DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura | Pamplona, 11 de marzo de 2014 | NÚM. 67

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. JOSÉ ANTONIO RAPÚN LEÓN

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 11 DE MARZO DE 2014

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a petición propia, de la Consejera de Salud para presentar la revisión del Acuerdo de 13 de marzo de 2008 por el que se aprueba el pacto suscrito por la Administración Sanitaria con las Centrales Sindicales sobre Atención Continuada en la Atención Primaria Rural y otras condiciones laborales del personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

— Pregunta sobre las sesiones de coaching realizadas respecto al servicio de alimentación hospitalaria, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Bakartxo Ruiz Jaso.

— Pregunta sobre el trato preferente a las pacientes que reclaman derecho de atención según la ley de plazos frente a las que no lo reclaman, presentada por el Ilmo. Sr. D. Samuel Caro Sádaba.

(Comienza la sesión a las 16 horas y 37 minutos.)

Comparecencia, a petición propia, de la Consejera de Salud para presentar la revisión del Acuerdo de 13 de marzo de 2008 por el que se aprueba el pacto suscrito por la Administración Sanitaria con las Centrales Sindicales sobre Atención Continuada en la Atención Primaria Rural y otras condiciones laborales del personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Buenas tardes, señoras y señores Parlamentarios. Bienvenidos a esta Comisión de Salud, ante la cual comparece la Consejera, la señora Vera y, en esta ocasión, acompañada por don Ignacio Yurss, que es el Director de Atención Primaria.*

Es una comparecencia a petición propia para que la Consejera de Salud presente la revisión del acuerdo de 13 de marzo de 2008, por el que se aprueba el pacto suscrito por la Administración sanitaria con las centrales sindicales sobre atención continuada en la Atención Primaria Rural y otras condiciones laborales del personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Como es a petición propia, señora Consejera, directamente, tiene usted la palabra.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Voy a hacer yo una primera parte de introducción de la comparecencia y luego daré la palabra a Nacho Yurss, Director de Primaria, para que él entre más en los detalles de cuál ha sido el proceso de negociación y el contenido del acuerdo sindical al que se ha llegado.*

Como recordarán, la Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero, sobre Atención Sanitaria Continuada y Urgente, en su artículo único dice lo siguiente: "El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra realizará una evaluación de las necesidades de la población de las zonas rurales de Navarra en relación con la atención sanitaria y de las ineficiencias del modelo de la Atención Continuada y Urgente y elaborará un plan de funcionamiento de los centros sanitarios de Atención Primaria y de las modalidades de Atención Continuada y Urgente con participación de los profesionales sanitarios, de las entidades locales y de los colectivos sociales relacionados con dicha materia, procurando el mayor consenso posible".

Hace ahora cinco meses, concretamente el 26 de septiembre, les expuse, en este mismo foro, y les remitimos a todos los grupos el estudio de las necesidades de la población de las zonas rurales de Navarra, elaborado por la dirección de Primaria, basándose en dos criterios fundamentales: la accesibilidad a los centros de salud y puntos de atención continuada, expresada en las distintas isócronas, y la actividad desarrollada por los equipos de Primaria y el personal SUR en dichos puntos, según tramos horarios y periodos concretos de tiempo.

Una vez completado el estudio, el siguiente paso fue establecer los órganos de participación, tal y como les conté en aquella ocasión, y que fueron, como saben, la Comisión Asesora de Atención Primaria, de la Dirección de Atención Primaria, y la Junta Técnico-Existencial. La Comisión Asesora es un órgano formado por seis miembros de la sociedades científicas más representativas en Navarra: Semfyc, Semergen, Sociedad de Medicina General, Asociación de Enfermería Comunitaria, Asociación Navarra de Pediatría Extrahospitalaria y la Plataforma 10 Minutos, y siete profesionales de los distintos estamentos de medicina, pediatría, enfermería, trabajo social y administrativos del primer nivel asistencial. En total, trece personas.

Pero, además, los distintos centros y niveles asistenciales del Servicio Navarro de Salud cuentan con órganos de participación específicos, que son las Juntas Técnico-Asistenciales. En el caso de la Atención Primaria, los estatutos, composición y funciones de la Junta Técnico-Asistencial fueron aprobados mediante el Decreto Foral 62/2012, de 18 de julio. Dicho decreto la define como un órgano de asesoramiento de la Dirección de Atención Primaria, con lo que se consideró que podría ser un segundo foro de participación natural en el momento en el que estuvieran elegidos sus miembros, de acuerdo con el proceso electoral. Lo que se hizo mediante la Resolución 349/2013, de 12 de mayo, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y se hizo pública en la primera semana de abril en el BON, fue este hecho, el de la constitución de la Junta Técnico-Asistencial. Las elecciones para elegir a los catorce miembros se celebraron en mayo y, entre ellos, hay representantes de la profesión médica, de la enfermería, de las urgencias rurales y urbanas, de la pediatría, de la salud bucodental, de los administrativos y de los trabajadores sociales.

Estos han sido, por tanto, los dos órganos que la Dirección de Atención Primaria estimó como los más adecuados para comenzar el proceso de participación con los profesionales y alcanzar un consenso inicial sobre la reforma de la Atención Continuada y Urgente. La metodología de trabajo –también tuvimos ocasión de comentarlo el pasado mes de septiembre– consistió en el mantenimiento de reuniones periódicas, tanto con la Comisión Asesora como con la Junta Técnico-Asistencial, con la publicación de todas las actas firmadas por todos los participantes en la intranet

sanitaria para que, a lo largo de todos estos meses, los profesionales que quisieran pudieran realizar aportaciones.

En las primeras reuniones se reflexionó, tal y como indica la Ley 2/2013, sobre las ineficiencias del modelo actual de Atención Continuada y Urgente y se definieron sus fortalezas y debilidades, lo que permitió enriquecer el estudio que la Dirección de Atención Primaria había realizado previamente. Tras la definición de conceptos y el análisis de los distintos modelos de organización de la Atención Continuada y Urgente existentes en España y en los países de nuestro entorno, se llegó a la fase de presentación de propuestas de modelos de mejora de la Atención Continuada y Urgente, que supone, de facto, la conjugación de tres modelos aplicados a las distintas zonas de Navarra: el modelo de integración, el modelo mixto y el modelo de concentración.

Por último, los foros de consenso profesional, Junta Técnico-Asistencial y Comisión Asesora, emitieron un listado de recomendaciones basado en el estudio de necesidades y en el análisis de los distintos modelos. A partir de este momento, se abrieron dos nuevos cauces de búsqueda de consenso en lo que también nos hemos implicado. En primer lugar, hemos mantenido conversaciones con los representantes municipales de aquellas localidades que podían verse afectadas si asumíamos como propuesta del departamento las conclusiones extraídas por los dos foros de participación profesional y, en segundo lugar, hemos mantenido también conversaciones con diversas instituciones como los colegios profesionales o las sociedades científicas para ver si ratificaban, como institución, los acuerdos a los que sus representantes habían llegado individualmente en las reuniones que se habían mantenido hasta el momento.

Las recomendaciones obtenidas de los foros de participación profesional han supuesto un marco de análisis para el debate con los representantes legítimos de los trabajadores, que son los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial de Salud. Por ello, con el punto de partida de las premisas que habían surgido de los foros profesionales, pero teniendo claro que las perspectivas podían ser distintas a las originales, se consideró que, a la vista de las fortalezas e ineficiencias del modelo actual, su viabilidad era posible, pero buscando su mejora y actualización a las necesidades actuales. Por ello, los sindicatos pertenecientes a la Mesa Sectorial de Salud y la Administración acordaron acometer esta mejora sobre las bases de actualización del acuerdo de 2008.

Como metodología de funcionamiento en esta fase, se puso en marcha un grupo de trabajo en el que se integraron los representantes sindicales que quisieron participar. Tras diversas reuniones preparatorias y deliberaciones, que tuvieron lugar los días 20 de noviembre de 2013 y 24 y 31 de enero de 2014, los sindicatos AFAPNA, SATSE, Comisiones Obreras y UGT acordaron una revisión del acuerdo de 13 de mayo de 2008, sobre la Atención Continuada en la Atención Primaria Rural y otras condiciones laborales de los trabajadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que se llevó, conjuntamente con la Administración, a la Mesa Sectorial de Salud. No se obtuvo el consenso mayoritario con todos los sindicatos, pero sí con los que he mencionado. Finalmente, se firmó un acuerdo de actualización del firmado en el año 2008 con estos últimos.

El plazo estipulado por la Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero, terminaba el mes de febrero, lógicamente, con lo que, en cumplimiento del mandato parlamentario, hemos buscado y obtenido el máximo consenso posible, como establece la mencionada ley, y lo traemos a esta Comisión de Salud. No pretendemos establecer un marco cerrado y, de hecho, se ha continuado y se continuará dialogando y negociando con el resto de sindicatos no firmantes en busca de una actualización permanente del modelo asistencial de Atención Continuada y Urgente que dote a nuestra Comunidad de aquel que mejor se adapte a las necesidades de su población en cada momento.

El Director de Atención Primaria, Ignacio Yurss, les va a explicar ahora el estudio de las necesidades, elaborado durante el año pasado, y las bases de acuerdo conseguido en la Mesa Sectorial.

Quiero terminar mi intervención manifestando públicamente mi agradecimiento a todos los profesionales, tanto del ámbito asistencial como de la Dirección de Atención Primaria, y a los sindicatos que se han implicado en este proyecto en sus distintas fases y niveles de participación por su esfuerzo y su trabajo, independientemente de que hayan manifestado su acuerdo o no. Lo cierto es que todos se han empleado en buscar un consenso y han sido muchas las personas que han puesto todo de su parte para mejorar la asistencia continuada a la población rural y que seamos capaces todos de dar un paso adelante respecto de la situación de partida. Muchas gracias.

SR. DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (Sr. Yurss Arruga): *Señor Presidente, señora Consejera, señorías, buenas tardes a todos. Como acaba de comentar la Consejera, yo voy a hacer una presentación sobre todo de las tres etapas por las que la Dirección de Atención Primaria, en cumplimiento del mandato parlamentario, ha buscado el mayor consenso posible de cara a la mejora de la atención continuada y urgente de Navarra.*

En el documento que seguramente sus señorías tienen, se recogen fundamentalmente las dos pri-

meras etapas, la etapa de estudio de necesidades y la etapa de búsqueda de consenso profesional, y, en la tercera fase, nosotros lo que hemos buscado es el consenso con el resto de los agentes sociales, fundamentalmente con los sindicatos porque ellos son los que al final son la parte representativa de los trabajadores de cara a definir las condiciones laborales de los mismos.

Como ha dicho anteriormente la Consejera, y en cumplimiento del mandato parlamentario, la ley foral que derogaba el decreto del año pasado enviaba al Gobierno de Navarra el mandato de alcanzar el máximo consenso posible. Creemos que eso es lo que hemos alcanzado. Es el mayor consenso posible, dado que el tema de la atención continuada es un tema delicado, difícil, donde confluyen los intereses de la población, sus necesidades, también confluyen las expectativas de los profesionales, de los Ayuntamientos y de muchos agentes cuya conciliación es realmente difícil. Creemos que hemos alcanzado un consenso posible y realista y, sobre todo, creemos que hemos abierto la vía de la actualización continua del modelo de Atención Continuada, hecho que los otros sindicatos reclamaban desde la firma del acuerdo del año 2008.

En cuanto al estudio de necesidades, voy a resumir brevemente aspectos que están en el documento que ustedes ya tienen. En primer lugar, les diré cómo se hizo el análisis de las necesidades. Se hizo estudiando, zona por zona, las características fundamentales en cuanto a población, población atendida con derecho –que es la población con tarjeta sanitaria individual–, además, la distribución de la población por franjas de edad y las distancias y los tiempos de movilidad que los profesionales tienen que hacer para la atención de la urgencia o de los avisos que se produzcan durante el horario de las guardias, el número de profesionales de los equipos de Atención Primaria y el número de profesionales de los equipos del SUR y, además, la actividad en cada uno de los puntos de Atención Continuada en determinadas franjas horarias.

En función de eso, podemos decir o resumir un mapa muy sintetizado de cómo está la situación actual en cuanto al despliegue asistencial de la Atención Continuada. Fundamentalmente, la Atención Urgente Rural se desarrolla en cuarenta y ocho puntos de Atención Continuada, de los cuales diez son dobles, eso quiere decir que en una zona básica hay dos puntos de Atención Continuada en diferentes poblaciones y hay cinco puntos de especial actuación. Estos puntos de especial actuación son localidades de pequeño tamaño, pero con una dispersión y un alejamiento de los núcleos principales suficientemente importante para que requieran un dispositivo que garantice la accesibilidad a la población de la mejor manera posible.

Además de esto, podemos decir que, sintetizando, hay como tres grandes aspectos a destacar del actual despliegue asistencial. Primeramente, hay tres grandes bloques de centros: los centros de baja población, que son centros que tienen menos de cinco mil habitantes, y en estos centros lo que prima es la alta dispersión de la población. En los centros de población media, aquellos que se encuentran con poblaciones de entre cinco mil y diez mil habitantes, la población está más concentrada, la dispersión es más reducida, sin embargo, tienen unas características de población mucho más similares que los de alta población, que son aquellas poblaciones de Navarra con más de diez mil habitantes, en las cuales la población está concentrada y donde la dispersión es muy pequeña. Es decir, la actividad se concentra en unos puntos determinados porque hay una población importante, pero concentrada en poblaciones de alta densidad.

En relación con estos bloques de población, se conforman las plantillas medias de los equipos de Atención Primaria para cada una de las zonas. De esta manera, en los centros de baja población, la plantilla media asistencial de los centros está entre tres y cuatro parejas de profesionales de medicina y diplomados de enfermería, además de los trabajadores sociales y del personal administrativo, pero fundamentalmente es la plantilla media de los centros de baja población. En las zonas de media población, el personal asistencial medio está en cinco parejas de médicos y diplomados de enfermería, y en los de alta población las plantillas están conformadas por siete parejas de médicos y diplomados de enfermería.

Fundamentalmente, la plantilla de estos centros está distribuida entre el personal de equipo de Atención Primaria y el personal de los Servicios de Urgencia Rural, el personal SUR, de la siguiente forma. En los centros de baja población, el SUR significa el 41 por ciento de la plantilla total del equipo de Atención Primaria; en los centros de población media, el SUR es el 43 por ciento; y en los centros de alta población, el SUR es el 39 por ciento de la plantilla. Esto quiere decir que la distribución del personal SUR, en relación con el equipo de Atención Primaria, es muy similar en los centros de baja población y de población media. Sin embargo, en los centros de alta población, el personal SUR es mucho más reducido que en los centros que anteriormente he mencionado en relación con el personal del equipo de Atención Primaria.

Una vez descrito este mapa general de situación, voy a resumir las conclusiones fundamentales del estudio de necesidades. En primer lugar,

hay un hecho que creo que es prácticamente obvio: en los centros de baja población, evidentemente, la población con derecho a asistencia –la población TIS– es baja, por lo tanto, el despliegue asistencial que allí se pone a disposición de la población busca fundamentalmente garantizar la accesibilidad de la población porque las cargas de trabajo son pequeñas y la actividad asistencial, por lo tanto, también es pequeña, pero ahí se prima la accesibilidad de la población.

Bien es cierto que un aspecto o debilidad de estas zonas, que también viene condicionado por su población, es que las cargas de trabajo inferiores a mil cien TIS empiezan a poner en riesgo, según diversos estudios, la casuística suficiente, el entrenamiento suficiente para la detección de patologías infrecuentes, pero que, lógicamente, se presentan y requieren estar habituados de una manera mucho más frecuente.

Sin embargo, la situación de TIS en el resto de los centros, tanto los de media como los de alta población, está por debajo de las ratios medias establecidas por el plan de mejora de la Atención Primaria. Es decir, la población, en cuanto a sus cargas de trabajo, está dentro de las ratios de mil seiscientas cincuenta TIS reconvertidas, ponderadas por la complejidad, es decir, según la edad de la población.

El coste por TIS es muy variable, como parece obvio, y es verdad que es mucho mayor en las zonas de baja población, donde el gasto por TIS es mucho mayor, que en las zonas de alta población. Evidentemente, eso tiene que ver con que hay mayor población y la relación entre población y profesionales es, lógicamente, mayor o menor, y en las otras zonas, las de menor población, esas relaciones son a la inversa. Esta realidad confirma algo que siempre se ponía sobre la mesa y yo creo que desmiente un poco este estudio, y es que los costes y la inversión en recursos es proporcionalmente mayor en las zonas de baja población porque, precisamente, lo que se prima es la accesibilidad de la población; hay poca población, pero, lógicamente, se quiere garantizar su acceso y, lógicamente, el recurso asistencial es mayor.

Hay más aspectos a destacar en este estudio. Fundamentalmente, el personal asistencial que participa en la Atención Continuada y Urgente Rural está formado por ciento setenta y ocho parejas profesionales de medicina y diplomados en enfermería. Este personal es el que hace guardias en Atención Primaria. Este personal es el 34 por ciento el personal médico y el 37 por ciento el personal de enfermería de toda la plantilla de la Atención Primaria.

La media de guardias que hacen estos profesionales es de tres guardias al mes. Esta media la hacen cincuenta profesionales. He de decir también, por otra parte, que en las guardia participan más profesionales, es decir, participan profesionales que trabajan en los hospitales comarcales, hay personal que trabaja en centros urbanos que también hace guardias. Por lo tanto, el total de profesionales llega a en torno a doscientos, pero en cuanto al personal cuya adscripción es a las zonas básicas rurales estamos hablando de ciento setenta y ocho parejas. Hay un número importante de profesionales, que está cifrado en noventa y dos, que son el 50,56 por ciento de la plantilla de la Atención Primaria Rural, que hace más de tres guardias al mes. En cuanto a la participación de las guardias rurales entre los equipos de Atención Primaria y los SUR, el equipo de Atención Primaria se hace cargo del 45 por ciento de la actividad de la Atención Continuada y Urgente. El personal SUR se hace cargo del 55 por ciento. Esto quiere decir que hay un reparto y, por lo tanto, la Atención Continuada se comparte entre el equipo de Atención Primaria y el personal SUR.

Un aspecto a destacar que podemos definir en este estudio es que el modelo de guardia de presencia física establece la obligatoriedad de la concesión del descanso al día siguiente del desempeño de la guardia, lo que se llama el derecho a la libranza. En la realidad, el derecho a la libranza comporta que a partir de tres guardias al mes, que es el número medio de guardias que se hacen, la reducción de prestación de atención al cupo ordinario de pacientes de cada médico y de cada enfermera está entre un mes y medio y dos meses al año. Por lo tanto, aparte de las ausencias por vacaciones o de permisos, esos profesionales, por el disfrute de la libranza, pueden dejar de asistir a su población de cupo entre un mes y medio y dos meses.

La media, por lo tanto, es de treinta y seis días. Si los días laborables son en torno a diecinueve o veinte, estamos hablando de treinta y seis días al año y hay un personal importante –ya lo hemos dicho–, los noventa y dos profesionales que anteriormente he mencionado, que pueden prolongar esa ausencia de atención a su cupo en torno a dos meses laborales al año. La libranza, además, aparte de la obligatoriedad de ser disfrutada, puede acumularse o, por lo menos, se tolera su acumulación. Por lo tanto, en algunas ocasiones, el modo en que se disfruta, lógicamente, puede comportar una ausencia mayor de los profesionales a la atención a su cupo. Esta situación se produce más en los centros de alta población, que son aquellos, como he dicho anteriormente, donde hay más personal de equipo de Atención Primaria que hace las guardias y menos personal SUR. Por lo tanto, la repercusión, en ese sentido, es mayor.

Por último, estos tres aspectos. La actividad, que hemos medido por franjas horarias. Hemos de

decir que la actividad nocturna, que podemos considerar que es la actividad más penosa, en el 50 por ciento de los puntos de Atención Continuada, se observa menos de una actividad nocturna de media. Hay otro 50 por ciento en el que la actividad es mayor y solamente en tres centros la actividad supera la media de tres avisos o atenciones nocturnas, y, de estos tres centros, en dos, esta actividad se mide de forma combinada. Esto quiere decir que la actividad que registramos nosotros, como digo en el punto 9, es la que se obtiene de las entradas en la historia clínica informatizada de Atención Primaria y la actividad que obtenemos es la actividad por zona básica. Por lo tanto, en aquellos puntos donde hay dos PAC, si hablamos de dos actividades por la noche, estamos hablando de dos actividades entre dos puntos de Atención Continuada. Por lo tanto, de estos tres centros, solo en uno puede haber entre tres o más actividades nocturnas y en el resto esa actividad esta compartida entre 2 puntos.

A la vista de todo esto, nuestra conclusión, entre otras, es que el modelo de guardia de presencia física comporta un impacto organizativo y asistencial de pérdida de continuidad en la atención al cupo ordinario de pacientes, que consideramos que es el valor añadido o real que la Atención Primaria da a la población.

Una vez concluido el estudio, y como bien ha dicho la Consejera anteriormente, empezamos los trabajos con los foros de consenso profesional y con las sociedades científicas, la Junta Técnico-Asistencial y la Comisión Asesora de Atención Primaria. En estos foros, y por resumirlo, hubo cuatro aspectos fundamentales que destacaron los profesionales a la hora de emitir unas recomendaciones porque siempre quedó muy claro que los foros de consenso profesional no iban a suplantar en ningún momento los foros legalmente establecidos, que son los foros sindicales, la Mesa Sectorial de Salud. Por lo tanto, las condiciones laborales se discutían y se negociaban en la Mesa Sectorial de Salud y los profesionales recomendaban modelos o criterios de calidad a la hora de que los sindicatos, en conjunto con la Administración, conformasen las condiciones de trabajo de los profesionales.

Hay cuatro aspectos que parecieron destacables por parte de las comisiones. Uno, la defensa y la necesidad de potenciar el cupo, porque ahí está la esencia de la continuidad asistencial y de la relación habitual de los pacientes con sus médicos y enfermeras de Atención Primaria. Por lo tanto, ese aspecto era uno de los valores fundamentales a potenciar.

Más que un modelo teórico, un modelo excesivamente basado en la calidad, se recomendaba que se buscara un modelo factible y realista que conjugara las expectativas esenciales de la población con las demandas de los profesionales y sus condiciones de trabajo. Sí que se destacó, analizando estas necesidades que he dicho anteriormente y las necesidades de adoptar un nuevo modelo o un modelo reformado, que la continuidad de cuidados, efectivamente, se veía mermada por la libranza de la guardia de presencia física, hecho que compartíamos con la impresión que teníamos después de hacer el estudio de necesidades.

Por último, un aspecto que parecía muy importante es que, si bien estábamos hablando de reformar la Atención Continuada, el modelo actualmente vigente, que es el modelo que se acordó en el año 2008, el modelo SUR, se consideraba un modelo válido, que aportaba calidad en el desempeño de la Atención Continuada; sin embargo, sí que parecía que se requerían reformas que permitiesen su actualización y su adaptación a las necesidades actuales.

En función de eso, se emitieron las siguientes recomendaciones: se declaró que el actual sistema es viable, pero mejorable, requería mejoras; que había dos grandes modelos que parecían los que podían adoptarse en la mayor parte de las zonas básicas, lo que podíamos llamar el modelo mixto, es decir, un modelo que combinara, en las franjas horarias de atención, una parte de presencia física en las horas de mayor demanda y una parte de localización en función de ciertos condicionamientos, o bien concentración de PAC y desarrollo de atención modelo servicio de urgencias en las zonas de mayor actividad. También se valoraba –aquí no está reflejado, pero yo lo añado– el modelo de integración, es decir, la integración del personal SUR en el equipo de Atención Primaria y el desempeño autónomo del equipo de Atención Primaria de todas las labores de Atención Continuada. Este modelo no ha sido aceptado mayoritariamente por todos; goza de aceptación por algunos de ellos, pero no pareció en aquel momento que era de los dos modelos fundamentales que se querían desarrollar.

Sí que quedó claro que se recomendaba la presencia física en las zonas de alta actividad nocturna porque, evidentemente, se entiende que eso da un derecho al descanso y que, para minimizar el impacto de la libranza, y en esas zonas donde verdaderamente había poca actividad, el sistema de atención especial rural es un sistema de localización especial con la necesidad de ubicación en el punto central de la zona básica, con su debido reconocimiento retributivo, de cara a retribuir la penosidad que ello conlleva, era un modelo viable, que podía satisfacer las necesidades de todos los agentes implicados.

También se recomendaba diseñar para cuando fuese conveniente un abordaje específico para la

Atención Continuada Urbana. En realidad, queda claro que mejorar la accesibilidad horaria a la Atención Primaria a los adultos y pediatría, posiblemente, sería una medida que también conformase una mejor racionalización de las actividades de Atención Continuada, que en las zonas rurales se recomendaba que se compartiesen las labores de Atención Continuada entre el equipo de Atención Primaria y el personal del Servicio de Urgencias Rurales, se pedía que se mantuviesen las actuales condiciones laborales del personal SUR, se pedía que el modelo que se adoptase y se desarrollase fuera dinámico y que se fuese revisando periódicamente y adaptando a las necesidades que fueran surgiendo, que se mejorase la dotación de material, sobre todo de uniformidad, identificación, material sanitario y de transporte para que el personal de urgencias y que desempeñase las labores de Atención Continuada tuviese un mejor equipamiento.

Se apostaba claramente por un modelo público de atención de la urgencia rural, que los ahorros que surgieran de él, en caso de que fuera así, revirtieran en las mejoras en la Atención Primaria en general y, por último, un aspecto fundamental, y es que el 112, como coordinador de todas las emergencias y las urgencias rurales, implantase un sistema de triaje que pudiera clasificar mejor de lo que actualmente se hace a los pacientes que demandan atención urgente.

Estas son las conclusiones de la Junta Técnico-Asistencial y de la Comisión Asesora. A partir de entonces, buscamos el consenso sindical para, basándonos en estas recomendaciones, buscar las condiciones que podían adaptarse a estas mismas recomendaciones. Fundamentalmente, con los sindicatos, llegamos a cinco puntos básicos para sentarnos a hablar y a compartir estas preocupaciones. Primero, estábamos de acuerdo todos en que no íbamos a buscar un modelo que empeorase el servicio a la población, que la base de cualquier acuerdo fuera el suscrito en el año 2008, acuerdo que gozó, en su día, del consenso de todas las centrales sindicales que están en la mesa sectorial. Sí es verdad que todos estábamos de acuerdo en que era conveniente llevar a cabo una revisión de ese acuerdo. Parecía fundamental e inexcusable el mantenimiento del sistema de presencia física en todos los PAC, el mantenimiento de los puntos de especial actuación, como he dicho actualmente y, lógicamente, cualquier modelo no debería llevar a la destrucción de empleo y, sobre todo, a la mejora del mismo y a la estabilidad de los profesionales y del empleo que se generase.

Ante el análisis del acuerdo de 2008, que se revisó, y vistas las recomendaciones de la Junta Técnico-Asistencial y los acuerdos previos que teníamos todos, se establecieron dos líneas de mejora fundamentales: minimizar el impacto organizativo de la libranza y reducir el excesivo número de PAC, que es una realidad que, ya en su día, los sindicatos que firmaron el acuerdo de 2008 manifestaron, como así nos han trasmitido ellos.

En ese sentido, se establecieron dos bloques de medidas para intentar actuar sobre estas dos líneas: primero, para minimizar el impacto de la libranza, hay un menú de medidas a adoptar; una de ellas podía ser limitar el número de guardias, otra podía ser realizar guardias sin libranza, fundamentalmente los viernes o las vísperas de festivos, en los cuales, ya, el descanso el sábado o el día festivo ya se supone que permite disfrutar del descanso debido, bien reducir el número de guardias de presencia física para intentar reducir el impacto de la libranza o aplicar un modelo de guardia mixta, sobre todo en los PAC con menores actuaciones, sobre todo nocturnas, a partir de las veintidós horas. Ese modelo de guardia mixta es el modelo que antes he mencionado, bien de presencia física localizada o bien localizada con el modelo de sistema de atención especial rural.

Para reducir el excesivo número de PAC se planteaba la posibilidad de cerrar, a partir de las veinte horas los días laborables y de las quince horas los fines de semana, esos PAC con escasa actividad y que estén cercanos a núcleos importantes de población –porque se entiende que tienen accesibilidad suficiente para que la atención a esas poblaciones no se vea mermada en tiempo– o bien en esos PAC dobles que he dicho anteriormente, en esas zonas básicas con dos PAC, que en el punto principal, se pudiese desplegar el modelo de servicio normal de urgencias y en el de menor actividad de los dos PAC se pudiese hacer un modelo de refuerzo mediante una guardia localizada a partir de las veinte horas. Esto era un menú de medidas que se podían acordar para intentar mejorar los dos aspectos de reforma del acuerdo de 2008.

Tras los trabajos, se establecieron y se pusieron sobre la mesa tres condicionantes finales para llegar a un acuerdo. Primero, que era inexcusable el mantenimiento de la presencia física en todos los puntos de Atención Continuada, que no se cerrase ningún punto y, segundo, que cualquier fórmula mejorase el empleo, generase empleo y contratación. En función de eso, se puso sobre la mesa un plan de funcionamiento para ver si se podía conseguir un acuerdo con las centrales sindicales y la Administración.

Ese acuerdo establecía dos modelos. En los centros de pequeño tamaño y con menos de una actuación a partir de las veintidós horas, fundamentalmente siete puntos en toda la geografía navarra, se planteaba que el equipo de Atención Primaria hiciese el modelo de guardia mixta, es decir, en la franja de más actuación, presencia físi-

ca y en la de menos un modelo de guardia localizada para evitar el impacto de la libranza, y que el SUR interviniese desde el jueves o el viernes, a partir de las quince horas sin presencia física en su jornada laboral hasta el día siguiente, y durante los fines de semana veinticuatro horas.

En el resto de los centros, que el equipo de Atención Primaria hiciese la guardia de presencia física de quince horas a veinte horas, por la tarde, los días laborables, y de quince horas a ocho horas, es decir, la guardia convencional, aquellos días en los que no se necesita librar al día siguiente, es decir, los viernes y las vísperas de festivos.

El SUR entraría, entonces, a partir de las veinte horas los días laborables hasta las ocho del día siguiente y de ocho a ocho los fines de semana y los festivos. Este es el plan de funcionamiento que se presentó a la Mesa Sectorial y, además, para gestionar esta situación, se establecía que las guardias se repartieran entre el equipo de Atención Primaria y el SUR, de forma que las guardias que no realizara el equipo de Atención Primaria se podían ofrecer al personal SUR y aquellas que no se hagan, se ofrecieran a contratación de nuevo personal; que el SUR pasase a depender de la dirección de la zona básica –saben ustedes que en este momento el SUR pertenece a la Dirección de Atención Primaria y no tiene una dependencia orgánica establecida, y eso es una reivindicación que ellos siempre han demandado– y, desde luego, que no se modificasen en absoluto los puntos de especial actuación.

En vista de aquello, se llegó a un acuerdo con las cuatro centrales sindicales que ha mencionado anteriormente la Consejera, que prácticamente se basa en el mantenimiento de las bases del acuerdo 2008, su actualización con el plan de funcionamiento que anteriormente he relatado y con introducción de mejoras sustanciales porque se acomete una reforma importante, que es la minimización del impacto de la libranza y la generación de empleo con un reparto diferente de las guardias de Atención Primaria Rural y el compromiso para la Administración del seguimiento y modificación periódico de las condiciones para una mejora continua del modelo de Atención Continuada y Urgente.

Desde nuestro punto de vista, este acuerdo tiene innegables fortalezas, fundamentalmente porque permite un aumento de los días de atención al cupo de la población en las zonas rurales, porque elimina el impacto de la libranza, porque mantiene la presencia física en todos los PAC. Creemos que es una necesidad que demandan la población y también los profesionales, y entendemos que el mantenimiento de las condiciones actuales, el despliegue de la Atención Continuada, no hay ningún cierre, como bien decimos, y, en solo dos o tres puntos, se disminuye la intensidad del dispositivo porque consideramos que hay garantías de atención suficiente para la población.

Se consolida la plantilla de los Servicios de Urgencia Rurales y se integra en los equipos de Atención Primaria, con lo que creemos que habrá una mejor y mayor coordinación que la actual en las labores de Atención Continuada. Creemos que se consigue el cumplimiento íntegro de la jornada de toda la Atención Primaria por la eliminación del impacto de libranza.

Se limita el número de guardias. Es decir, es un sistema de reparto para generar empleo, lo que se busca es reducir el desempeño de guardias tanto del equipo de Atención Primaria como del SUR para que se puedan generar horas para que haya creación de empleo. Eso lleva a la contratación de doce personas, es decir, seis parejas de médico y enfermería con contrato estable para estas labores, es decir, se mejora el empleo y se establece un reparto equitativo y voluntario de las guardias en EAP y en SUR, hecho que era generador de no pocos conflictos en la situación que en este momento hemos querido mejorar.

Además, se instaba a la Administración a llegar a un compromiso en la mejora del transporte sanitario para los profesionales y del equipamiento de los mismos. Lógicamente, se establece una línea de mejora progresiva, periódica, de evaluación de estos acuerdos y de su actualización en el futuro.

Esto es todo, señorías. Por mi parte, yo también me sumo al agradecimiento que la Consejera ha transmitido a todos los profesionales que con valentía, compromiso y trasparencia también, porque, como bien saben ustedes, las actas de las reuniones de las Comisiones han estado publicadas en la intranet sanitaria y se publican en el documento que ustedes han recibido, generosamente, han puesto sobre la mesa sus planteamientos y han aportado criterio a la Administración para intentar mejoras en la Atención Continuada, y a los sindicatos también, porque yo tengo que decir y destacar que tanto los sindicatos que han firmado como los que no lo han firmado han demostrado una voluntad real de mejorar la Atención Continuada y su compromiso, desde mi punto de vista, queda fuera de toda duda. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Iniciamos ahora un turno de portavoces. Señor Pérez Prados, por UPN, tiene la palabra.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias. Buenas tardes. Quería comenzar, como es ya costumbre, dando la bienvenida a los comparecientes, a la señora Vera, al señor Yurss y a la señora Borruel, y agradecerles este análisis que nos han presentado.*

Yo diría que es del nivel de cumplimiento de la Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero, en cuanto a

los aspectos que se contemplan en el artículo único de la misma que, fundamentalmente, y aunque sea casi una repetición, el punto primero de ese artículo se refiere a cuatro aspectos importantes: uno es la evaluación de las necesidades de la población de las zonas rurales de Navarra en relación con la Atención Sanitaria Continuada y Urgente, otro aspecto son las ineficiencias del modelo de esta Atención Continuada y Urgente y la elaboración de un plan de funcionamiento de los centros sanitarios de Atención Primaria. Un tercer aspecto es que esto se haga con participación de profesionales sanitarios, entidades locales y colectivos sociales relacionados con dicha materia y, finalmente, el cuarto punto es que se procure el mayor consenso posible.

Este mismo artículo, en su punto segundo, dice que el Gobierno de Navarra remitirá el plan de funcionamiento, una vez elaborado, al Parlamento de Navarra para su debate y aprobación.

Todos estos aspectos han sido realizados, comenzando por la elaboración de este estudio de necesidades, desde la Dirección de Atención Primaria, que pasa a analizar los órganos de participación ya relatados, Comisión Asesora, donde están las sociedades científicas y profesionales sanitarios, y la Junta Técnico-Asistencial que, una vez elegida, compuesta por catorce profesionales administrativos y trabajadores sociales, conforman los dos órganos de elaboración de este plan de funcionamiento. Estudian, además, desde el estudio de necesidades elaborado por la Dirección de Atención Primaria, las ineficiencias del modelo, también sus fortalezas y debilidades, y elaboran propuestas de mejora en este plan de funcionamiento que incluye también una serie de recomendaciones.

A partir de ahí, se abren los cauces para la búsqueda de ese mayor consenso posible que contempla la ley en su artículo único con entidades locales afectadas, con colegios profesionales, con sociedades científicas y, finalmente, con sindicatos de la Mesa Sectorial de Salud, que finaliza con este acuerdo importante de actualización del ya firmado en el año 2008. Lo firman los sindicatos AFAPNA, SATSE, CCOO y UGT. Se cumple, así, lo contemplado en la ley foral.

Tenemos, además, en palabras de la Consejera, expresado el compromiso de que desde el departamento se va a continuar trabajando con sindicatos no firmantes del acuerdo a fin de aumentar el consenso logrado y buscar la mayor adaptación de la Atención Primaria Urgente a las necesidades de la población navarra.

Escuchado lo que hemos escuchado y habiendo tenido oportunidad de contemplar y leer los documentos que se nos han remitido desde el departamento, hay que agradecer el trabajo realizado a todos los agentes que han participado en el proceso durante los últimos doce meses, su colaboración, su aportación y también el esfuerzo realizado para lograr ese mayor consenso posible contemplado en la propia ley.

Quiero agradecer también la documentación enviada a los grupos parlamentarios desde el Departamento de Salud y, finalmente, agradecer la presentación y explicación, tanto sobre la metodología llevada a cabo como del detallado contenido del plan de funcionamiento.

En relación con el punto segundo del artículo único de la ley: el Gobierno de Navarra remitirá el plan de funcionamiento al Parlamento de Navarra para su debate y aprobación, solo nos queda mostrar nuestra disposición, la disposición de nuestro grupo parlamentario para apoyar el documento en su tramitación parlamentaria. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señor Caro, por el grupo socialista, tiene la palabra.*

SR. CARO SÁDABA: *Muchas gracias, señor Presidente. Gracias también tanto a la Consejera como al Director General de Atención Primaria por la información que nos han trasladado en la tarde de hoy. Si tuviera que hacer, y, de hecho, la tengo que hacer, una valoración política de lo que ha sido este proceso, la segunda fase, que es la que estamos viendo hoy aquí, y sobre todo la primera, la verdad es que tendría que hablar de fracaso político, tendría que hablar y, de hecho, hablo. Creo que estamos ante un fracaso político en el que probablemente hay más responsables que el propio Gobierno, pero, desde luego, si hay alguien que tenga más responsabilidad que otros agentes que han estado en los debates y en las discusiones, es evidente que el mayor responsable de ese fracaso político, en todo caso, es el Gobierno.*

Lo que ustedes nos traen aquí –por eso digo que es un fracaso– no es un plan, como les exigía la ley que derogó el decreto, sino un acuerdo sindical que ustedes dicen –y yo lo creo– que es el máximo acuerdo que en estos momentos es posible. Por lo tanto, lo que tenemos que hacer en esta tarde es valorar lo que ustedes nos traen aquí, que es ese máximo acuerdo posible con una parte de la representación sindical.

Antes de entrar a la valoración de los aspectos más técnicos que ustedes nos plantean hoy aquí, yo también me quiero sumar al agradecimiento por el esfuerzo que han hecho todos los participantes en los debates y en las discusiones. Quiero agradecérselo a todos, pero especialmente a quienes han hecho el esfuerzo de llegar a un acuerdo, aunque sea de mínimos. Yo estoy seguro de que muchos más agentes y profesionales estarían y podrían

haber estado en el acuerdo, pero es verdad que unos por unas circunstancias y otros por otras, al final, no han sido todos los que esperábamos.

Hablando con algunos de ellos, me decían que unos no han acordado por dinero, otros por política. Me quedo con lo que es el acuerdo en sí; las valoraciones en relación con lo uno y con lo otro es evidente que no toca hacerlas esta tarde. Por eso que quiera mencionar especialmente en ese agradecimiento a Comisiones Obreras –no CCOO, sino Comisiones Obreras, que eso recuerda a algunas historias y anécdotas, ¿verdad?–, a UGT, a AFAPNA y al sindicato de enfermería. Yo insisto en que es una pena que quienes han mostrado su disposición al diálogo probablemente van a ser quienes más críticas van a recibir por estar en el acuerdo, suele pasar, pero, no obstante, vaya por delante que la valoración que el Partido Socialista hace de su disposición es sintomáticamente buena y les agradezco su generosidad.

Yo creo que, en lo que ustedes nos traen aquí, en relación con lo que trajeron aquí y el Parlamento derogó, hay aspectos sintomáticamente diferentes. Durante todo el debate que hemos mantenido en este Parlamento, yo, como portavoz del grupo socialista, he venido diciendo que si se cumplían una serie de condiciones que para nosotros eran indispensables, la valoración que nosotros haríamos del plan –no ha sido plan, es un acuerdo sindical– sería positiva y, por lo tanto, quiero poner por adelantado que la valoración que hacemos de lo que ahora mismo está encima de la mesa es una valoración positiva. Posiblemente mejorable, no lo voy a discutir, pero, en principio, insisto, la valoración que hacemos es positiva.

Y creo que, si en algo es mejorable, se abre la puerta para que, en ese proceso de seguimiento a través de la Comisión de Seguimiento que se crea específicamente al efecto, se puedan ir incorporando aquellas mejoras que tanto quienes han estado en el acuerdo como otros que no han estado, pero que puedan aportar ideas o sugerencias, recoger esas ideas y sugerencias y poder ir plasmándolas con el paso de las días. No sé si las comisiones de seguimiento van a ser trimestrales o semestrales o anuales, pero lo importante es que estemos ante un plan dinámico que permita ir incorporando las mejoras que se estimen oportunas. Por lo tanto, insisto, hay una diferencia sintomática y sustancial en ese sentido, lo cual no podemos sino valorar de forma positiva.

También hay que valorar de forma positiva que, al menos en una gran parte, aquellas acusaciones que todos hicimos al Gobierno de falta de diálogo, de disposición al acuerdo, etcétera, yo creo que han sido revertidas. Creo que ha habido más diálogo –probablemente hay quien siga demandando una falta de diálogo–, ha habido más disposición al acuerdo, eso es lo que yo puedo decir, y me consta que ha habido horas y horas de trabajo y, por lo tanto, yo creo que ese trabajo no puede caer en saco roto y nos tiene que permitir a todos avanzar en la buena dirección.

Yo creo que estamos ante un modelo que no supone ahorro a priori. Algún ahorro va a haber, pero creo que lo que ha primado en esta ocasión no es lo que, en el primer momento, les obcecaba. A ustedes les dijeron que había que ahorrar fuera como fuera y diseñaron un modelo que fue rechazado porque primaba el ahorro y no primaban los aspectos de gestión –algunos interesantes– que hemos visto plasmados en esta segunda fase y, por lo tanto, yo creo que eso también beneficia al acuerdo y en nada perjudica.

Entrando en algunas de las diferencias sustanciales, ustedes planteaban el cierre de catorces puntos y ahora no hay cierres de puntos, que era una de las condiciones que nosotros poníamos como indispensables; por lo tanto, no podemos decir sino que, a priori, estamos satisfechos. En ese sentido, tengo que decir que nuestra demanda, que era la demanda también de algunos sindicatos que estaban en las negociaciones, ha sido cumplida.

También es verdad que en el anterior modelo se destruía empleo y ahora vemos cómo se crea; poco, pero se crea empleo, y se deja la puerta abierta para que, en determinados momentos puntuales, también pueda seguir habiendo contrataciones como las había en el modelo anterior, lo cual creo que puede redundar en un mejor funcionamiento del sistema.

Además de que no haya cierres de puntos de Atención Continuada y que, además, se puede hablar de generar empleo, cosa que, en los tiempos que corren, no es una cuestión baladí, y por eso yo creo que este aspecto ha pesado mucho en que algunos sindicatos estén en el acuerdo y no en el desacuerdo, creo que también es importante lo que se hace en relación con la integración de los SUR en los equipos de Atención Primaria. En ese sentido, les voy a decir que en las últimas reuniones que mi grupo ha mantenido con algunos médicos rurales, hacen unos planteamientos que ponen en duda la bondad de esta integración, creo que porque no se ha llegado a explicar bien cómo se va a hacer esta integración de los SUR en los equipos de Atención Primaria.

Para nosotros, este es un aspecto fundamental porque esa integración lleva consigo un reparto del trabajo, que es lo que ustedes, en definitiva, han puesto de manifiesto en las diferentes diapositivas que nos han planteado, reparto de las guardias, y yo les quiero insistir en la idea de la autogestión: equipos de Atención Primaria trabajando conjuntamente con los SUR, dependiendo de una

única dirección, es decir, hablando de una integración total que permita dar servicio veinticuatro horas al día durante los trescientos sesenta y cinco días del año.

Eso es lo que yo creo que debemos conseguir, y yo creo que es lo que nos estaban demandando parte de los equipos de Atención Continuada en las últimas reuniones que mantuvimos, pero creo que no se está entendiendo bien. Quizá el que no entienda bien las dudas que nos plantearon sea este portavoz que les habla, pero creo que, en ese sentido, tienen que ser ustedes más ambiciosos para hacerles ver que precisamente lo que estaban reclamando, si no en el cien por cien, en un porcentaje alto, es lo que ustedes están plasmando aquí.

En torno a esta integración de los SUR en los equipos de Atención Primaria y un modelo de autogestión, me gustaría saber cuándo piensan poner en marcha este modelo y qué fechas tienen previstas en el calendario para poder avanzar en esta dirección. Yo creo que, efectivamente, uno de los retos fundamentales, y creo que matan dos pájaros de un tiro cuando establecen un modelo que evite las libranzas, vamos a ver el encaje jurídico que tiene esta cuestión, creo es un aspecto importante, yo creo que lo que están propiciando con ello es que nuestros médicos de cabecera, efectivamente, estén más tiempo con sus pacientes porque, si no, se podrían dar paradojas como que un médico de Atención Primaria estuviese entre dos meses por culpa de las libranzas más un mes de vacaciones, prácticamente tres meses sin ver a uno solo de sus pacientes, a una sola de las tarjetas de su cupo, y ese me parecía un aspecto importante que había que tratar de evitar y que yo creo que, con el modelo que se plantea, se empieza a poder evitar.

Creo que también es preciso, y quizá aquí no se haya mencionado tanto como a mí me gustaría, poner en marcha ese plan de seguimiento de los enfermos crónicos, tanto en el ámbito rural como en el ámbito urbano. Creo que hay que ser más ambiciosos en esta materia porque es un nicho de eficiencia importante y, por lo tanto, como lo que estamos buscando es un nicho de eficiencia porque a la vez conseguimos una mejora en el servicio que damos a los ciudadanos, creo que es una cuestión que no puede quedarse solo en el papel, que hay que empezar a avanzar lo más rápido que sea posible.

Además, como he dicho antes, si se acepta la necesidad de revisar y reformar el actual sistema de transporte sanitario, que para nosotros era otra de las condiciones indispensables y que creo que ocupa un lugar relevante tanto en las consideraciones de las distintas reuniones y de los participantes como de las conclusiones que obtienen, en definitiva, estamos avanzando en la dirección que el grupo socialista entendía necesaria.

No voy a hacer mención a la Comisión de Seguimiento porque ya lo ha hecho, me parece un elemento fundamental.

Y, si me permiten, haré dos últimos comentarios. El modelo de concentración, sobre todo en Pamplona, me parece que es necesario que se explique bien a los ciudadanos porque creo que los ciudadanos, si lo que se les vende es que se les cambia el modelo sin más explicación, probablemente no lo entiendan, pero si se les vende la idea de que, además de cambiárseles el centro de referencia, se les puede acabar dando un servicio porque dotamos mejor a esos centros, probablemente los ciudadanos, en vez de poner reparos para aceptar ese cambio en el modelo, manifiesten su disposición a aceptar esos cambios sin mayor reparo.

También me parece importante, y con esto termino, señor Presidente, la idea de avanzar en un modelo o sistema específico de urgencias en determinadas zonas rurales porque van a generar más confianza en los ciudadanos. Antes se hablaba de cerrar centros; ahora se hablará de determinados ámbitos geográficos, como puede ser la zona de San Adrián, Peralta o Tafalla, en donde hay cierta problemática, que los ciudadanos sepan que van a tener un servicio de urgencias que va a poder estar presente y va a poder atenderles de una manera mejor, a nuestro juicio, creo que es algo que también tiene que quedar en evidencia y creo que los ciudadanos pueden recibirlo con agrado.

En todo caso, creo que la conclusión es que los cambios que se están proponiendo probamente sean insuficientes, son los que pueden ser. Yo no sé, como he escuchado decir al portavoz de UPN, si estos cambios van a venir en algún acuerdo en el que el Parlamento tenga que votar o decidir al respecto, yo entiendo que lo que tendríamos que votar, en todo caso, tendría que haber sido un plan que no se trae aquí. En todo caso, aun considerando que lo que ustedes plantean probablemente acabe siendo insuficiente para tener una visión global del sistema, creo que avanza en la buena dirección, en lo que el Partido Socialista había venido reclamando y, por lo tanto, la valoración que tenemos que hacer a ese respecto es positiva. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Ruiz, por parte de Bildu, tiene la palabra.*

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes a todas y a todos. Quiero agradecer la presencia de la señora Consejera, de la señora Borruel y del señor Yurss. Para empezar, me sumo al agradecimiento a todas las personas*

que han estado participando durante este año en este tema.

Tanto la señora Vera como el señor Pérez Prados ya han leído la ley. Es muy sencilla. La ley consta, tal como han dicho ustedes, de un artículo único con dos apartados que son claros y nítidos. No voy a decir que sea fácil de llevar a cabo, pero sí son muy fáciles de entender y, desde luego, la ley también partía de un plazo suficiente, entendemos, para cumplir el mandato parlamentario en las mejores condiciones, pero, sinceramente, a la vista de cómo ha gestionado usted este proceso y de la comparecencia de hoy, entendemos que esto es una nueva falta de respeto al Parlamento, y lo digo así porque nos parece una tomadura de pelo, e incluso creo que se podría llegar a hablar de fraude de ley. Y me voy a explicar.

En primer lugar, esta comparecencia, tal como la ha solicitado usted, señora Vera, es una sesión informativa, y, que yo recuerde, y tal como lo han leído ustedes, la ley dice claramente que se remitirá el plan al Parlamento para su debate y aprobación en el plazo de un año. No sé qué procedimiento se articulará o si tienen intención de articular algún procedimiento para hacer cumplir ese punto, porque, claro, esto es una sesión informativa, pero lo que sí le pregunto, y me gustaría que me contestara en la réplica, es si lo que vamos a votar los grupos parlamentarios es un acuerdo sindical que ya se ha votado en una Mesa Sectorial sindical; si es eso lo que pretende que votemos los grupos parlamentarios o cómo exactamente va a hacer cumplir la ley. Porque dice claramente, no solo que vendrá al Parlamento a explicarlo, sino que se debatirá y votará. Eso, para empezar.

Por otra parte, la primera encomienda que se le realizaba a usted por ley era realizar una evaluación de las necesidades de la población de las zonas rurales de Navarra, como paso previo a la elaboración del plan. El señor Yurss nos ha explicado hoy algo que también nos había explicado usted anteriormente. En octubre, a instancias de los grupos parlamentarios, e nos remitió usted se estudio de necesidades, pero, sinceramente, ya lo dijimos en aquel momento, después de analizarlo más concienzudamente, han pasado por aquí también otros agentes que lo han valorado y tenemos que decir que no es una evaluación real de necesidades.

Ya lo dijimos: es un documento básicamente descriptivo, mucho más cuantitativo que cualitativo y, desde luego, se basa, una vez más, en criterios economicistas ese estudio de necesidades que, en teoría, contiene datos incompletos. Se han detectado, además, por parte de profesionales de las zonas rurales, errores en el cálculo de distancias, en el cálculo de tiempos de acceso, etcétera. Y lo que nos parece más grave es que es impensable que se pueda hablar de hacer un estudio de necesidades de las zonas sin contar ni con la opinión ni con las propuestas de las personas que mejor conocen esas zonas, que son los representantes municipales, los profesionales que trabajan en esas zonas, y eso no se ha hecho.

Por lo tanto, ustedes, sobre el papel y dando datos, si eso les parece… Sí, pero aparte de los datos, hay que detectar necesidades, y ese estudio no detecta necesidades en ningún caso. Entendemos que el nivel cualitativo que requiere un estudio de estas características no se ha dado. Es más, en el criterio del Gobierno respecto a la iniciativa legislativa municipal que se debatirá este próximo jueves califican –y son ustedes los que contraponen las dos propuestas– la propuesta de los Ayuntamientos de precipitada porque el departamento está elaborando una propuesta sobre la reforma de Atención Continuada y Urgente que pretende recoger gran parte de las iniciativas que esta proposición plantea para la mejor atención a estas zonas.

Miren, y más hoy, viendo el documento que nos han entregado y la explicación que nos han dado, me parece un ejercicio de cinismo decir esto, contraponer, de manera perversa, además, las dos iniciativas cuando ustedes plantean –por escrito nos lo acaban de dar– premisas para la mejora del modelo, y la premisa es no empeorar el servicio a la población. No estamos hablando de un plan de mejora. La primera premisa que se plantean es no empeorar. Pero ¿de qué estamos hablando? Desde luego, me parece grave que no se haya contado con los representantes de estas zonas.

Eso respecto al estudio de necesidades. Ese era el paso previo para elaborar un plan, eso es lo que decía la segunda parte de la ley, un plan de funcionamiento de los centros sanitarios con la participación de profesionales, entidades locales y colectivos sociales. Ya lo han leído ustedes suficientemente. Pero es que hoy no nos trae usted ningún plan. Esto no es un plan. Así como cuando les solicitamos el plan de conciertos, aquello tampoco era un plan de conciertos, esto no es un plan. Nos trae una propuesta parcial. No nos trae ni siquiera un acuerdo, nos trae la revisión de un acuerdo sindical del año 2008. Eso es lo que nos trae.

Por cierto, el acuerdo de 2008 fue aprobado por unanimidad. En esta ocasión, cuenta con el 45 por ciento de la representación de las trabajadoras y de los trabajadores. En cualquier caso, esto no es un plan, el acuerdo al que han llegado, pero estamos hablando del ámbito exclusivamente sindical. Además, han alcanzado un acuerdo in extremis*, mediante ultimátum, dando quince días a los sindicatos y, desde luego, muchos de ellos al menos, o la mayoría, lo que denuncian es la nula voluntad de negociar. Yo me pregunto si esta es la conclusión –a última hora, tal y como se les ha planteado a los sindicatos– de todo un año que*

han tenido ustedes por delante para realizar esto, la revisión de un acuerdo sindical. Nos parece un parche más.

Nos preguntamos, y vuelvo a lo mismo, que dónde ha quedado, en teoría, la palabra "mejora", la mejora de la atención sanitaria en función de las necesidades y, repito, si parten de la primera premisa, no empeorar la calidad asistencial. Pues vamos aviados, que diría alguno. Pregunto también que dónde ha quedado la participación real de profesionales más allá de los dos órganos, casi autodirigidos, que han participado en este proceso y, desde luego, la participación de las entidades locales. Sí que me gustaría que eso lo explicara, porque hablan de las asociaciones científicas, profesionales. En esos dos órganos ha habido cierta representación, desde luego, no tal como la entendemos nosotros. Me gustaría que matizara qué tipo de participación han tenido las entidades locales, con cuántos Alcaldes, con cuántos representantes municipales han estado y en qué fases del proceso.

La realidad es que, tal como se ha dicho, la representación sindical mayoritaria se ha posicionado claramente en contra, en el fondo y en las formas, y han mostrado públicamente su voluntad de negociar, pero no a golpe de puñetazo en la mesa y con el poco margen de maniobra que, al parecer, les han dado a ustedes.

Hay otro dato significativo, también: treinta de los equipos de Atención Primaria, de los treinta y tres existentes, con sus directores y directoras a la cabeza, han rechazado también de plano esta propuesta. Entonces, cuando se habla de razones monetarias o políticas, parece que hay una coordinadora del no –término que tanto les gusta utilizar a ustedes– bastante amplia, bastante plural y con intereses que son tan diversos que igual, en el fondo, pueden tener, por lo menos, una razón en común, y es que este plan no es un plan que cumpla unos objetivos de mejora.

Voy a ir un poco al grano, hablando de la propuesta. Tiene pros y contras, no voy a decir que todo sea negativo, pero, en cualquier caso, lo que sí nos parece es que es absolutamente parcial y que tiene carencias importantes. Decía usted, señora Vera, al principio, que es un paso adelante respecto del punto de partida. No sé exactamente un paso adelante en qué. Entendemos, para empezar, que no está pensada para garantizar una atención continuada de calidad ni para una atención rápida en caso de emergencias, que no garantiza la dotación de medios materiales a nivel de equipamientos, a nivel de vehículos; el punto 6 es muy genérico, hay un compromiso vago que adquiere el departamento: se garantizará equipamiento, vehículos..., pero es que luego recurrimos al criterio del Gobierno expresado en relación con la ILM, y cuando se habla de eso, ustedes lo cuantifican y dicen que eso prácticamente es insostenible. Me gustaría saber si el acuerdo al que han llegado y ese compromiso también lo han cuantificado y si es sostenible o no, quién se va a hacer cargo, tal como plantean ustedes en la iniciativa legislativa municipal.

En el tema del empleo, nos parece engañoso hablar de creación de empleo, nos parece engañoso anunciar a bombo y platillo que se van a crear doce puestos de trabajo estables cuando incluso con esta propuesta habría un potencial mucho mayor que ustedes desaprovechan, cuando, aplicando esta propuesta –hay cálculos hechos por parte de algún sindicato– se podría estar hablando de treinta y dos nuevos puestos de trabajo. Aquí están hablando de los cambios de módulo de las guardias, lo que se vienen a llamar microguardias, dicen que va a repercutir en los doce puestos de trabajo estables al 50 por ciento de jornada.

No estamos hablando de jornadas completas en ningún caso, pero tampoco estamos hablando de nuevas contrataciones; estamos hablando de movilizar al personal. Aquí no va a haber oposiciones, no va a haber contrataciones de gente que no esté trabajando. Sean claros: aquí no se está hablando de generar nuevos puestos de trabajo, sino de las horas que sobran de las guardias, de las libranzas, que se va a reconvertir en puestos SUR, pero, desde luego, ni van a ser puestos a jornada completa ni van a ser nuevas contrataciones, y las horas, ahí están: son nueve mil cien horas, si no me equivoco, doce puestos de trabajo, a ver de dónde los saca. No va a haber oposición, van a movilizar al personal que ya está trabajando aunque este acuerdo no recoge esa parte; eso lo dejan para más adelante. Eso sí que me gustaría saber cómo lo van a plantear.

En el fondo, pensamos que siguen en la línea de reducir costos y que no va en el sentido de ampliar plantilla. También –ya lo dijimos anteriormente– entendemos que fomenta la desigualdad entre las cargas de trabajo, se siguen mezclando guardias y jornada ordinaria según módulo y según centro, se va a pagar de manera diferente el mismo trabajo según quién lo haga y según dónde lo haga, y eso no puede ser.

Y, desde luego, hablando de las zonas rurales, se dificulta aún más la fidelización de los profesionales en esas zonas. ¿De verdad creen que alguien que viva en Pamplona o alguien que viva en Sangüesa se va a desplazar hasta Roncal para hacer guardias de cuatro horas y cuarenta minutos? Porque, al final, es a lo que parece que se va a abocar a muchos, en ciertos casos. Si ya había problemas de fidelización de profesionales en ciertas zonas, entendemos que con esto, muy lejos de mejorar, se agravan.

Abusos ha habido, evidentemente, en las guardias, en las libranzas, por supuesto que sí. Nosotros no vamos a defender eso, en absoluto, pero, si las ha habido, es porque ustedes lo han permitido. ¿Por qué no plantean la posibilidad de eliminar progresivamente las jornadas extraordinarias, las guardias y de convertirlo en jornada ordinaria, de convertirlo realmente en empleo estable? ¿Se han planteado esa posibilidad? No digo de golpe, sino progresivamente. La tendencia debe ser esa, eliminar las guardias, eliminar jornadas extraordinarias, si quieren una verdadera mejora en la calidad existencial y reparto de empleo.

La organización de los SUR, desde luego, es un tema complejo. Hay opiniones para todos los gustos, ustedes plantean un modelo, puede haber otros, nosotros seremos más partidarios, por las características específicas que tiene este servicio, de que tuviera una jefatura de servicio propia, dependiente directamente de Atención Primaria, pero, en cualquier caso, es un tema complejo y es cuestión de poner alternativas encima de la mesa.

Voy a acabar ya. Yo creo que ya he dicho todo lo que tenía que decir. Entendemos que ustedes no van al fondo de la cuestión, que es algo en lo que, en teoría, estamos todos de acuerdo, y es la verdadera potenciación de la Atención Primaria, y creo que aquí falta ir a ese fondo de la cuestión, a la revisión de los cupos, a que los profesionales tengan el tiempo y las condiciones suficientes para realizar la labor como tienen que realizarla, para hacer una verdadera promoción y educación de la salud, etcétera. Nos parece que esto es un parche más, que hacen una propuesta parcial y que intentan vender como éxito una moto que, desde luego, no tapa ni los problemas que tienen ustedes para gestionar su propio departamento ni tapa su incapacidad para llegar acuerdos, para hacer una gestión eficaz e incluso para llevar a cabo la demanda del Parlamento. Lo vuelvo a decir: esto no responde a lo que se les solicitó desde el Parlamento.

Creemos que este barco se hunde, su departamento y, desde luego, el Gobierno al completo, y si ustedes intentan seguir poniendo parches, desde luego, no cuenten con nosotros.

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

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes a todos y a todas. Buenas tardes, señora Vera, señor Yurss y señora Borruel y gracias por las explicaciones. Yo, por supuesto, también me voy a sumar al agradecimiento y a poner en valor a todas las personas que han trabajado, por supuesto, a todas que finalmente han estado de acuerdo y también a aquellas que no han estado de acuerdo y por eso no han firmado el acuerdo sindical que nos ha intentado explicar hoy, aquí, pero pongo en valor también que, por supuesto, lo que han hecho –estar de acuerdo o no estar de acuerdo–, entiendo que es por propia voluntad y no por imposición ajena a ellos y ellas mismas.*

Dicho esto, yo también voy a volver a leer lo que este Parlamento aprobó, que es: se realizará una evaluación de las necesidades de la población de las zonas rurales de Navarra en relación con la atención sanitaria y de las ineficiencias del modelo de la Atención Continuada y Urgente y se elaborará un plan de funcionamiento participativo, y todo lo que ya que se ha dicho, que se remitirá al Parlamento para su debate y aprobación. Entonces, yo, a partir de aquí, no voy a hacer ningún análisis de esto, sino simplemente me voy a dedicar a hacer una serie de preguntas que espero que me contesten.

¿Nos van a traer algo, este plan funcional o el estudio que hayan hecho acorde a las necesidades, para que lo debatamos en este Parlamento como pone aquí? ¿Sí o no? Porque, desde este inicio, lo que en estos momentos hemos estado viendo aquí es un acuerdo sindical. Esa es la primera pregunta: qué es lo que nos van a traer y si nos van a traer algo para debatirlo y votarlo o no.

A partir de ahí, dentro de lo que ustedes llaman estudio de necesidades, me gustaría que me definan qué entienden ustedes por horario de atención continuada y urgente, qué definición le dan a eso. Porque también me gustaría saber qué definición le dan a lo que hacen los equipos de Atención Primaria en su horario, digamos, de cupo, bien sea el cupo de mañana o de tarde.

Me gustaría que nos dijeran también si en ese perfil de atenciones, donde ponen en qué franja horaria existen las mayores prestaciones, que nos desglosen si esas guardias o esas atenciones son urgencias, emergencias, si son porque se ha descompensado algún pluripatológico, o si son porque esa persona no ha podido acudir a su médico de cupo correspondiente, por ejemplo, por la mañana, y por eso ha ido por la tarde. Porque teniendo ese dato –a mí sí que me gustaría saberlo– se puede hacer otro análisis, que es que probablemente si el mayor número de personas que va en esas franjas horarias que no es el de la mañana es porque no han podido ir en su cupo habitual, a lo mejor lo que hay que hacer es reforzar los equipos de Atención Primaria y trabajar en esos equipos y no tanto todo lo que se está intentando hacer aquí.

Digo esto porque lo que ustedes han hablado de potenciar el cupo, con objeto de mejorar la relación médico-paciente, la longitudinalidad y la continuidad de los cuidados. Evidentemente, todo eso a mí

me gustaría que me lo explicaran. Si no hacen un refuerzo de los equipos de Atención Primaria con los cupos acordes a las necesidades que tengan, bien después de hacer un análisis de pluripatológicos, bien después de hacer un análisis de los enfermos crónicos y de las necesidades de esos enfermos crónicos, si no hacen un estudio de esos cupos, no estamos realmente poniendo en valor y dándole la importancia al cupo y a esa Atención Continuada, porque de esta manera que plantean ustedes, esa Atención Continuada por la tarde no se da porque los cupos o los médicos que están por la tarde no son del propio cupo del paciente. Con lo cual a mí me gustaría que me explicaran esas preguntas que les he hecho porque no entiendo muy bien cómo ustedes refuerzan el cupo, pero sin hacer refuerzo en los equipos de Atención Primaria.

Luego, entrando en el acuerdo sindical, también tengo una serie de preguntas que me gustaría que me respondieran. En el acuerdo anterior, en el de 2008, los SUR trabajaban desde las tres hasta las ocho del día siguiente, los domingos y festivos desde las ocho hasta las ocho y cuando las necesidades organizativas lo requerían, era reforzado por médicos y ATS-DUE del equipo de Atención Primaria y el máximo era una guardia a la semana. Ahora, los SUR estarían desde las ocho de la tarde hasta las ocho del día siguiente y los fines de semana de ocho a ocho. Como las horas de trabajo son las mismas, ¿me pueden explicar cómo se van a necesitar más SUR? La Atención Continuada, el personal del equipo de Atención Primaria, la guardia de presencia física es hasta el jueves, de tres y veinte a ocho. El resto de los días, de tres y veinte a las ocho del día siguiente. ¿Me pueden explicar si desde el viernes van a estar dentro de la guardia los equipos de Atención Primaria y los del SUR?

En la documentación que nos han dado esta mañana, a partir de la página 149, vienen los PAC y después la plantilla SUR, donde, en general, se garantizan ya 3 y 3. Me parece que faltarían, para ese 3 y 3, 4,5 sanitarios y 3 ATS-DUE. Entonces, ¿me pueden explicar este punto y de dónde salen esos 12 profesionales que ustedes dicen que van a tener de más, teniendo en cuenta, además, porque el planteamiento que ustedes hacen es 3 y 3 en cada PAC, y eso, como les he dicho, se cumple salvo 4,5 sanitarios y 3 enfermeras, pero hay otros sitios donde hay más de los 3 y 3, sobre teniendo en cuenta lo comentado anteriormente de esas horas distintas de las jornadas que ustedes ponen? ¿Qué ocurre también si en los equipos de Atención Primaria, esos que tienen que estar desde las tres y veinte hasta las ocho, no quieren realizar este tipo de guardias?, ¿cómo lo van a solventar?

También les quería preguntar, porque ustedes, en el acuerdo dicen que se promoverá que los recursos que se liberen en la Atención Primaria Rural se destinen a otras mejoras en el ámbito de la Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Entiendo que para cuando han hecho este acuerdo tienen estudios, saben de qué recursos se está hablando, y me gustaría que me dijeran de qué recursos están hablando y a qué otras mejoras prevén que van a derivar, como pone en el acuerdo.

También se habla de la mejora del equipamiento y transporte sanitario de los equipos de urgencia rural, donde dice que se llevará a cabo un plan de equipamiento estándar de todos los puntos de Atención Continuada para la mejor identificación y protección de los profesionales en los eventos urgentes que requieran su atención, y se impulsará la adopción de medidas adecuadas a las necesidades de las distintas zonas y áreas geográficas destinadas en materia de transporte sanitario y de urgencia.

Digo esto porque entiendo que tienen que tener ya algo estudiado y planificado porque no es nuevo, pero es que, además, me choca con las argumentaciones que ustedes han dado para no aprobar la ILM. Ustedes ponen en cuestión, dentro de la ILM, precisamente lo que van a hacer aquí. Aquí lo tengo y lo voy a leer: En caso de urgencias graves y emergencias, la dotación de vehículos se podría obtener bien mediante la compra de veinte vehículos para los veinte PAC con un valor de equis dinero, la dotación de coches todoterreno no supone un gasto adicional. Garantizar la cobertura de aparatos de telefonía móvil o buscas en todas las zonas rurales supone el mantenimiento del actual refuerzo de cuatro centros repetidores para las zonas de peor cobertura, suponiendo cuatro millones de euros; el equipamiento para urgencias en PAC supone la compra de uniformes para doscientos cincuenta profesionales SUR, con un coste de seiscientos que llevaría aparejada la contratación de una empresa de lavandería con un valor de seiscientos mil euros.

Esto ustedes lo unen a la estabilidad presupuestaria y es una parte de su argumentación para decir no a la ILM, precisamente por esa estabilidad presupuestaria. Quiero que me expliquen, dentro del acuerdo, cuáles son las mejoras que van a hacer y lo que ustedes han firmado aquí, porque entiendo que algún análisis habrán hecho o si ya, de facto, pretenden incumplirlo.

Como les he dicho –he dicho que iba a hacer una serie de preguntas–, espero que me respondan a todas las preguntas que les he hecho, desde luego, no creemos que esto vaya a ser una mejora en la atención de la calidad. De lo único que se ha hablado aquí es de las guardias, de condiciones laborales, pero no creo que se haya hecho un estudio en función de todas esas necesidades, teniendo

en cuenta los cambios que va a suponer la atención a crónicos, los pluripatológicos. Si de verdad queremos reforzar y darle la importancia a los cupos, habrá que ver los equipos de Atención Primaria, no este tipo de guardias, y hay un largo etcétera que creo que ustedes no están cumpliendo con el mandato parlamentario. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señor Martín, por el grupo Popular, tiene la palabra.*

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. Quiero agradecer la presencia de la Consejera, del señor Yurss y de la señora Borruel. Yo voy a ser más breve que mis predecesores. En primer lugar, tengo que empezar agradeciendo la información y, desde luego, reconociendo el trabajo y el esfuerzo que han realizado todos los participantes en la Junta Técnico-Asistencial y en la Comisión Asesora. Indudablemente, no cabe la menor duda de que la primera parte de la ley se ha cumplido. Yo creo y nuestro grupo cree que se ha cumplido de una manera aceptablemente buena. Nos ha presentado un trabajo serio y riguroso, un trabajo estratificado, participativo y, desde luego, siempre buscando el consenso. Nosotros, desde ese punto de vista, lo vemos como muy positivo.*

Sin embargo, en la segunda parte, todo este trabajo ha abocado en un acuerdo que hay que enmarcar dentro de un acuerdo sindical, un acuerdo de modificación de jornada, prácticamente, de la modalidad de guardia. Desde luego, esto es un acuerdo sindical y no se puede considerar que sea un plan. Bien es cierto que la Consejera ya ha manifestado que es un acuerdo de mínimos, que es un primer paso y que se va a seguir insistiendo e intentando la colaboración y el consenso de todas las partes.

Sin embargo, y en este sentido, es un acuerdo que, desde nuestro punto de vista, nace cojo. Nace cojo porque se ha quedado fuera un sindicato mayoritario de uno de los sectores más representativos y más importantes del ámbito sanitario, del ámbito asistencial, como es el de los médicos.

Es cierto que en toda negociación siempre tiene que primar el interés general sobre el interés particular, eso es cierto, lo ha dicho la Consejera y estamos absolutamente de acuerdo con ella. Pero en este caso el interés general no es otro que prestar al ciudadano una asistencia sanitaria de calidad y, desde luego, es obvio que sin la colaboración de los profesionales, esta calidad puede resentirse a pesar de su profesionalidad. Porque no tenemos que olvidar que la sanidad que tenemos se debe en gran parte a la colaboración y dedicación de unos excelentes profesionales que, por cierto, y hablando de peculio, no son de los mejor retribuidos de España. Eso se ha reconocido por el propio Gerente del Servicio Navarro de Salud.

En este sentido, hay que reconocer, y lo hemos leído en medios de comunicación, que han surgido voces discrepantes de este acuerdo. Han surgido algunos, bueno, bastantes directores de equipos de Atención Primaria, sociedades científicas, asociaciones y el propio sindicato médico.

Nuestro grupo parlamentario ve muchas cosas positivas en el estudio que se ha hecho. Y en el acuerdo hay cosas positivas. Una de ellas es la incorporación de los SUR a los equipos. Desde luego, esta integración de todos los recursos humanos dentro de la zona básica debería conducir, más pronto que tarde, a la autogestión de los centros de salud. De hecho, el propio director ya en el acuerdo es el encargado de organizar los dispositivos asistenciales.

También vemos positivo que se asegure la presencia física en los PAC de forma continua y que en algunos de ellos, en los de baja población, se haga con una organización mixta a partir de las veinte horas.

Nos surgen dudas en este acuerdo. Una de ellas es que se dice que se quiere mejorar la accesibilidad horaria de la población y, con ello, prolongar la actividad hasta las veinte horas en muchos centros de salud. Y la duda es qué criterio se va a utilizar para realizar esta prolongación de jornada, con prolongación de jornada ordinaria o con guardia. Porque entendemos que la guardia es un concepto para atender la urgencia y la Atención Continuada es un concepto para atender la atención integral, por ejemplo, del enfermo crónico y darle una continuidad asistencial ordinaria. Por eso, porque la guardia es un concepto de trabajo a demanda, tiene un nivel retributivo distinto y menor que el trabajo ordinario, que la jornada ordinaria.

En el acuerdo se habla de un incremento de plantilla de doce profesionales, pero también es cierto que la eliminación del impacto de la libranza, la eliminación de la libranza ocasiona una pérdida de empleos de gente que está contratada para hacer las suplencias de esas libranzas. Por lo tanto, una pregunta que surge es cuánto empleo neto se va a crear, si son doce, más o menos.

Aquí se ha hablado de que ha habido agentes sindicales que no han firmado por política y otros por temas retributivos. Es obvio que la modificación del sistema de guardias tiene un impacto económico en los médicos facultativos que venían realizando esas guardias hasta ahora. Por eso, nosotros vemos comprensible su descontento, no solo por el cambio de jornada, sino también porque algunos de ellos, o bastantes de ellos, llevan aparejada una pérdida del poder adquisitivo.

Pero, en cualquier caso, creemos que no es motivo de esta comparecencia, las retribuciones deben contemplarse dentro del marco de la negociación colectiva.

Hay alguna cuestión en la cual nosotros pediríamos prudencia a los participantes en la Mesa Sectorial. Hay un sindicato que justifica la firma del acuerdo en varios puntos y, entre ellos, hay uno que dice: el ahorro generado en las libranzas de guardia revertirá en la mejora del equipamiento y transporte sanitario de urgencia y en la contratación de personal. Nosotros creemos que las inversiones para mejorar las infraestructuras y los equipamientos sanitarios deben surgir fundamentalmente de la buena gestión de los impuestos de los ciudadanos y no de una pérdida de poder adquisitivo de los profesionales sanitarios. En eso hay que tener cuidado con lo que se dice y lo que se transmite.

A nosotros, señora Vera, siempre nos habrá escuchado en sede parlamentaria que para llevar a cabo cualquier tipo de reforma, sobre todo en el ámbito sanitario, consideramos imprescindible la colaboración y la corresponsabilidad de los profesionales. Tenemos en Navarra unos excelentes profesionales que, con su colaboración, están manteniendo nuestra sanidad a pesar de la pérdida de poder adquisitivo que ocurre no solamente en el ámbito sanitario, sino en el ámbito general tanto público como privado. A pesar de las pérdidas progresivas de poder adquisitivo, están manteniendo nuestra sanidad como la mejor de España.

Por lo tanto, pensamos y estamos de acuerdo con usted en que, después de este acuerdo sindical, queda mucho por hacer en Atención Primaria, queda mucho camino por andar. Y creo imprescindible que el primer camino sea retomar, y a eso la animamos y le instamos, cuanto antes las conversaciones con los médicos y con el resto de profesionales sanitarios y ver la posibilidad de seguir avanzando y de poder llegar a acuerdos o incluso a un plan que cuente con el beneplácito de todos los sectores sanitarios, como ya ocurrió en el alcanzado el 13 de mayo de 2008. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora De Simón, por Izquierda-Ezkerra, tiene la palabra.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Buenas tardes, arratsalde on a todos y a todas. Bienvenidos, señora Vera, señor Yurss y señora Borruel. Primero, quiero mostrar mi sorpresa porque cuando vi el contenido de esta Comisión yo me pregunté por qué nos iban ustedes a explicar un acuerdo sindical porque lo decía usted, señora Vera, y la comunicación que nos mandaba, firmada por Juan Luis Sánchez de Muniáin, decía que esta sesión era al objeto de presentar la revisión del acuerdo de 13 de marzo de 2008 por el que se aprueba el pacto suscrito por la Administración Sanitaria con las centrales sindicales sobre atención continuada en la Atención Primaria Rural y otras condiciones laborales del personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.*

Veo que hoy lo que usted nos presenta es una propuesta de mejora del modelo de Atención Continuada y Urgente en la Atención Primaria de Navarra. Yo tengo un poco de lío. Bueno, no tengo ningún lío porque ya veo cómo se han organizado ustedes, pero, realmente, me parece algo un tanto asombroso, un tanto kafkiano, la forma en que el Departamento de Salud ha concluido esta cuestión, porque entiendo que queda aquí concluido el mandato de la Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero. Si no, me dirá usted lo contrario.

En definitiva, hay unas no conclusiones, sino recomendaciones, tanto de la Junta Técnico-Asistencial como de la Comisión Asesora. A partir de estas conclusiones parece que ustedes llegan a un acuerdo sindical y ahora, entre esa mezcla, hay aquí una especie de minipropuesta.

Me va a permitir decirle dos cosas. Una, que usted hoy, señora Vera, no ha traído al Parlamento el Plan de Funcionamiento de los Centros Sanitarios de Atención Primaria en las modalidades de Atención Continuada y Urgente, a lo que estaba obligada según la Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero. Y segunda, que ni yo ni mi grupo vamos a hacer ningún comentario ni ninguna valoración de un acuerdo sindical porque eso les corresponde al Departamento de Salud y a las centrales sindicales, en todo caso.

Lo que sí le diré es que no podemos olvidar por qué hemos llegado hasta aquí. Ustedes publicaron, el Departamento de Salud lanzó un decreto, el 131/2012, con una precipitación increíble y teniendo en contra a todos los colectivos relacionados con la atención sanitaria urgente y continuada. Sin embargo, insistieron en seguir adelante, y por eso este Parlamento tuvo que parar este nefasto decreto, porque no tuvimos otro remedio. Una vez hecho esto, francamente, vemos que en este momento no se ha dado respuesta a lo que decía la ley.

Lo que sí que le voy a decir es que usted ha conseguido algo, señora Vera, que no había conseguido ningún Consejero ni ninguna Consejera anterior en toda la etapa democrática, desde que existe este Parlamento. Ha conseguido usted montar un follón espectacular. Ha conseguido poner a casi todo el mundo en contra, unos en contra de otros. Y, al final, ha terminado diciendo que lo que actualiza de momento es el acuerdo de 2008, pero ni siquiera establece unas líneas de avance que nos pudieran permitir pensar que en un futuro

remoto va a acometer usted esta reforma que le parecía tan absolutamente necesaria para estos pacientes tan felices que usted pretendía. Por lo tanto, para este viaje, no hacían falta estas alforjas. Y no tengo más que decirle. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Pasamos, pues, al turno de respuestas.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Me gustaría comenzar por agradecer la valoración de los grupos, en lo esencial, al menos en los puntos positivos en los que se ha valorado el trabajo que por parte de la Dirección de Atención Primaria y de todos los profesionales que han estado implicados, que aunque aquí algunos quieran hacer ver que han sido pocos, han sido muchos, la verdad. En ese sentido, quiero agradecer la valoración, como digo, de algunos de los grupos.*

Como decían algunos de ustedes, entendemos que es un primer paso lo que nosotros hemos traído hoy aquí y hemos querido exponerles. Entiendo que es un primer paso nacido del máximo consenso profesional posible, ratificado por cuatro sindicatos. Aunque algunos de ustedes quieran quitar valor a esos cuatro sindicatos, lo tiene, y yo creo, en ese sentido, que merece una oportunidad.

Nosotros nos hemos comprometido a evaluar en seis meses este acuerdo, y desde ahora mismo, y en las últimas reuniones se ha invitado a todos los profesionales y muy especialmente a los sindicatos firmantes y a los no firmantes, a los que no han firmado el acuerdo, a que contribuyan a mejorar, perfeccionar y hacer mejor un modelo que entendemos que debe ser lo más dinámico y robusto posible.

También vamos a solicitar a los profesionales de la Atención Primaria a que en este tiempo manifiesten su candidatura a hacerse cargo de la atención continuada con la plantilla de sus equipos, con plantillas cerradas para que podamos empezar a implantar esa modalidad de autogestión o de gestión dentro de los centros de salud con la cual nosotros, desde luego, desde el principio, hemos sido muy proclives a ello, pero que finalmente no se ha plasmado en el acuerdo sindical, aunque nos consta que goza también del interés de algunos profesionales. Por lo tanto, esperamos que a finales de este año, si en las próximas semanas o próximos meses empezamos con la implantación del acuerdo, que en el mes de noviembre o en el mes de diciembre realicemos la primera valoración con los de seguimiento, la primera Comisión de Seguimiento del acuerdo con los sindicatos firmantes.

También me gustaría decirle al señor Caro que tiene nuestro compromiso, y así lo estamos haciendo, para, en la parte del transporte sanitario, hacer una valoración de cómo están las necesidades en Navarra, valorar también cuál es el dispositivo que tenemos, tanto en lo que es el transporte sanitario urgente como no urgente, y así lo estamos haciendo, de cara a la convocatoria de los próximos concursos de transporte sanitario urgente y no urgente que queremos realizar con la periodicidad que normalmente se venían acometiendo, y que en los últimos meses, como alguna vez le he comentado, ha sido paralizado por aquello de que parecía que el ministerio iba a cambiar las condiciones e iba a introducir el copago. Como finalmente no ha sido así y ahora tenemos ya el horizonte abierto, lo que estamos haciendo nosotros ahora es valorar cuáles son las necesidades y la utilización del modelo que tenemos en estos momentos implantado para tratar de mejorarlo y, así, acometer los nuevos concursos a lo largo de este año, a finales de este año.

Respecto a la tomadura de pelo a la que ustedes se referían, señora Ruiz y algún otro portavoz, de lo que nosotros hemos traído aquí esta tarde, yo creo que el Gobierno ha seguido a pies juntillas el mandato legal, y hemos intentado, a través de un trabajo ingente, se lo aseguro, de un trabajo ingente de muchos profesionales aunque usted quiera, pin pon, en diez minutos quitárselo de en medio, no ha sido así, el acuerdo amplio que se le demandaba. Se le demandaba, además, el máximo consenso posible.

Ese acuerdo implica la cesión por todas las partes, de la Administración, de todos los profesionales y también de los sindicatos que se han sentado a trabajar. Pero eso, lamentablemente, es bastante difícil, por no decir imposible, cuando hay algunos actores como pueden ser el sindicato ELA o el sindicato LAB como sindicatos mayoritarios que han demostrado, además, con documentos internos que se han hecho públicos recientemente, que están en otra batalla, que es la política y no la de mejorar la atención sanitaria urgente en la Comunidad Foral.

Esos documentos nos hacen ver que, realmente, su defensa no es la del interés general, por supuesto, y que, por tanto, buscar un acuerdo y sentarse a trabajar, en este caso con el Servicio Navarro de Salud, no es una de sus premisas de trabajo, lamentablemente, y, desde luego, esta Consejera así lo lamenta.

Por lo tanto, yo creo que, salvando esos sindicatos que, desde luego, nos han enseñado cuál es su hoja de ruta política recientemente, el acuerdo se ha conseguido o el trabajo se ha realizado con aquellos que, efectivamente, han mostrado una disposición para la defensa del interés general.

En segundo lugar, me gustaría decirle que el Gobierno no ha incumplido la ley al no haber

podido traer un plan, puesto que la premisa previa de poder traer un plan era conseguir un amplio consenso. Ese consenso total ha demostrado ser imposible por motivaciones y cuestiones políticas que, desde luego, el nacionalismo tendrá que defender o explicar en este momento o cuando así lo crea.

Nosotros, desde luego, hemos trabajado con todos aquellos agentes que han querido, como digo, buscar ese consenso para mejorar el acuerdo de 2008 y para tratar de dar un paso adelante. Usted dice que cuáles van a ser los próximos pasos que vamos a dar. Bueno, pues para poner en marcha el plan o para poner en marcha el acuerdo sindical que es, como digo, una revisión del acuerdo de 2008, únicamente es necesario que dictemos una resolución por parte del Gerente del Servicio Navarro de Salud para regular la nueva distribución horaria del personal SUR. El resto de aspectos son organizativos y será la Dirección de Atención Primaria la que tendrá que acometer con los equipos esa organización, y está plenamente facultada para ello.

Vuelve a ridiculizar el acuerdo, como digo, denostando el acuerdo de muchas horas de muchos profesionales, diciendo dónde está la mejora. Creo que ha quedado palpable cuál es esa mejora, la ha transmitido el Director de Atención Primaria, pero no solamente nosotros, también en los medios de comunicación han podido ver cuál es la defensa y cuál es la mejora por parte de los sindicatos firmantes. Pero, desde luego, la mejora está, para nosotros, en lo más importante, que es que la atención mejora el cupo.

La base de una buena Atención Primaria es la continuidad en la asistencia, y este acuerdo la garantiza. Hace que los ciudadanos navarros, cuando acudan a su médico de Atención Primaria en las zonas rurales, se lo encuentren cada mañana o la mayor parte de las mañanas y no se encuentren con que muchas veces lo que hay es un sustituto y que, por lo tanto, no los conoce personalmente. Y eso es calidad de atención, aunque a usted no se lo parezca. Eso es calidad de atención, y en esto están todos los profesionales, esos profesionales que también usted, no sé si su representatividad, esos dos foros tanto de la Comisión Asesora como la Junta Técnico-Asistencial que quiere minusvalorar, fue una de sus conclusiones claras.

Por otro lado, también me gustaría decirle que en las elecciones de la Junta Técnico-Asistencial en la que están representados todos los estamentos de Atención Primaria de Navarra, participó casi un 70 por ciento de los profesionales. Por tanto, decir que esa Junta Técnico-Asistencial en la que están representados todos los profesionales no tiene ningún valor, a mí me parece una falta de respeto –cuando menos eso– a ellos y al trabajo que desde el mes de mayo en el que se constituyó esa mesa hasta el mes de septiembre o el mes de octubre, en el que nos aportaron las conclusiones y que aquí se las pude contar. Me parece que es, como digo, una falta de respeto.

Respecto a la creación de empleo que usted planteaba, no sé si está muy bien informada, señora Ruiz, porque los doce nuevos puestos de trabajo a los que me he referido son doce nuevos contratos estructurales para los que no es necesario convocar una OPE. Son contratos a jornada completa, que también lo ponía en duda y no, son contratos a jornada completa, y por encima de la plantilla que existe en estos momentos. Al cabo de cinco años, si las necesidades perduran, podrán consolidarse en plantilla como nuevas plazas ofertadas en la OPE correspondiente. Pero se lo aclaro, tal y como le decía.

Alguna otra cuestión que han planteado. El señor Martín hablaba de la diferencia entre guardia y prolongación de jornada. La verdad es que yo creo que hemos manifestado claramente –yo y también el señor Yurss– que estamos hablando de un sistema de reparto del tiempo de las guardias. No es jornada o prolongación de jornada, sino reparto de tiempo de las guardias entre profesionales para generar empleo. Reducir el número de guardias y su duración y aumentar los días de atención al cupo es nuestro objetivo principal, y creemos que eso supone un paso adelante.

La atención continuada al paciente crónico, a la que también algunos de ustedes hacían referencia, se definirá en otro momento. En estos momentos estamos trabajando, como saben, en los grupos, en cuál va a ser el modelo organizativo que dé soporte al paciente crónico y en ese momento se despejará esa duda. Pero ahora de lo que estamos hablando es de la Atención Continuada y Urgente, pero no de esa atención al paciente crónico.

También hacía referencia a que, efectivamente, el colectivo médico no ha firmado el acuerdo y es algo que a nosotros nos habría gustado y, de hecho, el Sindicato Médico ha estado implicado en el grupo de trabajo que se creó dentro de la Comisión Sectorial para tratar de llegar a un acuerdo y, de hecho, muchas de las cuestiones que el colectivo médico planteó han sido recogidas en el acuerdo aunque, por lo visto, no han sido suficientes para que el sindicato se sumara al acuerdo. La verdad es que yo comprendo que haya profesionales, como usted decía, sobre todo médicos, que manifiestan el rechazo al acuerdo porque ven modificadas algunas condiciones de su actual labor, sobre todo por la limitación al número de guardias que están realizando en estos momentos.

Es nuestra misión velar por los intereses de los ciudadanos, buscar la máxima eficiencia en el

coste de todos los servicios públicos y, desde luego, lo tratamos de hacer sin menoscabar las condiciones laborales de los trabajadores. Pero, como le decía al principio, también creemos que el modelo que hemos aprobado, que es un sistema basado en el reparto de horas de guardia para generar empleo y reorganizar el funcionamiento de la atención continuada que permita aumentar los días de atención a los pacientes por su cupo sin vulnerar el derecho de los profesionales a hacer guardias, podemos continuar trabajando sobre él.

Desde luego, seguimos trabajando con el Sindicato Médico de Navarra, después de que se llegara a la firma de este acuerdo a finales del mes de enero y en el cual no estuvieron presentes y yo espero que sí lo estén en un futuro y sí contribuyan a poder dar, si no este primer paso, sí el segundo paso que espero que, como digo, en las próximas revisiones del acuerdo seamos capaces de dar.

Y a la señora de De Simón, y su comentario de siempre de que tengo la gran habilidad de poner en contra al mundo entero, le diría que en este caso que nos ocupa al mundo entero excepto a cuatro sindicatos que espero que para usted al menos alguno de ellos tenga un poquito de valor. Porque, como digo, después del trabajo de muchas horas de todos los profesionales del equipo de la Dirección de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud y de la Dirección de Atención Primaria y todos sus profesionales que, codo con codo, han estado trabajando tanto con los profesionales y, acabada esa fase de trabajo, en la Mesa Sectorial, sindicatos que supongo que para usted tendrán un poquito de crédito como son Comisiones Obreras, UGT, Satse, que también es un sindicato profesional, y AFAPNA, han llegado al acuerdo con nosotros. Y si han llegado al acuerdo con nosotros, supongo que será que no es tan malo.

O sea que al menos en este caso no es todo el mundo en contra, señora De Simón, sino que es todo el mundo en contra excepto algunos, y alguno como Comisiones Obreras. Muchas gracias.

SR. DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (Sr. Yurss Arruga): *Intervengo simplemente por completar la intervención de la Consejera e intentando responder a algunas de las preguntas que se han hecho, si me lo permite el Presidente. Señorías, yo también me veo en la obligación de defender, desde luego, a los profesionales y a los sindicatos que han participado en este proceso.*

Yo no sé si en este momento se dan cuenta de la dificultad de acometer un problema como es la reforma de la atención continuada. En otras comunidades, como bien saben, han tenido problemas similares a los nuestros, y se han resuelto con cierre de puntos, con limitación de las guardias, con destrucción de empleo.

En nuestra Comunidad, en cumplimiento del mandato del Parlamento, hemos hablado con los profesionales. No con todos, lógicamente, porque no sé si nadie se habría planteado nunca hablar con todos los profesionales, pero hemos hablado con sus representantes, como ha dicho la Consejera, en un órgano asesor de la dirección, en un proceso electoral con un 70 por ciento de participación.

Hemos hablado con las sociedades científicas; algunas de ellas han sido invitadas a este Parlamento, otras no. Quizá también hubiera sido positivo haber escuchado a otras sociedades que también han manifestado su acuerdo y su sintonía con los puntos de vista que se han trabajado en este tiempo, y yo creo que hemos alcanzado bastantes puntos de acuerdo.

Esos puntos de acuerdo fundamentalmente se basaban en que el modelo actual es viable. En ese sentido, humildemente, hemos reconocido que a lo mejor no era necesario un plan tan ambicioso, sino simplemente mejorar lo que en este momento teníamos. Y si, efectivamente, lo que teníamos en este momento era mejorable, actualizable y gozó en su día del consenso mayoritario de los sindicatos, creemos, honestamente, que estamos en condiciones de ofrecer al Parlamento lo que nos pedía en la promulgación de la ley el año pasado. Ese ha sido el trabajo que hemos hecho.

Tenemos que decir que hemos bajado nuestras expectativas porque a lo que nos hemos limitado es a mejorar lo que en este momento tenemos y nuestro compromiso es seguir en esta mejora. Posiblemente, la mejora continua del modelo actual llevará a un plan, posiblemente poco a poco, paso a paso, que consiga satisfacer las necesidades, sobre todo, de la población en la medida en que el Gobierno, en ese momento, en el ejercicio de sus responsabilidades, pueda acometer, también, los compromisos que así sean.

En ese sentido, yo tengo que decir que el proceso de trabajo ha sido plenamente transparente. Yo no sé si saben que la intranet sanitaria publicó las actas de todas las reuniones y son públicas, que este documento es público y que aquí están las opiniones de profesionales que, en su horario de trabajo, dedicaron su tiempo a pensar, idear y colaborar en el desarrollo de fórmulas de mejora en la Atención Continuada.

Luego, con los sindicatos, hemos dedicado tres meses a la negociación. No han sido cuatro o cinco reuniones solamente, hemos mantenido muchas reuniones de trabajo, algunas en plenario, otras en grupos de trabajo y muchas individualmente con ellos. Por tanto, yo creo que hemos hecho un ejercicio de diálogo y, personalmente,

muy satisfactorio, con los sindicatos que han firmado y lo que no han firmado, también. Concretamente, tengo que decir que el sindicato mayoritario de la Mesa Sectorial en su día planteó unas condiciones de acuerdo que eran las siguientes: condiciones de trabajo dignas, eliminación de las jornadas extra, atención sanitaria óptima y que no hubiera despidos.

Entendemos nosotros que los puntos que hemos llegado a acordar con los sindicatos están muy cerca de esto. Por lo tanto, el alejamiento que en su día existió entre ese sindicato y nosotros, lógicamente, es un poco sorprendente cuando yo creo que hemos ido acercándonos a estas posiciones de entrada.

Solo por contestar a los aspectos fundamentales, se dice que sorprende que hablásemos de no empeorar las condiciones. Cuando estamos hablando de eso, estamos diciendo que lo que queríamos hacer es una declaración de enviar mensajes de tranquilidad a la población. La población yo creo que recibe mucha información y está preocupada porque una transformación del modelo de Atención Continuada empeore sus condiciones. Nosotros, con esta declaración, nos comprometíamos a mantener las actuales condiciones, y así ha sido; de hecho, no se cierran PAC y se mantiene el modelo de presencia física en todos los PAC, y eso es mantener las condiciones.

Con las entidades locales, lógicamente, si no hemos modificado el modelo de atención continuada ni hemos cambiado la presencia física, no hemos alterado en absoluto el modelo actual de atención. Si ha habido zonas donde se planteó en su día alguna modificación del modelo de presencia física, con esos Alcaldes, con esos Ayuntamientos se ha hablado individualmente, en grupo y se ha asistido a los Consejos de Salud de Zona, órganos de participación comunitaria de zona, donde se han explicado las razones de nuestras modificaciones. Por tanto, se ha hablado con las entidades locales.

Cuando hablamos de potenciar la Atención Primaria, estamos hablando de que estamos potenciando el cupo, la continuidad, la relación de confianza que existe entre los pacientes y su médico o enfermera. Y esa relación mejora con el actual modelo.

Evidentemente, hay unos precios, unos costes para los profesionales y unos cambios organizativos. Por cierto, hay sindicatos que incluso hablaban de organizar la participación de los profesionales de modo diferente. Esto es lo que hemos hecho: organizar la participación de los profesionales de modo diferente para evitar el impacto de la libranza, para repartir las guardias, para generar empleo —como ha dicho la Consejera— porque en la creación de seis parejas de profesionales, se establece, por establecer, un estándar medio de plantilla SUR por PAC de tres parejas de profesionales. Ahora no hay en todos los PAC tres profesionales, en algunos hay tres, en algunos hay dos, en algunos hay uno. Ahora habrá en todos tres, y ese resultante son las seis parejas de profesionales.

El señor Caro me pedía que explicase dos aspectos importantes: la bondad de la integración del SUR en los equipos y el modelo de concentración en Pamplona. Me parece interesante su pregunta.

Efectivamente, el modelo de integración es un modelo apetecido por todos y, en primer lugar, por la propia Dirección de Atención Primaria. Como saben ustedes, en el anterior modelo que quedó derogado por la ley del Parlamento se planteaba ya una propuesta de integración y de autonomía organizativa para la atención continuada en dos zonas básicas y, efectivamente, apostamos por ello. Sí que es verdad que requiere de unas modificaciones organizativas, seguramente normativas y de calibrar muy bien las cargas de trabajo y el estándar de plantilla de los centros.

En ese sentido, como ha dicho la Consejera, el compromiso de la Administración y del Departamento de Salud es, durante estos meses previos a la primera revisión del acuerdo, solicitar la candidatura de los centros que quieran ofrecer su deseo de participar en un modelo de autonomía organizativa para que, a partir de la revisión del acuerdo, podamos ir ya desarrollando progresivamente, y en la medida que los profesionales quieran, ese modelo de autonomía organizativa que nos parece que es un avance importante para la atención primaria.

La concentración en Pamplona, evidentemente, es un tema importante, y tengo que decir que agradezco la pregunta porque los sindicatos sí que es verdad que manifestaron mucho interés en que racionalizáramos y desplegáramos un modelo diferente o que ampliáramos el modelo actual de atención urgente en la ciudad de Pamplona que presta el Centro San Martín. Nosotros, en esta fase, no acometemos o no llegamos a un acuerdo en ese sentido. Es verdad que vamos a empezar a trabajar con el personal del SUR para intentar ofrecer una propuesta de reformulación de la atención urgente de Pamplona y, posiblemente, en ir a un modelo parecido al de San Martín. ¿Por qué? Porque está dotado de medios diagnósticos que dan mayor capacidad resolutiva a la Atención Primaria y que ha conseguido beneficios importantes en reducción de urgencias hospitalarias.

Todos bien saben que la puesta en marcha del Centro San Martín redujo un 13 por ciento las urgencias hospitalarias, y esa reducción se man-

tiene estable en el tiempo. Por tanto, parece que esa fórmula es interesante, su desarrollo debe ser acometido y sí que nos gustaría trabajarlo con el servicio de urgencias de Atención Primaria.

Solamente hablaré de una serie de aspectos para concretar. Quiero decir que cuando se nos pide que mejoremos la Atención Continuada, yo creo que se nos pide contestar a todas las intervenciones que han hecho aquí los profesionales. El ánimo de este acuerdo ha sido de mejora de la Atención Primaria. La Atención Primaria mejora porque hay mayor continuidad y hay mayor atención a los cupos y eso, en sí, es la esencia de la Atención Primaria.

Lógicamente, hay muchas más mejoras que hacer, pero, desde luego, la Atención Primaria no mejora si fragmentamos la atención entre diversos agentes y se pierde la continuidad de atención entre los profesionales y los pacientes.

En todo caso, hay una serie de aspectos concretos con los que voy a terminar. Uno es el tema de la guardia de los viernes. La guardia de los viernes fue una sugerencia de los sindicatos que pertenecen a la Mesa Sectorial. ¿Por qué? Porque es una de las dos medidas que, además, gozaban de bastante consenso entre los sindicatos, que eran reducir el número de guardias y hacer guardias en los días en que no tuviera impacto la libranza. Los viernes y los días festivos, la guardia ya permite el disfrute del descanso el sábado o el día festivo y no necesita de la libranza.

En este caso, los viernes y las vísperas de festivos, el equipo de Atención Primaria, que sería el que podría hacer las guardias, trabajaría desde las tres de la tarde hasta las ocho de la mañana del día siguiente. En esos días, la guardia no se hace por el personal SUR. Ese horario de atención continuada no se hace por el personal SUR.

El reparto de trabajo entre el SUR y el equipo de Atención Primaria es el siguiente. Las guardias que quiera hacer el equipo de Atención Primaria hasta un límite de treinta y cuatro horas, las podrá hacer el equipo de Atención Primaria. El resto las podrá hacer el personal SUR y las que no se cubran se ofrecerán a contratación, lo que quiere decir que además de las seis parejas de profesionales, de los doce profesionales que se van a poder contratar, se va a poder generar más empleo con ese tiempo trabajado que no pueda ejercer bien el equipo de Atención Primaria o el personal SUR.

Respecto a la definición de Atención Continuada y Urgente, a la señora de Fernández de Garaialde simplemente le tengo que decir que en la página 10 del documento presentado está la definición de lo que es atención continuada y lo que es atención urgente, incluso lo que es emergencia. Pero hay que decir una cosa muy importante y es que, tradicionalmente, se ha llamado Atención Continuada al horario que hay fuera del horario ordinario de los centros de salud, a partir de las tres de la tarde. Hasta el año 92, ese horario era hasta las cinco de la tarde, luego la jornada ordinaria era hasta las tres, había un horario hasta las cinco de atención continuada y luego había un horario de atención urgente. Pero atención continuada se mezcla con atención urgente y se presta fuera del horario ordinario de los centros de salud.

¿Con qué casuísticas? Con el 95 por ciento de las casuísticas que requieren una demora de entre dos y cinco horas. Es decir, son casos eventuales que pueden demorar su atención entre dos y cinco horas. Solo el 5 por ciento de los casos anuales en un punto de Atención Continuada requieren atención inmediata, y esa es la emergencia. Por fortuna, tenemos que decir que nuestra Comunidad goza de una eficacia muy elevada, con una gran competencia y así se ha estimado por muchos profesionales y por muchas personas fuera de nuestra Comunidad. Evidentemente, sujeto a mejoras, pero el dispositivo de emergencias está coordinado por el 112 y por dispositivos puestos al efecto y, lógicamente, se encargan de esos eventos, pero la atención continuada y la atención urgente se encargan del resto de los eventos que no son, afortunadamente, eventos que requieren una atención urgente inmediata.

En suma, y para terminar, me sumo a los deseos de la Consejera. Quiero decirles que hemos alcanzado un acuerdo posible en un tema muy complejo, muy delicado, en el que confluyen las necesidades de la población, los intereses de los profesionales y los intereses de los Ayuntamientos. Lógicamente, conciliar todo ello mejorando la atención a la población global en la prestación del servicio de Atención Primaria sin alterar las condiciones actuales del servicio a la población y generando empleo, yo creo que es algo muy a destacar.

En ese sentido, el compromiso nuestro de renovar el acuerdo después de seis meses de su implantación está abierto desde este momento. A partir de ahora, y lo ha dicho la Consejera, nosotros transmitiremos y transmitimos nuestra voluntad de seguir dialogando con los sindicatos, con los que han firmado y los que no han firmado e invitamos a todos ellos a que presenten sus propuestas y den una oportunidad a este modelo. Posiblemente, las fortalezas se puedan ver con el tiempo y podamos mejorar poco a poco un modelo para dar a nuestra población el mejor servicio que se le puede dar en el momento necesario. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Yo es que abrir un turno…Creo que el tema está suficientemente explicado y que, además, va a haber tiempo más que de sobra.*

SRA. RUIZ JASO: *Señor Presidente, simplemente quiero preguntar. Hay muchas cosas que se han quedado sin contestar, pero exclusivamente una. La ley lo que dice es que al Parlamento se traerá una propuesta para su debate y votación. Quiero saber, porque se lo he preguntado y no me han contestado, qué procedimiento, si se va a votar, si vamos a tener que votar algo o no, simplemente. Muchas gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Consejera, yo no contestaría porque no procede. La intervención de la Consejera ha pasado.*

Pregunta sobre las sesiones de coaching realizadas respecto al servicio de alimentación hospitalaria, presentada por la llma. Sra. D.ª Bakartxo Ruiz Jaso.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Estamos en el segundo punto: pregunta formulada por la señora Ruiz –incluso, a lo mejor, lo mete también ahora– acerca del servicio de alimentación hospitalaria. Tiene la palabra.*

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. Reproduzco la pregunta.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Consejera, tiene la palabra.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. El Departamento de Salud, en lo que al servicio de alimentación se refiere, valoró positivamente la experiencia de las sesiones de* coaching *a las que usted hacía referencia en su pregunta y así se lo indicó en una carta remitida por el Servicio de Administración y Servicios Generales del Complejo Hospitalario de Navarra a todos los miembros del grupo, y en la que se decía textualmente: Queremos reconocer el trabajo y la experiencia que en el grupo habéis proyectado sus componentes y agradecer vuestro trabajo, dedicación, interés y esfuerzo personal para mejorar la atención a los pacientes en este camino compartido de mejora continua. Muchas gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Ruiz.*

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señora Consejera. Hoy parece ser que no está muy por la labor de contestar demasiado explícitamente a lo que se le pregunta.*

Yo creo que en prensa he podido leer incluso algo más extenso de lo que usted contesta hoy aquí. En prensa he podido leer que valora muy positivamente la experiencia, aunque parece ser que no han obtenido ninguna conclusión de esa reflexión. Le iba a preguntar por el objetivo para valorar algo.

Cuando se adoptan medidas, evidentemente, y estamos hablando de la privatización del servicio de alimentación hospitalaria, llevamos más de un año, desde luego, hablando de este tema, de todos los problemas que ha habido y no voy a repetirlos. Siguen vigentes muchos de ellos, parece que no se aborda realmente el problema fundamental y es, desde luego, el fracaso que ha supuesto la privatización de este servicio, la merma en la calidad evidente y no voy a abundar en eso.

Cuando plantean medidas como esta, el coaching*, y ya se lo dije en una ocasión anterior, conozco esa técnica y, de hecho, la he utilizado y para nada la voy a denostar. Yo creo que es una técnica que para ciertos objetivos funciona muy bien. Pero por lo que yo he leído en prensa y por lo que se deduce también de alguna intervención anterior que hemos podido escucharle, el objetivo literalmente ha sido profundizar en el análisis del proceso de alimentación del Servicio Navarro de Salud y reflexionar sobre cómo fomentar la confianza, el liderazgo, la responsabilidad, etcétera, para realizar un trabajo eficaz.*

Han sido, al parecer, doce sesiones por un total de casi nueve mil euros. Con este tipo de objetivos que son tan genéricos, cuando se dice que se hace una valoración positiva, me gustaría saber qué indicadores se utilizan para medir esos objetivos, en qué se basan. Al mismo tiempo, podemos leer que no hay conclusiones porque se utilizaron técnicas de role playing *y supuestos prácticos. Por eso no hay conclusiones. Podemos hacer, pero con estos objetivos de reflexionar, profundizar, fomentar la confianza y el liderazgo, eso se puede hacer en todas las unidades, en todos los servicios de todos los departamentos, incluso en el Parlamento también, para subir nuestra autoestima y fomentar nuestras capacidades.*

Nos puede venir bien a todos y a todas, pero yo creo que estamos hablando de algo mucho más grave, por mucho que queramos frivolizarlo y decir: bueno, nos sacamos de la manga unas sesiones de coaching*, que, repito, yo creo que pueden funcionar para muchas cosas, pero yo creo que el problema de fondo es otro, y más cuando se trata con esta banalidad.*

No hay conclusiones. Una valoración positiva sí me gustaría, a ver si esta vez tengo un poquito más de suerte y me puede explicar usted en qué se basa esa valoración positiva y en qué se basan esas conclusiones.

Yo creo que están ustedes mareando la perdiz y poniendo el foco donde no lo tienen que poner. Las medidas que están tomando, desde luego, con el tema de la privatización de las cocinas van siempre encaminadas a unos focos muy concretos. Ponen cámaras para asegurarse de que la planti-

lla hace bien su trabajo. Ponen coaching *para trece personas, que son jefes de área, jefes de guardia, enfermeras, auxiliar de enfermería, celadora, dietista, dietista de Osasunbidea, dietista de Mediterránea de Catering. No digo que esté de más, pero, desde luego, si a alguien le parece que con esto se aborda el verdadero problema que está suponiendo la privatización de las cocinas y ustedes parece, con ese mundo color de rosa que nos quieren vender cada vez que pisan esta casa, sinceramente, creemos que es un intento más de parchear y que sitúan el foco de los problemas donde no está.*

Aquí, la única solución eficaz, al menos desde nuestro punto de vista, desde luego, es algo que hemos dicho muchas veces, que es tomar medidas de fondo y, en este caso, rescindir el contrato y revertir el servicio a lo público, evidentemente. Yo también soy muy previsible, señora Vera, pero yo, al menos, lo digo. Si esto le ha parecido una medida que ha cumplido los objetivos, le parece una medida que ha solucionado alguno de los problemas relacionados con la privatización del servicio de alimentación hospitalaria o no. Si le parece que es un dinero bien empleado o no.

Para acabar, no sé si el coaching *lo necesitarán más las cien trabajadoras que fueron a la calle por la privatización o los pacientes hospitalizados que están todavía, hoy en día, soportando lo que tienen que comer. Mila esker.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Señoría, las sesiones de* coaching *se celebraron el 22 de agosto, el 6 de septiembre, el 20 de septiembre, el 4 de octubre, el 18 de octubre y el 29 de octubre de 2013. Es decir, que la última de dichas sesiones tuvo lugar hace exactamente cuatro meses y medio.*

Yo, sinceramente, con las cuestiones tan relevantes para los ciudadanos que el Departamento de Salud tiene –o tenemos– ahora mismo en desarrollo y fase de implantación, creo sinceramente que volver a debatir este tema denota o una gran ignorancia, que por lo que ha dicho usted, no tiene una gran ignorancia en lo que se refiere a las técnicas de desarrollo personal o profesional, que, como usted ha dicho, no porque lo conoce, o la intencionalidad de hacer daño con una destreza, la del coaching*, ampliamente utilizada para el desarrollo de las personas en muchos ámbitos profesionales y en los que está demostrada su eficiencia.*

El Servicio Navarro de Salud no es ajeno a cualquier innovación que pueda suponer una mejora de la atención y del servicio que se presta a los ciudadanos. Por ello, quiso ofrecer una oportunidad de formación y desarrollo profesional a un grupo de trece profesionales de distintos ámbitos que estaban relacionados con el servicio de alimentación.

Los objetivos del grupo fueron los de profundizar en el análisis del proceso de alimentación del Servicio Navarro de Salud, reflexionar sobre cómo fomentar la colaboración y la confianza, el liderazgo y la responsabilidad para realizar un trabajo eficaz y desarrollar recursos para gestionar los cambios. En este sentido es en el cual le he dicho –aunque usted diga que no le he respondido, sí le he respondido– que la valoración es positiva porque, como dijeron los propios miembros del grupo, se cumplieron estos objetivos al cien por cien.

Por eso, como le decía, creo que es una pena, una lástima para toda la sociedad navarra que el debate de este Parlamento dé vueltas y más vueltas a un tema como este, como el coaching*, como una sesión de* coaching *o no.*

En el Departamento de Salud estamos trabajando en cuestiones muy relevantes para los ciudadanos, como la transformación del sistema para la atención al paciente crónico, la unificación de los hospitales de Pamplona, el equipamiento y puesta en marcha de nuevas infraestructuras, la Atención Continuada y Urgente, la acreditación de un instituto de investigación, la extensión del cribado poblacional de cáncer de colon, la mejora de la accesibilidad a la asistencia especializada, la elaboración del Plan de Salud 2014-2020, el sistema de contabilidad analítica, etcétera. Y ustedes nos preguntan y nos han preguntado ya más de cinco veces por una técnica de desarrollo profesional y personal utilizada ampliamente en todos los ámbitos profesionales y similar a muchas otras que diariamente se emplean en el Servicio Navarro de Salud. Supongo que o es debido al desconocimiento o, si no, vendremos no cinco sino ene veces a hablar de la técnica del coaching*, las veces que ustedes quieran. Muchas gracias.*

Pregunta sobre el trato preferente a las pacientes que reclaman derecho de atención según la ley de plazos frente a las que no lo reclaman, presentada por el Ilmo. Sr. D. Samuel Caro Sádaba.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *En el tercer punto del orden del día hay una pregunta formulada por el señor Caro acerca del trato preferente a las pacientes que reclaman derecho de atención según la ley de plazos, frente a las que no lo reclaman. Señor Caro.*

SR. CARO SÁDABA: *Muchas gracias, señor Presidente. Casi ha formulado usted la pregunta; no obstante, voy a insistir. Yo ya sé que a la Consejera y al Gobierno en su conjunto no les gusta que*

los Parlamentarios hagamos este tipo de iniciativas basándonos en informaciones periodísticas, no es la primera vez que se dice. En parte, puedo entender ese argumento aunque no lo pueda compartir porque a veces a quienes ejercemos de oposición nos es muy difícil hacer nuestra tarea solo con la información que recibimos a través de los conductos oficiales.

En ese sentido, es cierto que nosotros vimos una noticia en un medio de comunicación que denunciaba que podía haber un trato preferente a aquellos pacientes que, en el ejercicio de su derecho, evidentemente, reclaman para recibir una atención sanitaria en base a la ley de plazos que aprobó este Parlamento. La pregunta que surge es, efectivamente, esa: ¿hay un trato preferente a los pacientes que reclaman en función de esa ley frente a aquellos que por ignorancia, por desconocimiento o por desgana, cualquiera que sea el motivo, no lo hacen? Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias. Tengo que empezar diciendo que no sé lo que denuncia el medio de comunicación, yo le voy a decir lo que hace el Servicio Navarro de Salud.*

Tenemos una ley, que es la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera, que dice textualmente lo siguiente en su artículo 5: En el caso de que se superen los tiempos de espera fijados en el artículo 3 de esta ley foral, el paciente podrá requerir del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea atención sanitaria preferente y prioritaria según lo previsto en el artículo anterior. En el punto segundo este mismo artículo 5 dice que en el supuesto previsto en el apartado anterior, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea estará obligado, a requerimiento del paciente, a dar respuesta inmediata de atención sanitaria en cualquiera de los centros sanitarios de la red pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o, en su defecto y de manera subsidiaria, en centros concertados con el sistema sanitario público.

Por lo tanto, no es que el medio de comunicación denuncie que existe un trato preferente a los pacientes que reclaman derecho de atención según la ley de plazos o la ley de garantías frente a los que no lo reclaman, es que la ley foral de garantías de espera, que creo que fue impulsada, además, por su propio partido, lo establece de esta manera. Y nosotros lo que debemos hacer en esta cuestión, como en otras muchas, y así se lo hemos manifestado también, nos guste o no nos guste, lo compartamos o no, es que debemos cumplir esta ley y, en este caso, así lo hacemos porque así lo establece. Muchas gracias.

SR. CARO SÁDABA: *Muchas gracias, señora Consejera. La verdad es que no esperaba una contestación diferente. Efectivamente, su obligación es cumplir la ley, pero usted sabe como yo que, en el fondo, adonde quiere llegar la cuestión es a evidenciar una disfunción en el sentido de que aquellos pacientes que reclaman, en efecto, con arreglo a la ley, pueden recibir esa atención y aquellos otros pacientes que no lo hacen, insisto, por muchas causas, entre otras por desconocimiento de lo que determina la propia ley foral a la que usted ha hecho referencia, no lo hacen y no reciben la atención.*

En ese sentido, a lo que yo le animo es a hacer una labor de pedagogía de cara a la ciudadanía para que sepan todos los ciudadanos que tienen unos derechos basados en una ley foral y que, si hacen uso de esa ley foral, puedan recibir una atención en los plazos que la propia ley determina, no en los plazos que la ley determina sino que ya tendría que ser a posteriori. Por tanto, le animo a hacer esa labor de pedagogía.

Es verdad que si todo el mundo utiliza la herramienta el sistema no funcionará, pero yo le animo a que utilicen todo lo que esté en su mano para hacer conocedores a los ciudadanos de los derechos que tienen.

Es decir, es verdad que aquí parece que se denuncia un trato preferente, la ley recoge que se dé trato preferente, pero, al final, si no lo hacemos bien, podremos derivar todo a que todo sea preferente. Entonces, lo que le reclamo es que articule alguna manera de ordenar este tipo de atención a los ciudadanos para que unos no consideren que hay un abuso y otros no consideren que hay una escasez en la atención del servicio que demandan. Nada más, gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Lo primero es que nuestros mayores esfuerzos están en que no haya ningún paciente que exceda el plazo de la ley de garantías. En ese sentido es en el que estamos volcados, estamos trabajando y, como les he dicho las últimas veces que he tenido ocasión de hablar de ese tema en sede parlamentaria, creemos que las vías de trabajo que hemos iniciado están empezando a dar sus frutos. Por lo tanto, aunque no lanzamos las campanas al vuelo, es verdad que se está produciendo en la lista de espera, sobre todo en los tiempos de espera quirúrgica, un cambio de tendencia –se está produciendo no, se ha producido– claro que ha hecho que desde el mes de septiembre del año pasado hasta ahora haya bajado el tiempo de espera en más de treinta y cuatro*

días. Ese es nuestro principal foco de trabajo del equipo, es lo primero.

En la siguiente cuestión también quiero poner encima de la mesa que para nuestros profesionales en la atención, lógicamente, la prioridad es la prioridad clínica, y eso hace que, como usted decía, si resulta que todas las personas cuyo tiempo de atención ha excedido los plazos de la ley de garantías exigen su derecho, y están en su derecho de exigirlo, y deben pasar a ser atendidos en primer lugar, quizás pudiéramos estar contraviniendo el criterio clínico, y eso también es un problema que tiene su complejidad. Nosotros podemos exigir a los clínicos que cumplan con la ley, pero el clínico pondrá siempre por delante su criterio clínico. Con lo cual hay ocasiones en las que se pueden producir discrepancias y disfunciones en ese sentido para cuando nosotros pretendemos que la ley de garantías se cumpla.

También le tengo que decir que en los últimos tiempos, a raíz de que ese medio de comunicación o de que otros medios de comunicación hayan hablado sobre el exceso de los plazos o de los plazos excedidos de la ley de garantías de algunos pacientes y el derecho de atención según la ley de plazos, han también expuesto y explicado muy claramente, y así ha aparecido en los medios de comunicación, los plazos que todos los ciudadanos y los pacientes pueden dar para exigir esa ley de plazos. Desde luego, le aseguro que a cualquier paciente que realiza una reclamación en la Dirección de Atención al Paciente del Servicio Navarro de Salud se le explica cómo puede actuar para poder ejercitar ese derecho.

Lo que nosotros hacemos, como le digo, es lo primero, tratar de que no haya pacientes que excedan en esos plazos y, después, intentar cumplir la ley, tanto citando en el Servicio Navarro de Salud como derivando a otros centros, aunque, como le digo, también es verdad que una dificultad está en el hecho de que hay veces que se puede contraponer el ejercicio del derecho con la prioridad clínica marcada por nuestros propios profesionales. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *No habiendo más asuntos que tratar, señoras y señores Parlamentarios, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESIÓN A LAS 19 HORAS Y 6 MINUTOS.)