



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

IX Legislatura

Pamplona, 12 de abril de 2016

NÚM. 11

TRANSCRIPCIÓN LITERAL

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.^a MARÍA RONCESVALLES SOLANA ARANA

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 12 DE ABRIL DE 2016

ORDEN DEL DÍA

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Director Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra para explicar el incremento de las listas de espera en varias especialidades.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Director del Hospital Reina Sofía de Tudela para explicar el incremento de las listas de espera en varias especialidades de ese hospital.

(Comienza la sesión a las 9 horas y 36 minutos).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Director Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra para explicar el incremento de las listas de espera en varias especialidades.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Egun on. Abiatuko dugu gaurko sesio hau. Ongi etorriak parlamentari jaun-andreak. Ongi etorriak gainontzeko lagunak ere bai. Ongi etorri Nafarroako Complejo Hospitalariotik etorri diren bai zuzendari gerenteari bai eta zuzendari medikuari.

Abrimos la sesión con un único punto del orden del día, que es la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del director gerente del Complejo Hospitalario de Navarra para explicar el incremento de las listas de espera en varias especialidades. Tenemos hoy aquí, con nosotras y con nosotros, por un lado, al director gerente del Complejo Hospitalario, el don Antonio Merino; por otro, al director médico, que es quien le acompaña, don Jesús Berjón, y también a la jefa de gabinete del Consejero de Salud, doña Leire Ochoa. Ongi etorri, bienvenidos todos. En primer lugar, tomará la palabra –ya que ha sido el solicitante de esta comparecencia– don Javier García, Parlamentario de la Agrupación de Parlamentarios Forales del Partido Popular. Cuando quiera, señor García, tiene la palabra.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias, señora Presidenta. Buenos días, señorías. Esta comparecencia fue solicitada ya hace unos meses. Se solicitó la modificación por diferentes temas. Hoy, por fin, podemos hablar de este tema que tanto interesa al conjunto de los navarros. En primer lugar, quiero hacer una referencia a las listas de espera. Qué casualidad que este mes hayan tardado un poquillo más, quizás, en salir estos datos. En este caso, estamos pendientes de las explicaciones sobre qué es lo que ha hecho el Gobierno de Navarra en el Complejo Hospitalario de Navarra, a través de la información que nos pueda transmitir su director, el señor Merino. Como digo, queremos que nos indiquen cuáles han sido las actuaciones que han llevado a cabo estos últimos meses, así como cuál ha sido el coste, el tipo de organización que se ha hecho, para poner unas soluciones al tema de las listas de espera. Al finalizar la exposición y su intervención, haremos una valoración al respecto. Sin más, muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias, señor García. Ahora sí, tomará la palabra el señor Merino durante, aproximadamente, treinta minutos. Cuando quiera.

SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (Sr. Merino Díaz de Cerio): Buenos días a todas y a todos, egun on denori. En primer lugar, queremos agradecer, en mi propio nombre y en representación del equipo directivo del Complejo Hospitalario de Navarra, la oportunidad que nos da el Parlamento y la Comisión de Salud de poder presentar la situación de las listas de espera en el complejo en estos momentos y las medidas que hemos adoptado y que tenemos previsto seguir adoptando a lo largo de los meses venideros.

Quiero, asimismo, recalcar, de entrada, el compromiso que como gestores y directivos del complejo, tanto nosotros como todo el personal técnico que trabaja con nosotros, como todos los profesionales del complejo y los sanitarios, tenemos con la situación de las listas de espera, compromiso que nos ha sido trasladado del inicio de la legislatura por el propio departamento,

siendo conscientes de que es el principal problema que, en estos momentos, tienen los ciudadanos navarros.

En segundo y último lugar, también quiero reconocer que en toda la adopción de medidas para mejorar la gestión y la situación de las listas de espera es imposible llevarlas adelante si no contamos con la participación y la implicación de los profesionales del complejo.

Debo reconocer que, hasta este momento –y esperamos y estamos convencidos de que va a seguir siendo así–, hemos contado con dicha implicación y quiero agradecerla expresa y públicamente.

Sin más preámbulos, y dado que me tengo que ajustar al tiempo que se me acaba de asignar, el primer guion que habíamos preparado para esta comparecencia constaba de una pequeña introducción, un punto sobre la situación de las listas de espera a 31 de marzo. También queríamos hablar de la actividad asistencial, porque es muy difícil hablar de las listas de espera y no hablar de la actividad asistencial y de lo que hacemos para mejorar tal espera, nuestro trabajo. Después, queríamos recalcar, sobre todo, las medidas que hemos adoptado y que tenemos previsto seguir adoptando para mejorar la lista de espera en el complejo y terminar con unas conclusiones.

Voy a intentar pasar esta primera parte de la exposición de una manera un poco más rápida para centrarme, como digo, en la situación de las listas y las mejoras, pero antes yo creo que es necesario hacer alguna reflexión sobre la gestión y las listas de espera. En primer lugar, no voy a dedicar ni un segundo de mi comparecencia a hablar de estrategias, porque estas están muy bien marcadas en el Parlamento por el Consejero de Salud, el Departamento de Salud, que, reiteradamente, ha definido con exactitud todas las estrategias, planes de acción, objetivos que conseguir, y creo que solo con su lectura se es consciente de la importancia y la relevancia que tiene este problema para el Departamento de Salud. Yo comparto –evidentemente–, y todo mi equipo directivo, las estrategias y, encima, tenemos la responsabilidad de trabajar para llevarlas adelante.

En la gestión de la lista de espera, hay tres o cuatro conceptos. Es una gestión siempre integral, porque hay que abordar lo que es la demanda y lo que es la oferta de servicio. Como decía antes, es indispensable para la gestión de la lista de espera la participación y la implicación de los profesionales, evidentemente, de ambos niveles asistenciales. Tenemos que mejorar y desarrollar los sistemas de información para que nos permitan conocer mejor la situación de las listas de espera; por procesos, por introducción de la variable sexo, que se empieza a registrar, y cuestiones que nos tienen que conducir a mejorar el conocimiento de nuestra situación de las listas de espera. Tenemos que disponer de una estructura de apoyo técnico a los servicios clínicos para ayudar a la gestión de las listas de espera, y hacer gestión clínica, el mecanismo por el cual podemos conseguir mejor la lista de espera. Necesitamos estructura administrativa y así se contempla en la reorganización de la estructura del Complejo Hospitalario; apoyo técnico a los servicios. La lista de espera es un problema, pero a veces es una oportunidad, es una herramienta para la gestión. ¿Cuándo es así? Cuando las conocemos, cuando las tenemos bien estructuradas, cuando las tenemos bien identificadas y cuando se acaban convirtiendo en una obligación de nuestro trabajo diario. Esto es una oportunidad. Evidentemente, es un problema, pero, a la vez –como digo–, es una herramienta en la gestión.

A veces hay un concepto de que actividad y lista de espera son conceptos que se contraponen. Si haces mucha actividad, por hacer mucha actividad, no mejoras las listas de espera. Puedes mejorar, coyunturalmente, las listas de espera, pero, como resultado final, es posible que acabes empeorando la situación de la lista de espera. La actividad no es nuestro objetivo, nuestro objetivo es no tener listas de espera y atender bien a los pacientes.

Después, está demostrado empíricamente que los recursos coyunturales sin orden, la asignación de recursos sin ningún objetivo final, sin ninguna estrategia, no son buenos para la gestión de las listas de espera, acaban convirtiéndose en una dificultad en la gestión y en los comportamientos de los profesionales en las listas de espera. Con lo cual, los recursos, sí, pero de una manera ordenada, no para hacer una cirugía estética de las listas de espera y después volver a tener el problema; para que tengan un carácter permanente y mantenido en el tiempo y que nos permita, evidentemente, mirar el futuro con mejores perspectivas.

Sin más preámbulos, paso a exponerles la situación de las listas de espera a 31 de marzo. Miren ustedes; número de pacientes en espera, primeras consultas, marzo de 2016: 41.497 pacientes tenemos esperando de primeras consultas. Marzo de 2015: 46.071. Otra referencia; agosto de 2015 –nosotros nos hicimos cargo del complejo a mitad de agosto de 2015–: 43.101 pacientes. Evidentemente, la situación de las listas de espera en el número de pacientes esperando en el complejo no ha empeorado, ha mejorado a 31 de marzo, en relación con marzo del año anterior y en relación con agosto de este mismo año.

Lista de espera de primeras consultas por especialidades. Ahí tienen ustedes la situación que teníamos en marzo de 2015 y en marzo de 2016. Quiero resaltar el comportamiento de dos especialidades: Traumatología, que en marzo de 2015 tenía 8.200 pacientes, y en este momento tiene 6.771 pacientes; y quiero remarcar el comportamiento también de Oftalmología, que, como ven, pasa de 7.940 pacientes a 3.110 en estos momentos. Quiero recalcar esto porque volveremos a reflexionar sobre ello en las siguientes transparencias.

La exposición de estas especialidades supone el 80 por ciento de los pacientes que están esperando, en estos momentos, en el complejo. Es el Pareto. El 80 por ciento de las personas que esperan en el complejo para una primera consulta están en estas especialidades. Esto es así en todos los hospitales públicos, son las especialidades que más demanda tienen siempre en el entorno de la Atención Primaria de los ciudadanos.

Segundo indicador de las listas de espera: la demora media prospectiva, el tiempo en días que, si seguimos trabajando en la línea en la que hemos trabajado en el último año, tendrán que esperar los pacientes para ser atendidos. La demora media prospectiva global, tanto para consultas ordinarias como para consultas preferentes, es de 64 días. El año pasado eran 10 días más. Como ven, llevan una línea descendente y esperamos seguir así.

Intervenciones quirúrgicas, segundo bloque de la lista de espera. Como ven, tenemos 8.268 pacientes esperando en marzo de 2016, contra 7.123 que teníamos en marzo del 2015. Más de 1.000 pacientes más esperando. Explicación inmediata: cuando se hace mucha actividad en consultas externas, se produce un engrosamiento de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas. Está estudiado y demostrado estadísticamente: el 20 por ciento de las especialidades quirúrgicas de las consultas de especialidades quirúrgicas pasan a engrosar la

lista de espera de intervenciones quirúrgicas. De cada 100 pacientes que vemos en Cirugía General, 20, aproximadamente –manteniendo un comportamiento clínico normal–, pasan a integrar la lista de espera quirúrgica. Con lo cual, si hemos visto antes la situación de Oftalmología, la actividad que hemos hecho en Oftalmología y la actividad que hemos hecho en Traumatología, verán ustedes que esta es la explicación lógica de por qué hemos crecido en pacientes en lista de espera quirúrgica, porque hemos incrementado mucho la actividad en primeras consultas. A lo largo del año pasado, aproximadamente 9.000 primeras consultas más en todo el año 2015, y en lo que llevamos de año hemos hecho, de consultas externas, prácticamente 2.000, 1.990 primeras consultas más en el primer trimestre. Teniendo en cuenta, incluso, que cuando comparamos trimestre de 2015 con trimestre de 2016, las vacaciones de Semana Santa en el año 2015 estuvieron en el mes de abril y este año están en el mes de marzo. A pesar de ello, el crecimiento de la actividad del complejo en consultas externas ha sido de 2.000 a lo largo del primer trimestre.

Ahí tienen ustedes la lista de espera de intervenciones quirúrgicas por especialidad. Como ven, evidentemente, se comprueba que en Traumatología y Oftalmología es donde, realmente, han incrementado las listas de espera, principalmente. Algo más en Cirugía General, también, como he dicho, acorde a la explicación que he dado anteriormente.

En los días de espera media para intervenciones quirúrgicas, hemos crecido de 107 a 118, a lo largo del primer trimestre. Y ahí ven ustedes la lista de espera, la demora media prospectiva por especialidades. Como ven, vuelvo a recalcar, la situación de Oftalmología, que hemos visto que tenía una lista de espera de 7.000 u 8.000 personas y está ahora en 3.000, con lo cual, evidentemente, vuelve a reflejarse otra vez el incremento de la lista de espera y de la espera media en Oftalmología y Traumatología, siguiendo la línea de la explicación que he dado anteriormente.

Tienen ustedes el porcentaje de pacientes fuera de la ley de garantías. Como ven, a pesar de que tengamos más pacientes esperando en lista de espera quirúrgica, tenemos menos pacientes fuera de la ley de garantías. Saben ustedes que la ley de garantías se marcó en la ley del año 2008, si no recuerdo mal. El propio Parlamento marcaba los 180, los 120 días para aquellos procesos susceptibles de empeorar, los 60 días en Cirugía Cardíaca y 30 días en Cirugía Oncológica. Como ven ustedes, el porcentaje ha disminuido. Personas fuera de la ley de garantías. Las tenemos por especialidades, como ven ustedes.

Y entramos, para terminar, con esta última diapositiva de lo que son las intervenciones quirúrgicas, para volver a recalcar la reflexión. Más actividad en consultas externas, más pacientes en lista de espera quirúrgica de aquellas especialidades o servicios quirúrgicos.

Lista de espera de exploraciones complementarias. Como ven ustedes, hemos bajado en resonancias magnéticas, hemos crecido en ecografías, mamografías y TAC. La misma explicación que con las quirúrgicas; de las primeras consultas se derivan peticiones de pruebas complementarias. Y crecimientos de 9.000 pacientes de actividad en un año o 2.000 y pico en un trimestre pues, evidentemente, suponen incrementos en la lista de espera de pruebas complementarias. Es muy importante lo que supone la presencia de las pruebas complementarias en la gestión y la resolución de un proceso de consulta de primeras visitas, y también las revisiones, evidentemente.

Tres pinceladas sobre la actividad. Lo hago porque es así y porque, a veces, cuando solo hablamos de lista de espera, transmitimos la imagen de que solo tenemos lista de espera. Pues tenemos lista de espera y estamos enormemente preocupados todos con ellas, pero también hacemos actividad y los profesionales hacen su trabajo.

Miren ustedes, la actividad acumulada en primeras consultas en los últimos cuatro años, en el primer trimestre, de enero a marzo. En el 2013 hicimos 67.000 primeras visitas y este año estamos haciendo 73.682, y el año pasado, 71.793. En el total anual móvil, que es un indicador que también utilizamos, que corrige la estacionalidad, se demuestra la actividad acumulada en los 12 meses anteriores. Como ven ustedes, el total anual móvil a marzo de 2016 es de 272.717 primeras visitas, en los 12 meses anteriores a marzo de 2016. Y en marzo de 2015, el TAM era de 263.654; como ven, un incremento importante. Abajo está el TMM, el total mensual móvil. El promedio de primeras visitas, primeras consultas, que hacemos en un mes: 21.971 en marzo de 2015, 22.726 en marzo de 2016. Voy a intentar pasar rápidamente.

Actividad no presencial. Además de primeras consultas, hacemos actividad no presencial. La actividad no presencial tiene, como ven ustedes, dos indicadores: consultas no presenciales e interconsultas no presenciales. Las primeras abordan la gestión de las esperas y la priorización de los pacientes que están esperando, y la segunda es una relación entre los dos niveles asistenciales que intenta evitar derivaciones inapropiadas de pacientes a la consulta. Como ven, en ambos indicadores el comportamiento del complejo es altamente positivo, en aquellos servicios que tienen esta actividad perfectamente identificada y reconocida. Las interconsultas no presenciales y las consultas no presenciales.

La actividad quirúrgica. Los totales anuales móviles, 31.000, tras 29.962. No les quiero... Si después necesitan alguna aclaración, alguna información añadida, gustosamente podremos volver a revisarla.

Alguna reflexión, muy por encima, de la gestión de la lista de espera. Miren ustedes, en esta diapositiva. ¿Qué acciones queremos poner en marcha para mejorar nuestra eficiencia? Evidentemente, en todas las organizaciones hay posibilidad de mejorar la actividad y mejorar la eficiencia. Tenemos que identificar bien nuestras ineficiencias e intentar corregirlas. Entonces, vamos a intentar aumentar el número y estamos con las agendas abiertas a Atención Primaria. Estamos revisando la composición de las agendas, tanto de consultas como de pruebas complementarias y quirúrgicas. Estamos intentando priorizar –y estamos haciéndolo– el incremento del horario destinado a las primeras visitas, porque es donde realmente está el problema. Las revisiones también tienen sus esperas, pero tienen otro componente desde un punto de vista clínico. Tenemos que mejorar –y estamos trabajando y estamos en ello– para planificar nuestras agendas a tres y seis meses, y reducir su desprogramación. Incrementar la citación de pacientes en primeras visitas y mejorar la programación y el rendimiento del quirófano. Estas son algunas reflexiones sobre las medidas que estamos poniendo en marcha.

Estamos contratando personal –luego lo explicitaré– para la realización de actividades en consultas externas, pruebas complementarias, con objetivos específicos de mejorar la situación de lista de espera. Hemos empezado a proceder a la derivación de alguna especialidad a algún centro concertado. Estamos mejorando la programación ordinaria en la

Clínica San Juan de Dios de la actividad quirúrgica con otros profesionales. Programación de jornadas en servicios quirúrgicos ante procedimientos quirúrgicos de alta complejidad: cirugía colorrectal, cirugía vascular, cirugía mamaria. Realización de jornada en horario de tarde, desde el punto de vista quirúrgico, para aumentar la programación de dichas jornadas. Y estamos planteando –y tenemos previsto incorporarlo a lo largo del año 2016– la realización de pruebas complementarias en sábados y festivos con recursos específicos, porque entendemos que ahí tenemos un amplio margen de mejora y debemos intentar adecuar la utilización de nuestras estructuras y nuestros equipamientos tecnológicos a las demandas que tenemos. Algunas medidas –como ven ustedes ahí– para mejorar nuestra oferta, consultas de acto único, pruebas diagnósticas vinculadas a primeras visitas, mejorar la accesibilidad en las consultas en horario de tarde. Estamos trabajando en ir progresando y mejorando la presencia de las distintas especialidades más demandadas en consultas en horario de tarde, independientemente de la situación de la lista de espera, con el objetivo único de mejorar la accesibilidad de los ciudadanos. No entendemos que, para que le vean en una especialidad, tenga uno que ir en horario de mañana. Se podrá ver, tengamos lista de espera o no tengamos lista de espera, en horario de tarde. Y estamos poniendo consultas en horario de tarde.

Algunas de las medidas como recordatorio de citación y, después, medidas orientadas a mejorar la demanda. Evidentemente, la demanda de las listas de espera no solamente procede de Primaria, también procede de Especializada. Aproximadamente, el 63 por ciento de la demanda de las primeras consultas procede de Primaria y, alrededor del 40 por ciento procede del mismo ámbito de la Atención Especializada. Pero tenemos que trabajar conjuntamente con los dos niveles, de una manera integrada, en mejorar la demanda. Ahí ven ustedes, como no puede ser de otra manera, que el hospital participa –y, además, de una manera muy activa– en todos los comités, comisiones de coordinación, en fin, en todas las cuestiones en las que se nos requiere y, además, gustosamente.

Desarrollo de interconsultas, participación en comités técnicos –como digo–, compromisos de demanda y protocolos conjuntos en la derivación. Es lo que tenemos que trabajar y estamos trabajando. Intentamos facilitar la actividad consultiva de Primaria, en fin, y priorización de pacientes en la lista de espera de Traumatología.

También se hace gestión administrativa con la lista de espera. Tenemos una ley foral de garantías de espera y tenemos una resolución desde el año 2014, publicada en el Boletín Oficial de Navarra, donde se regula la programación y el funcionamiento de las consultas en lista de espera y todo lo que es el registro general de pacientes en lista de espera. Con lo cual, también, en el ámbito administrativo, trabajamos la lista de espera, con el objetivo de conocer mejor su situación y las personas que están en ella.

Sin más preámbulos, con estos antecedentes, entramos en las medidas que hemos empezado a adoptar –que hemos adoptado y que seguiremos adoptando– en el complejo desde meses pasados. Independientemente del debate público, nosotros nos incorporamos al equipo directivo a finales de agosto, incluso a partir del mes de septiembre, pero en noviembre estábamos trabajando. En octubre empezamos a trabajar y a hablar internamente de la situación de la lista de espera. Y las medidas que ahora estamos poniendo se empezaron a trabajar desde entonces. Con lo cual, queremos recalcar que este es un compromiso

absolutamente ineludible, como responsabilidad del complejo, independientemente de otras valoraciones.

Medidas que hemos adoptado en distintos servicios. Servicio de Alergología. Hemos aumentado los pacientes nuevos en las agendas, en las consultas; consultas no presenciales sobre pacientes. Hemos ampliado el contrato. Había un facultativo contratado a media jornada y, desde febrero, está contratado a jornada completa. Tenemos, incluso, la posibilidad de plantearnos –todavía no se ha hecho– la posible derivación, en caso de que lo creamos necesario, a la clínica universitaria de los pacientes de Alergología. La derivación a centros concertados solamente la haremos para resolver aspectos puntuales de demora importante y que no podamos resolver con nuestros medios. Exclusivamente en esa situación. No podemos seguir manteniendo esperas medias muy largas si no tenemos capacidad para resolver problemas coyunturales, con un principio y un fin; no como se ha hecho en otras ocasiones, derivaciones absolutamente generalizadas, sin ningún objetivo y sin ninguna finalidad. Eso no va a pasar, para nada. Entonces, en Alergología, este es el planteamiento. Nuestro objetivo es crecer en 3.400 primeras consultas a 31 de diciembre.

Me queda poco tiempo, pero yo tengo que dedicarle rato a contarles esto. Servicio de Rehabilitación. No hemos podido contratar, no existen médicos rehabilitadores en paro. Lo hemos intentado por activa y por pasiva desde que estamos en el complejo. En mayo, entre otras medidas que hemos tomado, contrataremos médicos rehabilitadores para mejorar nuestra situación en lista de espera. 4.500 consultas más a 31 de diciembre, ese es nuestro objetivo.

Servicio de Cirugía General. Incrementar nuestra actividad, a 31 de diciembre, a 3.200 primeras visitas más. Es más, incluso, aquí tenemos alguna coordinación con el Hospital García Orcoyen y pacientes que entendemos que pueden acceder al Hospital García Orcoyen, porque yo creo que la coordinación interhospitalaria en la gestión de la lista de espera es absolutamente esencial, en un sentido y en otro. El complejo ayuda y al complejo también se le ayuda. 3.200 pacientes.

Servicio de Otorrino. Aumentar durante 4 meses 2 pacientes en primera consulta. Desde el 1 de marzo, tenemos contratado, inicialmente 4 meses, en horario de tarde, para ver solamente pacientes nuevos, consultas de Otorrino. 2.100 a final de año, nuestra previsión de incremento.

Servicio de Cirugía Vascular. Es un servicio donde, por circunstancias, se ha producido situaciones de baja laboral en los profesionales. Por fin hemos conseguido –lo digo porque no es una especialidad donde sea fácil encontrar facultativos– contratar un cirujano vascular, desde el 1 de marzo. Entre todas las medidas de mejora de la eficiencia interna y la contratación, nuestra previsión es crecer en 1.100 primeras visitas en cirugía vascular.

Servicio de Traumatología. Incrementando nuestra programación, 240 pacientes más al mes, independientemente de que seguiremos profundizando en estas medidas.

Servicio de Ginecología. Mejorar la programación, mejorar nuestra eficiencia. 1.890 pacientes.

Servicio de Dermatología. Todas las medidas que hemos tomado. Recuperaciones de baja, contrato a partir del mes de mayo de un dermatólogo. En este momento, no existe la posibilidad de contratar dermatólogos. No hay dermatólogos en paro en Navarra, en estos momentos. Tenemos intermediación de los médicos residentes y contrataremos al dermatólogo. La derivación a la clínica tampoco está hecha; evidentemente, está sujeta a la evolución de la lista de espera y, en el momento en que tengamos que hacerlo, lo plantearemos. De momento, nuestra capacidad de crecer, nuestra capacidad de crecimiento y nuestro compromiso, 2.200 primeras consultas más.

Unidad del Dolor. También, como ven ustedes, con aumento de las primeras visitas.

Servicio de Neurología. Desde el mes de marzo tenemos contratado un neurólogo. Tampoco se ha hecho todavía la derivación a la CUN. En este momento, si la evolución de la lista va bien, no lo haremos, evidentemente. Hemos abierto consultas los viernes. Como ven, hemos aumentado la programación de las consultas. 3.300 primeras consultas más.

Servicio de Cardiología. Pondremos consulta de Cardiología en horario de tarde, como he dicho antes, a lo largo del próximo mes, si no surgen inconvenientes mayores, porque, en estos momentos, no tenemos.

Y estas son en las especialidades, en las primeras consultas, todas aquellas medidas que hemos tomado. Como ven, yo creo que son medidas importantes, con un compromiso importante en cuanto a su efectividad. Son medidas de todo tipo, sobre todo organizativas y de contratación. Como ven, no aparece en ningún momento la palabra «autoconcertación». No aparece. En estos momentos, el complejo no tiene previsto implantar ningún programa de autoconcertación para gestionar o mejorar la situación de la lista de espera. En caso de que esto se volviese a plantear, evidentemente, seguiríamos las instrucciones, las indicaciones y el planteamiento que, al efecto, expuso claramente aquí el Consejero de su departamento. Nosotros no vamos a abrir la autoconcertación en el complejo como se ha hecho en otros momentos, de una manera absolutamente generalizada, sin ningún objetivo, ni principio ni final, y yo creo que eso es intrínsecamente negativo para la gestión de la lista de espera. Lo digo como profesional y como responsable de la gestión.

Medidas adoptadas para mejorar la actividad quirúrgica. Tenemos suficientes recursos de cirugía, tenemos cirujanos y tenemos quirófanos. Pero, miren, a veces se ha sometido la programación de los quirófanos a criterios económicos, en función de no incrementar el gasto en conciertos. Nosotros, como todos ustedes saben, tenemos una serie de quirófanos concertados en la Clínica San Juan de Dios, donde trabajan nuestros profesionales, y lo que intentamos hacer es mejorar el rendimiento y la actividad en esos quirófanos. Y teníamos margen de mejora, que lo van a ver.

Dermatología, Oftalmología, prueba evidente. En Oftalmología, en etapas anteriores, se limitó la programación de cataratas a seis cataratas en sesión de quirófano. Evidentemente, es una indicación que estaba sostenida, solo, en un incremento del gasto en conciertos. Ese principio, desde que llegamos al complejo, lo apartamos de la programación quirúrgica y programamos los quirófanos en función de la decisión clínica que, al respecto, toma el jefe de servicio, que, evidentemente, la mayoría de las veces, es por encima de seis cataratas. Es más, inclusive,

también cogemos algún oftalmólogo de la parte de polo posterior para pasarlo a polo anterior, y mejoraremos la actividad en cataratas, que es muy importante, es un procedimiento quirúrgico en el que tenemos que hacer un esfuerzo porque, como hemos visto antes, nos ha aumentado la lista de espera en cataratas, principalmente.

Otorrino Infantil, con las medidas. Cirugía General, todas las medidas de carácter organizativo que estamos poniendo. Traumatología, incluida Ortopedia Infantil, principalmente, a partir de abril. Urología, una a una todas las medidas. Ginecología y Obstetricia. Vamos a plantearnos la apertura de un nuevo quirófano para las cesáreas, con el fin de evitar desprogramaciones, interrupciones en la programación quirúrgica, que a veces, por la presencia de la tercera cesárea o situaciones de extrema necesidad o urgencia vital tenemos que... A lo largo de este año abordaremos la inversión para poner este segundo quirófano de cesáreas. La Cirugía Plástica, con sus medidas. La Cirugía Pediátrica, con sus medidas. Por último, la Cirugía Vascul y Angiología.

Evidentemente, como hemos dicho antes, teníamos una falta de recursos en Cirugía Vascul y con la cobertura de las bajas vamos a mejorar nuestros rendimientos quirúrgicos, porque no hemos podido hacerlo hasta ahora. Después, también tenemos la posibilidad de volver a utilizar el angiógrafo con fines diagnósticos terapéuticos, en intervenciones que se hacen en el quirófano, y en estos momentos debemos trasladar el angiógrafo, como se hacía en otros momentos en el complejo, y así liberar espacios quirúrgicos.

Medidas para mejorar la lista de espera en pruebas complementarias. Les voy a contar una vivencia personal. Cuando yo llegué al hospital, el mayor problema que tenía el complejo en la lista de espera eran los estudios de hemodinámica y la cirugía estructural del corazón. ¿Por qué? Es una prueba diagnóstico-terapéutica, la hemodinámica, como todos ustedes saben, y lo que hemos hecho es intentar solucionarlo con medidas de carácter ordinario: apertura del angiógrafo en horario de tarde para realizar estudios de hemodinámica y reducir nuestra lista de espera, a 31 de julio, a 40 pacientes esperando para estudios hemodinámicos, no 130 que llegamos a tener, o 140, aproximadamente, cuando nos incorporamos al complejo, y las que teníamos en el momento en que nos pusimos en marcha con esto. Es una situación muy importante y, además, una decisión muy importante. Evidentemente, con contratación de personal, contratación de cardiólogo, contratación de enfermería; no peonadas, jornada ordinaria en horario de tarde. Angiógrafo.

Neurofisiología, otra de las pruebas complementarias que más problemas de accesibilidad tienen. Potenciales evocados y electromiogramas. Existía un neurofisiólogo, que es una especialidad con dificultades para encontrar profesionales, porque es una especialidad muy cualificada, evidentemente, y ampliamos la contratación de media jornada de un neurofisiólogo a jornada completa. Entre las medidas que hemos visto y que tenemos previsto contemplar para este año, en cuanto nos sea posible, está la contratación de especialistas neurofisiólogos, la contratación de un nuevo neurofisiólogo y la apertura, incluso, de la realización de pruebas de neurofisiología en sábados y domingos. Tenemos miles de pacientes esperando en potenciales evocados –miles; dos mil o mil quinientos– y electromiogramas, derivados de procesos neurológicos y de la demanda que se genera de todos los ámbitos; pacientes hospitalizados y pacientes de consultas externas.

Digestivo. Esfuerzo, decisión, apertura de las horas de endoscopia. Supuso la contratación de dos FEA, de cinco diplomas de Enfermería y cuatro auxiliares. El objetivo es incrementar la actividad de colonoscopias en dos mil colonoscopias más de las que veníamos haciendo en el complejo a lo largo del año 2015. Hemos evitado derivaciones de esta prueba a centros concertados y las hemos empezado –como tuvieron ocasión de comprobar o como se hizo público– en la apertura, desde el mes de febrero, de las horas de endoscopias. Como ven, una decisión muy importante en relación con la lista de espera de endoscopias, de colonoscopias, de gastrocolonoscopias y de colonoscopias de cribado, compromiso muy importante que tiene el hospital con la salud pública y con los ciudadanos.

Acabo ahora. Enseguida acabo. Después, algunas de las mejoras: la gestión de las listas desde el punto de vista de lo que es la admisión, la atención a los ciudadanos y la administración. Miren, esto se venía haciendo, pero lo seguimos haciendo y potenciando. Emisión de SMS recordatorios, localización telefónica de pacientes hasta doce horas antes de comenzar la consulta, incrementar la citación de agendas programadas para dar una cobertura, un *overbooking* a la citación para cubrir los que no acuden. El porcentaje de pacientes que no acuden es el 5 por ciento en primeras consultas. No acuden, muchos de ellos, por causas justificadas; otros, por la propia situación de las listas y por distintas causas que se pueden comentar. Pero tenemos la obligación de plantear una programación por encima para cubrir esa ausencia que ya tenemos previsto que va a suceder.

En la nueva estructura del complejo se traslada el Servicio de Atención al Ciudadano y ahí tenemos el compromiso de poner en marcha una jefatura que se encargue expresamente de gestionar la accesibilidad y la lista de espera desde el punto de vista administrativo. Seguimientos, recordatorios, cartas. Lo tenemos que hacer así. Gestión de pacientes con doble cita a proceso. Cuando las listas de espera –sucede aquí y en todos los hospitales– son... Los pacientes, en ocasiones, por el mismo proceso, están citados dos veces. Nosotros tenemos identificados pacientes que están citados dos veces, pero porque es así. El proceso se complejiza durante la espera, el médico de Atención Primaria lo solicita. Entonces, tenemos identificados los pacientes, es una decisión de carácter clínico y hay que hacer la gestión de esos pacientes que tienen doble cita.

Gestión de las autoderivaciones, derivaciones entre especialistas de la misma especialidad. Apertura y programación de agendas a atención primaria. Nosotros tenemos, en estos momentos, setecientas agendas para hacer consultas externas. Setecientas agendas. No todas ellas son a jornada completa. Unas son a jornada completa, otras a media jornada. Y, de ellas, abiertas a Atención Primaria, tenemos el 78 por ciento. Tenemos que revisar si, de las restantes, que están abiertas a procesos ultraespecializados, podemos abrir alguna más a Primaria, no la podemos abrir; es un tema que tenemos que trabajar con los servicios.

Después, la revisión de lista de espera quirúrgica estructural, evidentemente. Hay situaciones de lista de espera quirúrgica que, por cambios en las circunstancias del paciente, en la decisión clínica, se hacía antes y lo seguiremos haciendo. Hay que repasar con los clínicos la lista de espera estructural. Como ven ustedes, todas ellas son medidas de carácter administrativo, de gestión de pacientes en el ámbito de lo que es atención al paciente y a los ciudadanos.

Cumpliendo con el compromiso de terminar, conclusiones. Claramente la lista de espera de primeras consultas en el complejo ha mejorado en relación con marzo del año pasado y con agosto del 2015, y presenta una clara tendencia a seguir mejorando. El compromiso del número de primeras visitas más que tenemos que hacer, que, explícitamente, se ha marcado en cada especialidad, así lo confirma.

En segundo lugar, la actividad en primeras consultas y la actividad en quirúrgica van a aumentar también significativamente, como acabo de decir. Además, entiendo que tenemos identificadas las mejoras perfectamente. No hemos acabado, con tantas medidas que hemos expresado anteriormente; esto es un continuo. La gestión de la lista de espera es un continuo, no empieza y termina y mañana nos olvidamos. No, no.

Nuestro objetivo –como así lo marca el departamento– es que, a final de año, la espera media prospectiva de los pacientes para primera consulta sea de sesenta días para las consultas ordinarias y de trece días para las preferentes. Y nuestro objetivo es apertura en horario de tarde de todas aquellas especialidades con más demanda. Cualquier ciudadano navarro podrá acceder al complejo a lo largo de este año, en horario de tarde, para cualquier especialidad de primer orden. Nuestro compromiso es que, a lo largo de todo este año 2016, plantearemos la apertura de agendas y de rendimiento de la tecnología en el complejo con la apertura de agendas en sábados y festivos. Creo que es una medida importante y un compromiso también importante. En ninguna de las medidas, como conclusión, aparece la palabra «autoconcertación» y lo quiero dejar absolutamente meridiano y claro.

La derivación de pacientes a centros concertados –reitero– tiene carácter coyuntural para resolver problemas de accesibilidad coyunturales y específicos, en un momento determinado, siempre que no tengamos alternativa en el entorno público. Compromiso en incremento en la contratación de personal sanitario, como así lo hemos hecho desde octubre del año 2015 hasta ahora. Hemos contratado facultativos en Digestivo, en Neurofisiología, en Alergología, Dermatología, en fin. Seguiremos haciéndolo. No nos puede ocurrir que se terminen los residentes, tengamos necesidades inaplazables de mejorar la lista de espera y se nos acaben marchando y, después, no podamos encontrar recursos de personal especializado, como ha venido ocurriendo de manera reiterada.

Estas son las últimas conclusiones finales de mi comparecencia. Quería reiterar el agradecimiento al Parlamento por la oportunidad de poder explicar todo lo que estamos haciendo en el complejo. Y quiero terminar reconociendo el trabajo de todos aquellos que ayudan a la gestión de la lista de espera: personal técnico, personal sanitario y todo el equipo directivo del complejo. Muchas gracias, eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias a usted, señor Merino. Se ha excedido un poquito del tiempo, pero bueno, creo que la información daba para esto y para más. Sí me gustaría que sepa que no ha terminado, que ahora es el turno de las y los portavoces, que pueden hacer las consideraciones que crean oportunas y algunas preguntas. Después tendrán un turno de réplica de diez minutos, o sea que tendrá ocasión, si quiere, de añadir cualquier cuestión, además de responder a lo que le planteen. Ahora tiene el turno de palabra, en primer lugar, el portavoz de la Agrupación de Parlamentarios Forales del Partido Popular, y solicitante de esta comparecencia, el señor García.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias otra vez, señora Presidenta. Buenos días a todos. Una vez escuchadas las palabras del señor Merino, en primer lugar, quiero agradecer el hecho de comparecer ante este Parlamento para dar explicación de las listas de espera en el Complejo Hospitalario de Navarra. La verdad –no sé si usted lo está– es que creo que no tiene que estar satisfecho de la cuestión, porque, evidentemente, dada la coyuntura que existe o la gestión previa al momento que hoy vivimos para nada ha sido favorable, sino todo lo contrario, en este caso, y hay cuestiones en las que creo que podemos coincidir. Con lo cual, haciendo referencia a la última diapositiva que aparecía, en la que decía que las derivaciones iban a ser en circunstancias coyunturales, entiendo que esta es una. Me gustaría saber cuál es el coste que tiene o que ha tenido para las arcas, para el Departamento de Sanidad, el reducir listas de espera, cómo se ha hecho, si ha habido lo que habitualmente se llama «peonadas», que, por cierto, me gustaría saber cuál es la opinión de aquellos que tanto criticaban en su tiempo esta forma de trabajar.

También dice que, de cara al futuro, las derivaciones se van a ver reducidas en casos excepcionales o en casos puntuales en función de la situación, pero poco ha hablado de la solución que se ha puesto en este momento para paliar una situación que ustedes dejaron previamente. Hablamos de la gestión en materia sanitaria durante los meses de verano y hasta fechas, y podemos decir que para nada es satisfactoria, en este sentido. Para nada hay que estar alegres o contentos con los datos porque, aun así, siguen siendo unos altos porcentajes de pacientes en listas de espera. También creo que no tenemos que estar satisfechos porque estamos muy lejos del objetivo del departamento de sesenta días de espera en días ordinarios y veintitrés días en preferente, porque, como usted bien ha dicho, actualmente hemos incrementado en nueve u once días, no recuerdo exactamente ahora los días que se ha visto incrementado, según lo que usted ha comentado; hemos pasado de ciento siete a ciento dieciocho días de espera. Si no es así, corríjame.

Aparte, la situación parte de esta base, pero ya en mayo contamos con siete mil doscientos nuevos pacientes en el Sistema Navarro de Salud. Se preveía que iba a ser en junio, pero entiendo que, como hemos derivado, con el tema de las peonadas, parece que podemos atender esta demanda... Está por ver, evidentemente, lo que va a suceder en este caso. Coincido en un aspecto fundamental, que es que hay que agradecer la tarea y el trabajo de los profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra, y no solo limitarnos a ellos, sino hacerlo extensible a todos los hospitales que tenemos en Navarra. Con su trabajo, evidentemente, se han llevado a cabo medidas muy importantes y la sanidad que tenemos es gracias también a ellos. Con lo cual, en esto coincidimos y quiero insistir en que para nada son datos satisfactorios para el conjunto de los ciudadanos.

Hemos visto incrementadas las derivaciones. Me gustaría saber también cuál es la desviación presupuestaria hoy en día en materia de personal, por ejemplo, si ha habido una desviación importante en materia de presupuesto, porque sí que se ha visto incrementada, según usted, la contratación de personal. No sé si esto se tenía ya en cuenta en las líneas presupuestarias, pero, en ese caso, ¿qué desviación del presupuesto existe? Y también, con el tema de las derivaciones, ustedes ahora parece que, en vez de derivar a x –por no poner nombres– derivamos a y. Pero, vamos, el término «derivación» existe y se está haciendo, es una práctica que está haciendo este Gobierno, independientemente, como digo, de que se planteen para el

futuro cortar estas derivaciones. Nosotros entendemos que debe haber un entendimiento entre los recursos públicos y los recursos privados en beneficios del conjunto de los ciudadanos. Con lo cual, ahora me gustaría ver también cuál es la posición o la valoración que hacen el resto de portavoces de aquellos partidos que, hasta hace poco, venían criticando las peonadas, venían criticando las derivaciones, a ver qué planteamiento hacen. Imagino que el hecho de asumir responsabilidades en el Gobierno también transforma la forma de pensar en estos aspectos.

Insisto en dos problemas o dos aspectos que creo que hay que tener en cuenta. Entre ellos –ya lo he dicho, ya lo he remarcado anteriormente–, los siete mil doscientos nuevos pacientes que van a formar parte ahora del sistema navarro, con lo que ello conlleva, como el aumento de la lista de espera. El hecho de que se sumen personas al sistema navarro es lo que conlleva, con lo cual, tampoco sé cuáles van a ser las medidas que, en su caso, el hospital va a tomar, ya que, principalmente, la mayor parte de los pacientes que se van a incorporar, van a ser atendidos, prácticamente, por el Complejo Hospitalario de Navarra. Aparte de las medidas muy a corto plazo, entiendo que las soluciones que se han puesto para atajar o intentar reducir este problema son muy a corto plazo. Sí que se hablaba en la presentación de medidas a largo plazo, pero pocas, en este caso. No sé si se va a transformar el modelo organizativo del Complejo Hospitalario de Navarra para –como dice usted– trabajar por las tardes, etcétera, etcétera. Con lo cual, hoy por hoy, pocas cuestiones como esta se han puesto en marcha. Insisto; me parece que las medidas que se han puesto en marcha van a dar solución a un problema a corto plazo, pero este problema se va a mantener en el tiempo si no se ponen soluciones a largo plazo, básicamente, para reducir estas listas de espera.

Insisto, porque me parece importante, en el hecho de saber el presupuesto o la derivación presupuestaria en contratación de personal, así como el porcentaje de derivaciones que existe, un dato importante y que, bueno, me gustaría conocer. Insisto en que esto son medidas a corto plazo más allá de lo que debemos hacer a largo plazo para reducir tanto tiempos de espera como listas de espera. Tampoco ha hecho usted referencia a una de las listas que sí que se ha visto incrementada, que es la de Cirugía Quirúrgica Estructural. Se ha visto incrementada y la verdad es que pocos datos se han dado de esta lista. Imagino que lo que interesa es de lo que hay que hablar, pero, en este caso, como digo, poco hemos podido escuchar sobre estos temas en los que sí que se ha visto incrementada, y bastante. También entiendo que ustedes habrán planteado alguna medida para reducir estas listas de espera de las que poco se ha hablado, de una forma de que «vamos a hablar de lo que, verdaderamente, interesa a los responsables».

Quiero terminar como he empezado; me parece que, dada la situación anterior que ustedes provocaron –como el aumento de las listas de espera– hace que las derivaciones, peonadas, sean una situación o una circunstancia coyuntural, y eso imagino que es lo que ha activado el protocolo del aumento de derivaciones, así como el aumento de recursos para hacer las peonadas. Yo creo que para nada hay que estar satisfechos, creo que lo que necesita ahora mismo, en este caso, el Complejo Hospitalario de Navarra, así como en materia sanitaria el conjunto de la sanidad navarra, son medidas con vistas a evitar estos problemas de cara al día de mañana, como digo, a largo plazo y no en el propio instante, a corto plazo. Con lo cual, la verdad es que creía que se iban a plantear más cuestiones en el ámbito a largo plazo, pero son

pocas o nulas, porque en materia organizativa tampoco se ha hablado de cuestiones que creo que son fundamentales para atajar este problema. Tiene usted la oportunidad de hablar posteriormente para, aparte de contestar a las preguntas –yo le he hecho dos, sobre las desviaciones del presupuesto en materia de recursos, así como sobre las derivaciones–, aportar otros datos y también hablar de las listas de espera, de lo que poco se ha hablado, como la lista de espera de la Cirugía Quirúrgica Estructural. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias, señor García. Ahora es el turno de la portavoz de Unión del Pueblo Navarro, doña Begoña Ganuza. Cuando quiera.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, quiero agradecer al señor Merino su comparecencia y saludar al equipo que le acompaña. En lo único que estoy de acuerdo y comparto con usted son las reflexiones que ha hecho en la primera parte expositiva. Una de ellas, que las listas de espera son una oportunidad; una oportunidad, señor Merino, que la han perdido, la han perdido. Ahora parece ser que están recuperando algo, parece ser, pero bueno. Difiero también de los datos que usted ha aportado hoy. Luego iré explicando poco a poco por qué difiero, porque lo que están haciendo ustedes ahora con las listas de espera... Bueno, lo iré explicando después.

La gestión de las listas de espera que están llevando a cabo en el Complejo Hospitalario demuestra que la dirección del complejo es incapaz de responder a la necesidad que tenemos de ser atendidos, al menos como siempre, en el Sistema Navarro de Salud. Es una pena enorme que, con el equipo tan profesional, con tanta experiencia, que conforma el organigrama del Complejo Hospitalario, hayamos llegado a esta situación. Solo saben gastar, concertar y derivar pacientes, por lo que usted ha explicado. No le puedo confirmar, aquí, ahora, que se hayan fortalecido los servicios públicos sanitarios. Decían una cosa estando en la oposición, siguen ahora con ese estilo, y al final se quedan sus tareas a mitad de camino, por decir algo.

Repiten ustedes que el Servicio Navarro de Salud debe ser autosuficiente, pero continúan derivando cantidad de pacientes y recursos públicos a centros privados, como hoy nos ha explicado, de forma que van a convertir ustedes la sanidad pública navarra en sanidad privada. No sé si me explico. Me explico, ¿no? No entiendo el seguidismo político del cuatripartito ante estas medidas que va a tener usted luego, porque, vamos, ya lo vamos a ver.

Señor Merino, derivación de pacientes de forma coyuntural. Yo no lo he visto así en la exposición. No he visto que sea de forma coyuntural. Estos tres primeros meses del año reflejan gasto excesivo en materia de personal, y a continuación se contradicen ordenando una instrucción al Complejo Hospitalario para que restrinja las sustituciones de personal. Ya me explicará luego eso. Nos ha explicado que se van recuperando las listas de espera. Bueno, sí. En el mismo sentido, también nos habló el Consejero el día 1 de marzo. Sin embargo, hemos cotejado los datos y no constatamos coincidentes los datos del SISNA con los suministrados por el Consejero ni por usted tampoco hoy. La diferencia real en febrero son 1.337 pacientes más en listas de espera. Echamos de menos en las explicaciones del Consejero y hoy en las de usted por qué se retiraron de las listas de espera de primeras consultas las autoderivaciones de las especialidades. Por ejemplo, de Oftalmología y de Otorrino del Complejo Hospitalario. Desconozco a cuántas personas se les ha aplicado esta medida en febrero. Yo observo una

diferencia, por los datos que tengo aquí, en estas dos especialidades, con los gráficos que ha puesto, de 973 personas. En marzo también nos ha presentado un descenso; según he visto hace poquito en la página web, las listas de primera consulta creo que han bajado en 3.200 personas. ¿Podría explicarnos a cuántas personas se les va a aplicar este criterio de autoderivación y en qué especialidades? Personas que disfrutaban de la ley de garantías y a las que ahora usted se las va a quitar. Se les va a aumentar sus días de espera, lo que dará lugar a una imagen irreal de buenos resultados en las listas de espera. Señor Merino, las listas de espera quirúrgica vuelven a empeorar y ya superan, en el Complejo Hospitalario, más de 1.100 –acabo de ver en la página web– respecto al año pasado. Bueno, y ya no voy a hablar sobre las pruebas complementarias, señor Merino, en marzo. Resulta, ya, escandaloso.

Quiero decirle también que el Servicio de Urgencias del complejo sigue padeciendo las listas de espera suyas, sigue padeciendo. ¿Cómo lo va a planificar? Me gustaría que me contestara, ¿cómo va a planificar el Servicio de Urgencias, que padece las listas de espera? En un punto y aparte, le recuerdo que, en mayo, llegan a la sanidad –ya lo ha dicho mi compañero– más de 7.000 personas nuevas. Luego, también quisiera saber –que no lo ha dicho– qué procesos va a establecer una priorización clínica con tiempos máximos de espera. Como todos sabemos, en determinados procesos, cánceres, cirugía cardíaca, las listas de espera de más de 3 meses afectan ya a la supervivencia. Quiero que me concrete, por favor, el número de profesionales –algunos ha dicho–, no solo médicos, que ha contratado. También profesionales que no sean médicos. Solo ha concretado en colonoscopias, pero quiero saber el resto de personal que ha contratado también para que las listas de espera –según nos ha explicado– hayan bajado algo. El presupuesto, lo que se ha gastado, y también de qué presupuesto dispone para futuras actuaciones que ha explicado. Desde aquí, también quiero dar las gracias a todos los profesionales que forman parte del Servicio Navarro de Salud. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias a usted, señora Ganuza. Tiene ahora la palabra el portavoz de Geroa Bai, don Koldo Martínez. Nahi duzunean, Koldo, hitza duzu.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Eskerrik asko, Presidenta anderea. Gracias y bienvenidos, doctor Antonio Merino y doctor Jesús Berjón. Oigo la palabra «escandaloso» y me parece escandaloso que la portavoz de UPN diga que son escandalosas las listas de espera. La verdad es que he oído tantas cosas que no sé por dónde empezar, pero empezaré diciendo que hubo un señor muy famoso que se llamaba Goebbels, ministro de propaganda de Hitler, que podría estar sentado, desde luego, en este Parlamento, por las cosas que he oído. Goebbels decía que una mentira muchas veces repetida se convierte en una verdad, y no es así; una mentira muchas veces repetida es una mentira muchas veces repetida.

Cortar derivaciones, objetivo del Gobierno. Este Gobierno –creo que tanto el Consejero como ustedes– ha hablado muchas veces –entendemos y, desde luego, Geroa Bai lo comparte– de la colaboración público-privada, pero no, desde luego, como han hecho los gobiernos de UPN y como ha hecho el Partido Popular, poner el sistema público a los pies de los caballos de la privada. No se va a convertir el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea –por lo que he visto en su presentación– en algo privado. Aunque ya les gustaría a algunos de los que están criticando las medidas que, en este momento, se están tomando; aunque ya les gustaría, insisto.

Es impresionante. Oigo que la portavoz de UPN les dice que la dirección del Complejo Hospitalario es incapaz de procurar una atención sanitaria a todos los navarros que quieren ser atendidos, como siempre, en el Servicio Navarro de Salud. Esto no encaja mucho con la defensa que hacen de la atención privada algunos de los ciudadanos y ciudadanas de Navarra, que van a entrar en el Servicio de Navarra de Salud próximamente. Y no el 1 de mayo, sino el 1 de junio. El cambio al 1 de mayo –si no he entendido mal– es para darles más tiempo a que entren en contacto con el Servicio Navarro de Salud y su entrada en este pueda ser de una forma más escalonada, porque el convenio se sigue manteniendo hasta el 1 de junio, es decir, que esa empresa privada va a seguir cobrando lo que sea, lo que le corresponda, hasta el 1 de junio. Por eso decía lo de Goebbels.

El portavoz del Partido Popular preguntaba lo que opinan los portavoces de los distintos grupos sobre las peonadas. Pues yo lo voy a decir clarísimamente: yo creo que las peonadas – personalmente y como representante de Geroa Bai– no han contribuido en nada a la disminución de las listas de espera. Y, sobre todo, si son peonadas mal o nada controladas, como han sido hasta ahora. Quizás, si fueran más controladas, habrían contribuido a algo.

Medidas a corto plazo, he oído, y no a largo plazo. Creo que muchas de las medidas estructurales que han mencionado ustedes son medidas a corto, a medio y a largo plazo, y que darán resultado en la disminución de las listas de espera. Otra cosa que me llama mucho la atención es que les achacaba a ustedes... He oído «el aumento de las listas de espera que ustedes provocaron». No sé, el doctor Berjón, hasta hace muy poquito, era un médico asistencial, exactamente igual que yo; el doctor Merino no estaba recientemente en el complejo, por lo tanto, cuando el representante del Partido Popular dice «las medidas que ustedes provocaron», me imagino que se refiere al Gobierno de UPN, del que ahora son tan amigos.

Diferencias en datos. Pues todos sabemos, efectivamente, que una cosa son los datos reales, datos en el momento. Los datos cuesta que lleguen de un sitio a otro, cuesta subirlos a la red, de la misma forma que cuesta, a veces, saber el resultado de un análisis o el resultado de una biopsia, algo que, seguramente, la portavoz de UPN también sabe, porque ella también es médico.

El edificio de urgencias. Efectivamente, un edificio mal pensado, mal planteado, con grandes limitaciones, muchas de ellas debidas a posturas casi personales del Presidente del Gobierno de UPN.

He oído algo de las listas de espera y la supervivencia y me ha dejado aterrorizado. Esto es meter miedo sin ninguna razón. Las personas que tienen enfermedades graves que ponen en riesgo su vida son atendidas inmediatamente en el Servicio de Navarra de Salud. Por cierto –y lo voy a decir con total tranquilidad–, como lo eran antes.

Sí quería decir algunas cosas sin hacer referencia a las palabras que he oído hasta ahora, si puedo. En primer lugar, quería mostrar mi satisfacción por la labor de los profesionales sanitarios, que han sido capaces, empezando, por fin, a ser bien dirigidos, en el aumento de su actividad sanitaria. Creo que debemos estar satisfechos y debemos agradecer a los profesionales sanitarios, a todos los trabajadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el

aumento de su actividad. Evidentemente, no por la existencia de las listas de espera, de eso no me siento satisfecho. Listas de espera que, por cierto, habrá siempre. Siempre va a haber listas de espera, aunque, efectivamente, lo que desde un Departamento de Salud se debe hacer es acotarlas, ponerles límite, y creo que eso se está haciendo de verdad.

El mayor problema de las listas de espera –siempre lo hemos pensado– es, precisamente, las listas de espera en primeras consultas, porque al sufrimiento, al dolor, a los síntomas que una persona pueda estar sintiendo se suma la incertidumbre del diagnóstico, y por eso es importante disminuir la lista de espera en primeras consultas. Y creo que esto es algo que se está haciendo, que se ha hecho. Las listas de espera en primeras consultas no han empeorado, sino que han mejorado, y eso es motivo de satisfacción, aunque, efectivamente, al aumentar la oferta, aumenta la demanda y, por lo tanto, al aumentar la actividad sanitaria en primeras consultas, aumenta la lista de espera quirúrgica, como pasa siempre.

He visto en las medidas que ustedes han mencionado una gestión integral, porque quieren incidir en la oferta y en la demanda. He visto participación de los profesionales, y aquí también quiero incidir, porque creo que todas estas medidas son absolutamente imposibles si no hay participación de los profesionales, si no hay implicación de los profesionales. Y yo sí quería saber –porque creo que tenemos un régimen, un estatuto de los trabajadores o de los funcionarios que es excesivamente rígido– qué postura han tenido los sindicatos –si es que han tenido negociaciones con ellos– respecto de esta mayor flexibilidad en los horarios, en el tema de las tardes, en el tema de los sábados y domingos, porque creo que es absolutamente fundamental. Efectivamente, conseguir una mayor eficiencia utilizando muchos de los instrumentos o de los recursos técnicos que tenemos en este momento por las tardes y también sábados y domingos. Hay que mejorar el sistema informático, no me cabe la menor duda. Esto tiene que ser una tarea a largo plazo.

Y quería también felicitarle por el aumento de la contratación de personal sanitario, que va unida a la búsqueda de una mayor eficiencia con las medidas que ustedes han mencionado. Para acabar, sabemos que va a haber listas de espera siempre. Lo importante es acotarlas, ponerles límite, ponerles fronteras. Creo que eso se está haciendo y creo que se está haciendo, además, de una forma que defiende el Servicio Navarro de Salud, el servicio público de salud, evidentemente, con la colaboración que sea necesaria del sistema privado. Por nuestra parte, muchas gracias.

SR. SAYAS LÓPEZ: Señora Presidenta, por una cuestión de orden. El señor Martínez ha hecho una alusión a Goebbels y ha dicho que hay, en este Parlamento, grupos que se comportan como él. Quiero recordar que la persona a la que se estaba refiriendo es un nazi y a mí me gustaría que aclarase semejante exabrupto que ha hecho en esta Comisión, porque, desde luego, yo lo que sí voy a decir es que si a propaganda se refiere, mire a su grupo y, desde luego, si a nazismo se refiere, no será este grupo parlamentario ni otros de esta Cámara los que están pactando un Gobierno con algunos que han tenido prácticas muy similares a las que usted está denunciando. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Señor Sayas, estamos entrando en otro debate. Creo que ha sido una interpretación la que usted ha hecho de las palabras del señor Martínez, que le han podido gustar más o menos. Tendrá ocasión de revisar la grabación y verá como no ha

aludido a ningún grupo en concreto, ha dicho «en esta Cámara» y yo no me he dado por aludida. Desde luego, en mi grupo no tendría cabida. No tenía el turno de palabra. Se ha expresado, quedará recogido, pero le invito a que revise, por favor, exactamente lo que ha dicho el señor Martínez. Ahora es el turno... ¿Perdón? Preferiría que no, no sé si es una cuestión de vital... Bueno, si no sirve con la aclaración de esta presidencia de decir que revise la grabación y que no ha habido ninguna alusión directa a nadie... No sé si quiere añadir algo más. ¿No? Bien. Se lo agradezco. Ahora sí, es el turno de palabra de la representante de Euskal Herria Bildu Nafarroa, la señora Ruiz. Cuando quiera.

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señora Presidenta. Mila esker, egun on guztioi, ongi etorri. Ongi etorri gaurkoan Nafarroako Ospitaleguneko zuzendaritza taldea. Por empezar, el que se da por aludido, quizás se lo tiene que mirar. En cualquier caso, por comenzar haciendo referencia a las intervenciones del señor García, que ha sido el solicitante de esta comparecencia, y a la de la señora Ganuza, que aunque haya sido alcaldesa de Estella en la anterior legislatura, eso no le exime, desde luego, de saber, de conocer, lo que su grupo parlamentario ha apoyado, ha dicho y, desde luego, lo que su grupo parlamentario, como soporte o como sustento del Gobierno anterior, ha llegado a defender. Por tanto, bueno, en fin, esto parece el club de la comedia, donde aquí cada cual puede decir lo que quiera y aquí no hay historia. Y a usted, señor García, tampoco le exime no haber sido Parlamentario la legislatura pasada. Pero, en cualquier caso, si tiene alguna duda sobre qué es lo que piensan estos grupos parlamentarios y el mío en particular sobre las peonadas, sobre las derivaciones, creo que usted habla mucho y escucha poco. Habla mucho y escucha poco. Hoy no ha escuchado en absoluto lo que se ha dicho aquí y no nos escucha al resto de grupos parlamentarios cuando hablamos. El pasado 1 de marzo tuvimos una comparecencia general con el señor Consejero, sobre listas de espera, a petición propia, donde, de manera más extensa, se explicaron las medidas a medio, a largo, a corto plazo, los objetivos, tanto para reducir la lista de espera como para no generar más. Cada grupo dimos nuestra opinión.

Y, por si tiene alguna duda, señor García, tiene una moción registrada que espero que se pueda debatir y votar próximamente, y a la vista de lo que hoy he escuchado por parte de UPN y el Partido Popular, creo que la van a votar a favor. Por tanto, me congratularía que, a poder ser, pudiera salir por unanimidad, porque precisamente vienen recogidos algunos de los aspectos que se comentaban aquí, y nos congratula escuchar que en el Complejo Hospitalario de Navarra –por si no se ha enterado, porque lo ha dicho–, y luego hablaremos de Tudela, no se han implementado peonadas y está descartado. Eso se ha dicho. Otra cosa es Tudela, que luego ya hablaremos del Hospital Reina Sofía. Eso se ha dicho y queda descartado, por si no lo ha entendido. Además, se ha dicho literalmente que la asignación de recursos sin orden no vale.

También se ha dicho –y es algo que compartimos y que también tendrá usted oportunidad de votar– que las derivaciones tienen que ser coyunturales y tienen que estar limitadas y sujetas a la optimización previa de los recursos propios. Es algo que compartimos y que también recogemos en esa moción que, como digo, creo que el Partido Popular y UPN, a la vista de los argumentos expuestos, y a la vista de lo que le molesta a UPN el tema de las derivaciones y los conciertos, votarán a favor.

Es una evidencia que la lista de espera es una de las mayores preocupaciones y tampoco dudo que fuera una de las mayores preocupaciones del Gobierno anterior. Aquí, Gobierno tras Gobierno, tienen que venir también a dar explicaciones, y no solamente porque sea un arma arrojadiza en el plano político, sino, realmente, porque es una preocupación ciudadana importante. Porque hay unos tiempos de espera, hay miles de personas esperando diagnóstico, esperando a ser atendidas, esperando a ser operadas, y eso genera una ansiedad que, en muchos casos, con los plazos de los que estamos hablando, resulta inaceptable. Es un tema que se arrastra, que no es nuevo, que viene de atrás, que seguirá en el futuro y al que, desde luego, se han hecho muchos planteamientos. Decía el señor Merino que el tema de las peonadas ha sido utilizado sistemáticamente por gobiernos sostenidos por UPN y por el Partido Socialista. A la vista de los resultados, después de gastar en seis años veintiséis millones de euros, con el efecto rebote que supone, además, está claro que no es una opción válida para el futuro. Puede haber coyunturas muy, muy, muy específicas en las que no haya otra salida. Bueno, son temas puntuales; los anestésistas en el Reina Sofía, que estamos hablando de rehabilitación. Algo que no puede ser extensivo ni mucho menos generalizado. Marta Vera, en el año 2012, nos presentó, aquí mismo, también, un plan de listas de espera cuyos resultados, en la legislatura pasada, son evidentes. Y el tema de las derivaciones, los paquetes enteros, los acuerdos marco. Todo eso ya está implementado.

Entonces yo creo que, más allá de ejercicios de estética –como bien se decía–, yo sí he visto –y no estoy de acuerdo con todas las cosas que se han comentado– un planteamiento integral y un planteamiento estructural. Yo pediría que cuando se hagan este tipo de comparencias... Porque es muy difícil seguir todos los datos que se dan, donde apenas se puede discernir –yo, al menos– y escuchar datos y datos... Yo también tenía el SISNA de febrero y, basándome en eso, tenía mis valoraciones realizadas... Sí es cierto que en primeras consultas hay un descenso importante, además, con respecto a febrero del año anterior, en días y personas. En la actividad quirúrgica sí es cierto que hay más actividad, pero también es cierto que hay más lista de espera. Evidentemente, en el Complejo Hospitalario, estamos hablando de casi un 15 por ciento más de actividad; más personas y más días. Eso es así. Y también –y es algo en lo que coincido con el portavoz del Partido Popular– hay datos preocupantes en lo que se refiere a las personas con más de seis meses en lista de espera, lo que se conoce como la lista de espera quirúrgica estructural. Entonces, sí es cierto que ha mejorado en un punto, pero que sigue habiendo un 13 por ciento en el Complejo Hospitalario de personas que están en lista de espera más de seis meses. Entonces, yo creo que son aspectos que hay que tener muy en cuenta y a los que darles una solución a corto, corto plazo, para estas personas.

Sí nos ha gustado que se hayan marcado objetivos concretos cuando se habla de plazos, cuando se habla de indicadores, en lo que se refiere a descenso de número de personas, a aumento de actividad o descenso concreto en días; también la línea que establece el acuerdo programático, que es la de optimizar recursos propios antes de utilizar otras vías como puedan ser las derivaciones u otro tipo de medidas. Poco se ha hablado de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria, y entiendo que quizás no le corresponda a usted, porque estamos hablando del Complejo Hospitalario, pero creo que es un tema que, cuando hablamos de Tudela, se ha puesto encima de la mesa, y la semana pasada se planteó la posibilidad de que en dos centros de salud hubiera ecógrafos, pero creemos que es una vía que hoy no se ha desarrollado, pero

que tiene que ser una vía, porque para no generar lista de espera, desde luego, la Atención Primaria y centrarse en medidas en Atención Primaria tiene que ser un eje principal.

Y yo sí que tengo una pregunta –porque me ha llamado muchísimo la atención– sobre el SISNA de febrero, cuando se habla –y usted también lo citaba– de consultas no presenciales, interconsultas, como medida, desde luego, para agilizar o para no generar listas de espera. Sí que hay un dato que a mí me ha llamado mucho la atención, y es la actividad de consulta no presencial –y se diferencia– con origen en Atención Primaria y con origen en Atención Especializada, las interconsultas. Me llama la atención que la de origen en Atención Primaria tiene un descenso –de febrero de 2015 a febrero de 2016, del 10 por ciento, y en acumulado de este año 2016, del 20 por ciento. O sea, ¿se hace menos? Y sobre todo, ahí están Traumatología y Ortopedia, que ha pasado a cero. Pero es muy, muy, muy, muy llamativo, y quisiera saber si hay alguna razón en concreto, porque, al mismo tiempo, la actividad de consulta no presencial con origen en Atención Especializada sí que es cierto que se ha incrementado un 26, un 27 por ciento. Entonces, yo creo que va en la línea de lo que usted comentaba, pero sí que me llama mucho la atención la de origen en Atención Primaria, sobre todo porque en el resto se mantiene o incluso se aumenta, pero en Traumatología y Ortopedia ha pasado a cero. Entonces ya no se hacen las consultas no presenciales. Me parece que son especialidades que tienen un alto nivel de lista de espera y, realmente, no se entiende bien.

También valoramos las contrataciones, creemos que ya es hora de plantear una OPE. Y, simplemente, por acabar, sí que tengo dos cuestiones. Una, cuando usted comentaba la posibilidad de promover una nueva jefatura de accesibilidad que se ocupe expresamente del tema de las listas de espera. Eso lo tendremos que valorar. A priori, aumentar el organigrama y aumentar la estructura para un tema en el cual todos los profesionales deberían sentirse implicados y tendríamos que intentar buscar otras vías, lo tendremos que valorar. Pero, bueno, a priori, nos genera dudas. Y luego, otra cuestión –y ya acabo–, el tema de las citas fallidas, en una pregunta, no me acuerdo ahora si escrita u oral. Hace un año exactamente, se puso en marcha, por parte del Gobierno anterior, una campaña con ese tema, porque se calculaba que el 30 por ciento de las personas que fallaban en la cita no lo comunicaban previamente. Tengo una pregunta admitida, pero no sé si tiene algún dato del complejo sobre los datos actuales y sobre si la campaña que se puso en marcha en su momento ha tenido algún resultado positivo. Sin más, agradecemos la explicación. Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Eskerrik asko Ruiz andereari. Orain, Saez andereak, Podemos-Ahal dugu taldetik du hitzaren txanda.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko, Presidenta anderea. Gracias a las personas que aquí nos acompañan por hacernos esta exposición. En nuestro caso, la verdad es que no solemos usar muchos taponos –bueno, yo a la noche sí, porque tengo problemas para dormir– en las comparencias, sesiones y donde acudimos; normalmente, intentamos escuchar, tanto a quienes nos explican lo sucede como al resto de grupos, porque, indudablemente, se aprende mucho. Así que no entendemos mucho por qué nos repetimos, constantemente, intervención tras intervención, en el sentido de volver a preguntar lo mismo, volver a decir lo mismo, no escuchar lo que la otra persona ha dicho. Pero, bueno, cada uno decidirá lo que hace.

Por parte de Podemos, lo que queríamos recordar en esta comparecencia era, desde luego, que cuando en el acuerdo programático hablábamos de los asuntos de las listas de espera, y no solamente en el acuerdo programático, sino cuando nos hemos presentado a las elecciones, lo que hemos dicho, etcétera, sabemos que es un tema importante que solucionar. Y lo teníamos claro por dos cuestiones. Primero, efectivamente, porque es un derecho de las personas y del cumplimiento de la ley de garantías de espera, la ley de 2014, como se ha mencionado. Los derechos y lo que aprobamos deben ser siempre llevados a la práctica. Pero, además, desde luego, porque somos conscientes, somos ciudadanía normal y, por lo tanto, nos toca vivirlo. Evidentemente, en cualquier enfermedad –aunque no se tenga, que uno pueda estar comiéndose la cabeza de si la puede tener o no–, todo lo que te hace esperar es indudable que crea muchísima ansiedad. Normalmente, en muchos casos, es verdad que agrava algunas enfermedades y las convierte de poco a mucho. En ese sentido, creemos que todo lo que haga evitarlo, sin duda, va a hacer mejorar el cómo abordamos las personas nuestra propia salud y también el sistema. Es decir, va a hacer que vaya mucho más ágil. Esta es nuestra preocupación constante.

El portavoz del PP lo preguntaba, y lo hemos repetido muchas veces. Unido a eso, también nuestra preocupación es que haya un verdadero sistema de salud garantista para todas las personas que vivimos en Navarra, es decir, que sea realmente bueno y, a partir de ahí, cada cosa de las que vemos nos parece ajustada o no dentro de ese objetivo general. Indudablemente, en el objetivo general de Podemos –lo hemos repetido muchísimas veces–, está el tema de que las peonadas no nos han parecido correctas. Lo hemos repetido aquí, en Tudela, en todos los sitios. Además de porque nos parecen caras, por los efectos rebote que han creado, por cómo se han hecho, etcétera. Y sí que hemos oído y seguido los debates que ha tenido este Parlamento anteriormente a esta legislatura y las medidas tomadas. Por lo tanto, no nos parecen una medida las peonadas en ningún momento, y entendemos que, en todo caso, las medidas claras son –aparte de lo que ya voy a explicar más y usted ha explicado muy bien– otro tipo de cuestiones, sobre todo de reorganización y de medidas de funcionamiento, también el tema de las contrataciones que sean necesarias y que además, en efecto, se puedan plantear con unos criterios. Probablemente, ahora no podemos contratar todo lo que queremos, no solo porque no haya, sino también por los criterios económicos. Todo de golpe no sería posible, pero, indudablemente, sí un plan como el que están planteando. Entonces, sí que creemos que ahí están las soluciones. A Podemos, desde luego, le gustaría que toda la sanidad fuera pública, pero en ningún momento descartamos que haya situaciones de conciertos con entidades privadas, siempre y cuando, efectivamente, sea por algo que la sanidad pública no puede tener o que, por sus análisis, no considera conveniente, pero además, sobre todo, que lo haga con unos criterios ajustados a los tipos de contrataciones, no solo ajustado a lo que no se puede cubrir, sino también a cómo se hace.

Esto lo uno con el tema que ustedes vuelven a plantear, las siete mil personas que van a la sanidad pública, con lo cual, van a estar muy bien atendidas y seguro que se va a reorganizar muy bien. Pero les recuerdo que en esa decisión no solo no se inclinaba a que todo el mundo fuera tratado por igual, sino que también, efectivamente, todos los informes de Comptos nos decían que ese concierto no estaba ajustado tampoco en lo económico a lo que debería ser,

además de incumplir la normativa de cómo deben hacerse los conciertos, por lo menos públicos; por lo menos, que sean de orden público y que todo el mundo pueda competir. Espero haber contestado a su pregunta. Desde luego, por parte de Podemos, no se va a apoyar nunca aquellas medidas que, justamente, vayan a algo que es privatizar. No solo a dar privilegios o tratar de manera diferente a algunas personas, sino a intentar privatizar y, sobre todo, en aquellos aspectos de la sanidad que sí dan mucho dinero y hacer que la salud que pagamos, la pública, se haga cargo de aquello que da menos dinero. Y decimos porque está demostrado –internacionalmente también– que privatizar la salud es una fuente de dinero para muchas empresas sin escrúpulos, y no lo dice Podemos, lo dice cualquier hemeroteca de la que tiren, y mucho más en la aplicación del TTIP, cómo tiene planteadas todas las medidas referentes a salud. Con lo cual, es cierto que hay muchas personas interesadas en que se privatice y, desde luego, por nuestra parte, ahí no va a estar justamente el apoyo.

Volviendo a lo que han dicho, les diremos que, la verdad, compartimos, fundamentalmente, los criterios que han dado, creemos que están dentro de lo que sería el acuerdo programático en cuanto a decir: «Bueno, como objetivo no tenemos solo el que desaparezcan, sino, sobre todo, atender bien a las personas», que es el objetivo fundamental que debemos tener. Además, que estén atendidas en el tiempo adecuado, efectivamente, por lo que he explicado antes, y luego lo que es la reutilización o buena utilización de todos los recursos que tenemos, como ustedes han planteado, la utilización de quirófanos por la tarde. Aprovecho para lanzar lo de sábados y festivos, si realmente esa medida está consensuada y hablada con toda la representación sindical, por el significado que pueda tener o no. No es que nos oponamos, al revés. Si está trabajada y valorada desde ese punto de vista y, sobre todo, en ese punto de vista, sí que les querríamos recordar que en la respuesta que den... Usted ya lo ha dicho antes, que, afortunadamente, ya estaban incluyendo en todos los temas de información, a la hora de analizar cómo actuamos en salud, la variable «sexo». Ya era hora, efectivamente, porque no afecta por igual ni cómo vamos ni a qué enfermedades, ni siquiera cómo se trabaja en ellas, en hombres y mujeres. Pero sí que les pediríamos que en estas medidas que están planteando tengan en cuenta si realmente van a ayudar a que la incorporación de las mujeres como trabajadoras en el mundo de la medicina siga siendo buena o no, o podemos aumentar la brecha salarial, porque creamos muchos conflictos de cómo poder estar trabajando. Sin más, ese tipo de cuestión.

Entonces, volviendo a lo que les decía, compartimos esto. Compartimos, sobre todo, lo que ustedes han dicho de la importancia de la Atención Primaria. Efectivamente, es indudable que en esa puerta, si está bien coordinada con el resto de especialidades, podremos avanzar mucho. Pero sí que es cierto y es curioso lo que ha señalado doña Bakartxo Ruiz, en cuanto a que algo que sí que parece que nos interesa a todos son las consultas de otro tipo, que no hayan sido bien utilizadas o poco utilizadas, en este asunto.

No lo ha nombrado –no es el momento, es cierto–, pero, seguramente, como todo el mundo sabe aquí, efectivamente, la lista de espera no solo es lo que, en concreto, se ha dicho, sino también, supongo, como ya se ha hablado en otros contextos sobre la ley de salud u otras intervenciones, todo el tema de personas crónicas, multipatologías, etcétera. No son problemas de listas de espera, pero, al final, todo incide en cómo estamos abordando este tipo de cuestiones.

Así que lo que han dicho no nos parece justo, pero no nos vamos a extender más. Como conclusión, queremos comentarles, pues eso, que, en cualquier caso, nos parece bien lo mejorado. Sí que es verdad que hay unos datos que para Podemos, en cualquier caso, no serían lo más importante, pero nos parece bien resaltar que ha habido una serie de mejoras, como ustedes han señalado, en lo concreto. Lo mismo que, con toda la honradez, ha explicado ese binomio de si aumento por aquí, pues resulta que me aparecen más listas de espera por allá. En esto sí que les queríamos hacer una pregunta. Creo que es importante, como objetivo, también, aun sabiendo que esta dinámica existe, ver qué medidas puede haber para romper ese binomio, si ustedes nos las quieren comentar. Y, desde luego, nos parecería importante también –perdonen– el tema de si dentro de esta idea de objetivo a largo plazo y de avanzar, como usted ha señalado que faltan personas médicas en algunas especialidades, recordarles que aquí estaría muy bien seguir avanzando en una universidad de Medicina que tenga esas especialidades, que las necesitamos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Eskerrik asko, Sáez anderea. Ahora es el turno para la señora Chivite, portavoz del Partido Socialista de Navarra. Cuando quiera.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, señora Presidenta. En primer lugar –cómo no–, agradezco las explicaciones del señor Merino. Yo le agradecería que nos pasara la presentación. Bueno, habría agradecido que nos la hubiera repartido antes porque, desde aquí, muy bien no se ve. En todo caso, le ruego que, si nos la puede hacer llegar... Pues muchas gracias.

Yo sí que comparto con usted que la principal preocupación de los ciudadanos en materia sanitaria son las listas de espera. Pero lo que no comparto es cómo se han trasladado aquí los datos, porque los datos no tienen que ser el número de pacientes que esperan, los datos tienen que ser cuánto tiempo están esperando, porque a mí me da igual que sean cinco mil personas si solo esperan una semana. A mí, el número de personas que esperen no es lo que más me preocupa. Lo que más me preocupa es la cantidad de días que esperan. Y lo que hemos visto aquí, sinceramente, es que hay un incumplimiento de la ley de garantías de espera máxima. Eso es así, tanto en primera consulta como en intervenciones quirúrgicas, en muchas de las especialidades. Y el reto no tiene que ser cumplir con la ley, es que la ley hay que cumplirla. Yo creo que los retos tienen que ser otros. Incluso, por ejemplo, que en quirófano, en la lista de espera quirúrgica, se puedan reducir los tiempos, incluso de los que marca la ley. O una de las cosas que le dije al Consejero: el reto puede ser, aunque no esté incluido en una ley, que una persona, después de una consulta, se vaya con una fecha de cuándo tiene la prueba diagnóstica. Eso tiene que ser un reto, no cumplir con la ley. La ley hay que cumplirla. Y con los números que hoy hemos visto aquí y los que se publican de manera mensual, lo que podemos decir es que la ley de garantías máximas de espera sigue sin cumplirse, no es que no la cumpla este Gobierno, porque es que el anterior tampoco lo hacía. Pero este tampoco los cumple.

Yo no voy a poner en cuestión las medidas que usted nos ha explicado aquí, porque me parecen las oportunas, me parece que la gestión tiene que ser integral, que hay que actuar tanto en la oferta como en la demanda. Usted y yo hemos hablado mucho de cómo abordar el tema de las listas de espera y sabe que comparto prácticamente todas las cosas que ha dicho usted hoy aquí, pero sí que es verdad que hay algunas cosas que he echado en falta. He

echado en falta algunas cosas como, por ejemplo, el tema de la estacionalidad de las listas de espera. Antes de que la gente tenga que trabajar en sábados y en domingos, yo prefiero que se incremente la actividad en julio, en agosto, en diciembre y en Semana Santa, que no todos los días son festivos. Y es que hay que hacer algo con el tema de la estacionalidad de las listas de espera, que nos aumentan sustancialmente en estos periodos. ¿Por qué? Porque el nivel de actividad baja. Por lo tanto, es preferible –o, por lo menos, para mi grupo parlamentario lo es– que, antes de que se tenga que trabajar en sábados y en festivos, se incremente la actividad, como digo, durante estos periodos, cosa que usted no ha nombrado y que creo que sería una buena medida.

Hablaba usted también de la actividad no presencial. Pues sí, es importante, pero también tengo que decir que hay muchas especialidades que no la hacen, porque su día a día no les da para hacer actividad no presencial, de interconsultas con Atención Primaria, porque es que no les da para descolgar el teléfono en su actividad diaria de atender a las personas que van a su consulta. Por lo tanto, esto hay que solucionarlo, y a lo mejor hay que solucionarlo dándole a cada profesional la tarea que le corresponde, porque yo creo que el médico no está para atender el teléfono, a lo mejor está el profesional de enfermería o el profesional de auxiliar o los administrativos, para mejorar un poco la gestión de las listas de espera.

Y habría que hablar del Servicio de Ginecología. Ayer hubo un problema, que el Centro de Atención a la Mujer de Iturrama ni siquiera tenía gente para atender. De repente, la gente que fue allá pues... No había gente ni para descolgar el teléfono. Creo que habría que incluir en los pactos de gestión que debiera hacerse en todas las especialidades, cosa que ahora no hay. Debieran incluirse en los pactos de gestión indicadores para mejorar las listas de espera, que creo que no está incluido. Indicadores de reducción de la lista de espera en cada una de las especialidades.

Y creo que también es necesario abordar el problema de Traumatología en general. Desde hace muchos años, vemos que la lista de espera en Traumatología, ya sea en primera consulta, ya sea en alguna prueba, ya sea en intervenciones quirúrgicas, está absolutamente disparada. Y permítame la expresión: hay que meter mano a Traumatología. No sé si hay que modificar la reorganización, si hay que repensar qué es lo que hacemos con Ubarmin o qué hay que hacer, pero creo que esto es un problema que venimos arrastrando desde hace muchos años y que, además, es lo que más le preocupa a la gente que está esperando, que está esperando, seguramente, una intervención quirúrgica, ya sea de cadera, ya sea de rodilla, ya sea de hombro, que tiene muchísima afectación en la vida laboral de las personas, porque son bajas médicas prolongadas y creo que esto merece una reflexión específica, el tema de Traumatología.

Por decir alguna de las cosas a las que han hecho referencia, por ejemplo, Unión del Pueblo Navarro con el tema del Servicio de Urgencias. Es lo que tenemos en Urgencias es una auténtica chapuza por culpa, por la cabezonería, de la señora Kutz con aquel centro de urgencias. Por lo tanto, esto sí que es una herencia recibida, y de las malas. Y esto fue cabezonería. Y aquí, la señora Fernández de Garayalde y yo recuerdo que tuvimos una pelea gorda en el Parlamento con la señora Kutz, y ya se empeñó en tener lo que tenemos, que es una cosa que no funciona y cuya solución es bastante complicada. Por lo tanto, el tema de las

urgencias yo creo que hay que achacarlo solo a un partido político que, en este caso, es Unión del Pueblo Navarro.

El tema de las derivaciones y conciertos. Pues yo coincido con usted, porque el tema de las derivaciones tiene que ser un tema estrictamente coyuntural, no estructural, y lo comparto totalmente. Pero, bueno, ahora bien, señores del cuatripartito, ¿qué les voy a decir? Es que tenemos presupuestados tres millones de euros más de lo que se gastó el año pasado, por lo tanto, no me digan ustedes que vamos a recortar las derivaciones cuando lo que se ha puesto en el presupuesto es más dinero del que ya se gastó el año pasado. Por lo tanto, lo veremos. Se derivará lo que sea estrictamente necesario, pues me parece bien, pero ustedes han puesto más recursos encima de la mesa para derivaciones de los que había el año pasado. Por lo tanto, menos discursos, porque yo me remito a los hechos. Y los hechos es que hay más recursos económicos para derivar más de lo que se hizo el año pasado. Y esto es lo que pone en los presupuestos, hala. Ya veremos lo que se ejecuta o lo que no se ejecuta, porque una cosa son los presupuestos y otra cosa es la ejecución.

Y en cuanto a las peonadas, yo, sinceramente, si hay algo en lo que me tengo que arrepentir en el ámbito sanitario es de haber apoyado las peonadas. Yo creo que de los errores se aprende. No me gustan las peonadas, no me gusta cómo se gestionó el tema de las peonadas. Ahora bien, temas muy puntuales y temas muy concretos, pues habrá que verlos. Pero como algo estructural, no.

Y lo que digo, me parecen bien los planteamientos que se han hecho, los planteamientos que nos hizo aquí el Consejero en materia de gestión de las listas de espera, pero, sobre todo, lo que hay que hacer es estar encima, día a día, de la gestión de las listas de espera, porque este problema lo tenemos, lo teníamos y, seguramente, lo seguiremos teniendo. Pero el que se cumpla la ley de garantías de espera tiene mucho que ver con una gestión del día a día de la propia lista y con estar muy encima de esta gestión. Nada más y muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias, señora Chivite. Por último, para cerrar la ronda de portavoces, tiene la palabra, por la Agrupación de Parlamentarias y Parlamentarios Forales de Izquierda-Ezkerra, la señora De Simón. Cuando quiera.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Presidenta. Egun on. En primer lugar, quiero dar la bienvenida a la señora Ochoa, al señor Berjón y al señor Merino, y dar las gracias –como no puede ser de otra manera– al señor Merino por la explicación que nos ha dado.

Desde luego, en principio, Izquierda-Ezkerra reconoce, en su intervención, muchos de los contenidos del acuerdo programático y reconoce en su intervención, además, las prioridades de Izquierda-Ezkerra con relación a las necesidades de reforma, de modificación, que tiene el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, en el sentido de la priorización de la sanidad pública, de la dotación de recursos a esta y en el sentido, también, de dotarla de más eficiencia y eficacia. Por lo tanto, en este sentido, de entrada, un voto de confianza de Izquierda-Ezkerra porque compartimos su intervención y compartimos todas las medidas que usted ha pormenorizado, que ha enunciado pormenorizadamente.

En este sentido, también, quiero hacer una crítica a la oposición, en este caso, de Unión del Pueblo Navarro y del Partido Popular, porque yo creo que la crítica que han hecho es una crítica absurda y disparatada y denota esta oposición roma, sin iniciativa e incongruente que está teniendo en estos meses. Era esperable, desde luego, pero quiero manifestar que nada prudente.

Volviendo al contenido de su intervención, yo creo que reconocer que la lista de espera es el problema de primer orden, el primer problema que tiene hoy la sanidad pública de Navarra es mucho reconocer, y apostar por una solución permanente y mantenida en el tiempo quiere decir que han desestimado ustedes estas estrategias puntuales, estas estrategias de concertos, de sacar a concurso intervenciones en salud, por ejemplo. Yo creo que eso, para nosotros, es fundamental.

Los datos que usted ha dado son datos. O sea, los datos son datos y otra cosa es que puedan ser interpretables. Extraemos yo creo que tres conclusiones, bueno, tres hechos objetivos. Uno es que el 80 por ciento de la lista de espera ha mejorado, que hay menos pacientes fuera de la lista de garantías y que ha habido un aumento de actividad. Evidentemente, ese aumento de actividad quiere decir que se ha atendido a más pacientes, sobre todo en primera consulta y, evidentemente, eso va a engrosar más actividad luego en otro tipo de pruebas comprometidas o lo que sea. Por lo tanto, esto es de Perogrullo.

Usted hablaba del incremento de recursos propios y de concertados y, francamente, a mí me ha satisfecho oír cómo ha defendido con claridad la necesidad o el refuerzo del sistema público de salud con la contratación de personal y, además, esa apuesta por las derivaciones coyunturales, y esa oposición frontal que ha hecho usted a las derivaciones estructurales, que es una crítica que Izquierda-Ezkerra viene haciendo –tanto Izquierda Unida como Batzarre– durante muchísimos años.

Respecto a la eficiencia y eficacia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, yo creo que es una buena medida, muy oportuna, el ampliar la actividad a las tardes. Y yo, en este sentido, quería hacer una pregunta, si tienen previsto llevar esto a la negociación en la Mesa Sectorial de Salud, porque nosotros creemos que esto exige modificar la jornada y horario de profesional sanitario, y no una solución con las peonadas, que es la que se venía dando, que sería una solución –como usted decía– coyuntural, bueno, coyuntural no, porque ha sido sistémica, las peonadas ya formaban parte –forman parte– del sistema.

Respecto a los sábados y festivos, yo coincidido con la portavoz del Partido Socialista, la señora Chivite. En fin, en primer lugar, empecemos por las tardes, empecemos por organizar la jornada ordinaria y, luego, evidentemente, si hace falta, también. Porque todo lo que sea eficiencia y eficacia, y explotar al máximo los recursos que tenemos va a ser fundamental.

Para terminar, quiero saludar también las medidas concretas –creo que eran ocho– que usted ha mencionado, pero que, además, yo creo que concuerdan de forma directa con ese análisis pormenorizado que ha hecho de cada uno de los servicios. Por lo tanto, estaremos atentos y atentas a ver si cumple con lo que usted acaba de proponer y con los compromisos que acaba usted de poner encima de la mesa, que para nosotros son importantísimos. Esto es un giro, no voy a decir de ciento ochenta grados, pero casi. Es un giro casi de ciento ochenta grados que

yo creo que puede solucionar esta herencia recibida que, en algunos aspectos, nos ha dejado en números rojos. Gracias, una vez más, por su intervención.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias, señora De Simón. Ahora, a solicitud del compareciente, vamos a hacer un breve receso, diez minutos, y a menos veinticinco, por favor, iniciaremos la sesión, porque a las doce tenemos otra vez comparecencia. ¿De acuerdo? A y treinta y cinco, todas y todos aquí. Eskerrik asko.

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 23 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 11 horas y 39 minutos).

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Les pido, por favor, que tomen asiento. Silencio, por favor. Vamos a reanudar la sesión. Tiene la palabra, pues, para el turno de réplica y durante diez minutos –le pido encarecidamente que se ciña al tiempo– el señor Merino, director gerente del Complejo Hospitalarios, para responder o apuntar cualquier cuestión que le parezca oportuno.

SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (Sr. Merino Díaz de Cerio): Gracias. Voy a intentar ajustarme al tiempo que me acaban de asignar. En primer lugar, quiero contestar al representante del Partido Popular. Evidentemente, no estamos satisfechos, nadie lo está, ni los ciudadanos ni los gestores ni los políticos con la lista de espera. No estamos satisfechos con la lista de espera. Mire, yo creo que hemos sido claros en la exposición de la situación de las listas de espera, incluso en las demoras medias. Yo creo que hay un error en su apreciación –lo digo con todo el respeto–, al confundir las quirúrgicas con las primeras visitas.

Mire usted, las derivaciones sí son coyunturales. Voy a contestar claramente. Nuestro plan de mejora de la lista de espera nace de estos principios. En primer lugar, mejorar los recursos ordinarios que en estos momentos tenemos. En segundo lugar, aumentar la contratación de recursos nuevos, porque durante mucho tiempo esto se ha dejado de hacer. En tercer lugar, derivar a los centros concertados para buscar soluciones coyunturales de situaciones que nosotros no podamos resolver con ninguna de las dos medidas anteriores. Y en cuarto lugar, empleo de la peonada en situaciones en la que absolutamente ninguna de las tres medidas anteriormente expuestas puedan dar solución al problema que tenemos. Y, de verdad, es así. Así es y así lo dijo el Consejero, y así lo vamos a hacer. No tengan ninguna duda, ninguna duda.

Los datos de lista de espera son públicos, están en el SISNA. Está puesta con absoluta transparencia la información que hemos dado, con absoluto rigor. No hemos cambiado ningún dato, no hemos corregido ningún indicador. Simplemente hemos puesto las situaciones –luego responderé a esto con más precisión– que se reflejan en el SISNA. Está recogida la situación a 31 de marzo que, en estos momentos, exclusivamente en el SISNA, todavía no sé si está publicada o no. Está el SISNA de febrero, pero los datos que hemos expuesto en el PowerPoint son datos de marzo de 2016. Y son los únicos que existen. Y son esos, no son otros.

En fin. Evidentemente, que nos ha crecido la lista de espera entre el periodo de diciembre a febrero –yo coincidido con usted–, evidente. Claro que sí. No le he puesto la transparencia de la serie de los últimos años en cuanto a este crecimiento. En los últimos cinco años, ha sido el

segundo año mejor. Hemos crecido –si no recuerdo mal– en unas dos mil doscientas personas esperando en la lista de espera. Pero es que el promedio de los últimos seis años de este periodo era de mil novecientos y pico, o sea, trescientas, cuatrocientas personas más. Oiga, mire, de la serie de los últimos años, el segundo mejor año ha sido el comportamiento entre diciembre de 2015 y febrero de 2016. Y no estamos contentos tampoco. Tampoco quiero entrar, porque saldrán en el turno de contestaciones a otros grupos parlamentarios y lo iremos exponiendo.

En relación con la representante de UPN, de Unión del Pueblo Navarro, mire, llevamos ocho meses en el complejo esta dirección y esta nueva administración. No hemos perdido ninguna oportunidad. Hemos hecho de la gestión de la lista de espera una oportunidad en nuestro trabajo. Yo no soy médico asistencial, pero he aprendido que detrás de los papeles siempre hay pacientes, y no se me olvida ningún día, ni a mí ni a ninguno de los que trabajamos en el equipo directivo. Ni un día, ni un minuto, de todo nuestro trabajo. Con lo cual, evidentemente, solucionar en seis meses la lista de espera y que eso deje de ser un problema proporcional, vamos... Creo que lo dice todo.

No sé si somos capaces –lo vamos a intentar, lo estamos intentando– de gestionar listas de espera en este equipo directivo. Evidentemente, con los trabajadores, con los servicios, con la implicación y participación de los profesionales. Si no, ni el mejor gerente del mundo podría arreglar nada de la lista de espera, ni el mejor equipo directivo podría arreglar nada de la lista de espera, sin implicación de los profesionales.

No estamos derivando a centros concertados. Se lo vuelvo a recalcar, claramente. En este momento, la última derivación que estamos haciendo a centros concertados es Rehabilitación, primeras consultas de Rehabilitación, a la Clínica San Juan de Dios. Empezamos en el mes de marzo y lo estamos haciendo en el mes de abril. La situación de la lista de espera de consultas en Rehabilitación es la peor de todas las especialidades y no podemos seguir así, teníamos que emplear los recursos de otros centros y estamos derivando a la Clínica San Juan de Dios. Es la única derivación que, en este momento, estamos haciendo, primeras consultas de Rehabilitación. Además, una derivación que se hace desde el propio Servicio de Admisión del complejo. La tenemos en nuestros sistemas de citación, o sea, no dejamos a los pacientes... No, no. La citación la hacemos desde el complejo y se está viendo en la Clínica San Juan de Dios. Simplemente eso.

Las acciones nuevas, los recursos nuevos que estamos poniendo, evidentemente, tienen un coste de personal, pero está dentro de nuestra dotación presupuestaria. No se preocupe, que lo haremos así.

Mire, no hemos eliminado ninguna... Hemos aplicado, en autoderivaciones, lo que dice el real decreto de 2003, donde se marca claramente lo que es una primera consulta, el concepto de primera consulta. Y esto se hace ahora y no se ha hecho antes, pero está así desde hace mucho tiempo. Evidentemente, el indicador es el que es y lo marca el real decreto. Una primera consulta es una solicitud de atención entre Primaria y Especializada o entre una especialidad y otra especialidad. Las derivaciones de pacientes entre la misma especialidad, de un profesional a otro, no es primera consulta. No hemos artefactado nada para cambiar el indicador, para nada, hemos aplicado lo que dice la legislación. Por cierto, está también recogido en una

resolución publicada en el Boletín Oficial de Navarra, donde se regula el registro general de pacientes en lista de espera y la programación de las agendas, años 2012-2014. Aplicarlo, hasta ahora, no sé qué ha hecho. Pero rigor absoluto en la información.

En otros aspectos de sus preguntas, creo que no es el momento de esto. Creo que he contestado, en parte, a las preguntas a las que usted más importancia ha dado.

En relación con Koldo, con el doctor Martínez... Perdón, como somos compañeros, aunque yo solo veo papeles, pero somos compañeros, evidentemente. Yo le quiero agradecer el reconocimiento del trabajo y el esfuerzo que en el hospital –como he dicho reiteradas veces– todos están haciendo en la gestión de la lista de espera. Quiero remarcar, evidentemente – como decía él– que en los procesos agudos de consultas externas, en los procesos graves, clínicamente graves, no tenemos lista de espera, como no ha habido nunca. Oncología, Cirugía Cardíaca, Cirugía Oncológica; no hay lista de espera. El proceso de atención a los pacientes oncológicos creo que está bien y, evidentemente, no podría ser de otra manera.

El complejo –no he querido entrar porque, evidentemente, ya lo expuso aquí el Consejero–, todos los trabajos que desde el complejo hacemos en relación con la coordinación de la Atención Primaria, participación en grupos técnicos, la puesta en marcha de nuevas guías, protocolos de derivación, compromisos de derivación, o sea, en eso, el complejo participa de una manera –como no puede ser de otra forma–... Somos el 80 y algo por ciento de toda la Atención Especializada en Navarra. Y lo hacen los profesionales, participan los profesionales.

Después, en cuanto a la priorización, en la línea de lo que decía el representante de Geroa Bai, es muy importante priorizar –creo que algún otro grupo también lo ha dicho– los procesos que esperan, sobre todo en la lista de espera quirúrgica, porque coincido con él también en que, evidentemente, la sensación de indefensión que tiene un paciente es mucho más importante desde el punto de vista de vivencia de los ciudadanos y de los pacientes la situación de la lista de espera en consultas que la situación de lista de espera en quirúrgica. Y también coincido con la representante de UPN cuando dice que, evidentemente, en el proceso de priorización habría que contemplar, aparte de la prioridad clínica, otros aspectos que se podrían valorar en la ubicación de los pacientes en la lista de espera. Razones de situaciones laborales, el dolor – que está próximo a la prioridad clínica–, el tema social, cada vez más importante, la situación de personas en espera con una situación social... Y hay grupos y hay experiencias previas en priorización de pacientes en lista de espera. Se ha hecho, sobre todo, en procedimientos quirúrgicos: cataratas, prótesis de cadera, algunos procedimientos. Se ha hecho alguna experiencia, no hay muchas en el ámbito del Estado, pero en la comunidad catalana se han hecho experiencias y esto es una vía que tenemos que abrir con la participación, evidentemente, de los profesionales.

Al representante de Bildu. La lista de espera quirúrgica ha aumentado, evidentemente. Yo creo que hemos reseñado –y también coincido con usted en ello– que tenemos que intentar mejorar nuestras incidencias en el ámbito quirúrgico. Yo creo que lo estamos intentando, y de manera clara, además. Lo he explicado en la presentación. Coincido con usted en que hay que mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria. Es así. He dicho antes un dato muy significativo –no he querido entrar en estudios de la demanda–, estamos estudiando las demandas por especialidades internamente en el complejo. Y tenemos prácticas y

conclusiones que son extraíbles y, evidentemente, no he entrado porque ni tenía oportunidad ni tenía tiempo para hacerlo. Pero hay que trabajar con la Primaria. Es que es obvio, y hay que mejorar la capacidad resolutoria de la Primaria. Recuerdo que el 60 por ciento de la demanda viene desde Primaria, pero el 40 por ciento está en el ámbito de la Especializada. No tenemos que quedarnos con la imagen de que es la Primaria la que genera las listas de espera. La Primaria es la sala de estar de los pacientes, que se pasean por los hospitales, no están. Las visitas del hospital, la sala de estar, está en la Primaria. Los pacientes están en la Primaria y, circunstancialmente, se pasean por el hospital. Es una metáfora un poco... así, pero es que eso tampoco lo podemos perder de vista, y así estamos.

Ay, perdón, pues voy rápido. Mire, hemos bajado la actividad de las consultas... Esto me gustaría aclararlo, es un concepto... Las actividades no presenciales, ¿en qué hemos bajado? En aquellas primeras consultas no presenciales procedentes de la Primaria. ¿Qué significa eso? Es una actividad que lo que pretende es reducir el número de pacientes en esperas, donde el número de pacientes es muy importante. Es una medida que lo que hace es sustituir la demanda de primeras consultas que hace el médico de Atención Primaria. Evidentemente, solo hay que utilizarlo de manera extraordinaria y excepcional, porque el médico de Atención Primaria, cuando pide una primera consulta, pide una primera consulta presencial, no pide que el médico especialista le conteste con un correo o en la historia clínica. ¿Me explico? Con lo cual, lo importante en las actividades presenciales es que vayan disminuyendo las primeras consultas no presenciales procedentes de Primaria y respetar la petición de las consultas presenciales, que es lo que hace. Por eso, Trauma, para aligerar en la etapa anterior su lista de espera, ¿qué hizo? Aumentó la actividad de las presenciales y también aumentó la actividad de las no presenciales. Y lo que es importante para que no repercuta en la demanda es fomentar las interconsultas no presenciales, que es una comunicación entre los dos niveles asistenciales que se hace a través de la historia clínica y evita derivaciones innecesarias al ámbito de la consulta externa de las primeras visitas. Acabo enseguida, de verdad.

Jefe de unidad de accesibilidad. No vamos a aumentar la estructura. Una unidad administrativa. Es que es muy importante que haya una unidad que se encargue de la accesibilidad de los ciudadanos. Es que es muy importante. Y eso gestiona derechos de las garantías, contestaciones, quejas, reclamaciones. Es que es así, lo más importante en los casos de reclamaciones. Y no vamos a aumentar la estructura. No. Es una unidad administrativa, no es crear una estructura. De verdad, que en eso somos sensibles y coincido con usted.

Los pacientes no acuden por muchas razones, pero el porcentaje es el que es: 5 por ciento en primeras consultas en el 2015 y 5 por ciento en sucesivas. Es un número importante de los que no acuden. La mayoría de ellos intentamos reprogramarlos y con los que no acuden y no justifican su razón, evidentemente, aplicamos lo que dicen la ley, que pasan a lista de espera no estructural, pierden las garantías de espera e, incluso en algunos casos, vuelven a la Atención Primaria. Con lo cual, yo creo que estamos haciendo una gestión buena en los que no acuden. Para eso, es muy importante tener la programación de agendas bien hecha. Cuando uno programa muy bien las agendas, el primer impacto que tiene es la disminución del número de las personas que no acuden. Aumentan durante el periodo estival y disminuyen en esto. Pero es muy importante programar las agendas, porque cuando una persona sabe qué día tiene la cita, pues, evidentemente, aunque sea dentro de dos meses –con perdón, y no lo digo

en sentido menor–, pues sabe que ese día no puede irse al monte a pasear. Y si no hacemos la cita desde Atención Primaria, pues es muy importante la programación de las agendas porque los pacientes salen con la cita de Atención Primaria y se evitan los que no acuden. Y una de nuestras mejoras importantes es mejorar la programación de las agendas a tres y a seis meses, que se incluye en todos los pactos de gestión de los servicios clínicos. En los nuevos modelos de pactos de gestión que estamos diseñando, y estamos trabajando con los servicios, se incluyen, expresamente, objetivos de programación de agendas y objetivos de no cancelación de consultas por causa nuestra, por desprogramaciones de consulta a causa de nuestros profesionales o del funcionamiento del hospital. Y va incluido en los pactos de gestión.

Acabo enseguida. Podemos; la apertura de domingos y festivos, evidentemente, se hará ajustándose a la normativa en el área de personal sin ninguna duda. A la representante del PSOE; indicadores de espera media, coincido con usted. Hemos puesto indicadores de espera media. Hemos puesto indicadores de espera media y es lo que nos preocupa. Yo coincido con su apreciación, no importan los que esperan, importa cuánto se espera. Importa cómo vive el que espera lo que espera, que no todos vivimos igual las esperas. La vivencia personal. Hay estudios hechos según los cuales los pacientes esperan, normalmente, una media de treinta, treinta y cinco días, para tener una primera consulta. Evidentemente, nuestra espera media no está en eso, tenemos que llegar a eso, esperemos conseguirlo.

Aumenta la estacionalidad, está claro. Nuestras vacaciones, nuestras formas. Por eso, cualquier norma para poner orden... Porque tenemos un compromiso con los pacientes. Tenemos un derecho a las vacaciones, que lo recoge la normativa, pero tenemos un compromiso con los pacientes. Tenemos que organizarnos y todos los hospitales tenemos que mejorar en la organización de la consulta externa, que no es nuestra hermana pobre, para nada; cada vez tiene más importancia en nuestro trabajo la consulta externa.

Ginecología, CAM. Coincidió ayer con alguna reunión. No es normal que... Ayer había una reunión de representación de un nuevo decreto en relación con el tema de los CAM y estaba convocado todo el servicio, todas las personas del servicio, a una reunión de ocho a diez de la mañana. Quería dejar claro eso.

Pactos de gestión con indicadores. Traumatología, priorización de procesos. Coincidió con su planteamiento totalmente. Y agradezco también el reconocimiento que hace de que peonadas, recursos económicos sin ningún control, sin ningún objetivo, sin ninguna estrategia, no hacen más que empeorar el problema a la larga.

Y termino ahora ya con Izquierda Unida. Yo le agradezco, de verdad, sus palabras, también porque yo creo que estamos todos en el mismo tren. Tenemos que seguir mejorando la apertura de nuestras estructuras en horario de tarde. Los ciudadanos no entienden que tengamos nuestras estructuras cerradas cuando estamos esperando días y días a que nos atiendan. Es difícilmente comprensible y tenemos que hacer un esfuerzo continuado, mantenido y así va a ser, es que no puede ser de otra manera. Y también mejoramos la programación de horarios de mañana y de horarios de tarde.

Miren, todas las medidas son –se lo digo para terminar– a medio-largo plazo y son permanentes, mientras estemos en el complejo. Y cualquier gestión de la lista de espera no

puede obviar esa realidad. No sirven medidas para arreglarnos la estética de nuestras listas de espera. No, no. Eso no soluciona nada. Eso no es gestión. Vuelvo a recalcar que agradezco la oportunidad que me han dado de presentar en esta mesa. Vuelvo a recalcar el compromiso que tenemos como equipo directivo, el encargo que tenemos del departamento y de las políticas que claramente ha marcado el Consejero en temas de lista de espera y accesibilidad en la sede del Parlamento, y recalcar, de verdad, la participación, la colaboración, el compromiso de los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios en mejorar o intentar mejorar la situación de la lista de espera en el complejo. Muchas gracias, eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias a usted, señor Merino. Siento esta dilatación de los tiempos, me daba pena que no contestara a todos los portavoces. Pido disculpas por mi parte, también. En el segundo punto del orden del día de la sesión de hoy vamos a procurar ajustarnos un poquito más a los tiempos. Por eso quiero también que empecemos puntuales con sus compañeros a las doce, así que, por nuestra parte, muchísimas gracias al señor Merino, al señor Berjón y a la señora Ochoa. Hasta cuando quieran. Eskerrik asko. Se suspende un momento la sesión. Reanudamos en dos minutos.

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 58 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 07 minutos).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Director del Hospital Reina Sofía de Tudela para explicar el incremento de las listas de espera en varias especialidades de ese hospital.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Eguerdi on. Silencio, por favor. El intento de haber comenzado a las doce ha sido fallido, pero a ver si para y diez podemos tener la suerte de que esté interviniendo ya el compareciente. Para eso, vamos a ir rápido con el segundo punto del orden del día de la sesión de hoy, comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del director del Hospital Reina Sofía de Tudela para explicar el incremento de las listas de espera en varias especialidades en ese hospital. Para ello, contamos con la presencia del director, del gerente, del Área de Salud de Tudela, don Benigno Pérez; también nos acompañan don César Milagro, jefe de Admisión; doña Ana Carmen Jaso, jefa del Servicio de Atención Primaria, y doña Ana Beamonte, jefa de Personal. Eskerrik asko, muy bienvenidas, muy bienvenidos. Tiene la palabra el solicitante de la sesión, por parte del Partido Popular, el señor García. Cuando quiera.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias, Presidenta. Buenos días otra vez. Agradezco el hecho de que estén aquí para dar respuesta a la solicitud de comparecencia del Partido Popular para dar explicación del problema generalizado que existe en el conjunto de Navarra, pero también en el Hospital Reina Sofía de Tudela, y ver cuáles son las medidas que han puesto en marcha desde la dirección del hospital y qué líneas tiene previstas para trabajar para reducir estas listas de espera. Hay información constante, evidentemente, en la Ribera, sobre la situación actual en la que se encuentra el hospital, y qué mejor que conocer la opinión de primera mano del director, así como de los responsables del área de Tudela, sobre la situación en la que se encuentra en cuestiones como la lista de espera.

A nosotros, al Partido Popular, es una cuestión que nos interesa, independientemente de que se hable o no, o de que algunos portavoces, aquí, en la anterior comparecencia, digan que estamos hablando siempre de lo mismo. Entendemos que hablar de aquello que importa al conjunto de los ciudadanos navarros, algo tan importante como la salud, es siempre bien recibido. En este caso, insisto, son preocupaciones patentes por parte de la ciudadanía en general y nos parece más que importante que los responsables del área de Tudela, en especial del hospital de Tudela, den debida cuenta de la situación en este caso. Con lo cual, dejo la palabra al señor Pérez para que dé las explicaciones oportunas y, a partir de ahí, nosotros haremos una valoración al respecto. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Eskerrik asko zuri, García jauna. Orain bai. Tiene la palabra el señor Pérez, cuando quiera.

SR. DIRECTOR DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA (Sr. Pérez Martínez): Buenos días y gracias a todos y a todas por esta invitación a comparecer nuevamente aquí, en el Parlamento, ante la Comisión de Sanidad, para informar sobre la evolución de las listas de espera del área de Tudela.

En primer lugar, me gustaría empezar esta comparecencia reiterando y haciendo público mi agradecimiento y reconocimiento al esfuerzo de todos los profesionales del área, que, siguiendo las líneas estratégicas del departamento en lo que se refiere a gestión y eficiencia, están consiguiendo mejorar y optimizar la actividad, lo que se traduce en un claro beneficio en la atención a la población de la Ribera. La implicación de todos los profesionales en la correcta y transparente gestión de las listas de espera está suponiendo un verdadero esfuerzo en la gestión de los pacientes según sus necesidades, ofreciendo no solo una atención más rápida, sino también –y quiero recalcar esto– adaptada a la situación particular de cada uno.

La lista de espera es fruto de una desadecuación entre la oferta y la demanda, y depende de los recursos. Si no hubiese listas de espera, significaría que sobrarían recursos. Lo importante es que no haya pacientes graves en estas listas y pacientes no atendidos en los plazos adecuados a su patología. El proceso de programación de cualquier actividad asistencial precisa de un periodo de tiempo para su correcta planificación y organización del servicio asistencial que se presta a los pacientes, un tiempo de espera técnica. Se han realizado innumerables estudios y los resultados, en general, muestran que, en asistencia sanitaria, la oferta genera demanda. Las listas de espera son un problema estructural de los servicios sanitarios. Por tanto, hay que dirigir los esfuerzos a que estén correctamente gestionadas. No todos los pacientes están insatisfechos cuando el periodo de espera es razonable o la limitación en su capacidad funcional o en su calidad de vida es reducida. Tampoco existe una clara evidencia científica que relacione un incremento presupuestario con reducción a largo plazo de estas. No garantizan la reducción a medio y largo plazo, por lo que incrementar solamente los recursos sin examinar críticamente las indicaciones de inclusión no sería una respuesta apropiada. Es preciso desarrollar y aplicar criterios de inclusión y definir cuánto tiempo puede esperar una patología con una supervisión continua para asegurar la priorización de pacientes. Y hablo de seguimiento; seguimiento y supervisión continua de los planes.

La respuesta tradicional a las listas de espera ha sido la de aumentar recursos, el número de consultas, aumentar el número de intervenciones quirúrgicas, contratación de más personal, sobre todo, mediante jornadas extraordinarias o derivación de pacientes. Estas medidas, por sí solas y en sí mismas, no resuelven el problema, porque el aumento aislado de recursos, los planes de choque, son solo parte de la solución a largo plazo. Solamente con sistemas de clasificación, priorización de pacientes, monitorización, supervisión, seguimiento, auditoría y evaluación adecuados, el incremento presupuestario se traducirá, realmente, en mejoras allí donde deben obtenerse en términos de salud de la población.

En la estrategia de abordaje de las listas de espera, que debe ser global, existen acciones con eficacia a corto plazo y otras con eficacia a medio y largo plazo. Pero, en cualquier caso, existen diferencias entre las medidas que pueden adoptarse en diferentes hospitales. En un hospital como el Reina Sofía, el problema puede agravarse por el menor número de profesionales, por tener las plantillas más ajustadas, que hace que, en momentos puntuales y por diversos motivos, incapacidades temporales, traslados, esta carencia se acentúe.

En el momento actual, la asistencia a nivel hospitalario en el área de Tudela presenta problemas de accesibilidad, sobre todo en pacientes afectados de patología osteoarticular. Las especialidades de Rehabilitación, Raquis y Reumatología acaparan el mayor número de pacientes en lista de espera. Y una de las principales causas ha sido que, durante 2015, se han producido varias bajas laborales en estas especialidades, unido a la enorme dificultad de encontrar profesionales para cubrir las vacantes. No podemos olvidar que estamos a menos de cien kilómetros de ciudades como Pamplona, Logroño y Zaragoza, con hospitales grandes que ofrecen una cartera de servicios más amplia, lo que hace que los profesionales tengan sus preferencias por irse a trabajar allí. También han presentado problemas marcados la especialidad de Radiología y Anestesia por bajas en sus profesionales. Las acciones que se están desarrollando y que se van a desarrollar se enmarcan en dos ámbitos temporales: acciones a corto plazo y acciones a medio y largo plazo.

En primer lugar, adecuar la demanda junto con Atención Primaria. Es una medida que también es eficaz a medio y largo plazo. ¿Qué se ha hecho? Se ha establecido un plan de trabajo –esto es lo que se ha hecho hasta ahora– con los equipos de Atención Primaria y el hospital, para unificar criterios comunes de derivación, en consultas ordinarias, preferentes e interconsultas no presenciales. Se han identificado responsables comprometidos en los equipos de Atención Primaria y el hospital, comenzando por las especialidades de Traumatología, Urología, Cardiología y Medicina Interna. Desarrollo de las interconsultas no presenciales; ya está funcionando la interconsulta no presencial de Cardiología y la de Alteraciones Analíticas en Medicina Interna.

En segundo lugar, se está realizando un seguimiento de la demanda, el motivo y número de la derivación en la especialidad de Traumatología. Este análisis se pone en conocimiento de los directores de los equipos de Atención Primaria para incorporar medidas de apoyo y de formación para adecuarla.

En tercer lugar, nuevas contrataciones de personal.

En diciembre de 2015 se contrató a un urólogo para cubrir parte de una jornada reducida y disminuir la lista de espera, y a un traumatólogo para cubrir una baja por maternidad.

En el mes de febrero se ha contratado a un reumatólogo y un anestesista para cubrir una vacante por jubilación. Esto ha permitido la salida adicional de sesenta y ocho pacientes de la lista de espera de Reumatología.

También en el mes de febrero se ha contratado a un profesional de rehabilitación a tiempo parcial que realizará cuatro jornadas al mes. Vienen a apoyarnos profesionales del complejo y de Estella para esta especialidad por la tarde.

Derivaciones a los pacientes de Traumatología fuera de plazo de ley de garantías; se les ha ofrecido ser remitidos a centros concertados para intervenciones quirúrgicas, en concreto, hablamos de unos 79 pacientes.

A mediados de febrero se comenzó un envío extraordinario de pacientes para realizar resonancias magnéticas. Se han identificado aquellos casos que necesitan ser priorizados. En concreto, se ha reducido en unos 370 pacientes; de 1.859 a 1.489. Se han realizado jornadas extraordinarias de tarde en Rehabilitación.

A la espera de la finalización del periodo de formación MIR en esta especialidad, en la unidad de Raquis hemos sido apoyados por profesionales del complejo y del área de Estella, lo que permite realizar ocho consultas semanales a mayores. A 31 de diciembre de 2015 –voy a empezar a darles datos–, había 945 pacientes en espera, y a fecha de 31 de marzo de 2016, son 458 pacientes. Es decir, se ha reducido la lista de espera en 487 pacientes, una reducción del 52 por ciento para esta especialidad.

En enero, se comenzó con actividad extraordinaria de ecografía y TAC; ecografías que nos ha permitido la salida adicional de la lista de espera de unos 366 pacientes, lo que supone un 18 por ciento de la lista de espera. En TAC se han realizado sesiones en febrero y marzo, lo que nos ha permitido la salida adicional de unos 89 pacientes, un 11 por ciento de la lista de espera de TAC.

Jornadas extraordinarias de Anestesia, y digo jornadas extraordinarias como consecuencia de dos situaciones de incapacidad temporal –una de ellas de larga duración– que han surgido en la especialidad de Anestesia, para poder mantener actividad quirúrgica programada y de endoscopias.

Interconsultas no presenciales. Ya son una realidad la de Cardiología y la de Alteraciones Analíticas en Medicina Interna. Posteriormente se irán incorporando Dermatología, Urología, Digestivo y el resto de las especialidades.

Aumento del número de pacientes en agenda en especialidades como Dermatología.

Apoyo de Medicina Interna a especialidades como Hematología, iniciando una unidad multidisciplinar en Medicina Interna.

Reprogramaciones quirúrgicas y aumento de los rendimientos de quirófano. En Traumatología se ha aumentado el número de pacientes programados, se ha aumentado un quirófano más a la semana, lo que produce un aumento del 10 por ciento de los rendimientos quirúrgicos.

Acciones a medio y largo plazo. Medidas de reordenación de la atención para conseguir el equilibrio entre la oferta y la demanda, que permitirá la sostenibilidad del sistema. Circuitos rápidos de atención en sospecha fundada de cáncer de colon, mama y pulmón, que son los cánceres con mayor prevalencia. Interconsultas no presenciales, acuerdo de procedimientos de derivación de ordinaria y preferente, acuerdos de altas a pacientes en seguimiento periódico en Atención Especializada para seguimiento por Atención Primaria, desarrollo efectivo y despliegue del programa de atención a pacientes pluripatológicos y crónicos. Desarrollo, en definitiva, del gran proyecto del área, la gestión por procesos, romper con el modelo tradicional –fragmentado– disminuyendo la variabilidad clínica y aumentando la agilidad del sistema. Aumento de las consultas de alta resolución y acto único, disminuir el tiempo medio de espera de los pacientes más graves, establecer procesos especiales que garanticen una espera mínima en pacientes graves en acuerdos con las sociedades científicas y que tienen que tener el apoyo de los profesionales y los ciudadanos. Desarrollo de instrumentos para programar según la prioridad clínica, la antigüedad, y sistemas de puntuación con criterios clínicos, funcionales y sociales.

Con estas medidas, se pretende reducir las listas de espera hasta llegar a atender a todos los pacientes por debajo del plazo establecido por la ley de garantías y los objetivos firmados en los pactos de gestión, siempre priorizando los pacientes más graves y no programándolos como medias aritméticas.

Intentaremos un compromiso e intentaremos gestionar menos de cuarenta y cinco días para consulta ordinaria, menos de quince para preferente y muy por debajo de la ley de garantías, por debajo de los cien días según el proceso de intervención quirúrgica.

Nunca estaremos satisfechos mientras haya un paciente esperando más tiempo del que su patología permita, pero los datos que nos va dejando el paso del tiempo, desde que la gestión es responsabilidad nuestra, indican que estamos en la dirección adecuada.

En resumen, y con las medidas tomadas hasta la fecha de hoy, con datos a 31 de marzo de 2016 y partiendo de datos de 31 de diciembre de 2015, se reduce el número de pacientes en espera. En consulta, pasamos de 5.493 a 4.831, 662 pacientes menos, un 12 por ciento de reducción. Un 12 por ciento de reducción. En intervenciones quirúrgicas, de 831 a 735 pacientes esperando, es decir, 96 pacientes menos. Reducción más marcada si la comparamos con datos de septiembre de 2015, cuando mi equipo directivo y yo nos hicimos cargo de la gestión del hospital. En consulta, de 5.534 a 4.831, es decir, 703 pacientes menos que en septiembre de 2015. En intervenciones quirúrgicas, 119 pacientes menos, o sea, una reducción ya del 14 por ciento en el número de pacientes que esperan a una intervención quirúrgica.

Voy a darles los datos de las especialidades más preocupantes para que puedan ver cómo han afectado los programas que hemos realizado. En la especialidad de Raquis, tienen esta gráfica en la que partimos de 945 pacientes en diciembre de 2015 y estamos en marzo de 2016 en 458 pacientes, la mitad. La mitad. Una reducción del 51,53 por ciento. Si lo comparamos con

septiembre de 2015, de 759 a 458, una reducción de casi el 40 por ciento. Pero es que si lo comparo también con marzo de hace un año, con marzo de 2015, seguimos teniendo una reducción de 61 pacientes, y hablamos de que en marzo de 2015 está la plantilla completa, 4 especialistas. Yo no tengo la plantilla completa. Comparando con datos de hace 1 año. Un 11 por ciento menos de pacientes. Hablamos de la gestión de un equipo directivo en 6 meses.

Reumatología. De 455 pacientes que hay en diciembre de 2015 a 301 pacientes que esperan hoy. Es decir, un 33,84 por ciento menos de pacientes. Si comparamos con septiembre de 2015, hablamos de una reducción de 112 pacientes en esta especialidad, un 27,11 por ciento menos. Y si lo comparamos con hace un año, con marzo, en la misma fecha de 2015, seguimos hablando de una reducción de casi un 18 por ciento en el número de pacientes de esta especialidad.

La especialidad de Traumatología. Esta es la evolución desde marzo. En las listas de esperas suelen compararse épocas similares y tienen ahí el evolutivo desde marzo de 2015 en consultas hasta marzo de 2016. Como pueden ver, hay diferencias marcadas. Con marzo de hace un año, hablamos de 470 pacientes menos. Hoy esperan en el área de Tudela una consulta de Traumatología 470 pacientes menos de los que esperaban hace un año. La diferencia con septiembre es de 346 pacientes. En marzo de 2015, esperaban una consulta de Traumatología 1.544 pacientes y hoy esperan 1.074 pacientes. Repito, 1.544, 1.074.

La especialidad de Urología. En septiembre de 2015 esperaban una consulta 340 pacientes; en diciembre, 297; en febrero, 162, y en marzo, 127. Es decir, una diferencia del 62 por ciento con respecto a diciembre. Y de la mitad si comparamos con hace un año. En marzo de 2015 esperaban 234 pacientes una consulta de Urología, hoy esperan 127. En cuanto al total de pacientes en espera de consulta, pueden ver aquí la evolución desde septiembre hasta ahora. Hablamos de una reducción de 703 pacientes, un 12,70 por ciento, casi un 13 por ciento menos de pacientes. Y también con respecto a marzo de 2015, una reducción de 170 pacientes.

En intervenciones quirúrgicas, en la especialidad de Traumatología, tenemos 428 pacientes en espera a 31 de marzo, es decir, un 26 por ciento menos que en diciembre y un 22 por ciento menos que en septiembre. Si comparamos con marzo de hace un año, tenemos una reducción de casi un 15 por ciento menos, es decir, 501 en marzo de 2015 frente a los 428 que esperan ahora.

En Cirugía General, otra especialidad importante del hospital, en marzo de 2016 esperan 23 pacientes menos que en septiembre. El total de pacientes en espera con respecto a septiembre de 2015, es de 854 frente a 735, es decir, que hablamos de un 14 por ciento menos de pacientes en cirugías, 119 pacientes menos. Si comparamos con marzo de hace un año, también tenemos una reducción muy marcada, de casi un 9 por ciento en el total de pacientes del área, 72 pacientes menos.

En cuanto a las demoras medias, también les diré –porque en la lista de espera no solo es importante el número de pacientes que esperan, sino que creo que más importante todavía son las demoras medias de esas personas que están esperando– que, a 31 de marzo, se sitúa en 71 días en el área de Tudela, 46 días menos que en diciembre de 2015, 31 días menos si

comparamos con septiembre de 2015 y 26 días menos con respecto a marzo de 2015. Estos son los datos, 26 días menos si comparamos con respecto a marzo de 2015. Repito: 31 días menos que en septiembre de 2015, 71 días frente a 102; 46 días menos si comparamos con diciembre de 2015 y 26 días menos con respecto a hace un año, cuando esperaban 97 días los pacientes del área de Tudela.

Pacientes fuera del plazo de ley de garantías. A 31 de marzo, tenemos 77 pacientes fuera de plazo de ley de garantías, 102 menos que en septiembre de 2015, es decir, un 57 por ciento de reducción, más de la mitad; 106 menos que en diciembre de 2015, un 58 por ciento menos, y 87 menos que en marzo de 2015, un 53 por ciento menos. Hablaba antes de gestión no como medias aritméticas, sino priorizando a los pacientes por patología, por antigüedad y por sus particularidades. Aquí tienen un ejemplo de ello. Pacientes fuera de ley de garantías, 102 menos que en septiembre de 2015, 87 menos que en marzo de 2015.

En resumen –no me quiero extender–, ¿por qué? Porque hay una implicación absoluta de nuestros profesionales. Esto lo recalco y lo diré: ellos son los protagonistas y los que han hecho esto, nuestros profesionales, nuestro máximo agradecimiento para ellos. Adecuación de la demanda, criterios de priorización de pacientes, patologías, factores sociosanitarios no como medias aritméticas. Les aseguro que es muy fácil programar a los pacientes como medias aritméticas y bajar los datos de lista de espera. Criterios comunes de derivación y actuaciones que disminuyen la variabilidad clínica y agilizan el proceso asistencial. Seguimiento, evaluación, monitorización de las medidas puestas en marcha, que se está haciendo semanalmente desde el hospital. Desarrollos de consultas de alta resolución y no presenciales, aumento del número de pacientes en agendas y apoyo entre las especialidades según procesos asistenciales, reprogramaciones quirúrgicas y consiguiente aumento de los rendimientos de quirófano, desarrollo de circuitos rápidos en patologías de gravedad, despliegue del programa de crónicos y pluripatológicos. En definitiva, desarrollo del área de Tudela como área integrada, con gestión por procesos, con gestión transversal y no piramidal, aunando Atención Primaria, Atención Especializada, salud pública y lo sociosanitario también, y lo sociosanitario. Muchas gracias a todos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Pues muchas gracias a usted, señor Pérez, por ceñirse al tiempo. Muchas gracias por la exposición. Ahora, turno de los portavoces y las portavoces para hacer las consultas que quieran. Posteriormente, haremos un breve receso antes de su réplica. Ahora, turno de portavoces. Cuando quiera, y en primer lugar, el solicitante de la comparecencia. Por el Partido Popular, el señor García.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias, señora Presidenta, otra vez. En primer lugar, quiero agradecer, cómo no, la comparecencia del señor Pérez, así como al equipo que le acompaña. Antes de que se me olvide y empiece a valorar la intervención, a la una y media me tengo que ir, entonces, me quiero disculpar por si no puedo escuchar luego la réplica. Ya siento tener que marcharme, en este caso, por obligado cumplimiento.

Evidentemente, me interesa lo que me pueda decir luego y más contestar a una serie de preguntas. Hacía referencia usted a una terminología –ya es cuestión de terminología–, jornadas extraordinarias de tardes, lo que podemos llamar «autoconcertación» o lo que podemos llamar «peonadas». El significado –he tenido tiempo para poder buscarlo– es

«sistema por el cual la Administración redirige a la jornada extraordinaria, por la tarde, una carga de trabajo que, por los límites de su propia plantilla, no puede afrontar en horario habitual por la mañana»; evidentemente, con el coste que conlleva. Entre paréntesis pone «mejor pagados». No sé si esa puede ser la definición que la señora Ruiz ahora defiende en este caso y haciendo alusión a las cuestiones que ya ha puesto en cuestión en este caso. Llámelo usted como quiera, «autoconcertación», llámeme «peonadas», llámeme «jornadas extraordinarias de tardes», pero el objetivo es el mismo, cobran más por trabajar por la tarde y poder eliminar las listas de espera. Es claro y aquí, en este caso, se ha hablado también de contratación de personal por falta. Evidentemente, muchísimas personas nos hemos visto afectadas por la falta de personal, en este caso de anestesista, por la situación en la que se encontraba el hospital de Tudela. Parece ser que esa situación, por lo menos, se ve que mejora. Por lo menos no me toca comprobar que así es.

Pero, bueno, ha dicho algo muy importante y es verdad, y es lo que el Partido Popular viene reivindicando hace muchísimo tiempo, el hecho de que en la Ribera las características de la población son muy diferentes a las que existen en Pamplona, de ahí que la población ribera – podemos decirlo– tenga desventajas, entre ellas, en materia sanitaria y, en este caso, haciendo una puntualización con respecto a lo que decía el señor Pérez, hay muchísimos profesionales que, evidentemente, no quieren trabajar en el hospital de Tudela. De ahí que, por parte de este Gobierno, en el momento en que empiece a creer seriamente en la Ribera, se podría empezar a desarrollar cuestiones en el ámbito social, cuestiones en el ámbito económico y, sobre todo, cuestiones en el ámbito sanitario. Pero, insisto, lo primero que hay que hacer es creer en la Ribera y dar esa confianza a los ciudadanos de la Ribera, para poder avanzar en muchísimas materias, entre ellas la sanitaria, porque, como digo, la situación de la Ribera es que vivimos en una constante desventaja en cuestiones del ámbito sanitario y nos tenemos que trasladar a Pamplona para según qué cuestiones. En este caso, yo creo que también hay que ayudar a esos desplazamientos.

Pero volvemos al tema y volvemos a las listas de espera. Hacía alusión a una serie de datos, datos que la ciudadanía ha podido ver mejorados, pero a través de derivaciones a otras clínicas. Entiendo que puede ser también una circunstancia coyuntural, dada la situación en la que se encontraban las listas en Navarra. En derivaciones y peonadas. Lo mismo que antes. Es una solución que para nada soluciona el problema a largo plazo, independientemente de que siempre tenga que existir porque siempre hay demanda, en eso estamos completamente de acuerdo, siempre tiene que existir demanda y, evidentemente, no somos partidarios de que sobren recursos. Con lo cual, no satisface las necesidades del conjunto de la ciudadanía y, evidentemente, soluciones como esta no eliminan el problema que existe, sino que se soluciona provisionalmente, pero de cara al futuro ninguna solución que se haya planteado en este caso. Con lo cual, también echo en falta esa serie de medidas que, en función de las características especiales que tiene la Ribera, por parte del Gobierno, por parte del Departamento de Salud, en este caso, se insista en cuestiones tan importantes como esta. Como digo, soluciones poco efectivas de cara a reducir las listas de espera en el futuro. Sí que podemos aceptar a corto plazo esta serie de medidas. Por cierto –y lo he dicho anteriormente y lo reitero–, creemos que el entendimiento entre los recursos públicos y los recursos privados es la mejor forma de garantizar un beneficio al conjunto de la ciudadanía navarra. Yo creo que tenemos una serie de recursos a nivel público y otros a nivel privado que, evidentemente, hay

que hacerlos encontrarse para mejorar el servicio. Es algo en lo que no nos escondemos, sino todo lo contrario. Hay que garantizar un servicio público, efectivamente, para el conjunto de la ciudadanía, pero acompañado con los recursos de los que disponen las empresas privadas. Eso sí, mantengo lo de una gestión o unos recursos públicos y una sanidad pública e universal.

Insisto en lo mismo: las características de la población de la Ribera son muy diferentes y ninguna de las soluciones planteadas dan solución a estas condiciones o características que vive el área de Tudela. Insisto en que he echado en falta cuestiones, mejoras, de cara al futuro, para garantizar la reducción de las listas de espera.

Luego hay una cuestión que también me parece que es importante, que también supongo que habrá sido motivo para reducir estas listas, que es la eliminación de consultas sucesivas, en varias especialidades en la Ribera. Conozco casos porque, evidentemente, me han trasladado una serie de casos y, entonces, yo quería saber si es cierto o no es cierto que es así. Y una serie de pruebas complementarias que, bueno, se han derivado también a otras clínicas privadas, entiendo, por la falta de recursos que existen, con lo que ello conlleva; solo el desplazamiento a Pamplona, etcétera. Con lo cual, insisto en problemas organizativos –no sé si existen o no– que puedan justificar también estos fallos, entendiendo el problema y la problemática que existe en cuestiones del ámbito médico en la Ribera, en el ámbito profesional de los médicos de la Ribera, en este caso.

Es una pena, la verdad, no poder escuchar la réplica, pero me gustaría saber, aparte de lo que ha dicho, porque hay partes en las que podemos coincidir... En cifras, hay algunas cuestiones en las que no estoy totalmente de acuerdo. Yo me he basado en los datos que aparecen en la página web del Gobierno de Navarra. Con la demora, existe un porcentaje muy alto de demora con respecto a años anteriores. Con lo cual, creo que ese también es un problema que debemos atajar. El paciente de la Ribera sigue esperando muchísimo tiempo para ser atendido, independientemente de que la solución que se esté dando ahora sea derivarlos a clínicas privadas, pero sigue existiendo ahí esa demora y, evidentemente, esa lista de espera.

Insisto en que creo que podrá plantear luego algunas cuestiones que tengan ya en mente, si es que las tiene, claro, el Gobierno de Navarra y, claramente, los responsables del área de Tudela para atajar este problema que persiste hoy en día. Sin más, espero recibir respuesta, independientemente de que esté o no, un planteamiento que exista y la línea de actuación que tengan los responsables del área de Tudela. Para nada hay que estar satisfechos con estos resultados. Lo decía también el director del Complejo Hospitalario. Ni la ciudadanía está satisfecha con la sanidad ni, evidentemente –espero y creo–, la mayoría de los dirigentes estamos satisfechos con lo que existe más allá del esfuerzo que hace, diariamente, el conjunto de los trabajadores de la sanidad pública navarra. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Eskerrik asko zuri, García jauna. Ahora es el turno para la portavoz de Unión del Pueblo Navarro, la señora Ganuza. Cuando quiera.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Presidenta. En primer lugar, quiero agradecer la comparecencia al señor gerente del hospital de Tudela y al equipo que le acompaña. Muchísimas gracias por haber venido. La verdad es que comparto las líneas estratégicas que nos ha explicado aquí hoy en su comparecencia, pero, claro, ahora le falta llevarlas a la práctica. Veo que ya han

empezado a llevarlas a la práctica, sobre todo este mes de marzo, porque la verdad es que yo estaba muy preocupada por el hospital de Tudela, porque una de las pocas medidas respecto a las listas de espera que yo conocía en el hospital de Tudela era una medida que propuso usted que creo que, afortunadamente, no se llevó a la práctica, pero me lo va a decir usted. Es el retorno del paciente al médico de cabecera a instancias del especialista para volverlo a valorar. Yo creo que no se llevó a la práctica, pero, bueno, me lo explica. Entonces, si se llevó a cabo, la verdad es que este peregrinaje del sufrido paciente se traduciría, desde luego, en una ilusoria justificación de las listas de espera.

Lo alarmante en el hospital de Tudela, por lo que usted me ha explicado, creo que son los tiempos de espera de los pacientes, y que usted, en estos seis meses que lleva, no ha sido capaz de responder a este gran problema de los ciudadanos de la Ribera. De las medidas que usted ha explicado, la mayoría estaba ya implementada en la pasada legislatura. Le recuerdo yo la insistencia de cómo sacaban pancartas un día sí y otro también reivindicando los problemas de los que se sigue resintiendo hoy el hospital de Tudela. Si todo esto es el cambio que profetizaban, para este viaje no necesitamos estas alforjas.

En Tudela, asiduamente, se cancelan actividades quirúrgicas. Todos hemos sabido, ya lo ha explicado, por falta de Anestesia. Ya ha explicado usted los motivos. Luego, también, el programa de cribado del cáncer de colon la verdad es que sufre muchos retrasos, muchas variaciones. La segunda vuelta creo que ya ha empezado, tenía que haber empezado en enero, pero creo que ya ha vuelto, me lo dice usted si ya han vuelto a empezar la segunda vuelta del cribado. La consultas de Trauma, Raquis, como usted ha dicho, la verdad, son alarmantes por sus días de espera. Reumatología, Anestesia. Y, luego, lo que no ha comentado apenas son los datos de las pruebas complementarias, que yo veo que son inadmisibles. Tengo aquí algunos datos para realizar una mamografía, que esperan cincuenta y tres días más que hace un año; para una resonancia magnética –bueno, algo de resonancia ya ha explicado– esperan ochenta y tres días más que hace un año; para la ecografía hay muchísimas más personas y esperan ciento cinco días más que hace un año –algo ha dicho también– y, luego, la colonoscopia, que esperan setenta y nueve días más que hace un año.

Yo creo que, ante esta situación, por favor, si puede, concréteme las medidas a corto, a medio y largo plazo para solventar estas listas de espera. Ha dado unas pinceladas, pero yo quiero más concreción. Dígame el presupuesto que ha empleado ya y el que va a emplear, lo que le han costado las nuevas contrataciones de personal, pero no solo de personal médico, habrá que tener que contratar a más personal, porque con los médicos no hacemos nada. ¿En qué otras especialidades van a hacer programas extraordinarios y cuándo? Ha explicado algunas, pero a ver si van a hacer en otras. Y ¿en qué procesos va a establecer priorización clínica con tiempos máximos de espera? También ha explicado las consultas presenciales en las especialidades que se han impuesto ya, pero quería saber, aparte de las que ha comentado, para cuándo va a seguir con las demás especialidades que hay en el hospital. No ha concretado, ha dicho que irá poco a poco, pero, bueno, concréteme un poquito más. Y, luego, le quiero preguntar si, para disminuir las listas de espera, han hecho autoderivaciones en primeras consultas y en qué especialidades.

Yo también, para terminar, quiero dar las gracias a todos los profesionales que han hecho posible esto que usted nos ha explicado hoy. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias a usted, señora Ganuza. El turno ahora es para Geroa Bai. Koldo Martínez bozeramailearen txanda da. Nahi duzunean, baduzu hitza.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Eskerrik asko, Presidenta anderea. Bienvenidos, señor Pérez y acompañantes del equipo del Hospital Reina Sofía de Tudela. Yo quería empezar también dando las gracias y felicitando a todos los trabajadores y trabajadoras el Hospital Reina Sofía de Tudela por su compromiso con mejorar la atención sanitaria. Desde luego, les felicito a todos ustedes también por ese treinta aniversario que acaban de celebrar, un aniversario que yo creo que demuestra muchas cosas. Una que, para pequeños cambios, se necesitan muchas alforjas; las alforjas que tuvieron, por ejemplo, las personas que hace treinta años se pusieron a defender la existencia de un hospital en Tudela cuando yo creo que nadie o casi nadie pensaba que eso era posible y que, desde luego, nadie pensaba que ese hospital iba a llegar a tener la dimensión y a hacer la atención sanitaria que está haciendo en estos momentos. Por lo tanto, gracias a los trabajadores y felicidades también a todos ellos y a todas ellas.

La verdad es que yo también pensaba que para hacer los cambios que me parecían más lógicos, absolutamente necesarios, se necesitaban muchas menos alforjas, pero nos ha costado muchísimo y, al final, hemos conseguido pequeños cambios, entre otros, un cambio en la dirección del Hospital Reina Sofía y, entre otros, un cambio en el Gobierno de Navarra. Bienvenidas todas esas alforjas que hemos tenido que invertir para conseguir esos pequeños cambios.

Claro, el portavoz del Partido Popular, que es quien les ha convocado a ustedes, critica –y es que es sensacional, a mí es que me encanta– la autoconcertación, las jornadas extraordinarias, las peonadas. En total, es cobrar más por trabajar por la tarde. Pero, fíjense ustedes, él mismo, en su intervención, nos ha dicho que a la una y media se tiene que ir y lógicamente, se va a ir. ¿Qué pasaría si los trabajadores de la asistencia sanitaria cumplieran su jornada de trabajo, de 8 a 3, incluso si llegaran puntuales y salieran puntuales, y a las 3 se fueran y ya está? Pues no pasaría nada, habrían cumplido con su trabajo, pero las listas de espera irían aumentando. Entonces, bienvenidas sean las jornadas extraordinarias, bienvenidos sean los acuerdos con los trabajadores y trabajadoras para conseguir una mayor eficacia y una mayor eficiencia en su trabajo.

Y luego, claro, las medidas tomadas por ustedes son una solución temporal. Pues lo mismo digo, bienvenidas sean las soluciones temporales. Soluciones temporales que, además, no solo van a ser temporales, sino que implantan una nueva forma de gestionar la atención sanitaria, una nueva forma de tomar decisiones, participarlas entre dirección y trabajadores y trabajadoras, y que van a abrir –espero que lo hagan– y que pueden abrir una nueva forma de gestionar la salud y una nueva forma de encarar toda la problemática de la atención y de la asistencia sanitaria.

Claro, ya, las jornadas extraordinarias, mal; la autoconcertación, mal; esto no va a solucionar nada. Defiende el portavoz del Partido Popular la concertación con empresas privadas. Yo

también, ¿eh? Yo también; cuando es necesario, hay que concertar con las empresas privadas. Como parece que, para el partido Popular, lo único que va a solucionar el tema de las listas de espera es la concertación privada... Hombre, pues le insto, le animo a que solicite a una empresa privada –a la que ellos defienden mucho– que abra una sucursal en Tudela y, quizás, con eso se solucione el tema de las listas de espera a corto, a medio y a largo plazo. Aunque también veo que, seguramente, la mejor solución es que gobierne el Partido Popular. No la mejor; seguramente, la única. Es versión Partido Popular, claro, pero resulta que allí donde gobierna el Partido Popular también hay listas de espera, solo que el análisis y las soluciones que plantean para las listas de espera, desde luego, no son ni tan participadas ni tan participativas ni tan imaginativas ni piensan tanto en el largo plazo, porque, generalmente, han sido siempre, en todas las comunidades y en el Estado donde gobiernan, soluciones muy improvisadas y con poco éxito.

Yo quería decirle una cosa: los datos que usted nos ha dado, señor Pérez, son, francamente, positivos y nos alegramos por ello. Pero yo sí quería decir una cosa; a pesar de que estos datos son positivos... Bueno, dos. Una, claro, si esta comparecencia se hubiera hecho en no sé qué momento, pues, quizás, los datos habrían sido peores, para regocijo de la oposición. Igual, si la hacemos dentro de dos meses, son peores y si los hacemos dentro de cuatro, son mejores. Con lo cual, yo le diría que las listas de espera son una situación cambiante y que lo que importa es el resultado no a seis meses, sino a un plazo más largo, y estoy convencido de que van a ser buenos.

Por último, quería decir algo que se me ha escapado. ¡Ah, sí! La sensación. Es decir, a pesar de que los datos son buenos, yo creo que en la Ribera, no sé por qué, la sensación que tiene la ciudadanía no es, precisamente, tan optimista como pudiera derivarse o deducirse de estos datos tan positivos. Sí que me gustaría que hiciera una reflexión al respecto. Sin más, gracias y felicidades por esos treinta años.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias a usted, señor Martínez. Ahora, el turno de Euskal Herria Bildu Nafarroa. La señora Ruiz tiene la palabra.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidenta anderea. Egun on, buenos días a todos y a todas. Bienvenido, equipo del Hospital Reina Sofía de Tudela. A mí no me gustaría empezar así, pero sí que tengo que decir que yo a la señora Vera le decía muchas veces que, para plantear soluciones, lo primero y lo fundamental es poner los problemas encima de la mesa. Y a mí, sinceramente, me ha parecido una intervención demasiado autocomplaciente. Me explico; yo creo que los datos que usted ha dado... Que, por cierto, no son públicos, los únicos que, al menos nosotras, hemos podido conseguir son los del SISNA de febrero y los datos varían sustancialmente, es evidente. Bueno, si están en la web los de marzo, yo los últimos que he podido conseguir eran los de febrero. En cualquier caso, y aunque haya variaciones entre los datos, yo creo –y cuando digo que me ha parecido, quizás, demasiado autocomplaciente– que, a la vista de los datos que usted ha dado y en comparación con los que yo tenía de febrero –y es cierto que hay descensos brutales en primeras consultas, en lista de espera quirúrgica–, yo creo que, en gran medida, son efecto de unas medidas coyunturales, son efecto de las peonadas y son efecto de las derivaciones. Entonces, yo, a la hora de hacer esas valoraciones, creo que tenemos que tener un poquito más de responsabilidad en ese sentido.

Yo había analizado los datos de los que disponía y creo que, en algunos casos, cuando usted hablaba de Raquis, Radiología, Traumatología... Es cierto que los datos, según cómo se manejen y según cómo se presenten pues, bueno, se pueden hacer lecturas interesadas, absolutamente legítimas, como aquí se pueden hacer. Y, por parte del Gobierno, desde luego. Pero yo creo que hay también otras realidades, hay otros problemas de fondo, que a mí me habría gustado que se hubieran puesto también encima de la mesa, porque eso es con lo que tenemos que lidiar. Y las medidas coyunturales –repito– que se han puesto ahora en marcha, desde luego, no van a solventar los problemas que vienen arrastrados muy de atrás. Eso a mí me preocupa.

Con los datos de febrero sí que había visto datos positivos, tanto generales, en primeras consultas, en la lista de espera quirúrgica, en personas con más de seis meses de lista de espera, que en el plazo de un año, de febrero de 2015 a febrero de 2016, se había rebajado en seis puntos, muy por encima de la media general de toda la red, pero todavía había un 12 por ciento con más de seis meses de espera, había noventa y dos personas. Usted comentaba que en marzo son setenta y siete. Creo que es un dato positivo, pero también había visto bastantes aspectos negativos en esos datos. Cuando usted habla de Raquis, Rehabilitación... Claro, estamos hablando, por lo menos en febrero, de los datos que aparecían, que para la primera consulta estamos hablando de ciento noventa y cuatro días de espera, de ciento veinticuatro días en Rehabilitación. Datos bastante escandalosos. Las personas pendientes de cita, que son el 55 por ciento –por lo menos en febrero–, dos puntos más que hacía un año, el mayor de toda la red, la actividad quirúrgica... Pues a mí también me llamaba mucho la atención. La actividad quirúrgica, cuando hablamos de lista de espera quirúrgica, que, en principio, ha descendido... Pero se ve que a mí, personalmente, se me ha hecho muy llamativo el dato de Oftalmología. Por ejemplo, el descenso en actividad quirúrgica, de febrero de 2015 a febrero de 2016, del 17 por ciento. Hay quirófanos nuevos, pero ¿se aprovechan o se han aprovechado hasta ahora como deberían? Y, luego, la demora. Por lo menos a febrero, la lista de espera quirúrgica había aumentado diez días con respecto a febrero del año anterior. Si eso ha mejorado en marzo, es algo para alegrarse. Pero, repito, si los datos son consecuencia de las medidas coyunturales que se han adoptado y sirven de maquillaje, de alguna manera, pues tampoco estaremos solventando, realmente, los problemas de fondo.

Y también –y en eso coincido con la señora Ganuza– creo que son bastante llamativos y preocupantes los datos de las exploraciones complementarias ambulatorias, todo lo que son colonoscopias, ecografías, mamografías. Más personas, más demora, y creo que aquí también hay datos escandalosos, que son las ecografías, ciento ochenta y dos días; las resonancias, doscientos veintiséis días. Por lo menos, con datos de febrero. Y aquí sí que quiero poner en valor –hoy no lo ha dicho usted; por lo menos, no lo he escuchado, pero sí el pasado viernes, precisamente en el acto de aniversario del hospital– que anunciaban que dos centros de salud del área de Tudela van a contar con dos ecógrafos. Creo que ya vamos tarde, pero creo que es una muy buena noticia, en la línea que usted comentaba de fortalecer la capacidad resolutoria de Atención Primaria. Entonces, creo que, a la vista de los días de demora que hay o que había en estas especialidades, pues, desde luego, creo que es absolutamente imprescindible. Y el tema de las resonancias, tantos años con una concertación con la que todavía se va a seguir tres años más, por lo que parece, pero, como compromiso de legislatura, planteaban el que el

propio hospital pueda contar con un equipo de resonancias en la red pública. Creo que también es una reivindicación histórica y creo que era absolutamente necesario.

Por lo demás, las medidas que usted ha planteado creo que se enmarcan dentro del planteamiento general que ya el Consejero nos explicó y que hoy, gran parte de ellas, también ha hecho suyas el gerente del complejo; con unas características concretas, teniendo en cuenta, para lo bueno y para lo malo, las características que tiene un hospital comarcal como el Reina Sofía de Tudela. Ahí sí que podemos entender las dificultades en la contratación de profesionales, la dificultad para fidelizarlos, pero a mí también me gustaría escuchar planteamientos concretos. *Sine die*, estamos abocados a no tener profesionales. Creo que es el momento de plantear una OPE en condiciones, unas contrataciones dignas, unas condiciones para hacer contrataciones dignas y poder fidelizar a profesionales, porque también hay aspectos que me llamaban la atención. Decía que han hecho contrataciones nuevas en Anestesia, en Rehabilitación, media jornada. Cuando estamos hablando continuamente de que no hay rehabilitadores y se contrata uno, pero a media jornada. Entonces, eso, si me lo pudiera... Si se encuentra a uno... ¿No? Bueno, pues si me lo pueden explicar. Luego, sí que estamos de acuerdo. Desde luego, sí que nos ha parecido empezar, desde luego, con las medidas a corto plazo, y que también son estructurales. Se trabaja con Atención Primaria todo lo que ustedes han planteado, pero vemos que es, realmente, lo estructural y lo que va a acabar por dar solución más allá de las medidas coyunturales.

Sí que quería preguntarle... Decía que, en Traumatología, por ejemplo, hay setenta y nueve personas fuera de plazo, con la opción que se le da a ese colectivo para que puedan ser atendidos, operados en centros concertados. Sí que a nosotros, al menos, nos ha llegado una preocupación de gente mayor, de personas mayores a las que se les ofrece ir a Pamplona a operarse y dice que no por sus circunstancias sociales, porque no tienen cómo ir, porque no tienen apoyo familiar suficiente, porque no tienen condiciones económicas y familiares, y se las saca de la lista estructural. Entonces, ahí sí que le quiero preguntar si esto se hace... Hablaba usted de que no son meros números, y a mí sí que me gustaría plantearle –y si no es así, que lo pongan en marcha– el análisis caso por caso, y por qué alguien dice que no en un momento dado a una opción que se le plantea. Que una cosa es la defensa de la sanidad pública... Hay gente que pueda no tener prisa y pueda declinar la opción concertada, pero hay gente mayor, en este caso, que tiene otras razones. Entonces, ¿cómo se analizan esos casos? Desde luego, lo que se está haciendo no puede ser, eso sí lo queremos poner encima de la mesa.

Y, luego, pues ya saben. La actividad extraordinaria, bien, son peonadas, y por si le quedan dudas al señor García de la opinión que tenemos sobre las peonadas, pues EH Bildu no ha defendido las peonadas y no las va a defender ahora. Y, repito, en situaciones muy concretas, si no hay otra opción; pero creo que, en estos casos, en fin, habría que darle la vuelta a otras posibilidades también. Nosotros no vamos a defender esa medida. Y el tema de las derivaciones, bueno, pues yo creo que, hoy en día, todavía, hay personas a las que se las manda a doscientos kilómetros a hacerse una ecografía. Eso tampoco puede ser, o sea, no entra en la cabeza de nadie.

Y, bueno, por lo demás, las medidas a medio-largo plazo y los objetivos, plazos que ha planteado, lo compartimos, en general, pero con las matizaciones que le acabo de hacer. Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Eskerrik asko, Ruiz anderea. Es el turno, ahora, para la señora Sáez, representante de Podemos-Ahal Dugu.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko, Presidenta anderea, y gracias al equipo del hospital de Tudela por hacernos conscientes con los datos que ustedes manejan de cómo está la situación en este momento. Indudablemente –como han dicho ya quienes me han precedido–, somos totalmente conscientes desde Podemos de que hay cantidad de cosas que, a pesar de que hayan podido funcionar mal, si no han funcionado peor es gracias al enorme trabajo que realizan la mayoría de las personas profesionales que, en este caso, trabajan en el campo de la salud porque creen en ella y apuestan por ella, y, por lo tanto, intentan que su trabajo esté bien hecho. Con lo cual, vaya por delante.

Pero en el caso especialmente de la Ribera, también queríamos dar las gracias –creo que lo ha intentado hacer de otra manera el señor Koldo Martínez– a todo ese personal que ha trabajado durante muchos años defendiendo la necesidad de la apuesta por la sanidad pública en la Ribera, pero una sanidad en condiciones. Y me refiero a la Plataforma por la Salud Pública, que creemos que realmente ha supuesto, diríamos, el espejo constante y continuo de aquello que faltaba y que había que pujar por conseguir, y hay que seguir haciéndolo. A pesar de los datos, y nos alegra los que nos ha dado en el sentido de que ha habido cambio de tendencia a mejor –reducciones y lo que ha explicado; quiero decirle por delante eso, aquello que esté sirviendo para solucionar esto, va a ser bienvenido–, sí quiero decirle que –usted sabrá, seguro que lo siguen– el grupo de Podemos también ha hecho dos preguntas orales en los Plenos –empezamos en diciembre de 2015 ya con estos asuntos– porque, efectivamente, los datos que nos costaban y que nos siguen costando nos preocupaban mucho.

Y sobre todo nos preocupaban mucho en algo que ha dicho usted y que ya han dicho también otras personas portavoces. Porque si, en general, las dificultades que arrastran las políticas de salud pública con todo el retroceso que han tenido en los últimos años es general, y ya lo hemos visto antes en la comparecencia anterior y en otras muchas que estamos viendo, cierto es que la Ribera –como han explicado–, por las características especiales que tiene tanto para las personas profesionales que trabajan en el sentido de lo costoso de fidelizarlas y, por lo tanto, lo que supone en la continuidad y en el buen servicio, como también para quienes las usan. Doña Bakartxo acaba de dar un ejemplo, esas personas que necesitan que se les ofrezca desplazarse para que salgan de esa lista de espera y puedan venir a Pamplona, en este caso. Pero, claro, si no se ponen todos los demás recursos, es imposible que esto pueda ser eficaz. Con lo cual, quiero decir que en la Ribera, en este caso –no solo en la Ribera, en más zonas de Navarra–, se agrava. Lo mismo que el otro día, en el Pleno parlamentario, veíamos los problemas que supone para quien tiene que desplazarse. Es decir, no solo lo que se ha explicado ya, sino en sí mismo, sin tanta necesidad global, solo el hecho de tener que venir en momentos determinados a Pamplona, pues, indudablemente, es un costo que yo no lo tengo que pagar para ir al hospital. Eso es indudable y todas estas cosas las tenemos que tener

presentes a la hora de dar las soluciones ajustadas, sobre todo para que todo el mundo se sienta tratado equitativamente, que es lo que no ha pasado. Eso lo arrastramos.

Por nuestra parte, también le queremos decir que no dudamos, de verdad, para nada de las cifras que da, porque ustedes las tienen, evidentemente, pero, efectivamente, buscando otras en otros lugares y no solo por lo ya señalado del SISNA, sino también por las que nos dicen las personas profesionales que trabajan en la Ribera y que las cotejan también, esto viene así, ustedes lo han oído, ocho meses de primera visita en Reuma, un año de atraso en revisiones de Cardio, seis meses en Rehabilitación, lista de espera de tres y cuatro días hasta una cita con Primaria y con Pediatría. Y, desde luego, sí que nos ha preocupado mucho y queremos saber de verdad ese dato, que a veces nos ha pasado como cierto del peregrinaje, sobre todo desde Trauma, de vuelta a Primaria, otra vez a la cita para que deje de salir de esa lista de espera, pero, realmente, se le vuelve a llevar a Primaria. Eso es algo que nos gustaría que nos lo aclararan. No voy a extenderme ya más en los datos exactos del TAC, de toda la serie de cuestiones, de cuánto tiempo se está y se sigue esperando –desde nuestro punto de vista– en este momento. Pero sí que todo lo que han planteado que vaya en la línea, precisamente, de ir dándole la vuelta va a ser apoyado totalmente.

En ese apoyo, queríamos comentarle, como pregunta también, el tema... Bueno, lo de las ecografías ya se ha comentado. Creemos que se están anunciando, pero, realmente, consideramos que es un tema muy importante la ecografía clínica para Primaria, y el tema de que la gente no tenga que desplazarse por esto. Y también queríamos preguntarles el tema de la resonancia, que, efectivamente, creemos que también se ha anunciado en esta legislatura. Nos gustaría saber si la política que se va a seguir o que están pensando realmente corta con la empresa Médicis, en este caso, o la idea es continuar ofreciendo este servicio de manera garantista para quien lo usa, pero es una empresa privada, cuando nuestra valoración es que no debe continuar así.

Ya les dijimos en la pregunta oral que una persona reumatóloga, tal como está planteado, creemos no sirve, creemos que tiene que haber dos contrataciones. Lo mismo que les hemos dicho que consideramos que hay que contratar dos personas endocrinas. Lo mismo que les hemos comentado que la persona fisioterapeuta que ya se ha señalado tiene que estar a contratación completa y, por lo tanto, garantizada en esta zona. El tema de anestelistas... Es decir, lo hemos explicado ya bastantes veces y por eso sí que me quería centrar en otro tema, que es que, efectivamente –usted lo ha señalado al principio–, para que cualquier medida que tomemos vaya en buena línea, además tenemos que contar con que quienes trabajan en ello –en este caso, las personas profesionales–, aparte de darles las gracias –que estamos todos haciéndolo–, tienen que sentirse escuchadas y que sus opiniones cuenten. Usted sabe muy bien –como todos los que estamos aquí– que aquello de lo que no se te hace partícipe no se puede amar de ninguna manera. Yo creo que es importante que todas las personas que trabajan en una profesión debemos tender a amarla, porque estamos haciendo un bien para toda la ciudadanía, pero para eso, indudablemente, hay que poner sueldos dignos y hay que tratar muy dignamente a la gente, además de contar con ella, y por eso nos sumamos al tema de esa OPE, que salga ya. Pero le decimos que nosotros creemos que las plazas que han anunciado son pocas para ahora, para solucionar lo que en este momento están planteando– ya le he dicho que lo de dos reumatólogos nos parece fundamental– ya para la solución.

Por eso, desde luego, por parte de Podemos, no diríamos la frase de «bienvenidas las horas extras». No, desde nuestro punto de vista, eso no es bienvenido nunca. Otra cosa es que, a veces, en la vida, se tengan que hacer pequeñas cosas para solucionar otras. Por nuestra parte, no apuntaríamos nunca por ahí y sí por la vía que les he dicho de contratos a diferentes personas y, además, contratos dignos.

Así que, bueno, nuestra pregunta concreta es si en estas contrataciones tienen previsto lo de dos personas reumatólogas, rápidamente; dos personas endocrinas ya, no esperando a mucho, como necesidad imperiosa en este momento, y el tema de anestesistas, si nos lo podría explicar un poquitín más, porque no me ha quedado claro. Con esto ya nos valdría por ahora.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias, señora Sáez. La siguiente en tomar la palabra será la portavoz del Partido Socialista de Navarra, la señora Chivite.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, señora Presidenta. Yo también quiero hacer —aunque no lo iba a hacer— referencia al treinta aniversario del Hospital Reina Sofía de Tudela, y tengo que lamentar que en la ceremonia realizada por el Gobierno de Navarra para conmemorar los treinta años del hospital no se hizo justicia porque no se llegó ni a invitar a los impulsores, como fue el Consejero, no fue invitado Federico Tajadura y, desde luego, ni se nombró al Ministro de Sanidad en aquel momento, Ernest Lluch, ni se nombró al verdadero impulsor, que fue Federico Tajadura. Y entiendo que es una mesa histórica, desde luego, nada casual.

Y voy al objeto de la comparecencia. Tengo que decir que no me ha gustado nada la comparecencia. Y es que, como las comparaciones son odiosas, anteriormente hemos tenido al gerente del Complejo Hospitalario de Navarra y tanto el tono como las medidas puestas aquí, desde luego, no han tenido absolutamente nada que ver, porque si usted ha venido aquí a contarnos lo bien que lo están haciendo, pues estamos perdiendo el tiempo, sinceramente. Porque no se trata de venir aquí a contarnos que los datos de marzo del año pasado eran peores. Es que los datos que tenemos ahora son malos, son malos, y no tenemos más que ir a los datos y ver que la mitad de las especialidades para la primera consulta no cumplen con la ley de garantías. La mitad de las especialidades para primera consulta no cumplen con la ley de garantías y usted dice: «Que haya pacientes que sean atendidos en un periodo razonable». En un periodo razonable; la razonabilidad del periodo ya la hemos establecido en la ley de garantías de espera máximas. Una ley que no se cumple. Y el Hospital Reina Sofía de Tudela la incumple de manera flagrante, en detrimento de todas las personas de la Ribera, que nos toca esperar a ser atendidas en el hospital.

Y usted viene aquí y nos cuenta sus problemas con el personal, que no tiene plantilla. Que no nos cuente sus problemas, que lo que queremos oír aquí es cómo va a hacer usted para solucionarlo, porque sí, aquí, «les agradecemos a todos la magnífica labor que hacen los profesionales del hospital»... Por supuesto que sí, hacen una magnífica labor, pero están al límite de sus posibilidades, porque lo que hace falta en el hospital de Tudela es más gente. Es más personal sanitario para trabajar tanto en el hospital como en los centros de salud. Ese es el problema que tenemos, verdaderamente, en el hospital de Tudela. Como digo, no se trata de dar las gracias, se trata de contratar más gente. Usted ha planteado varias soluciones, como el tema de la autoconcertación, de las derivaciones, pan para hoy y hambre para mañana,

sinceramente, porque el verdadero problema que tenemos es el problema de personal en el hospital.

Yo no me voy a extender más, yo creo que usted, al frente del Hospital Reina Sofía de Tudela, tiene un gran reto, que es conseguir una verdadera área de salud integrada que potencie toda la capacidad que tiene con la colaboración de los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada, con un mayor uso de las tecnologías de diagnóstico –ya lo hemos hablado aquí, con el tema de las ecografías–, también con mayor uso del tema de las tecnologías de comunicación, como el tema de las teleconsultas –desde luego, hoy inexistente, el tema de las teleconsultas, desde luego, nada generalizado en el hospital– y, desde luego, tenemos que fortalecer sus recursos humanos. Por mucho que pretendamos solucionar la lista de espera, si no tenemos más recursos humanos no la vamos a solucionar. Y, luego, una apuesta, realmente, por el equipo tecnológico que tenemos en el Hospital Reina Sofía, la mayor parte obsoleto, fuera de la fecha de uso. Desde luego, es también una herencia recibida estupenda del Hospital Reina Sofía de Tudela. No se concibe un hospital de esta dimensión sin una resonancia magnética propia. Ya dijo el Consejero que lo iba a hacer, ya lo veremos. Desde luego, en los presupuestos no sé si está. Ya veremos si se compra.

Desde luego, usted lo que tiene es el reto de hacer un Hospital Reina Sofía de Tudela que sea un hospital verdaderamente del siglo XXI, y eso pasa, como digo, por más personal, por más tecnología, por mayor capacidad ambulatoria y, desde luego, por afrontar las deficiencias que tiene, por ejemplo, con el tema de la hospitalización oncológica, la hospitalización de día, etcétera. Como digo, es verdad que usted lleva al frente de este hospital escasos seis, siete meses. También tengo que decir que lo que me trasladan del hospital es que nada nuevo bajo el sol. Tiene un gran reto por llevar a cabo y esperemos que lo cumpla. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Gracias, señora Chivite. Cerramos la ronda de portavoces con la intervención de Marisa De Simón, portavoz de Izquierda-Ezkerra.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Presidenta. Egun on. Muchas gracias y bienvenido, señor Pérez. Bienvenido también, señor Milagro, y bienvenidas, señora Jaso y señora Beamonte. En principio, desde Izquierda-Ezkerra tenemos que reconocer que las medidas para reducir la lista de espera han sido relativamente efectivas, o vamos a decir «efectivas», ya que los datos de marzo a marzo, que yo creo que son los que hay que considerar, muestran veintiséis días reducción en la demora media, que es un dato positivo, y la reducción de ochenta y siete personas de las que estaban fuera, en lista de espera, es un elemento positivo también. Solo que creo –y espero– que esta tendencia –porque esto indica una tendencia– vaya a más, vaya siendo progresiva. Y esto, bajo nuestro punto de vista, dependerá de que las medidas que se tomen y las que hayan tomado sean medidas estructurales y no solo sean medidas coyunturales. Lo decía el director gerente del Complejo Hospitalario de Navarra, que ha intervenido antes; hablaba de medidas que sean permanentes, que sean estructurales y que permitan, eso, que sean duraderas en el tiempo.

Yo, en este sentido, tengo mis dudas –y en Izquierda-Ezkerra– en relación con las horas extraordinarias. Si es coyuntural, nos parece correcto. Pues es coyuntural. El caso que ha contado de lo ocurrido en Anestesia, con el anestesista, es evidente que es coyuntural y hay que buscar una solución, y es una solución rápida. Desde luego, contarán con el apoyo de

Izquierda-Ezkerra cuando sea un caso de estas características, porque lo primero de todo es la respuesta a las necesidades de la gente. Pero decía que echamos de menos una visión más a largo plazo en relación –como decía– con las medidas estructurales que tienen que ver con la jornada de tarde que ha comentado. Si esa jornada de tarde o esa ampliación de la actividad en el hospital se va a realizar con horas extras, también tendríamos nuestras pegas, y ya conocen ustedes nuestra apuesta por el reparto del trabajo en la situación en la que estamos. Pero, en todo caso, queremos felicitarles por la parte que les toca en relación con esa reducción o esa mejora de la actividad de este hospital.

Sí que he echado de menos –que seguro que lo va a decir ahora, ¿no?– que ponga encima de la mesa los problemas que hay o los que, aparentemente, hay, porque nosotros, desde Izquierda-Ezkerra, tenemos nuestras dudas. Sí que es cierto –y ahí no tenemos dudas– que existe una necesidad de más recursos, o sea, no podemos obviar los recortes que se han producido, principalmente en los últimos cuatro años, en la sanidad pública, y han afectado a Tudela también. Y somos conscientes de que la reversión de esos recortes no se puede hacer ni en ocho meses ni en diez, ni, posiblemente, en un año ni en dos. Pero, no sé, ver algún camino o alguna propuesta más a medio-largo plazo nos vendría bien.

Pero decía que tenemos algunas dudas, sobre todo en relación con el descontento que nos han manifestado muchos profesionales y muchas profesionales del hospital de Tudela sobre la falta de participación, la falta de información. A lo mejor es que hay un problema de comunicación, no lo sé, pero eso existe y no es porque yo lo diga, porque nos han llegado críticas en ese sentido. Y también tenemos dudas sobre las nuevas dotaciones. El otro día, en el treinta aniversario del hospital de Tudela, la Presidenta del Gobierno anunciaba las nuevas dotaciones del ecógrafo y del equipo de resonancia magnética que espero que usted, en la réplica, ratifique. Luego, ese tipo de problemas que haya, no sé si menores o mayores, como la falta de un pediatra en Urgencias, las dificultades para cubrir puestos de trabajo, que esas existen, porque para un hospital comarcal, eso es así, hay dificultades. Si tiene algún tipo de medida o algún tipo de propuesta para que sea más llamativo el ir a trabajar a este hospital. Nada más. Le deseamos muchísimo éxito y, sobre todo, que esa tendencia sea eso, una tendencia que se marque ya como un proyecto de mejora claro. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Muchas gracias a usted, señora De Simón. Ahora, antes de pasar a la réplica, han solicitado un breve receso para organizar las respuestas que quieran trasladar. Por lo tanto, a y treinta y cinco, por favor, cito otra vez a todos los portavoces. Suspendemos temporalmente la sesión. Eskerrik asko.

(Se suspende la sesión a las 13 horas y 26 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 13 horas y 43 minutos).

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Comenzamos con el turno de réplica. Don Benigno Pérez tiene la palabra para responder a las cuestiones que han surgido y añadir lo que considere oportuno. Cuando quiera.

SR. DIRECTOR DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA (Sr. Pérez Martínez): Muchas gracias por las preguntas. Tengo diez minutos y voy a tratar de responder a todas las preguntas en la medida que pueda.

Me preguntaban por los problemas del hospital de Tudela. Yo le diré que, ahora mismo, el mayor problema del hospital de Tudela es la falta de cobertura de plazas, no la carencia de plantillas, no que la plantilla no esté bien dimensionada, sino la dificultad para contratar a estos profesionales. Y le expliqué por qué, porque estamos a cien kilómetros de ciudades como Pamplona, Zaragoza o Logroño. Esto es lo que está justificando estas jornadas extraordinarias y, exclusivamente esto, y digamos, una carga de pacientes, evidentemente, que cuando yo me la encontré en septiembre, era la que era. Y a esto se unieron las bajas que hemos tenido en las especialidades de Rayos, de Rehabilitación y, posteriormente, en enero, aparte de una jubilación que hemos cubierto, dos bajas a mayores que hubo.

Empiezo por los problemas; la falta de médicos es inherente a todo tipo de hospital en donde haya estado, y aquí también, a hospitales de este nivel, hospitales comarcales. ¿De acuerdo?

Las jornadas extraordinarias son una medida coyuntural, son una medida de choque y una medida necesaria. Y, además, creo que lo primero es que hay que dar salida a la población que está esperando. Sí hemos optimizado los rendimientos en jornada, nuestro hospital trabaja mañana y tarde, tenemos muchas personas trabajando en jornada de tarde, porque el espacio de la mañana no da para que todo el mundo pueda trabajar de mañana, y creo que somos un ejemplo en eso. Tenemos contratos de mañana y de tarde. Si tenemos optimizados los rendimientos de mañana y no encontramos personal, tenemos que dar una salida a los pacientes. Y lo que hemos hecho es darla con nuestros recursos a través de estas jornadas de autoconcertación. No sé quién me preguntaba por ecografías, creo que fue usted, señora Ruiz, ¿puede ser? No hay ninguna ecografía que viaje a Pamplona. Se están haciendo en peonadas en Tudela, que creo que es mucho mejor que sacarlas a Pamplona. Me parece una barbaridad, ahora mismo, decir que estamos sacando las ecografías a Pamplona.

Las peonadas, le contestaré que son solo para médicos, que es de lo único que hemos tenido carencia, en este momento, por situaciones de bajas y de traslados. Dos rehabilitadores, dos radiólogos y dos anestesiólogos. Hay que decir también que se nos ha autorizado una plaza de nueva creación de Anestesia.

La política nuestra es apostar por la creación de empleo, pero tenemos un acuerdo de contratación en el Servicio Navarro de Salud común para toda la Comunidad. Está valorándose y negociándose con los sindicatos incluir medidas que favorezcan que los profesionales vayan a Tudela. Las contrataciones que ofrecemos son de larga duración. Me preguntaban por ahí sobre un rehabilitador a media jornada. Ese rehabilitador está a tiempo parcial porque quiere él, porque no tiene mayor disponibilidad, y menos mal que lo tenemos. Y menos mal que lo tenemos. Y también quiero decirle que los médicos de Tudela, a diferencia de otras ciudades y de grandes hospitales, la mayoría no quieren hacer peonadas. Oigan esto y que les quede muy claro: no quieren hacerlas. Es decir, que ese efecto perverso que estamos acostumbrados a ver... Yo les digo que no quieren hacerlas y que es una negociación muy desgastadora pedirles que las hagan. Las hacen por falta de facultativos, no por otra razón. La OPE nosotros también consideramos que es insuficiente, pero yo sé que el Servicio Navarro de Salud está tratando de

ampliarla, aunque la tasa de reposición es la que es. La idea que tenemos y lo que pedimos es incluir el mayor número de profesionales para Tudela, desde luego.

El coste de las peonadas se lo diré y ustedes lo valoran. Hasta marzo, unos seis mil euros en Radiología, unos siete mil euros en Raquis. En total, unos dieciocho mil setecientos euros. Y ahora, conjúngenlos con estos datos que les he puesto, que para nada pretendo venir aquí a complacerme. Valórenlo, valoren los dieciocho mil euros contra esta bajada de pacientes. Porque no solo se han hecho medidas coyunturales, creo que les expuse y les concreté una serie de medidas que ya están funcionando en el hospital. Se ha contratado un urólogo, un reumatólogo, que eso cuesta unos ciento veinte mil euros anuales, con Seguridad Social incluida, hablo, todos los costes. El hospital ahora tiene dos reumatólogos, tenía uno.

En las consultas sucesivas, lo que importa es la relación de primeras sucesivas, y tiene que ser favorable a las primeras. En todo criterio profesional de gestión se valora porque este índice sea alto en favor de las primeras. Lo que hay que hacer es ajustar a demanda. No es un buen indicador el aumento de consultas sucesivas. Es un buen indicador el aumento de primeras en detrimento de las sucesivas. Se lo digo porque es así en gestión.

Lo que me comentaban de la derivación –creo que fue usted, señora Ganuza– de reevaluar patologías; se reevaluaron patologías porque cuando llegamos al hospital, trabajando codo con codo con los servicios, mucha de la presión que llegaba a Traumatología estaba injustificada, porque había pasado mucho tiempo desde que se había hecho esta derivación y al paciente o se le había pasado el dolor o se había buscado la vida o se le había hecho una prueba, y esto fue lo que se hizo, reevaluar los donantes y, evidentemente, la gente que ya había solucionado su problema era absurdo que estuviera en una lista de espera, y esto fue lo que se hizo, o sea, una medida de gestión en el estado, que es de las básicas en gestión y de las que se llevan a cabo, reevaluar lo que no es necesario.

El programa de *screening* de cáncer de colon. Se está poniendo en marcha la segunda parte del programa. Se ha visto un poco tocado en enero también por las vacaciones de los profesionales, unido también a estas dos bajas de Anestesia –y no a la jubilación, que esa la hemos cubierto– que se produjeron después. Una de ellas ya está incorporada. En Cintruénigo, en breve, comenzará la segunda vuelta. Nosotros no hemos derivado ninguna exploración fuera y en el año 2015 lo que sí puedo decir es que se derivaron 125 mamografías en enero, pero nosotros, desde septiembre, no hemos derivado ninguna exploración fuera.

Cuando me decía usted, señor Martínez, que hay una sensación de malestar heredada, yo le digo que las sensaciones de malestar lleva su tiempo cambiarlas, cambiarlas es lento, pero creo que estamos hablando de reducción de lista de espera, de un plan cuatrienal de inversiones, a cuatro años –por primera vez, hay un plan que contempla la reposición del equipamiento tecnológico del hospital a cuatro años–; de la instalación de una resonancia magnética. Podríamos hablar de los costes que ha tenido durante estos años tener externalizada la resonancia magnética. Entonces, estamos hablando de soluciones también ahora. Aparte de las reclamaciones, tenemos una carpeta con todas las felicitaciones que recibimos, de muchísima gente, y esas están ahí. De muchísima gente.

La INP, me preguntaba también, funciona la de Cardiología, la de Medicina Interna, la de Urología desde el 1 de abril, en breve empezará a funcionar la de traumatología. Me preguntaba creo que usted, señora Ganuza. Empezará a funcionar la de Traumatología. Haremos las teleconsultas de Dermatología y así un calendario hasta final de año. Le recuerdo que llevo seis meses.

Me preguntaban por la lista de espera de Oftalmología. Le diré que hemos priorizado pacientes. Y es mayor porque no tenemos pacientes, le voy a contestar, ha bajado el número de pacientes. Tenemos ciento setenta y seis pacientes en consulta que esperan diez días. Esto es lo que esperan de media, a 31 de marzo, los pacientes de Oftalmología, diez días. Y noventa y seis pacientes en quirófano que esperan veintitrés días. Esta es la lista de espera de Oftalmología porque, sin medidas de gestión, ha bajado por la razón que sea, la presión de Oftalmología, entonces ha bajado su actividad y la lista de espera.

Y, luego, le contestaré a esta pregunta que me hace. Le diré que la lista de espera estructural y no estructural es un decreto. La ley de garantías 21/2010, en el artículo 7.2, dice igualmente: «Se perderán las garantías si, transcurrido el plazo de espera máximo, se le ofrece un centro y este lo rechaza». En ese momento, el paciente es verdad que pasa a una lista de espera no estructural, lo cual no quiere decir que no le vayamos a operar. Eso no lo he dicho en ningún momento. Evidentemente, se le ha dado una salida. No lo he dicho en ningún momento. No, digo que podría dar lugar a pensar que estamos metiéndolos en una lista negra, como se dice en otras comunidades, y se quedan ahí.

Hay una guardia de presencia física en Urgencias. Me preguntaban por Pediatría y le diré que hay una guardia de presencia física veinticuatro horas en Urgencias. No sé qué información manejan, porque tenemos pediatra de guardia. Tenemos un endocrino, uno y medio, está compartido con Pamplona, aprovechando los recursos y no malgastándolos. Y le diré que hay cincuenta y seis pacientes en la lista de espera que esperan veintiún días. Esto es la lista de espera de endocrino, o sea, cincuenta y seis pacientes que esperan veintiún días.

Le diré que se está apostando por el equipamiento tecnológico. Le he hablado antes de un plan cuatrienal de inversiones. La resonancia magnética, en tanto no dispongamos del equipo propio –que confío en que lo tendremos porque ha sido una promesa de la Presidenta y yo confío totalmente cuando la Presidenta lo ha dicho, después de un estudio minucioso–, tendremos que seguir con el concierto, con el nuevo concierto que se acaba de adjudicar hace un mes. No vamos a dejar a los pacientes sin resonancia magnética. Hasta tener el aparato y los medios propios, tendremos que seguir dando la prestación. Sí, acabo ya.

Y, luego, pues quiero decirle también medidas concretas, que sí las he dicho. La Cirugía Mayor Ambulatoria, que era prácticamente inexistente en este hospital, inexistente. O sea, que no solo estamos hablando de peonadas, sino de aumento de quirófanos en jornada ordinaria, de aumento de los rendimientos quirúrgicos, de aumento de pacientes de Traumatología, de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Nosotros no tenemos, señora Ganuza, autoderivaciones, que me ha preguntado por las autoderivaciones. Nosotros, en nuestro hospital, no tenemos autoderivaciones entre especialidades.

Y estamos ya pendientes –por nuestra parte, hemos hecho nuestros deberes– de equipar y abrir el nuevo hospital de día de oncohematología, o sea que en plazos de equipamiento, nada más. Espero poder haberles contestado. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Solana Arana): Muchas gracias a ustedes, a todo el equipo. Bienvenidas, bienvenidos, una vez más, hasta cuando deseen, por iniciativa propia o hasta cuando lo requiera esta Comisión o esta Cámara, los Parlamentarios y Parlamentarias que la componemos. A los demás, eskerrik asko, ha sido una mañana larga, mila esker por su trabajo y sus aportaciones, eta izan ongi. Se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 57 minutos).