciones del grupo técnico, que a nuestro entender reflejan cierta gravedad, y más con lo que usted ha dicho, que este grupo técnico, los facultativos que forman parte del grupo técnico, han estado donde había que estar y donde es realmente importante, que es en la evaluación. Pero bueno, igual será por mi condición de profesora, pero entiendo que evaluar un examen que ha puesto otro, evidentemente, no es hacer tu trabajo. Y un trabajo completo, un trabajo completo, es diseñar los criterios que vas a evaluar. Y, evidentemente, los criterios que se han diseñado para este concurso, y con los que los integrantes de este grupo técnico no están de acuerdo, y literalmente dicen: “no reflejan adecuadamente nuestros criterios”, no han intervenido en la definición de los criterios. Por lo tanto, evaluar algo que tú mismo no has diseñado es una labor bastante complicada y, evidentemente, y en el ámbito académico es lo mismo, tú, cuando pones un examen, cuando se realiza un concurso de adjudicación, lo importante y donde se definen los objetivos y los criterios de calidad que se quieren mantener, es en el propio diseño del concurso, o me da igual si hablamos de

un examen. Por tanto, que ese grupo técnico haya formado parte solamente de la última fase, que es la evaluación, nos parece grave, tal y como ellos mismos comentan, ya que, literalmente, que el grupo técnico que ha estado trabajando en esa unificación diga que los criterios son poco relevantes y no están orientados a garantizar la calidad analítica, yo creo, sinceramente, que es algo que nos debiera preocupar. Y también que en la configuración general del concurso se observan errores importantes en las especificaciones, determinaciones y técnicas analíticas. Pues yo creo que, precisamente, si son los especialistas, me imagino que estos criterios se habrán tenido en cuenta. ¿O no? ¿O no? Eso lo pregunto.

También ya se han comentado aquí los recursos de otras casas comerciales, hablando del baremo, evidentemente, –y el señor Caro también le ha hecho referencia– que los criterios subjetivos sean los que al final inclinen la balanza en favor de una empresa concreta, más allá de los criterios económicos y técnicos, también es algo, en fin, para tener en cuenta y, desde luego, que genera dudas. Yo también querría preguntarle quién forma parte, o qué figuras son las que forman parte del Tribunal de Contratación. Por lo que hemos podido leer, el señor Iribarren, el Gerente del Complejo Hospitalario, por lo menos sí que forma parte de ese Tribunal de Contratación. Y también hemos leído, y yo no me atrevo, desde luego, a hacer ningún tipo de denuncia pública, pero sí que, como lo hemos leído en prensa y lo ha denunciado un sindicato concreto, también lo quiero preguntar, y quiero preguntarle a la Consejera y al departamento qué valoración hacen de que el señor Iribarren, que al parecer también ha sido el impulsor de ese apartado de condiciones subjetivas en este concurso, y cuya decisión, desde luego, no iba en la dirección de los informes técnicos, pues también se ha dicho que el señor Iribarren era, en su momento, responsable de una consultoría, de una asesoría, que en la comunidad autónoma balear realizó el concurso de equipamiento de laboratorio, también unificado, y lo adjudicó a la misma empresa. Aparentemente, no sé si será casualidad o no… Sí, sí, que luego tiene usted el turno de réplica, ya me contestará, señora Vera. Ya me contestará. Pregunto, pero como es una información publicada, pues también le doy la oportunidad de que, si el departamento tiene que dar alguna

explicación, que la dé. Yo me remito a lo que he leído. Aparentemente, y ya con las dudas que se generan, y con las reclamaciones que se han interpuesto desde diferentes ámbitos, parece que también puede haber cierto oscurantismo en este asunto otra vez más. Y esto también, bueno, también se ha publicado que hay 13 reclamaciones. También nos gustaría saber en qué situación se encuentran, si han realizado ya las alegaciones y, en definitiva, ha puesto en valor usted estos nuevos criterios de adjudicación, los ha tachado de novedosos, pero lo cierto es que se han denunciado o han sido objeto de reclamaciones desde diferentes ámbitos y han generado dudas. Han generado dudas. A lo que usted, desde luego, poca referencia ha hecho.

Y luego ya, más allá del baremo, más allá del concurso en sí mismo, sí quería comentar, porque venía también en nuestra petición de comparecencia, las limitaciones que en estos momentos el proceso de unificación temporal, con una ubicación temporal, está teniendo. Y también quería saber la valoración que hace su departamento, porque poca referencia ha hecho usted en su intervención. Ya sabemos que hasta el 2015, transitoriamente, se está utilizando la ubicación del CIB, pero también nos preocupan las limitaciones que esa ubicación pueda tener en la calidad del servicio. Sabemos que el laboratorio de microbiología está aparte. Por tanto, uno de los objetivos de la unificación de los laboratorios, que era la recepción unificada de las muestras, no se está dando. El CIB tampoco está diseñado para labor asistencial. Sabemos que se ha tenido que adaptar, pero hay carencias. Hay carencias en las instalaciones para realizar el trabajo en condiciones óptimas. Al menos, así lo han denunciado los profesionales de laboratorios. Queremos conocer la valoración del departamento también.

Y a nivel de aspectos técnicos, también se ha dicho que también hay limitaciones debido a esa ubicación. Por ejemplo, se ha dicho que se ha tenido que poner en funcionamiento un analizador de coagulación desechado hace ocho años y que se recupera ahora. También se ha dicho que, a nivel de soporte informático, hay desajustes entre el sistema que utiliza el Gobierno de Navarra y el sistema aportado por la empresa adjudicataria, y que todo esto ralentiza el servicio y, desde luego, no genera las condiciones óptimas para ofrecer un servicio de calidad. También queremos conocer estas limitaciones

de esta ubicación transitoria: cómo las valora el departamento, y qué medidas, si es así, qué medidas va a poner en marcha para subsanarlo. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Turno del resto de portavoces. Señor Pérez Prados, por UPN.

SR. PÉREZ PRADOS: Muchas gracias. En efecto, hay dos bloques diferentes de contenidos en este segundo punto de comparecencia, aunque de alguna forma relacionados porque ambos responden a los informes, desde un principio, desde hace ya tiempo, a los informes de la Cámara de Comptos, y a sus recomendaciones en el sentido, como nos recordaba alguno de los intervinientes, de racionalizar el gasto y aplicar criterios de economía y eficacia en la gestión pública, en la Administración Pública. Y uno de ellos ha sido siempre, desde hace ya tiempo, el de unificar los hospitales existentes en nuestra Comunidad Foral. Y estos aspectos que tratamos derivan de esa asunción de las recomendaciones y del objetivo de unificar los hospitales y todos los servicios, de manera lógica, que se prestan en los mismos. Efectivamente, la unificación de laboratorios es uno de ellos y aquí hay que agradecer la información relatada por la Consejera en cuanto a los planes sobre esta unificación en el Complejo Hospitalario de Navarra, y resaltar algo que es importante, porque también se ha dado información no correcta sobre el mismo, que es que el ciudadano no va a quedar, en principio, afectado; o sea, no va a disminuir la calidad del servicio de cara a los usuarios del Servicio Navarro de Salud, sino más bien, en su caso, al contrario, porque estos servicios prestados, al centralizarse los laboratorios, podrán aumentar y darse con equipamiento más moderno y mejor en ese sentido.

Bien, en cuanto a la segunda parte, el concurso recientemente llevado a cabo, me gustaría resaltar algo que me parece importante, porque este pliego de condiciones y el baremo correspondiente han sido diseñados por profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra, tanto del Servicio de Contratación como del Servicio de Obras del Sistema Navarro de Salud. No por los responsables del Departamento de Salud, no por la Consejera, si bien es cierto que la próxima vez habrá que recomendar que el señor Caro pueda pertenecer y participar en el diseño de este pliego de condiciones y el baremo

de contratación. Eso deduzco por lo menos de su intervención, porque sabe lo que hay que tener en cuenta o no hay que tener en cuenta, con qué peso hay que tenerlo en cuenta, etcétera. Pero además de haber sido diseñado por profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra, ha sido revisado por el Servicio de Intervención y los Servicios Jurídicos del Gobierno de Navarra. Claro, con todas estas propuestas de diseño y de revisión, se construye el baremo que consta hasta de 100 puntos. Se puede otorgar a las empresas que concurren al mismo para la concesión, de los cuales 50 se refieren a criterios económicos y los otros 50 puntos a criterios técnicos. Curiosamente, estos 50 puntos por criterios económicos se han elevado de las situaciones anteriores que le daban un menor peso al apartado económico y mayor valor a las valoraciones técnicas objetivas. Luego es la Mesa de Contratación la que aplica el baremo correspondiente, y se apoya también en informes técnicos realizados por grupos de trabajo, lo cual no significa que tenga obligación de incorporar todos y cada uno de ellos. La señora Ruiz se extraña de que en la actividad docente es muy difícil evaluar algo que tú no has diseñado. No sé si se refiere a un examen. Los exámenes los corrigen, normalmente digo, los que los preparan y los diseñan y los revisan y los ponen, pero no siempre es así. Por lo menos en distintos niveles de la educación, de la formación, de la enseñanza hay ciertas garantías que a veces el estudiante, en el caso de la Universidad por lo menos, no sé si el alumno en cursos diferentes, en formaciones diferentes con evaluación distinta, tiene esa garantía, esa posibilidad de solicitar un tribunal para revisar los exámenes. Ese tribunal lo que hace es volver a corregir exámenes realizados por el estudiante que no ha puesto el tribunal. Pero es que en este caso no estamos ante exámenes ni revisiones de exámenes, estamos ante mesas de contratación y adjudicación de concursos a empresas adjudicatarias que puedan realizar el contenido de los mismos y, efectivamente, por lo menos hasta donde yo sé y las que conozco, en nuestro ámbito, por lo menos, todas las mesas de contratación son tribunales, por decirlo así, que aplican baremos que no han hecho ellos. Los baremos se realizan, y yo he pertenecido, también en mi caso, y he aplicado baremos realizados por otros. No son exámenes y corrección de los mismos, sino en todos, incluso en la contratación de profesorado, en la contratación de

personal, donde se aplican unos baremos que no realizan ni diseñan ni revisan los miembros de mesas de contratación o de tribunales de contratación para personal. Esto es lo que ocurre y no sé por qué usted se extraña de que en esta ocasión también sea así.

Bien, y ya para concluir, efectivamente, yo creo, no solamente por los ahorros que se han relatado aquí, no es que se estuviesen gastando 5,7 millones de euros, sino que el precio máximo estipulado marcado en el pliego de condiciones era de 5,7. De la adjudicación por 3,1 todos nos tenemos que alegrar. Y el hecho, también significativo, y resaltable, de que las empresas que estaban realizando estos aprovisionamientos a los laboratorios hacia ese concurso vayan con una oferta que era antes un 60 por ciento mayor a la que ahora realizan también es de agradecer. ¿Por qué antes no se hacía? Pues no lo sé. Posiblemente porque no estaban centralizados muchos de estos servicios, ni siquiera tampoco los hospitales, que eran independientes y cada uno contrataba de manera independiente a los demás. Lo cierto es que, si no se hacía antes, a partir de ahora, y como consecuencia quizás de la unificación de los hospitales y la creación del Complejo Hospitalario de Navarra, se pueda ir haciendo y se podrán ir rebajando también algunos de los gastos del dinero público. Que no es que el dinero público sea de todos, no. Alguno dirá: "el dinero público no es de nadie", “no, el dinero público es de todos”. No, yo creo que el dinero público es sagrado. Y con el tuyo, con el personal, puedes hacer lo que quieras, incluso tirarlo o quemarlo o encenderte los puros, como alguno hacía en alguna ocasión, pero con el dinero público hay que tener un respeto y un cuidado extremado, claramente. No sé de qué se ríe por ahí alguna persona, pero bueno. Bueno, muchas gracias por escuchar y por la concesión de palabra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Martín, por el grupo popular.

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Yo voy a ser muy breve. Me gustaría agradecer a la Consejera las explicaciones que nos ha proporcionado de la unificación de los laboratorios. Al parecer ya se culmina un proceso que se inició ya, casi, casi, al principio de la legislatura,

con un revuelo importante a nivel de medios de comunicación, sobre todo en noticias procedentes de Tudela, en las que surgieron titulares de que los pacientes iban a tener que venir a hacerse los análisis a Pamplona, que se iban a estropear las muestras, que no iban a ser fidedignos los resultados… Bueno, pues muchas de estas cuestiones. Y, realmente, nos encontramos ahora con una unificación de laboratorios que no va a suponer ningún trastorno para el paciente; en la que se va a mantener, incluso incrementar, la calidad de los servicios y, además, va a suponer un ahorro sustancioso en el coste, ahorro estimado inicialmente en un 45 por ciento sobre el gasto de 2011, pero que al final de la adjudicación ha llegado a un ahorro del 62 por ciento, lo que implica unos 5,15 millones de euros cada uno de los años de contrato. Y, efectivamente, este ahorro que se consigue ahora, pues parte, efectivamente, es un ahorro que depende y procede directamente de la gestión, entre otras cosas con la centralización de compras. Y, desde luego, si nos ponemos a preguntar por qué no se hizo esto antes pues, efectivamente, nos lo podemos también preguntar, pero es una pregunta también que se hace hoy mucho a la Ministra de Sanidad, cuando se plantea cómo ahorrar costos en una situación de crisis para mantener la calidad del servicio. ¿Por qué no se hizo antes? Pues, efectivamente, es una pregunta que nos tenemos que hacer todos, ¿no? Pero además, parte de este ahorro, aparte de la gestión, procede del abaratamiento de costes originados por los avances tecnológicos. De eso no cabe ninguna duda. Y, brevemente, en cuanto al concurso, los criterios técnicos y los criterios económicos son siempre una parte muy importante a valorar en las mesas de contrataciones, independientemente de otro tipo de valoraciones, como pueden ser las mejoras en el servicio y, a mí, que procedo del mundo sanitario, me resulta impensable que los requerimientos técnicos en un pliego de contratación no sean realizados o sean valorados por profesionales técnicos en la materia. Nosotros, desde luego, no tenemos ningún criterio para poner en tela de juicio la marcha de la Mesa de Contratación ni los criterios de la Mesa de contratación. En todas las licitaciones siempre hay recursos o hay alegaciones. Y, desde luego, nosotros creemos que cualquier licitador que se podía presentar a esta mesa está amparado por la Ley de Contratos Públicos y ha tenido la oportunidad de recurrir, de alegar, incluso de ampararse en el

Tribunal Administrativo de Navarra, incluso en el Contencioso Administrativo. Por lo tanto, nosotros no tenemos ningún criterio para decir o poner en tela de juicio o en duda los criterios que han llevado a la Mesa de Contratación a adjudicar este concurso a la empresa adjudicataria. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora de Simón, por Izquierda-Ezkerra.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchísimas gracias, señor Presidente, y gracias, señora Vera, por sus explicaciones y por la documentación que nos ha dado en este caso. No es mi costumbre, pero sí que voy a hacer un comentario a la comparecencia anterior, porque yo me refería a una normativa que hacía referencia a los controles de las empresas y a las condiciones de esos controles, y no me he referido a nada que tenga que ver con Salud Pública.

Respecto a lo que nos trae aquí ahora, en estos momentos, nosotros, desde Izquierda-Ezkerra, tampoco… Coincido con el señor Martín en este caso. Le damos por válidas las explicaciones que nos ha dado respecto al procedimiento de adjudicación del proceso de esta unificación de laboratorios y, la verdad, no tenemos criterios para valorar lo que ha ocurrido en esa Mesa de Contratación. En todo caso, lo que sí nos preocupa es esa carta de algunos profesionales técnicos, que parece ser que participaron en ese grupo técnico, que realizaron el informe técnico final, lo cual quiere decir, bajo nuestro punto de vista, que algo no ha ido bien en el procedimiento de toma de decisiones o en la concreción de las conclusiones. Tengo preguntas, más que otra cosa, que me voy a permitir hacerle. Una es respecto a la ocupación del edificio que estaba destinado al Centro de Investigación Biomédica, porque en su día no se pudo dar a este edificio otro uso específico para Salud porque había una subvención de Educación que condicionaba, por lo visto, el uso. Yo, no sé, me imagino que ustedes habrán valorado si en estos momentos la situación es la misma y se puede hacer esto que está haciendo el Gobierno: dar uso a este edificio para fines sanitarios. También tengo dudas respecto a la ubicación temporal, si tiene sentido o no, porque si la

unificación de las compras parece que es lo que va a suponer el mayor ahorro, no sé por qué no se ha podido esperar –es una pregunta, ¿eh?– a tener el edificio definitivo preparado. Y tener una ubicación temporal que, además, como usted bien ha dicho –bueno, como usted ha dicho, no sé si bien o mal–, estaría la ubicación definitiva a la que esta nueva zona, o este nuevo espacio, se pueda adaptar, y esto está en función de los presupuestos. Se ha puesto el plazo del 31 de marzo de 2015, pero depende de los Presupuestos, entiendo, Generales de Navarra. ¿O están pensando ustedes en algún otro tipo de procedimiento para obtener presupuesto y realizar las obras pertinentes?

Por otro lado también nos gustaría saber si saben qué presupuesto, o sea, cuánto dinero va a costar la modificación de estos espacios donde se van a ubicar las instalaciones definitivas de los laboratorios. También voy a preguntar: ¿a qué se han debido estos retrasos? Por una parte, nos parece que es demasiado precipitada esta unificación de los laboratorios, teniendo que contar con una ubicación provisional, pero por otro lado, primero se iba a iniciar el proceso ya no recuerdo ni en qué mes, la última vez en febrero, ha habido varios retrasos y, claro, aún no sabemos cómo va a afectar esta unificación a los trabajadores y trabajadoras de los laboratorios actuales, y esto a nosotros nos parece fundamental. ¿Saben ustedes ya qué ocurrirá con los trabajadores y las trabajadoras actuales? Y luego, también tenemos dudas. Dices, jo, qué bicoca, una empresa, ahora adjudicataria, corre con los gastos de dejar el Centro de Investigación Biomédica como está, corre con todo tipo de gastos y, además, vamos a ahorrar un 62 por ciento. Parece una bicoca, la verdad. A mí me dirá usted que siempre pienso mal, pero me parece una bicoca. Y no es que solo esté pensando en qué ha pasado hasta ahora porque, evidentemente, como decía el señor Martín, claro que tiene que ver con los avances tecnológicos, y tiene que ver con una centralización de compras que a lo mejor antes no se podía hacer. No sabemos si las condiciones actuales son las mismas que las condiciones anteriores. En todo caso, es que es una cosa que llama la atención, un ahorro del 62 por ciento. Y si además de ahorrar el 62 por ciento, esta empresa va a obtener los suficientes beneficios para tener beneficios y, al mismo tiempo, hacerse cargo de todos estos costes, en fin, nos parece un poco extraño.

BORRADOR

Para terminar, me gustaría agradecerle las explicaciones una vez más y decirle que a nosotros lo que nos preocupa ahora mismo, esencialmente, es qué va a pasar con los trabajadores y las trabajadoras, por un lado, y también qué va a ocurrir con los materiales técnicos, los recursos técnicos y materiales que en este momento forman parte de los laboratorios actuales. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Para réplicas, señora Consejera, su tiempo.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, señor Presidente. Yo creo que no sé si ha quedado respondido. Señor Caro, usted decía que si hasta ahora se ha dilapidado el dinero, y yo creo que tiene mucho que ver con cuestiones que ahora se pueden abordar y que hace unos años no se podían abordar, y que la tecnología y los robots que van a instalarse hace unos años no existían, y eso es lo que nos permite poder obtener los ahorros que vamos a obtener. Desde luego, la evolución tecnológica está provocando que este tema de los laboratorios evolucione a una velocidad increíble, y también esto que está pasando aquí está pasando el resto de España y, de hecho, en el resto de España, bueno, nosotros somos una de las primeras comunidades que estamos abordando esta unificación de los laboratorios asistenciales, y no quiere decir que hasta ahora nadie se había dado cuenta o que todo el mundo haya dilapidado el dinero. Es que, quizás, la tecnología no lo permitía y ahora, sin embargo, sí lo permite. Respecto a los cambios en el proyecto a los que no sé si usted o algún otro portavoz se refería, se ha replanteado la disposición de la cadena. Efectivamente, se ha replanteado, le hemos planteado cuando han empezado la instalación en el CIB, los técnicos creyeron que era mejor plantear la orientación de una rama de la cadena de distinta forma. Se le planteó a la empresa y la empresa aceptó, y como era una petición que nosotros queríamos, pues sí, efectivamente, ha sido un cambio, pero un cambio pedido por nosotros en el proceso de implantar los equipos.

Respecto a los criterios objetivos y criterios subjetivos, la verdad es que coincido con usted totalmente en que lo mejor sería que los criterios fueran,

cuanto más objetivos, mejor. También quiero decir que el que sean técnicos no quiere decir que sean objetivos, porque criterios técnicos hay objetivos y subjetivos. Eso, porque alguno de los portavoces ligaba el ser técnicos a objetivos, y no estoy en absoluto de acuerdo. Con todo, sí que creo que lo mejor sería que, cuanto más objetivos fueran en una contratación, y más de estas características, cuanto más objetivos fueran, mejor. Y si fueran de puntuación automática, pues mejor. Pero la verdad es que, como he tratado de explicarles en mi intervención anterior, estamos hablando de un proyecto francamente complejo y en el que los sistemas técnicos lo son también, no solo el proyecto. Y los sistemas técnicos de laboratorio lo son. Ahí, ceñirse exclusivamente a aspectos económicos, según opinan los técnicos, no es lo más conveniente. Para ello creo que está en este tipo de concursos, en los que, además, la parte económica tiene un peso importante: el 50 por ciento, como he dicho. El resto de criterios creo que, pese a que hay una parte subjetiva, se ha tratado de hacer un desarrollo en detalle bastante o muy exhaustivo, diría yo, donde hay subjetividad, sin duda que la hay, pero también me gustaría poner en valor que por eso la valoración posterior no se limita a hacerla una persona, sino que esa valoración se hace entre varias personas, de manera que esa posible subjetividad personal también se reduce. Yo, desde luego, confío plenamente en los profesionales que han hecho las valoraciones. Y también usted se refería, ya sé que no en este caso, desde luego, cualquier cosa similar a lo que usted comentaba del color de los envases, desde luego en este caso le puedo asegurar que no ha tenido ningún peso ni había ningún criterio de semejantes o de similares características. Hacían referencia ustedes a numerosas reclamaciones y a 13 reclamaciones. Yo la verdad es que no tengo noticias de las 13 reclamaciones a las que ustedes hacían referencia. Al lote 1 hubo 2: una de Roche y otra de Izasa. Al lote 4, 1. Y al lote 20, 1. Las cuatro fueron desestimadas por la Junta. Y repito: la Junta no es el Servicio Navarro de Salud ni el Departamento de Salud. La Junta es la Junta de Contratación del Gobierno de Navarra. Y ahí quedaron las reclamaciones. Los reclamantes podían haber acudido al Contencioso Administrativo y no recurrieron. Luego, en este caso, y lo siento, pero en este caso no sigan diciendo, por favor, que hay 13 reclamaciones porque es mentira. No hay 13 reclamaciones. Y no han seguido reclamando

porque no es verdad, porque podían haber reclamado judicialmente y no lo han hecho. Entonces, seguimos repitiendo, en este asunto como en otros, cuestiones que no son ciertas. Pero bueno, no sé. Ahí quedará, supongo, que como lo que pretendemos es hacer ruido, pues seguimos haciendo ruido.

Respecto a la presencia del gerente del complejo en la Mesa, yo creo que este no es el… Vamos, desde luego que no hay legalmente ningún impedimento para que un directivo del Servicio Navarro de Salud esté en la Mesa. No solo no hay ningún inconveniente, es que es deseable, y más en un proyecto de la complejidad que tiene este. Y en muchísimos otros casos ocurre. No hay ningún problema y, además, cuando también, si a alguien le parecía mal, podía haber alegado en su momento que le parecía mal. Nadie alegó nada, pero es así. Los miembros de los grupos de trabajo, si me va a perdonar, le podemos facilitar la información de los nombres de todas las personas. Yo sí que tengo aquí los miembros de la Mesa de Contratación y se los voy a decir. La Presidenta de la Mesa es doña Concepción Aranguren Álvarez, Directora de Administración y Servicios Generales del Servicio Navarro de Salud. Suplente, don Ignacio Iribarren Udobro, Director del Complejo Hospitalario. Vocales: el titular, don Fernando Balduz, Director de Administración y Servicios Generales del Complejo Hospitalario de Navarra. Suplente, doña María Jesús Calvo, Subdirectora Médica del Complejo. Otra titular, doña Ina Redrado Laraña, Jefa del Servicio de Aprovisionamiento del Servicio Navarro de Salud. Su suplente, José Antonio Jiménez Anadón, Técnico del Servicio de Aprovisionamiento del Servicio Navarro de Salud. Otro miembro vocal, doña Diana Oscáriz Eraso, Interventora Delegada de Hacienda en el Departamento de Salud, y como suplente, doña Pilar Colom Beltrán, Interventora Delegada de Hacienda, también en el Departamento de Salud. Otro vocal, don Miguel Esparza Oroz, designado por la Junta de Contratación Pública y, como suplente, don Ignacio Iriarte Aristu, designado por la Junta de Contratación Pública. Como vocales de la Secretaría, la titular es doña Marta Beamonte Aréjula, Técnica de Administración Pública de la Sección de Asistencia Jurídica al Servicio Navarro de Salud. Como suplente, doña María Teresa Nieva, Técnica de Administración Pública (Rama Jurídica) de la Sección de Asistencia Jurídica al Servicio Navarro de Salud, y como

segunda suplente, doña Mercedes Zapata Vázquez de Prada, Técnica de Administración Pública, Rama Jurídica también, de la Sección de Asistencia Jurídica al Servicio Navarro de Salud. Y estos son los miembros de la Mesa de Contratación. Y el resto de grupos, con sus nombres, si nos los solicita, se los enviaremos por escrito. Respecto a la participación de los profesionales, pues sí, como usted me decía, hay un informe que nos hicieron llegar. Ese informe final de los trabajos del grupo era la suma de todas las actas que se habían aprobado en las sesiones de trabajo. Fue remitido a los profesionales para su valoración y… De las actas. Y sugerencias a los miembros del grupo. Durante 10 días hicieron las sugerencias que se incluyeron en el informe definitivo, que también se les remitió, pero cuando se les llamó para que lo firmaran físicamente, no quisieron firmar el documento. Le cuento lo que ocurrió con eso. Respecto a la carta, no al informe del grupo, sino a la carta que enviaron. En esa carta plantearon una serie de cuestiones respecto a los criterios de adjudicación, y esas cuestiones que plantearon respecto a los criterios de adjudicación tengo que decirle que sí fueron tenidas en cuenta. De hecho, coincidían con algunas de las alegaciones que habían hecho algunos de los concurrentes al concurso, y que sí se tuvieron en cuenta. De hecho, creo que uno de los lotes se eliminó. Entonces, bueno, cuando ustedes dicen que no se ha hecho caso, no sé si no se ha hecho caso en el cien por cien, en el cero por ciento o en qué parte, pero desde luego sí que le puedo decir que sí se ha hecho caso. Respecto a la máquina de coagulación, que si había sido desechada o no. Yo, respecto a eso, la verdad es que las opiniones técnicas, que las hay, y de todo tipo, entre nuestros profesionales, a veces también es verdad que personas sin una cualificación y experiencia adecuadas dan opiniones técnicas que, desde mi punto de vista, podrían ser cuestionables. Incluso, a veces, hasta persiguen objetivos que no sé si son muy confesables. Yo confío en los profesionales del complejo, en su cualificación, en su experiencia y en su independencia, y me parece que es importante subrayar esto. Yo no soy técnico y no voy a entrar a discutir con ustedes si la máquina estaba bien desechada, no, si ahora se ha utilizado esa, por qué, solo le voy a decir que estoy recibiendo en estos momentos peticiones de otras comunidades autónomas para venir a ver nuestro laboratorio, cómo ha sido el proceso, el concurso, los pliegos, los criterios, lo que estamos montando para

dar servicio a todos los navarros en el CIB aunque sea de forma provisional. Y creo que eso nos debería llenar de orgullo a todos, en vez de ser una cuestión más de sembrar dudas sobre cómo está siendo el proceder de los profesionales del Servicio Navarro de Salud.

Respecto a la ocupación provisional del CIB, a la vista de las mejoras, tanto desde el punto de vista asistencial, como económicas, y también para los profesionales, que se van a producir, a mí me cuesta mucho esperar a que tengamos el lugar definitivo para que lo pongamos en marcha. Si podemos ponerlo de forma provisional dos años antes, yo creo que es lo deseable. Y en las condiciones de los pliegos está que el adjudicatario tiene que correr con todos los gastos. Y es así desde el principio. Uno puede dudar de ello o no, señora de Simón, pero las cosas son así. Y respecto a la subvención de FEDER, que no le quepa duda que, desde luego, en nuestros planes no está devolver la subvención de FEDER, y por lo tanto estamos en conversaciones con ellos para poder prolongar hasta aquel momento en el que nosotros hayamos podido concluir con las obras que les he comentado en la comparecencia que debemos concluir para hacer los movimientos necesarios dentro del complejo. Y respecto a las inquietudes que usted y que la señora Fernández de Garaialde transmitían en torno a los profesionales, le voy a dar la palabra al señor Sanz, que les podrá comentar la información al respecto.

SR. SANZ BAREA: Gracias, Consejera. Señor Presidente, señorías. En relación con el tema de los recursos humanos del laboratorio unificado de Navarra, me gustaría decirles que en estos momentos está en marcha un concurso de acoplamientos dirigido al personal técnico del laboratorio, y hasta que no concluya este proceso no podemos definir con exactitud el plan de recursos humanos. Entonces, hasta ese momento, no definiremos todo el plan de recursos humanos. Por lo tanto, hay que esperar a que se concluya este proceso, que justamente ayer, creo recordar, se acabó el plazo de presentación de reclamaciones y, cuando se resuelva todo el proceso, se establecerán las necesidades de personal que, por supuesto, serán informadas a las fuerzas sindicales de los propios trabajadores. Esto es todo sobre este tema.

BORRADOR

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Bien. Una vez finalizado este segundo punto, hacemos un receso de unos 10 minutos. Se suspende la sesión.

(Se suspende la sesión a las 12 horas y 25 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 42 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para presentar en el Parlamento el borrador del Plan para Enfermos Crónicos.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Continuamos con la sesión, y en el tercer punto del orden del día, Comparecencia para que la Consejera de Salud presente en el Parlamento el borrador del Plan para Enfermos Crónicos, que ha sido solicitada por Bildu y Aralar/Na-Bai, tiene la palabra la señora Ruiz Jaso.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker. Muchas gracias, señor Presidente, y bienvenida, otra vez, a la Consejera y a las personas que la acompañan. Estamos satisfechas de que vengan hoy a presentarnos este borrador, que entendemos que era necesario y que cubre, o tendría que cubrir, una carencia que tenía nuestro sistema de salud. Y creo recordar que ya hace un año exactamente, en abril del año pasado, el Pleno del departamento aprobó por unanimidad una moción presentada por Nafarroa Bai, que instaba al Departamento de Salud a elaborar, precisamente en el plazo de un año, una estrategia integral para la atención de pacientes crónicos. En ella se sostenía la necesidad de conjugar la atención de los enfermos crónicos con la sostenibilidad del sistema, y además hacerlo desde un enfoque integrador y coordinador para el paciente. También se requería que fuera una estrategia participativa y coordinada entre los departamentos de Salud y Asuntos Sociales. Y me llama la atención, ahora, repasando los diarios de sesiones, que precisamente UPN y el Partido Socialista, que en esos momentos formaban parte del Gobierno, precisamente este último punto, el que aludía a la coordinación necesaria entre los departamentos de Salud y Asuntos Sociales, votaron en contra de ese punto, y la moción saliera aprobada como

tal, es decir, pedir que se realizara este plan, que se redactara esta estrategia integral. Y en aquel momento me llamó la atención, y ahora, recordándolo, evidentemente, tiene su implicación. Sinceramente, no hemos tenido tiempo tampoco, habiéndolo recibido el viernes, de analizar en profundidad el borrador. Esperemos que ese mes que se da también al resto de agentes, a los colegios profesionales, y al resto de agentes con los que ustedes han compartido este plan, tengamos ese mes también los grupos parlamentarios para poder hacer nuestras aportaciones. Pero sí es cierto que en un primer vistazo, en una primera lectura rápida, llama la atención que de esas 235 páginas sean ocho páginas exclusivamente las que se dediquen al modelo sociosanitario. Yo no sé si tiene que ver con el punto rechazado en aquella ocasión respecto a este plan. En todo caso, a la espera de sus explicaciones, sí que nos ha parecido un plan bastante completo, riguroso, desde luego, donde se abordan todos los aspectos que se pueden esperar de un plan: el plan de acción, el cronograma, el modelo económico, etcétera, etcétera. Y bueno, a primera vista, evidentemente, el papel ya sabemos que lo aguanta todo, pero a primera vista sí que parece un plan que puede responder a las necesidades, pero sí que, a priori, y sin haberlo analizado en profundidad, sí que hay cosas interesantes solo en esas ocho páginas que hacen referencia al modelo sociosanitario, y que entendemos que son necesarias y, desde luego, lo que se plantea a priori, evidentemente, lo compartimos. Pero bueno, nos gustaría un análisis y un resumen un poquito más en profundidad. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, su tiempo.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Lo que le cuesta decir que algo está bien ¿eh? Ha dicho a priori yo creo que 15 veces, más o menos. Pero bueno, vamos a la presentación.

Efectivamente, hubo una moción. También el 20 de septiembre yo aquí les anuncié que iba a haber un plan de crónicos, y también les dije que, obviamente, todo lo que anunciamos en aquel momento, el 20 de septiembre de 2011, no podíamos hacerlo. Y cada cosa tiene su tiempo y su momento. Y

aunque ustedes nos piden borradores de los planes, que esto ya es una cosa que yo no había visto nunca, aquí estamos para contar el borrador. Obviamente, es una magnífica oportunidad para que en ese plazo que hemos dado también a la participación a colegios, sociedades y asociaciones de pacientes ustedes también nos puedan realizar sus aportaciones. El documento lo recibieron el viernes pasado y la verdad es que no lo teníamos antes. Creo que el mismo viernes por la mañana todavía estábamos haciendo algún cambio en ese borrador que hemos, al menos, cerrado, para darnos ahora ese tiempo de aportaciones y de mejoras. Ya les anunciamos, además, que íbamos a abrir hace unas semanas, cuando presentamos la segmentación, que es una partecita del trabajo, que íbamos a abrir ese período de participación, de análisis, de estudio, para que todo el mundo nos plantee las aportaciones, las objeciones también, a puntos de vista, seguro, y las propuestas de mejora. El documento que se presenta se formula como la propuesta de un proyecto profesional de futuro, de gran envergadura para todo el Servicio Navarro de Salud, en el que hasta el momento han participado 60 profesionales de nuestra sanidad y que, cuando sea implantado, va a modificar en bastantes aspectos el modelo de atención y de organización del cual nos hemos dotado y con el que funcionamos. Como saben, porque lo hemos hablado en muchas ocasiones, el modelo actual de atención sanitaria está configurado principalmente para la atención de problemas de salud que se presentan de forma aguda y, sin embargo, el envejecimiento de la población, el incremento de la esperanza de vida y los hábitos sociales de los ciudadanos, entre otras cosas, está aumentando notablemente la prevalencia de patologías de índole crónica, y es lo que nos ha llevado a plantearnos este proyecto. En este sentido, la reorientación del modelo asistencial para adaptarse a las necesidades del paciente crónico es un debate abierto entre todos los responsables de los diferentes sistemas de salud, debido sobre todo al impacto que tiene en la calidad asistencial del paciente crónico el que no modifiquemos nuestra forma de atender este tipo de problemas. La calidad asistencial del paciente crónico, si no lo hacemos, se ve muy mermada porque no estamos abordando sus problemas de forma integrada y no facilitamos la continuidad de sus cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. En segundo lugar, también, lógicamente, habrá en el

futuro, y se está produciendo ya, un incremento de costes asociados al cuidado del paciente crónico, y eso hace que la sostenibilidad en el futuro del vigente sistema sanitario sea un objetivo para todos nosotros. Un objetivo que no podemos eludir a la hora de plantearnos estrategias de actuación en el ámbito sanitario para el futuro. Esto en general, y también, por supuesto, en atención al problema de la cronicidad. El Departamento de Salud, como saben, durante el año pasado realizó un proceso de reflexión y de redefinición del modelo de atención en la Sanidad Pública para orientar su actividad a las necesidades de los pacientes y no a la demanda. Este nuevo modelo perseguía tres objetivos fundamentales: la mejora de los resultados en salud de nuestra población, la calidad del servicio prestado y su orientación al paciente y, en tercer lugar, la sostenibilidad del sistema. Para lograr estos objetivos, definimos siete líneas estratégicas, cuatro líneas instrumentales que las canalizamos a través del diseño y la ejecución de 40 proyectos estratégicos. Una de esas siete líneas a las que me refiero es la de la integración entre los niveles asistenciales. Y esa atención integrada, uno de los proyectos era este enfoque de atención al paciente crónico. Esta reorientación de la estrategia creemos que nos va a ayudar, va a ayudar a la Sanidad navarra a adaptarse a los nuevos requerimientos que demanda la Sanidad en estos momentos a nivel mundial, pasando de una organización más rígida, jerarquizada, conservadora, fragmentada en áreas especializadas y con responsabilidades en algunos casos diluidas, a una organización más flexible, innovadora, más plana también, multidisciplinar y con responsabilidades bien definidas sobre el paciente. Como les he señalado, la atención a los pacientes crónicos es uno de los desafíos importantes a los que nos enfrentamos todos los sistemas sanitarios en el siglo XXI, y son varios los modelos teóricos de gestión de los pacientes crónicos. Está el modelo de atención a crónicos, la pirámide de Kaiser permanente, el modelo de atención a crónicos extendido, el modelo innovador para el cuidado de las condiciones crónicas y el modelo de cuidado guiado. Aunque todos ellos se enmarcan en una filosofía muy similar, nosotros nos hemos decantado por el de la pirámide de Kaiser permanente. Las distintas regiones y países del mundo han desarrollado modelos o enfoques a partir de estos modelos teóricos a los que me refería, centrándose en los pacientes crónicos, que

están adecuados a las características de sus propios sistemas de salud para poder abordar los problemas de dichos pacientes de la mejor manera posible. Nosotros hemos analizado distintas experiencias que, aunque sea de forma piloto, están implantándose en España, concretamente en Aragón, en Valencia, en el País Vasco, en Castilla-León, en Andalucía y en Murcia, y también a nivel internacional hemos analizado las experiencias de Suecia, Inglaterra, Francia, Canadá, Australia o Alemania. Y partimos además, en Navarra, de un diagnóstico de situación que es el siguiente. Los gráficos los pueden ver. Yo les voy a dar cuatro pinceladas. El porcentaje de los mayores de 65 años en Navarra alcanza ya el 17,6 por ciento con más de 113.000 personas, mientras que en el resto de España es 1,6 puntos inferior, es el 16 por ciento de la población. La esperanza de vida es además, en Navarra, de las más altas del mundo, y sigue aumentando. De hecho, del año 2005 al 2010 ha aumentado 2 años, y se sitúa ya en 83,67 años. Y, sin embargo, la tasa de mortalidad en Navarra sigue bajando. Ha bajado más de un 10 por ciento en un quinquenio, pasando de 495 en 2005 a 443 en 2009. La esperanza de vida libre de discapacidad ronda los 75 años, y también este índice es superior al del resto del Estado. Es un índice que mide el número medio de años que una persona espera vivir sin discapacidad. Lógicamente, una simple resta entre la esperanza de vida y la esperanza de vida libre de discapacidad nos indica que, de media, se espera que vivamos 9 años en situación de discapacidad. La menor mortalidad, la mayor esperanza de vida y la mejor capacidad diagnóstica explican, sin lugar a dudas, este incesante crecimiento de la población con enfermedades crónicas. Pero en este aspecto, lo más relevante es que una reciente proyección de población, realizada por el INE, prevé que la población mayor de 65 años se incrementará el 16 por ciento en la próxima década. Si no cambiamos nada, este incremento poblacional se va a trasladar de forma directa al sistema sanitario en forma de un incremento lineal de la demanda, lógicamente, y además en un contexto, sino cambian mucho las cosas, de dificultades económicas. El documento que les enviamos refleja también el análisis que hemos hecho de forma previa de las principales… Bueno, hemos hecho un análisis DAFO de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades identificadas en torno a la cronicidad de nuestro sistema sanitario. Y me gustaría destacar unas debilidades y unas

fortalezas. Como debilidades, que los niveles asistenciales están demasiado separados, que el modelo de atención está orientado a la demanda y no a las necesidades del paciente, que el modelo de atención está fragmentado, que hay perfiles profesionales que no están plenamente desarrollados, que la orientación de la atención sanitaria es hacia procesos agudos, el modelo organizativo es excesivamente rígido, y que nuestros profesionales tienen una baja motivación. En cambio, también se reconocen una serie de fortalezas, que son una organización de la Atención Primaria plenamente desarrollada, que la Atención Primaria ha desarrollado procesos integrales e informatizados y están asumiendo un liderazgo en ello, que tenemos iniciativas ya, que existen, de colaboración entre niveles –luego, bueno, hay pasos que ya se han dado en esa integración que dijimos que es tan importante–; que se está produciendo un cambio cultural de la Atención Especializada hacia una mayor colaboración con la Atención Primaria y, al menos, ya lo hemos iniciado y ya hay profesionales que están muy convencidos de ello, y así lo vimos el otro día cuando hicimos la presentación de este borrador. También, como fortaleza, la disponibilidad de un identificador único del paciente para toda Navarra, algo que, para nosotros, es quizás algo obvio, pero en otras comunidades autónomas no existe y no es tan obvio, y es una fortaleza para abordar este tipo de procesos; la concienciación del personal clínico en el uso de la historia clínica informatizada; la disponibilidad de sistemas propios; y el acceso y visualización de la historia clínica entre niveles. Todo el proyecto que hoy presentamos se articula en torno a dos ideas fuerza, principalmente. Uno, el orientar toda la atención hacia el paciente, y el segundo, el que consigamos orientar también a la organización al logro de resultados que sean medibles, resultados en salud de nuestra población que sean medibles.

Podemos pasar a ver el detalle de los objetivos y del alcance. Los objetivos generales son cinco. El primero, mejorar los resultados en salud y la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes crónicos. Para nosotros es muy importante. De hecho, es la misión de la organización el que seamos capaces no solo de curar, sino que proporcionemos una atención integral con el fin de reducir las consecuencias que tiene la enfermedad. No se trata de recuperar a alguien que ha tenido un ictus, por ejemplo, sino

también de preocuparnos de que esa persona, cuando vaya a su casa, pueda tener una vida absolutamente autónoma y plena, y de eso es de lo que estamos hablando, de favorecer un mayor nivel de autonomía funcional y social de las personas. El segundo de los objetivos es promover la autonomía y la capacitación del paciente crónico en el cuidado de su salud, potenciando el papel del paciente en la gestión de la cronicidad, erigiéndose como centro de la asistencia sanitaria y adquiriendo competencias en su autocuidado. El tercero de los objetivos es mejorar la satisfacción de los pacientes crónicos con la atención recibida mediante el establecimiento de un sistema proactivo que les ofrezca una atención adaptada a sus necesidades, integrada y continuada. En cuarto lugar, contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial mejorando la eficiencia del sistema como resultado de la introducción de mejoras organizativas apoyadas en el uso de tecnologías y de una gestión racional de los recursos disponibles. Y el quinto de los objetivos es promover en los profesionales una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente, pues tenemos que tratar o conseguir implicar a todos los profesionales involucrados y dotarlos de herramientas que les permitan desarrollar su trabajo en óptimas condiciones, incorporando su conocimiento experto como vehículo de mejora.

Como ya he señalado antes, el Departamento de Salud enmarca el programa de crónicos en el contexto del nuevo modelo asistencial. De esos 40 proyectos, uno de los cuales, como decía, hace referencia a este enfoque de crónicos. En este contexto, nosotros hemos considerado oportuno fragmentar el modelo de intervención, ese modelo de atención sanitaria, en un conjunto de planes y programas que, si bien están interrelacionados entre sí, hemos tratado de limitar el alcance, porque si no al final todo el modelo sería casi uno. Entonces hemos tratado de limitar el alcance de cada uno de ellos, de manera que sea posible, estableciendo puntos de conexión, también establecer ámbitos de responsabilidad que sean coherentes, abarcables, a los profesionales que van a liderar cada uno de los proyectos y que, por otro lado, estén bien definidos. Por ello, tal y como se puede apreciar en la diapositiva o en el diagrama que está ahora mismo proyectándose, se ha optado por limitar el alcance del programa de atención a enfermedades crónicas, que extenderá

su ámbito de acción únicamente al proceso de atención sanitaria a los pacientes ya afectados de un proceso crónico, con exclusión de la parte de promoción de la salud y de las intervenciones preventivas sobre factores de riesgo, que tienen, a su vez, otro proyecto identificado. Por ejemplo, y dado que además la señora Fernández de Garaialde lo comentaba en su intervención, por ejemplo, en lo que respecta al espacio sociosanitario; pues, por ejemplo, en el caso del modelo de atención sociosanitaria, que se está trabajando de forma paralela al proyecto de estrategia de crónicos, es coherente con el modelo de atención a crónicos que se ha definido y se ha trabajado de forma conjunta con el Departamento de Política Social. En el borrador del documento de la estrategia de crónicos, ya se ha tenido en cuenta cómo debe ser ese modelo de atención sociosanitaria a los pacientes crónicos en Navarra con el objetivo de garantizar una atención sociosanitaria integral y continua prestada por ambos departamentos de forma coordinada, con especial atención a los pacientes crónicos de mayor severidad y con necesidades de soporte social, a los pacientes con trastorno mental grave, con deterioro cognitivo moderado severo, a los pacientes geriátricos de edad muy avanzada y grave deterioro funcional y a los encamados crónicos. Se pretende hacer una valoración integral de cada uno de estos pacientes, de sus necesidades sociosanitarias, entre los dos departamentos, y hacer un plan de intervención conjunto. Son objetivos del modelo de atención sociosanitaria a crónicos también, lógicamente, en concordancia o en coherencia con lo que les he comentado antes: prevenir el deterioro funcional y la dependencia, desarrollar nuevos modelos o nuevos servicios sociosanitarios de apoyo que promuevan la recuperación funcional de estas personas, la adaptación a su entorno habitual, y que constituyan una verdadera alternativa a ingresos hospitalarios reiterados o a la institucionalización, y capacitar y apoyar a los cuidadores para promover su propia salud y ayudarles a mantener un cuidado efectivo del paciente crónico. En esencia, el programa de crónicos consiste en adecuar lo más posible el modelo de atención a prestar a cada colectivo, estableciendo objetivos específicos de intervención para cada uno de ellos. No solo, por tanto, no solo no requiere un mismo protocolo clínico un paciente con demencia que un paciente con insuficiencia cardíaca, sino que tampoco requieren el mismo

modelo de atención y organización estos dos pacientes. Ni siquiera el mismo modelo se puede aplicar a un paciente con insuficiencia cardíaca leve que a otro de una insuficiencia cardíaca severa o moderada. Por tanto, para nosotros el requisito previo para una adecuada implementación de un programa de crónicos era identificar y caracterizar adecuadamente a los colectivos de pacientes sobre los que se pretende actuar para entonces, como digo, establecer los protocolos y dedicar también los recursos de forma diferente, según las necesidades de los pacientes. Para ello, se ha procedido a realizar una primera segmentación general de toda la población navarra sobre la base de los datos disponibles y con la colaboración de la empresa Everis. La segmentación general de la población era uno de los proyectos estratégicos también del Departamento de Salud que ya presentamos el pasado mes de marzo públicamente, y que tendremos que actualizar de forma periódica. No vale de nada la foto que hemos hecho ahora sino, lógicamente, es importante que tengamos definidos los mecanismos de mantenimiento para que los datos los podamos ir actualizando. Los objetivos de esta primera segmentación han sido los siguientes. Por un lado, caracterizar adecuadamente a los principales colectivos de pacientes crónicos en Navarra para precisar objetivos y elaborar planes operativos específicos de intervención y, en segundo lugar, identificar a los pacientes que se beneficiarán a corto plazo de las nuevas modalidades de atención previstas, y de manera prioritaria a los pacientes pluripatológicos. La identificación se configura, como decía antes, como un instrumento de ayuda al clínico, ya que va a ser siempre el facultativo quien determine la inclusión de un paciente concreto en un programa de intervención. Para llevar a cabo esta primera segmentación de pacientes, se ha creado una macrobase de datos que está integrada por más de 60 millones de datos. Cogemos datos de asistencias en urgencias, en primarias, de farmacia… De todos estos datos que hemos integrado en esta base de datos, la información más relevante existente en toda la red sanitaria correspondiente a cada uno de los ciudadanos con tarjeta sanitaria de Navarra, o que han sido atendidos en Navarra a lo largo de un año. En dicha base de datos se ha logrado recopilar toda la información, como digo, sobre el uso de los servicios sanitarios realizados por cada uno de los más de 600.000 ciudadanos, tanto de Atención Primaria como de

Especializada. En esta primera segmentación también se han incluido los principales diagnósticos vinculados a las patologías crónicas prioritarias, tanto los diagnósticos que constan en la historia clínica de Atención Primaria como los realizados en los distintos ingresos hospitalarios. El estudio se ha centrado en las 8 patologías crónicas más relevantes por su impacto en la salud de la comunidad y en los servicios sanitarios, y son: el asma, el accidente cerebrovascular, la cardiopatía isquémica, la demencia, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal y la EPOC. Con estos criterios, el número de pacientes crónicos identificados ha sido de 120.784 personas. Por lo tanto, solo considerando estas 8 patologías, el porcentaje de crónicos representa ya el 17,28 por ciento de la población, un porcentaje que crece con la edad y que llega a superar el 50 por ciento en el caso de los mayores de 80 años. Como pueden ver en los gráficos, de los 120.784 pacientes crónicos identificados, 92.887 padecen una sola de las enfermedades citadas, 20.446 pacientes tienen 2 y 3.437 tienen 3 o más de ellas. Más de 40.000 navarros parecen diabetes sola o acompañada de otros procesos, siendo la patología más frecuente seguida del asma, con 35.000 casos. Le siguen en frecuencia la cardiopatía isquémica, el ictus y la EPOC, que afectan a entre 15 y 20.000 pacientes cada una de ellas. Se estima que el 68 por ciento de los pacientes crónicos son leves y un 22 por ciento son moderados, en tanto que el 10 por ciento han sido clasificados inicialmente como severos, lo que representa 12.250 pacientes con unas muy altas necesidades de cuidados. A fin de diseñar la estrategia de intervención del colectivo de los 120.000 crónicos, se ha segmentado en 13 grupos, o en 13 clusters o perfiles de pacientes homogéneos. Seis de esos grupos corresponden a pacientes que padecen una única enfermedad: asma, diabetes, ictus, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. Un grupo está formado por los pacientes de EPOC, esté acompañada o no de asma. Cuatro grupos están integrados por pacientes que padecen 2 enfermedades en distintas combinaciones. Se ha configurado también como grupo específico al integrado por pacientes que presentan demencia, ya sea sola o acompañada por otras enfermedades. Y el último de los grupos es el que está integrado por los pacientes pluripatológicos, con 3 o más enfermedades. Una vez identificado el volumen de pacientes crónicos existente, se ha realizado un

análisis de los mismos en función de su grado de descontrol y de su consumo de recursos. El descontrol se divide en 3 niveles: leve, moderado y severo, dependiendo del grado de control de la enfermedad. Adicionalmente, existe un grupo de crónicos que se sitúa en la base de la pirámide, y de los datos se puede concluir que casi el 26 por ciento presentan algún nivel de descontrol en relación con su enfermedad. El uso de recursos permite medir el nivel de gravedad del estado del paciente, y se ha medido en función de 6 variables diferentes. Al igual que ocurre con la variable de descontrol, el uso de recursos se divide en 3 niveles según el grado de gravedad del paciente, y no existen pacientes con un nivel cero de uso de recursos, dado que la totalidad de los pacientes cumplen con alguno de los criterios analizados. Puede observarse que la gran mayoría de la población crónica, el 81,18, se sitúa en un nivel bajo del uso de recursos, frente al 6,56 por ciento de la población que representa el porcentaje de población crónica con mayor uso de recursos sanitarios. El segmento con una mayor proporción de pacientes severos, el 30,4, es el de pluripatológicos, que tienen 3 o más enfermedades. Afortunadamente, este segmento supone únicamente el 2,9 del total de los pacientes crónicos, lo que permite diseñar una estrategia especialmente activa para este colectivo. Se ha estimado que un 18,5 por ciento de los pacientes que padecen deficiencia cardíaca son severos, siendo esta la patología aislada que más influye en la severidad, lo que justifica plenamente el que también haya sido priorizada. Por lo general, la diabetes, cuando se presenta sola, representa poca severidad: solo el 6,2 por ciento de los pacientes con diabetes son severos. Sin embargo, esta patología está en la base y se asocia con mucha frecuencia a procesos cardio y cerebrovasculares, contribuyendo de manera notable la severidad de los procesos pluripatológicos. El asma aislada es la patología de las seleccionadas que tiene el porcentaje menor de severos, con un 5,7. Para comprender la importancia de la información asistencial que nos aporta la segmentación, basta con comentar que en la actualidad, para atender a un pequeño grupo de 3.500 pacientes pluripatológicos, necesitamos realizar casi 100.000 consultas al año en Atención Primaria y más de 23.000 estancias hospitalarias. Para que se hagan una idea, precisamos casi el equivalente a un hospital pequeño de 90 o 100 camas para atender, como digo, a este

grupo de pacientes pluripatológicos, esos 3.500. Tan solo considerando las 8 patologías que les he comentado al principio que han sido seleccionadas, se genera una necesidad de atención equivalente a 508 millones de euros, que representa el 55 por ciento del gasto del Servicio Navarro de Salud. La diabetes se perfila como la patología individual que más gasto total genera, debido sobre todo al gran número de pacientes que la padecen. La importancia de la diabetes es aún mayor si se considera su contribución al coste de los distintos segmentos de pacientes pluripatológicos en los que participa. La importancia macroeconómica del asma es también muy notable, igualmente, por el gran número de pacientes que la sufren. Ahí pueden ver los datos. Como cabía esperar, el gasto per cápita de los crónicos es 5 veces superior al del resto de la población, pero es mucho más significativo que el gasto per cápita de un paciente crónico severo, es 12 veces superior al de un crónico leve, colectivos a los que en la actualidad aplicamos el mismo modelo asistencial, y a los que sin embargo el nuevo modelo de crónicos recomienda diferenciar, lógicamente. De promedio, un paciente crónico severo precisa un gasto per cápita 23 veces mayor que un no crónico, y en el caso de los pluripatológicos severos, esta variación es todavía mucho mayor.

Vamos a ver ahora, brevemente, las características del nuevo modelo. Entre otros aspectos, el nuevo modelo de atención que se propone se va a caracterizar por varias cosas: por prestar una atención integrada que difumine los límites entre los niveles asistenciales, por promover los autocuidados y la corresponsabilidad del paciente, por reducir la variabilidad y mejorar los resultados clínicos y mediante la integración en la práctica clínica diaria de guías clínicas informatizadas y basadas en la evidencia, también porque vamos a poder optimizar los circuitos, promover el uso racional de recursos y desarrollar los sistemas de información precisos para poder evaluar los resultados que, como les decía al principio, es una de las ideas fuerza de nuestro modelo de crónicos, y es evaluar los resultados de salud de nuestra población. Sobre todo, el nuevo modelo de atención exige prestar un patrón diferente de atención para cada nivel de complejidad o severidad del paciente crónico. El modelo de atención a las patologías crónicas leves se va a centrar principalmente en la capacitación para el autocuidado. El objetivo es prestar

una atención menos medicalizadora y lograr que los pacientes tengan mayor autonomía y se impliquen más activamente en el cuidado de su salud. Esto nos va a permitir retrasar la progresión de la enfermedad. Para ayudarles en este proceso, el sistema sanitario debe trabajar aspectos como la aceptación de la enfermedad, la información y la formación, para lo que el papel de la enfermería es crucial. La atención de los casos moderados se va a realizar con el modelo más tradicional de gestión de los procesos asistenciales. Y en el caso de los pacientes crónicos severos, la atención debe pasar de una atención a demanda a una atención proactiva, y aumentar la intensidad de los cuidados con el fin de prevenir las descompensaciones. Lograrlo requiere rediseñar por completo la manera en que atendemos a cada uno de los perfiles de pacientes, para lo que se establece un modelo operativo específico para cada proceso que va a incluir: establecer objetivos específicos para cada perfil de paciente; identificar de manera inequívoca en la propia historia clínica a los pacientes a incluir en los distintos programas de intervención; establecer criterios de diagnóstico integral; definir criterios de clasificación en lo que se refiere a la severidad –leve, moderada o grave– y estados clínicos –compensado, descompensado, ingresado, etcétera–; definir patrones de atención informatizados y específicos para cada estado o nivel de severidad; concretar los materiales docentes y divulgativos para promover los autocuidados y el autocontrol y los signos de alarma; definir criterios de registro y normalización de la información a incluir en la ficha de la historia clínica; criterios de tratamiento integral; definir los parámetros de control y signos de alarma estableciendo recordatorios y alertas; establecer los criterios de seguimiento en las responsabilidades de supervisión; y definir el modelo de cuadro de mando para la evaluación de resultados. Vemos aquí algún ejemplo de lo que estamos hablando. Es importante identificar de manera inequívoca en la propia historia clínica de los pacientes a incluir en los distintos programas de intervención, y nos va a ayudar esto a poner foco en los pacientes más severos. En el caso de los pacientes severos, se utilizarán códigos de colores para la priorización de los pacientes desde los propios servicios de admisión. Como otro ejemplo, vemos también los criterios de registro y normalización de la información a incluir en la ficha de la historia clínica informatizada, llamada tapiz del proceso, deberá ser compartida por

todos los profesionales que atienden al paciente, tanto en Primaria como en Especializada. Y el modelo organizativo identifica los diferentes agentes intervinientes y las funciones que deben realizar, así como la forma en la que se articulen todos estos agentes intervinientes supone la solución para superar la división que existe entre entornos asistenciales en el modelo sanitario actual, entre la Atención Primaria versus la Atención Especializada, de tal forma que el paciente y sus cuidadores pueden moverse por los recursos del sistema, por los distintos ámbitos, tanto asistenciales como sociosanitarios. Además, el nuevo modelo de atención a los pacientes crónicos contempla nuevas figuras y perfiles profesionales, centrados en los pacientes más severos y con la finalidad de garantizar el máximo grado de personalización, coordinación y continuidad de los cuidados. Así, nos vamos a encontrar con la figura de la enfermera gestora de casos, la enfermera de enlace hospitalaria, el especialista de referencia hospitalario y también la enfermera de consejo telefónico. En lo que respecta a la organización, este modelo va a incluir nuevas modalidades de consulta paciente-profesional. De hecho, habrá consulta en el día en los casos de severidad y descontrol, tanto en Primaria como en Especializada; consulta telefónica médica o de enfermería, tanto en Primaria como en Especializada; la consulta multicita de alta resolución en Especializada; consulta grupal educativa y de autoayuda; y seguimiento telefónico sistemático y proactivo en los pacientes más severos mediante un cuestionario predefinido y personalizado. Pero también habrá nuevas modalidades de consulta entre los profesionales. De hecho, habrá interconsulta urgente para descompensaciones en casos severos, interconsulta no presencial para resolución inmediata estando el paciente delante, y que también podría ser telefónica en el día o con un compromiso de tiempo. En los casos más severos, deberá ser respondida por el especialista de referencia del paciente. También habrá otras modalidades de interconsulta entre primaria y especializada, y lo mismo que hay estas nuevas modalidades de consulta, también habrá cambios en lo que respecta a los circuitos de hospitalización, puesto que habrá nuevos circuitos alternativos, ingreso directo desde Atención Primaria y nuevas modalidades de atención en hospitales de día y hospitalización a domicilio evitando en lo posible el paso por Urgencias, y en el caso de atención por el Servicio de Urgencias se

deberá seguir una pauta predefinida de descompensación, localizando al especialista de referencia, y nuevas modalidades de recuperación funcional como unidades de convalecencia o camas de media estancia hospitalaria. Y también habrá, además de estos circuitos alternativos a la hospitalización, una nueva pauta de hospitalización. De hecho, esto no solamente desde Primaria se podrá derivar directamente el ingreso o indicar el ingreso, sino también es muy importante la planificación de las altas desde el ingreso hospitalario, y esto será imprescindible en los crónicos severos y en las personas de más de 80 años. También un plan de cuidados post hospitalización, imprescindible en severos, la visita domiciliaria desde Primaria en las primeras 24 o 48 horas una vez dada el alta, y que estará concertada desde el hospital, y un nuevo diagnóstico integral del paciente tras la descompensación. En el modelo de atención a la población crónica, los cuidados, como decía al principio, adquieren una gran trascendencia, y la clave es la de lograr una corresponsabilidad equilibrada entre el papel que desarrollan los profesionales y los autocuidados que asume el propio paciente o, en su caso, los cuidadores. El autocuidado debe extenderse a todas las etapas evolutivas de la enfermedad, desde las fases más leves hasta las etapas de mayor severidad, en las que también existe un margen de acción por parte del propio paciente o de sus cuidadores. De hecho, los autocuidados deberán iniciarse desde la aparición de la propia enfermedad, contribuyendo a su prevención o demorando su debut. Pero es precisamente en las fases iniciales donde los autocuidados deben adquirir el máximo protagonismo, constituyendo el núcleo central de su patrón de atención, y corresponde a los profesionales sanitarios, con el apoyo de las asociaciones de pacientes y otras entidades comunitarias, asumir la responsabilidad de promover el autocuidado haciendo tres cosas: concienciando al paciente sin culpabilizarlo de la trascendencia del autocuidado y los estilos de vida en el adecuado control y evolución a lo largo de su enfermedad, ayudando al paciente y a afrontar y vivir su enfermedad de una forma adecuada, sin negarla ni dejándose abrumar por ella, y capacitando al paciente para manejar su enfermedad. Aquí creo que es importante que diferenciemos entre lo que es autocuidado y el autocontrol. Los autocuidados hacen referencia a los hábitos y decisiones de estilo de vida que cualquiera de nosotros tomamos

de forma voluntaria para mejorar nuestra salud: no fumar, hacer ejercicio, llevar una alimentación saludable… Y sin embargo, entendemos por autocontrol la medición y el registro por parte del propio paciente de parámetros sencillos para el control de su propia salud: el peso, la tensión, la glucemia… Todos los pacientes pueden y deben autocuidarse, y bastantes, pero no todos, pueden autocontrolarse. Por eso, es importante hacer esta distinción. El participar activamente en el autocuidado va a mejorar notablemente los resultados de salud e incrementar la capacitación de todos los pacientes. Le ayuda a ser consciente de la evolución de sus cuidados y a establecer objetivos de estilo de vida más realistas y personales. Y por su parte, el autocontrol tiene otras ventajas adicionales para el propio paciente, puesto que incrementa su autonomía, la ayuda conocerse mejor y observar los factores que producen variaciones en su cuerpo. Es más cómodo y le evita desplazamientos al centro de salud y, sobre todo, la ayuda detectar los signos de alarma y a saber cuándo debe consultar a profesionales. La promoción del autocuidado entre los pacientes crónicos de la Comunidad Foral requerirá del desarrollo de distintas acciones, concretamente de las 10 que pueden observar en la imagen y que son las que pondremos en marcha. Que el paciente se incorpore a un programa de autocuidados no significa que no necesite controles periódicos por parte del personal sanitario. En todos los procesos crónicos seguirá siendo necesario que el paciente acuda de manera regular a consulta médica y de enfermería para evaluar el progreso de su enfermedad y adecuar el tratamiento médico. La periodicidad de los controles presenciales será establecida en los protocolos basados en evidencia científica, que dependen sobre todo del grado de severidad de cada uno de los pacientes. El paciente recibirá la formación requerida para identificar signos o síntomas de alarma que permitan detectar precozmente una posible descompensación y contará con la garantía de cita en el día para el caso de que crea presentar dichos síntomas. Pero además, un paciente con adecuado autocuidado y autocontrol deberá poder beneficiarse de diversas modalidades de seguimiento mucho más ágiles y menos burocráticas, que le evitarán desplazamientos innecesarios al centro de salud, que podrán ser consultas telefónicas, el propio correo electrónico, resolver trámites sin necesidad de acudir al centro, o el acceso directo a controles y pruebas predefinidas. Se

habilitarán, asimismo, otras modalidades de supervisión online en el Portal de Salud y se prevé la puesta en marcha de un nuevo teléfono de consejo sanitario, que progresivamente irá aumentando su horario de atención hasta llegar a cubrir las 24 horas, y que estará integrado por agentes y enfermeras especialmente adiestradas para realizar consejo telefónico y dar respuesta a las preguntas más frecuentes de cada patología. En el futuro, el centro podrá realizar la gestión de llamadas de forma activa: recordatorios de vacunaciones, llamadas de control, etcétera, y de gestión de servicios, registro de llamadas… Sin lugar a dudas, el cambio de vida con mayor impacto en la evolución y pronóstico de muchas de las enfermedades crónicas es el de dejar de fumar. En esta materia, las ayudas para dejar de fumar que brindan los profesionales del centro de salud han demostrado su eficacia, e incluyen intervenciones individuales y grupales. Es crucial impulsar la gestión médica personalizada del ejercicio, adecuada al nivel funcional y evolutivo del paciente. En esta materia, se cuenta con la activa cooperación de acreditados especialistas del Instituto Navarro de Deporte y Juventud, con los cuales también estamos en coordinación. Recordatorios y sistemas de ayuda farmacológica como un dispositivo de ayuda en el cumplimiento posológico o sistema individualizado de dosificación y dispensación para mejorar el cumplimiento terapéutico y evitar errores es un área en la cual las oficinas de farmacia van a jugar en el futuro un papel mucho más activo, y el Colegio de Farmacéuticos así nos ha trasladado tantas veces como ha habido ocasión, su interés en participar e involucrarse como agentes sanitarios en todo el proceso. Por su parte, también debemos desarrollar Mi Portal de Salud como un espacio personal e intransferible de consulta, del Departamento de Salud de Navarra va a poner a disposición de los pacientes para que en cualquier momento, y de manera segura y confidencial, puedan tener acceso su información personal de salud, aparte de facilitarles la realización de determinados servicios telemáticos. Ahí pueden ver cuáles serán las secciones de Mi Portal de Salud pero que, como ven, contiene toda la información relativa o que una persona puede querer ver sobre su enfermedad, su estado, sus contactos con el servicio sanitario, su medicación, sus informes, etcétera.

BORRADOR

El cuarto de los puntos del borrador del proyecto es el modelo de gestión del conocimiento, que es imprescindible que lo desarrollemos a nivel operativo. También me gustaría decir que este modelo que hoy presentamos es un documento que tiene carácter estratégico y, obviamente, no tiene carácter operativo. Por tanto, las concreciones, más allá de lo que contienen esas 200 y pico páginas que se deben producir en cada una de las fases, se está trabajando de forma paralela. El modelo de gestión del conocimiento, aunque no me quiero detener mucho porque ya les he dado mucha información y la tienen en el borrador, sí que creo que es importante destacar hoy aquí que para el desarrollo de este nuevo modelo, para el cambio organizativo y el cambio cultural que hay detrás de la implantación de este modelo de atención al paciente crónico, es absolutamente necesario impulsar un programa de formación plurianual que debe orientarse al desarrollo de las competencias clave que son requeridas para cada uno de los estamentos profesionales. Los objetivos generales de la estrategia de gestión del conocimiento que se deberán aplicar también al modelo general de atención a enfermedades crónicas son los siguientes: promover herramientas de ayuda al clínico, siempre vinculadas a la historia clínica; impulsar la creación de una comunidad de práctica profesional; dotar de manera progresiva al programa de crónicos de los servicios de apoyo necesarios para una gestión específica de su área de conocimiento; promover y estructurar la formación interna y dotarla de instrumentos de apoyo; garantizar a los profesionales la información científica relevante para su actividad clínica, docente e investigadora; impulsar la práctica clínica basada en la evidencia; facilitar la revisión y actualización permanente del conocimiento; incrementar la cobertura y el número de accesos a la biblioteca virtual del departamento; y generar siempre curiosidad científica y promover la innovación.

Y pasamos al modelo tecnológico propuesto, que se considera un elemento esencial para garantizar la integridad del sistema y, sobre todo, para lograr la adecuada planificación y evaluación de los resultados. Respecto a este modelo tecnológico, únicamente voy a hacer referencia a que se prevén los siguientes componentes clave: un nuevo sistema de inteligencia sanitaria, que tiene por objetivo dar respuesta a las necesidades generales de

segmentación de la población, lo que les comentaba anteriormente. No nos vale de nada la segmentación que hemos hecho ahora, sino que debemos dotarnos de herramientas que nos permitan actualizarla en el futuro. Así, evaluaremos planes, para lo que evaluaremos esa herramienta, y se propone la creación de un Data Mart transversal a todo el sistema, con una base de datos poblacional que integre todos los datos esenciales de cada uno de los ciudadanos. Aparte de esto, también otros componentes clave del modelo tecnológico son la herramienta para el modelado de patrones, el plan de atención individualizado, los episodios de crónicos que se deberán ir registrando, el portal de salud paciente-experto, la plataforma de interoperabilidad y el soporte al consejo telefónico. Y una vez definido y acordado el plan de acción operativo, procederá realizar el estudio de las necesidades de recursos humanos y materiales necesarios para la implementación. En cuanto al plan de acción, deberemos realizar una aproximación a los recursos humanos que podrían ser necesarios para llevarlas a cabo, y ha de tenerse en cuenta que, en el caso de que dichas necesidades se cubran mediante recursos internos, no se va a generar un sobrecoste adicional, ya que su dotación ya está contemplada en los presupuestos. Únicamente estamos hablando de reasignación de funciones, de formación, como he dicho, entrenamiento, capacitación y posterior reasignación de funciones. De igual modo se deberán realizar previsiones para el desarrollo de la estrategia de autocuidados y la promoción de la autoayuda y el apoyo a cuidadores. Y también, lógicamente, priorizar las inversiones que será factible acometer a corto y medio plazo en las infraestructuras tecnológicas prioritarias a las que ya me he referido, en función de las disponibilidades presupuestarias. En definitiva, en la próxima década, el crecimiento previsto de la población mayor de 65 años, como he dicho, va a superar el 15 por ciento en porcentaje. Es por tanto oportuno recordar que el programa de crónicos persigue objetivos de salud y de calidad asistencial y trata de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público. Y desde el punto de vista económico, y aquí tienen unos gráficos de la evolución del gasto sanitario, en el mejor de los casos cabe esperar que la implantación de este programa o de este proyecto nos ayude a absorber el incremento de demanda derivado del envejecimiento poblacional, es decir, no

es razonable esperar que se vayan a producir grandes ahorros, sino que la modificación en la organización de nuestros recursos y el cambio cultural de todos nuestros profesionales van a posibilitar el que se pueda absorber este incremento de demanda, más que el que se puedan derivar ahorros tangibles en este momento.

En resumen, señorías, el nuevo modelo de atención a la cronicidad supone una modificación sustancial de los parámetros habituales de acción del sistema sanitario. Ello, como digo, exige promover una nueva cultura en la organización que focalice los esfuerzos y recursos hacia la mejor atención de estos pacientes crónicos para acabar impregnando la cultura global de toda la organización. Y para esto, consideramos necesario lograr el consenso técnico y social requerido, establecer estructuras técnicas que promuevan el cambio, impulsar la gestión clínica orientada a la cronicidad, orientar la financiación al logro de resultados, invertir en información y gestión del conocimiento y, sobre todo y ante todo, vamos a desarrollar sistemas para evaluar los resultados. Y como les decía al principio, el éxito de este plan depende en buena medida de la colaboración de todos, de asociaciones de pacientes, en especial de las que se refieren a los enfermos crónicos, que cada día comparten más estos principios y valores. Yo también, en la presentación que hicimos el viernes pasado a los profesionales, también fue creo que el punto de partida o el reconocimiento del problema, todos somos conscientes de ello y en ello todos coincidíamos. Pero la participación no puede ni debe ser solamente formal. Por eso, hoy también, aquí, me gustaría que con este proceso de participación yo espero que los colectivos a los que presentamos el documento el viernes pasado potencien en su papel proactivo y participen de una forma activa en la promoción de autocuidado y desarrollen aún más sus estrategias de formación y autoayuda, y por supuesto, para el éxito del proyecto, resulta imprescindible incitar la motivación para el cambio de los distintos agentes intervinientes, y muy en particular de los profesionales sanitarios, y, por tanto, tampoco va a ser posible sin su activa participación. Ahora estamos en fase de que el Comité Técnico del proyecto va a ser el que precise y ajuste el plan de acción al que me refería en último lugar de forma muy breve. Va a estudiar las propuestas y alegaciones que se reciban desde

los distintos colectivos, también desde los grupos parlamentarios, de los colegios y asociaciones profesionales, de las asociaciones de pacientes y también del Departamento de Políticas Sociales, entidades todas ellas a cuya consideración sometemos este borrador y a los cuales agradeceríamos también que nos hicieran llegar sus participaciones. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Ruiz Jaso, por Bildu.

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señora Consejera, por las explicaciones que nos ha dado. Empezaré diciendo que me cuesta decir que algo está bien… cuando las cosas están bien, o aparentemente están bien, no me cuesta decir que las cosas están bien. No tanto. A mí no me cuesta tanto decir que las cosas están bien, no tanto como usted, al parecer, contestar a mis preguntas o a las cuestiones que yo le planteo. Eso también se lo digo. En todo caso, para comenzar, me ha llamado la atención que haya visto como algo inusitado que pidamos que venga a exponer aquí el borrador. Hombre, es lógico, entiendo, que queramos saber en qué se está trabajando en el departamento. Es lógico que si se presenta también a otros agentes profesionales, asociaciones de pacientes, etcétera, es lógico que este mismo borrador también tengamos el derecho los grupos parlamentarios a que se nos exponga. Yo creo que no tiene ningún otro fin. Creo que es un ejercicio de transparencia y, como usted decía, de participación. Y en ese sentido, entendiendo que también la participación, como decía usted, no puede ser formal y que no puede pasar lo que pasó con el Plan de Reorganización de Urgencias Rurales y Atención Continuada que ustedes plantearon, y como entendemos que también es necesaria la motivación de diferentes agentes y de estos grupos parlamentarios para que tengamos la oportunidad de mirar en profundidad, de analizar en profundidad y de hacer las alegaciones y aportaciones que creamos oportunas, entendemos que este es el momento, antes de que se eleve a definitivo, antes de que se nos presente algo cerrado. Entendemos que este plan o esta estrategia es necesaria, no tanto, como decía usted, por el ahorro tangible que se pueda derivar de un plan de estas características, sino por la eficiencia de los recursos y por la mejora en la calidad de la atención que a estos pacientes, que son cada vez más, se les dé.

BORRADOR

Ya ha dado usted los datos: el número de personas con enfermedades crónicas, el aumento de la esperanza de vida y las previsiones que hay, el uso por parte de este tipo de enfermos de los servicios sanitarios, el gasto que eso supone también para la Sanidad Pública, etcétera, etcétera. Entonces, parece lógica la vía que se ha adoptado, la estrategia que se ha adoptado en lo que se refiere a la segmentación de la población. Entendemos que permite un abordaje más preciso, más eficiente, procesos más estandarizados que pueden suponer, desde luego, una mayor calidad de la atención, sobre todo en los pacientes pluripatológicos que usted comentaba. Para este nuevo modelo de atención que usted nos ha explicado y que se expone mucho más ampliamente en el propio borrador, también se hablaba de implicar a los profesionales, dotarles de las herramientas necesarias, y usted también acababa ahora hablando de la necesidad de invertir en formación. Son desde luego buenas intenciones y entendemos que es necesario. Precisamente es de los ámbitos donde más se está recortando. Es precisamente donde más dificultades se están encontrando los profesionales para acceder a formación, desde el punto de vista de que la falta de sustituciones también afecta al ámbito de formación, tanto que, que haya equis profesionales formándose en diferentes aspectos, también implica que a esos profesionales no se les sustituya. Ya sabemos que esta es una fase estratégica, que falta la fase operativa, pero me imagino que cuando hablan de invertir en formación también se dotará de los recursos necesarios y se dotará de la inversión necesaria para que esas personas también sean sustituidas. También se habla de implicar a los pacientes, evidentemente, se habla de autocuidados, de un enfoque menos medicalizador, de un enfoque que fomente la promoción de la salud, pero también son este tipo de programas los que, precisamente, son unos de los programas que también están sufriendo recortes. Y también, cuando se habla de apoyo a los cuidadores, son buenas intenciones, sinceramente. Creemos que es necesario que un plan de estas características contenga estas líneas de trabajo, pero claro, apoyo a los cuidadores cuando precisamente los recortes son a la dependencia, pues podemos ver cómo están los cuidadores. Cuando hablamos de una atención integral sociosanitaria desde el sistema sanitario, y también en coordinación con políticas sociales, evidentemente hay que dotar

de apoyos a los cuidadores. Pero eso, desde luego, va en disonancia absoluta con la línea presupuestaria que se está llevando, tanto por parte del Gobierno de Navarra como por los recortes que se están planteando desde Madrid. Entonces también nos preguntamos, y no sé si estas preguntas tienen respuesta en estos momentos, también nos preguntamos cómo se va a garantizar la coordinación sociosanitaria. Qué recursos, qué núcleos de coordinación se van a dotar. Son preguntas que ya me voy acostumbrando a que usted no me conteste a ninguna, pero yo las dejo ahí. Me ha parecido, y no lo ha expuesto usted, pero bueno, para que luego digan, me ha parecido interesante el apartado que se refiere a una problemática que va también en auge, que es la coincidencia de enfermedades mentales y patologías crónicas, a la que en el borrador se dedica un buen apartado, y entiendo que responde a las necesidades que están cada vez más en auge. Y además, me han parecido interesantes, que usted también lo ha explicado, los nuevos servicios y los circuitos de atención, la figura de los profesionales de referencia, y también la implementación de servicios de apoyo. Se habla de servicios de nutrición, de rehabilitación, de apoyo psicológico, pero ahí también se me ocurren preguntas que voy a dejar en el aire, que son, que tal y como están las listas de espera, rehabilitación, apoyo psicológico… ¿van a tener este tipo de pacientes en este tipo de circuitos algún tipo de preferencia, de listas preferentes, de prioridad? No sé, yo creo que, y como digo, insisto, repito, falta el ámbito operativo, evidentemente, no esperamos que ahora nos concreten con pelos y señales cómo se va a llevar a cabo todo. Parece un buen plan. Ya lo he dicho: parece un buen plan. Tenemos que estudiarlo más en profundidad, desde luego, pero nuestra duda es la de siempre. Porque también, cuando vinieron hace unos meses a exponer aquí el Plan Estratégico de Salud Mental, por ejemplo, sobre el papel son palabras bonitas, pero luego vimos que a nivel presupuestario todo lo que se va a hacer en el Plan Estratégico de Salud Mental, que preveía un aumento en la inversión de tal, pues bueno, el proyecto, que finalmente fue rechazado de presupuestos, que ustedes traían aquí, desde luego, no solo no contenía ese aumento en inversión, sino que contenía una disminución del gasto. Veremos de qué recursos se dota, qué condiciones se generan para que toda esa motivación de profesionales y todas esas líneas de trabajo que se quieren llevar a cabo

realmente se puedan implementar y se puedan llevar a cabo. Eso es, de momento, lo que podemos decir. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Fernández de Garaialde, por Aralar/Na-Bai.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Gracias, señor Presidente. Gracias, señora Consejera, por la información. Es evidente que, por lo menos desde este grupo parlamentario, siempre hemos defendido que tiene que haber una estrategia de crónicos. También hemos dicho que, actualmente, el modelo que tenemos está enfocado exclusivamente –bueno, no exclusivamente, pero sí en su mayoría– a pacientes agudos. Por eso, nos alegramos, lo digo sinceramente, nos alegramos de que la estrategia sobre crónicos por lo menos se haya iniciado o tengamos el borrador. También es cierto, y soy consciente de que esto va a suponer un cambio organizativo importante, va a suponer un cambio de modelo, va a suponer un cambio en la propia mentalidad de las personas usuarias, de los pacientes. Soy consciente también de que todo esto no es fácil, pero no es fácil a nivel de usuarios, no es fácil a nivel de profesionales, no es fácil a nivel organizativo, y que se va a necesitar mucha participación, mucho diálogo. Pero eso no solo tiene que ser en la práctica, o en el decirlo, perdón, sino que hay que saber también recoger las opiniones de los demás, hay que saber aceptar lo distinto a lo que ustedes proponen y, probablemente, el problema, y lo pongo así entre comillas porque no sé hacia dónde va a ir esa estrategia de crónicos, lo tendremos, cuando se tengan que evaluar las necesidades de recursos humanos y materiales que necesitemos, cuando tengamos que valorar las inversiones, cuando tengamos que ver si contamos con los recursos internos o no con los recursos internos, es decir, en definitiva, los problemas probablemente los tengamos cuando tengamos que hablar sobre el modelo sanitario y sobre el futuro de este modelo sanitario. Con lo cual, por supuesto, desde este grupo parlamentario vamos a participar, vamos a hacer propuestas, pero el éxito, y ya lo digo de antemano, dependerá de los no recortes y además dependerá del modelo sanitario hacia el que tendamos. Desde luego, si pretendemos ir hacia un modelo privatizador y hacia un modelo de no igualdad en el acceso, como vienen las tendencias, por

supuesto, desde Madrid y desde otros sitios, ya garantizo de antemano que, desde luego, vamos a tener posturas donde no vamos a llegar al consenso. A partir de ahí, podemos buscar consensos. Insisto, lo más prioritario es el modelo sobre el cual va a pivotar toda esta estrategia de crónicos. Y la verdad, trabajo duro y difícil por delante, sobre todo viendo las experiencias que tenemos anteriormente en cuanto a diálogos y consensos. Y voy a terminar diciendo que el punto negro lo ha puesto usted misma, porque claro, si le extraña que le pidamos el borrador, y usted tenía intención de traerlo cuando ya esté finalizado, desde luego poco se dice en el consenso, en la aportación parlamentaria y en el diálogo. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Pérez Prados, por UPN.

SR. PÉREZ PRADOS: Muchas gracias. Quería comenzar mi intervención agradeciendo todas las explicaciones realizadas por la Consejera y, sobre todo, desde nuestro grupo, también reconociendo el trabajo realizado en el Departamento de Salud, en el Sistema Navarro de Salud, por todos los profesionales que han participado en la elaboración de este borrador, algo que no estamos muy acostumbrados a hacer, y no hay que olvidar que en el departamento se está trabajando constantemente, y de vez en cuando vemos alguno de sus frutos. Me alegro también de las intervenciones previas y del contenido de esas intervenciones, de las palabras expresadas, y ojalá sea así, ojalá con la participación de todos los grupos parlamentarios se llegue incluso a mejorar este documento. A ver esas aportaciones, sugerencias, en plan positivo, si llegan, que nos permitan, por lo menos en uno de los documentos, sacarlo entre todos los grupos parlamentarios que formamos parte de la Comisión de Salud y del Pleno del Parlamento y sea apoyado al final del proceso por todos los grupos, una tarea que ojalá se logre.

En este documento amplio, efectivamente, hay un análisis de la situación actual, hay unas previsiones de futuro a corto, medio y largo plazo, y hay una planificación de objetivos y acciones también a corto y medio plazo. Efectivamente, son tareas complejas de llevar a cabo, de implementar en nuestro Servicio Navarro de Salud, el Sistema Público de Salud, porque son

muchas las tareas y trabajos que hay que realizar. A mí, hay algunos que me parecen importantes. Solamente voy a indicar una, que es la actualización de los datos y de la información. Tiene que estar casi actualizada día a día. El paciente que acceda a Mi Portal de Salud tiene que ver todos sus datos actualizados. Pero claro, es que el Departamento de Salud, el Servicio Navarro de Salud, tiene que actualizar la de todos los pacientes y tenerlas todas actualizadas casi día a día, semana a semana, tras algún cambio en la salud, en el tratamiento de todos y cada uno de los pacientes. Y también he observado que se introducen ya algunos avances importantes, como puede ser el sistema de expertos puestos a disposición de los especialistas médicos, que les sirvan de orientación y recomendación en todos sus diagnósticos y tratamientos ante los enfermos, lo que puede agilizar también el cuidado por parte de los profesionales médicos de los propios pacientes y enfermos, tanto en Atención Primaria, como en Especializada y de los que están hospitalizados.

Bien, al fondo está, como siempre, la sostenibilidad del sistema, el Sistema Público de Salud. Y no quiero hablar de abaratamiento, pero sí que puede ser posible mediante la contribución importante, promovida y proporcionada, como nos recordaba en la intervención previa y en anteriores la Consejera, por el avance tecnológico. Todos los avances de los medios que tenemos, fundamentalmente también de la informática, y de estos sistemas expertos, y también el conocimiento actualizado y el cambio cultural del profesional sanitario, pero también, y es muy importante, del paciente y del usuario del Servicio Navarro de Salud. Con esos dos aspectos importantes, que era el autocuidado por una parte, y el autocontrol, en su caso, cuando se pueda, también por otra parte.

Sin más, pues me gustaría desear una implementación exitosa de este modelo cuando esté acabado con las aportaciones que puedan llegar de los distintos sectores, incluidos también los diferentes grupos parlamentarios de esta institución, del Parlamento de Navarra. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Caro, por el grupo socialista.

BORRADOR

SR. CARO SÁDABA: Muchas gracias, señor Presidente, gracias también a la Consejera por la exposición que ha hecho de esta estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Sinceramente, tengo que felicitarles por el trabajo que se ha hecho, de verdad se lo digo, porque creo que es un trabajo francamente muy completo. Muy completo, e incluso a priori, cuando analicemos un poco más en profundidad el contenido lo veremos, pero creo que proponer mejoras como estrategia a lo que ya ha presentado va a resultar, a mi juicio, a priori, francamente difícil, porque es verdad que diseñar la estrategia una vez que se tienen un montón de referencias internacionales, aunque no es fácil pues, en fin, con esas referencias, uno puede llegar a sugerir algo pero, sinceramente, creo que el trabajo que han hecho es completo y quedo gratamente sorprendido. Sinceramente lo digo.

Yo creo que está muy claro lo que queremos, y prácticamente comparto, desde luego, los objetivos al cien por cien, el papel que cada estructura tiene que jugar. Creo que es importante incidir en la importancia que tiene la Atención Primaria en el buen funcionamiento de la estrategia que se ha diseñado, y en ese sentido sí que quiero poner de manifiesto que sería muy interesante que todo el cambio en el sistema de la atención continuada y urgente que está pendiente de realizar se haga teniendo en cuenta esta estrategia. Me parece que es un elemento clave y fundamental que no se haga una cosa que no tenga nada que ver con la estrategia, sino que tenga pleno encaje, porque ahí es donde empezaremos a tener un sistema óptimo. Y hecha esa advertencia, solo me queda preguntar –tampoco es cuestión de que ahora nos lo detallen, sino que tiempo tendremos, seguramente, para poder hacer ese tipo de valoraciones– cómo se va a materializar la estrategia, cuándo, qué plazos se van a ir estableciendo –aunque algunos apuntes se hacen– y sobre todo, nos gustaría tener un cronograma más o menos claro de cómo se va a empezar a materializar toda esta estrategia. Y es verdad, yo creo que no se puede obviar un aspecto que se ha puesto de manifiesto. Todo esto tiene que venir acompañado de una presupuestación, la necesaria, la adecuada para que, efectivamente, el cambio de sistema que se está proponiendo, porque es un cambio de sistema muy importante, tome cuerpo y,

como digo, sea el óptimo y el que, evidentemente, está apuntando esta estrategia que se nos acaba de presentar. Como entiendo que eso lo van a tener muy en cuenta, porque si no sería imposible poder funcionar, no tengo nada más que mencionar. E insisto, me quedo con la parte positiva, creo que se ha hecho muy buen trabajo. Por cierto, lo han hecho los profesionales de la casa, quiero entender. Con ayuda externa de alguna empresa. Vale, bien. Sin más, el trabajo no por ello es menos bueno. Felicidades.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Martín, por el grupo popular.

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Me gustaría agradecer el exhaustivo y excelente trabajo que nos ha planteado y comunicado la Consejera. Indudablemente, a la hora de plantear la preparación de una estrategia o un plan integral para el tratamiento de pacientes crónicos, hay que considerar una serie de circunstancias de las que partimos en la actualidad, y la principal de ellas es la mayor longevidad de la población y, como consecuencia de ello, el incremento de enfermedades crónicas. Hay cifras del Instituto Nacional de Estadística del año 2009, de la Encuesta Europea de Salud, que hablan de casi 20 millones de personas en España que sufren algún problema crónico. El 46,5 por ciento de varones y 55,8 por ciento de mujeres de 16 o más años han presentado en algún momento de su vida algún problema crónico de salud, y también habla esta encuesta de que el 76 por ciento de los mayores de 65 años presentan una enfermedad crónica. Con los recursos que tenemos ahora mismo, los recursos sanitarios actuales, se habla de que las enfermedades crónicas son las responsables de prácticamente el 80 por ciento de las consultas de Primaria, de un 60-65 por ciento de las altas hospitalarias, y de un 75 por ciento del gasto sanitario, gasto que se incrementa por 17 en pacientes que tienen 5 o más enfermedades crónicas, es decir, en pacientes pluripatológicos. Se nos ha informado del estudio tras el cruce de infinidad de datos que ha realizado el Servicio Navarro de Salud, y que ha identificado con patologías crónicas relevantes –8 o 10– a 120.784 pacientes: diabetes, asma, EPOC, enfermedad coronaria, infarto agudo, demencia e insuficiencias cardíaca, renal y hepática. Y de estos 120.000 enfermos, que suponen el 17,28 por

ciento de la población, el 76,9 tiene una sola patología y el 33, 2 o más, es decir, son pluripatológicos, y utilizan, estos 120.000 pacientes, el 51 por ciento de los recursos sanitarios, ascendiendo al 70 por ciento en lo referente al coste de ingresos sanitario. Bien, y todo esto se plantea, y hay que atenderlo, como un sistema sanitario que ha sido diseñado desde hace muchísimos años para atender preferentemente patologías agudas. Y como ya bien ha recalcado usted, señora Consejera, realmente no se trata de ahorrar en gasto sanitario sin más, en el tratamiento de pacientes crónicos, sino, efectivamente, de lo que se trata es de adaptar los recursos sanitarios a las necesidades de estos pacientes, que en muchos casos van a ser otros y menos costosos que los empleados para tratar procesos agudos y, por lo tanto, poder asumir este incremento que de aquí a unos años va a tener lugar en las enfermedades crónicas. Y toda estrategia integral para pacientes crónicos, desde luego, juega un papel importante y relevante en el diseño. Digo que la estrategia integral juega un papel importante en el diseño del futuro sistema sanitario público. Una estrategia que debe tener en cuenta el nuevo rol de los pacientes –lo que se llama el paciente activo, el paciente corresponsable–, las nuevas funciones de enfermería, una Atención Primaria más autónoma y con mayor valor añadido, unas infraestructuras más acordes con las nuevas necesidades de este tipo de pacientes, como son los hospitales de media y larga estancia, nuevas normas atención, como es la hospitalización a domicilio, el hospital de día, la telemedicina, y todo ello teniendo en cuenta, también la importancia que tienen en todos estos casos, en las enfermedades crónicas, sobre todo, la farmacia extrahospitalaria.

Bien, nos ha presentado hoy una estrategia que se va a implantar a lo largo de 2013 para pacientes pluripatológicos, pacientes con insuficiencia cardíaca y para demencias en un principio que, desde nuestro punto de vista, cumple con estas perspectivas que le comentado y, desde luego, desde nuestro punto de vista también sienta las bases para el desarrollo completo de la estrategia para la atención del resto de enfermedades crónicas. Contempla una atención integral centrada en el paciente y no en cada una de sus patologías. Para el paciente crónico no solamente es importante el diagnóstico y el tratamiento de sus dolencias, sino también, y mucho, dar

respuesta a las necesidades sociosanitarias y a los cuidados básicos que requieren este tipo de pacientes. Se fomentan el autocontrol y los autocuidados desarrollando, como ya he dicho, el rol del paciente activo corresponsable de su estado de salud y se establecen circuitos de intervención y procedimientos de actuación con el fin de reducir los desplazamientos y las visitas innecesarias, y de reducir también la necesidad de ingresos por descompensación de la enfermedad. Se desarrollan unidades multidisciplinarias para procesos que requieren la intervención de varios especialistas y se incrementa el protagonismo y la capacidad de resolución de la Atención Primaria, y se dan también nuevas responsabilidades a los y a las profesionales de enfermería. Se introducen nuevas tecnologías para acercar la atención del paciente a su propio domicilio, y esto va a permitir la obtención de parámetros para valorar continuamente el estado de salud del paciente, y corregir, si es necesario, los tratamientos sin necesidad presencial del paciente.

En definitiva, y para terminar, esto que hoy nos presenta usted y que al menos este portavoz y creo, por lo que han comentado el resto de los portavoces, no he tenido tiempo de analizar en profundidad, desde luego significa para nosotros el comienzo de una serie de reformas necesarias para adecuar los recursos sanitarios actuales a las necesidades reales de la población actual, cada vez mayor en edad, con más necesidades de una atención sanitaria que no es la misma que la que necesitan los enfermos agudos, que ha sido el modelo en el que se ha basado el desarrollo del sistema sanitario que tenemos actualmente. Y ya para terminar, desde aquí me gustaría mostrarle nuestra colaboración con el departamento para seguir trabajando en el desarrollo e implantación de un modelo sanitario sostenible, que dé respuesta adecuada, cercana y de calidad a la enfermedad crónica y a las necesidades sociales que muchas veces llevan emparejadas este tipo de patologías. Así que ánimo y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora de Simón, por Izquierda-Ezkerra.

BORRADOR

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Gracias, señora Vera, no solo por la información que nos ha proporcionado, sino porque también nos proporcionó vía correo electrónico este borrador de estrategia navarra de atención integral a pacientes crónicos y pluripatológicos. Y, desde luego, también me uno a las felicitaciones de las personas que me han precedido en el uso de la palabra. Nosotros entendíamos en su día que no se estaba haciendo un uso adecuado de los recursos en relación con la atención de los pacientes crónicos, porque por un lado no se daba respuesta a las necesidades de estos pacientes, y por otro lado se estaban produciendo a veces gastos innecesarios y el uso de unos recursos que no eran los apropiados. Por lo tanto, desde luego, estamos totalmente de acuerdo con el contenido de su propuesta, en la medida en que recoge nuestras reivindicaciones de la necesidad de una atención integrada con esos nuevos servicios sociales sanitarios que usted y el Departamento de Salud proponen, sobre la coordinación y la colaboración no solo de Primaria y Especializada, sino también de los cuidados hospitalarios, y también en relación con el mayor nivel de autonomía, de autocuidado y de autocontrol por parte de los pacientes. En este sentido me surge una pregunta, porque mi grupo entiende que estos tres apartados están muy relacionados con la historia clínica y con el sistema de acceso por parte de los facultativos y también por parte de los pacientes a todo este tipo de información, y la pregunta es si nuestro Servicio Navarro de Salud, si nuestro sistema público está preparado en este sentido, si informáticamente estamos preparados para emprender toda esta cuestión. Por otro lado, yo creo que está muy claro lo que ustedes pretenden hacer en relación con la declaración de intenciones, que por ahí se empiezan los planes, cuáles son los objetivos y, por tanto, qué se pretende. Pero como siempre, quizá esto sea un paso posterior, pues nos falta aquello de quién y cómo van a hacer ustedes todo esto. Porque, evidentemente, además del cambio organizativo y de rutinas que es preciso implementar y desarrollar en seguida, entendemos que también hará falta una reestructuración de servicios, de prestaciones, incluso, seguro, de puestos de trabajo, porque habrá que adecuar los recursos actuales a los nuevos perfiles profesionales que usted define en la propuesta. Por lo tanto, igual no es el momento ahora, pero entendemos que el éxito o fracaso de esta propuesta depende también de

toda esta cuestión, de cómo se haga y de quién lo haga. He entendido que el coste económico sería cero para este cambio, porque se contaría con los recursos que ya se tienen, pero querría que lo aclarara, porque me cuesta… No ha dicho eso, ¿verdad? Ya me parecía a mí que lo había entendido mal. Pues en ese caso, qué coste económico, más o menos, prevén ustedes. Y luego, nos preocupa, seguro que a todos ustedes también, la atención a los crónicos dependientes, porque sí que vemos que tienen previsto cómo dar una respuesta a través de los cuidadores, pero es que claro, a ver cómo van a llegar esos cuidadores, y esos crónicos dependientes qué tipo de atención más global tiene usted prevista para ellos. Y luego, como ya le ha hecho el señor Caro, la pregunta en relación con quiénes han formado parte de este estudio, pues lo mismo. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, para replicar, su turno.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Gracias, Presidente. Tengo que empezar por darles las gracias a todos los grupos por la buena consideración sobre el trabajo que se ha hecho. Yo, desde luego, también, en privado, he felicitado a los profesionales que han participado en la elaboración de este trabajo, que han sido el Servicio de Formación, Investigación e Innovación dependiente de la Dirección General de Salud, como digo, en parte apoyados por una consultora externa, al menos en algunas partes del trabajo, y creo que sí, que han trabajado de forma dura y muy rigurosa, y por ello yo también me sumo a las felicitaciones que ustedes hacían. Desde luego, por si acaso me he expresado mal al principio, lo que me había extrañado no es que me llamaran para el borrador. Lo que me había extrañado es que, habiendo yo anunciado cuando presentamos la segmentación, que de esto hará un par de meses o mes y medio, que ese borrador iba a ser presentado aquí, y habiéndolo dicho, al día siguiente hubo una petición de comparecencia del borrador, cuando el borrador se estaba elaborando. Y me estaban exigiendo ya la comparecencia cuando el borrador no estaba terminado y yo había dicho que vendría a contárselo y que creíamos que acabaríamos hacia el 1 de mayo. Y hoy es día 7 y aquí estamos. Eso es lo único que me había extrañado, porque yo misma había dicho que íbamos a venir a contarlo y que

abriríamos ese proceso de participación. Eso es lo que me había extrañado, pero antes, obviamente, me he expresado mal porque no me han entendido ustedes.

Respecto a los recursos, yo entiendo, les he dicho que la cuantificación de los recursos será en este período de este mes cuando se irán concretando esos aspectos. Yo no he dicho que no nos vaya a costar nada la implantación de esto. Lo que sí que he dicho es que al final en ese cambio organizativo, en una parte de ese cambio organizativo, lo que tenemos que hacer es promover la generación de nuevos perfiles que en estos momentos no tenemos, y para eso tenemos que incidir en la capacitación y la formación de nuestros profesionales, y obviamente en la atención a esas personas, al dejar de hacerla de la forma como la estamos haciendo, también liberaremos recursos en otros lugares. Eso es lo único a lo que me he referido, pero obviamente en otras cuestiones que tendremos que hacer una inversión. Obviamente también, seguro que esos recursos a la señora Ruiz no le parecen suficientes, porque nunca son suficientes, pero esto es lo que hace de la gestión y de la implantación de proyectos algo complicado, pero también algo apasionante, y es el alcanzar objetivos con recursos limitados. La vida es así, en este ámbito y en todos los demás. Si los recursos fueran ilimitados, alcanzar los objetivos seguro que sería mucho más fácil, pero es que en la vida los recursos son limitados.

Respecto a que vaya en consonancia con el abordaje de la reforma de la atención continuada y urgente, totalmente de acuerdo, señor Caro, y de hecho, en nuestro planteamiento inicial, si ustedes recuerdan un poco, el abordaje de la atención continuada lo estábamos trabajando ya esto, y por lo tanto ya sabíamos que esto iba a tener unas necesidades asistenciales y, desde luego, que en esta nueva fase lo tendremos en cuenta, desde luego. Luego, respecto a que esto es un documento estratégico, efectivamente, y faltan los documentos operativos, pero ya hay documentos operativos en los que se está trabajando, y en algunos se ha trabajado con la consultora a la que hacía referencia, y nosotros mismos, si seguimos trabajando en esos grupos de trabajo con los profesionales que les comentaba, que hasta casi 60 son los que están en estos momentos elaborando esos documentos, pues

estamos trabajando en un documento operativo de atención a la insuficiencia cardiaca, a la demencia, al paciente pluripatológico, el modelo tecnológico también, en la prevención y promoción de la estrategia de autocuidados, también estamos trabajando en el documento operativo de la atención sociosanitaria a domicilio, el de gestión del conocimiento que, como he dicho, para nosotros es muy importante, y también en ese plan plurianual de formación y competencias profesionales, y en un programa de ayuda al cuidador que también, como he dicho en la presentación, es crítico, entendemos que es crítico. En cuanto a las bases, lo que a mí me gustaría, como he comentado, es abrir un proceso, en estos momentos, de participación, que también es cierto que nos gustaría cerrarlo en aproximadamente un mes, o sea, a principios de junio, para que, de alguna forma, el documento estratégico final lo podamos tener todos a mediados de junio o finales de junio, de manera que ese documento ya esté para San Fermín. Y, al mismo tiempo, ya estamos trabajando en los documentos operativos para que eso nos permita empezar a hacer esta estrategia operativa. Coincido con todos ustedes en que de lo que estamos hablando es de un proceso de cambio importantísimo en nuestro modelo y, por lo tanto, en todos los agentes profesionales y ciudadanos. El proceso de cambio, todos sabemos que los procesos de cambio son más complicados. Lo estamos viviendo en otras cosas y estamos viendo cómo son, y es muy difícil tener consenso en todos los aspectos del proyecto pero, desde luego, cuanto mayor consenso consigamos, desde luego, facilitará mucho las cosas, pero obviamente una cosa es que nos pongamos acuerdo todos para escribir determinadas cosas en un papel, y otra cosa es cuando eso lo tenemos que operativizar, y entonces es cuando a todos nos molesta todo, y lo que a uno le parece bien, mientras que a mí no me toquen todo me parece bien, pero luego ya empieza a parecer un poquito peor. Y creo que tenemos que ser todos conscientes de que el proyecto es apasionante, de que debemos hacerlo, y lo decía el otro día un profesional en la charla en la que estuvimos, en la presentación para ellos. Es que esto ya no es una cuestión de si estamos de acuerdo en cómo hacerlo, o si me parece, o a algunos todavía les falta darse cuenta que tienen que hacerlo. Es que lo tienen que hacer sí o sí. Lo tenemos que hacer, lo decía él, los profesionales. Tenemos que abordar

este cambio sí o sí. Para eso, cuanto más podamos empujar nosotros, que no somos los agentes que estamos ahí en la trinchera, pero sí desde aquí, desde el Parlamento, yo creo que seguro que ayuda y facilita mucho las cosas, así que espero sus aportaciones, y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Muchas gracias a usted, señora Consejera, y al equipo que la acompaña. No habiendo más asuntos que tratar, señoras y señores Parlamentarios, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 14 horas y 16 minutos.)