

DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

IX Legislatura

Pamplona, 15 de noviembre de 2016

NÚM. 24

TRANSCRIPCIÓN LITERAL

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.ª CONSUELO SATRÚSTEGUI MARTURET

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 15 DE NOVIEMBRE DE 2016

ORDEN DEL DÍA

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre el servicio de alimentación del Complejo Hospitalario.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para explicar la extensión de la Estrategia de Atención Integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos a toda Navarra.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la ubicación definitiva de los laboratorios del Complejo Hospitalario de Navarra.

(Comienza la sesión a las 9 horas y 37 minutos).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre el servicio de alimentación del Complejo Hospitalario.

SRA. VICEPRESIDENTA (Sra. García Malo): Buenos días. Abrimos la sesión. Vamos a comenzar con el primer punto del orden del día, la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre el servicio de alimentación del Complejo Hospitalario. Está solicitada por EH Bildu y, por lo tanto, tiene la palabra su portavoz, la señora Ruiz, para explicar la iniciativa.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidente anderea. Egun on guztioi. Egun on, Kontseilari jauna eta Moracho jauna. Gaur ere sukaldeen pribatizazioaz hitz egingo dugu, kasu honetan, despribatizazioaz. Pasa den irailaren 28an dago eskatuta agerraldi hau, beraz, hilabete eta erdi pasa da. Momentu horretan, agerraldia eskatu genuenean, ez geneukan orain daukagun informazio guztia. Hori ere egia da. Tartean hainbat agerraldi egon dira, komunikabideen artean eta Osoko Bilkuraren batean ere galderaren bat agertu da eta bertan prozesu honi dagokionez hainbat informazio eman duzu. Baina gaur iruditzen zaigu patxada handiagoz azal daitekeela kontuak non dauden. Era berean, kontuan hartu behar da pasa den martxoaren 23an Batzordean honetaz hitz egiteko aukera izan genuela, oraindik prozesua eta planteamendua erabat definituta ez zegoenean. Eta gaur, esan bezala, iruditzen zaigu patxada handiagoz plantea ditzakezula bai azalpenak eta Taldeok ere aukera handiagoa izan dezakegula gure zalantzak edo gure galderak planteatzeko.

[Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días a todos. Buenos días, señor Consejero y señor Moracho. Hoy también vamos a hablar de la privatización de las cocinas, en este caso, de la desprivatización. Es una comparecencia que fue solicitada el pasado 28 de septiembre, por lo que ya ha pasado mes y medio. En ese momento, cuando solicitamos la comparecencia, no teníamos toda la información que ahora tenemos. Eso es cierto. Entre medias ha habido diferentes comparecencias, en los medios de comunicación y también se ha formulado alguna pregunta en algún Pleno y ahí ha dado información al respecto de este proceso. Pero hoy nos parece que se puede explicar con mayor tranquilidad en qué situación estamos. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que en la Comisión del 23 de marzo tuvimos la oportunidad de hablar de esto, cuando todavía el proceso y el planteamiento no estaban definidos del todo. Y hoy, como he dicho, nos parece que puede plantear con más tranquilidad las explicaciones y que los grupos podemos tener una mayor oportunidad para plantear nuestras dudas o preguntas].

Jakina da, eta zuk ere publikoki hainbatetan esan duzun bezala, despribatizazio prozesu horren edo publifikazio prozesu horren lehen faseari ekingo zaio 2017ko ekainean errebersio partzial baten bidez eta zenbait datu eman dituzu. Horien artean, pleguak eginak daudela nolabait, lanpostu publikoak momentu honetan, fase honetarako, 32 izango direla eta bitartean Mediterránea Catering enpresak jarraituko duela zerbitzua ematen. Nik hemen zuzenketa bat egingo dut. Nire eskaera prorroga hitza aipatu nuen, baina ez da prorroga, luzapena baizik. *No es prórroga sino prolongación.* Baina zuk zeuk ere martxoaren 23ko agerraldian prorroga hitza erabili zenuen. Beraz, hemendik zuzenketa egingo dut, baina nik uste dut askotan terminologiarekin denok egiten ditugula akatsak.

[Es sabido, como ya lo ha dicho usted públicamente, que en junio de 2017 se va a comenzar con la primera fase de ese proceso de desprivatización o de publificación a través de una reversión parcial, y usted ha dado diversos datos al respecto. Entre ellos, dice que los pliegos ya están hechos y que serán treinta y dos los puestos de trabajo públicos en este momento, en esta fase, y que entre tanto será la empresa Mediterránea Catering quien continúe dando el servicio. Aquí quiero hacer una corrección porque en mi petición hablo de prórroga, pero no es una prórroga, sino una prolongación. Pero usted mismo en la comparecencia del 23 de marzo habló de prórroga. Por lo tanto, quiero hacer esa corrección, pero creo que en muchas ocasiones en cuestiones de terminología todos cometemos errores].

Agerraldiak hainbat gai argitzea espero dugu. Batetik, egungo egoera zein den. Bestetik, zertan den pleguen argitaratzea. De Simón andereari erantzundako galdera batean aipatu zenuen plegua horiek eginak zeudela eta, beraz, zertan dagoen argitaratze hori jakin nahi dugu. Alde batetik lehengaien erosketari dagokiona, 32ren kontratazio prozesua eta, bestetik, oraindik ere, momentuz, pribatizatuta geratuko den zerbitzuarena, banaketa eta garbiketari dagokiona. Horren baitan eta plegu horietan klausula sozialak kontuan hartu diren jakin nahiko genuke. Azkenik, prozesu honekiko sortu zen lantaldearen lanaren emaitza ezagutu nahiko genuke xehetasun pixka bat handiagorekin. Batetik, aurreko agerraldian ere planteatu genuena, kate hotzarekin jarraitzearen hautua egin da, zuk zeuk Osoko Bilkura batean planteatu zenuen sistema tradizionala kasu jakin batzuetarako erabiliko zela, eta ea hori nola gauzatuko den, zein kasutan ez den baloratu edo zein irizpide tekniko erabiliko diren segurtasunari dagokionez bi sistemak uztartzeari muzin egiteko. Hor ere, segurtasunari dagokionez, aurrekoan ere aipatu nuen, listeriaren kontua eta zuk eman zenituen datuak horri dagokionez, esate baterako, azkenengo hiru urteetan 13 lagin aurkitu dira listeria arrastoak izan dituztenak, aurreko urte guztietan aurkitu direnak baino askoz ere gehiago. Horrek ere sistema hotzarekin badauka bere lotura eta hartara galdetu nahiko genuke ea alde tekniko horretan ze balorazio edo ze irizpide eman diren kate hotza nagusiki mantentzearen alde.

[Esperamos que la comparecencia aclare algunos temas. Primero, cuál es la situación actual. Segundo, en qué situación se encuentra la publicación de los pliegos. En una respuesta a una pregunta de la señora De Simón dijo que esos liegos estaban hechos y, por lo tanto, querríamos saber en qué situación se encuentra esa publicación. Además, nos gustaría saber, por un lado, lo que se refiere a la compra de la materia prima y el proceso de contratación de los treinta y dos y, por otro lado, lo referido al servicio que de momento se va a quedar privatizado, lo relacionado con la distribución y la limpieza. Quisiéramos saber también si se han tenido en consideración las cláusulas sociales en lo que de eso depende y en los pliegos. Por último, nos gustaría conocer, con mayor exactitud, el resultado del trabajo realizado por el grupo de trabajo de este proceso. Por un lado, y como ya planteamos en la anterior comparecencia, se ha optado por continuar con la cadena de frío y usted mismo planteó en un Pleno que se emplearía el sistema tradicional en algunos casos concretos. Por lo tanto, quisiéramos conocer cómo se va a desarrollar eso, en qué casos no se ha contemplado o qué criterios técnicos se van a utilizar en lo que se refiere a la seguridad para no dejar de lado la confluencia de los dos sistemas. En ese caso, en lo que se refiere a la seguridad, y ya lo comenté con anterioridad, está el tema de la Listeria y usted dio datos al respecto, por ejemplo, que

en los últimos tres años se han encontrado rastros de Listeria en trece muestras, mucho más de lo que se ha encontrado en todos los años anteriores. Eso tiene que ver con el sistema de frío y por eso le queremos preguntar qué valoraciones o criterios se han dado en ese aspecto técnico a favor de mantener mayoritariamente la cadena de frío].

Beraz, hori da gaur ezagutu nahiko genukeena eta gero beste zalantza edo kezka batzuk planteatuko ditugu. Mila esker.

[Por lo tanto, eso es lo que hoy nos gustaría conocer y después plantearemos diferentes dudas o preocupaciones. Muchas gracias].

SRA. VICEPRESIDENTA (Sra. García Malo): Muchas gracias, señora Ruiz. Damos la bienvenida al Consejero, el señor Domínguez, y también al Gerente del Servicio Navarro de Salud, el señor Moracho. Le damos la palabra para que usted pueda explicar el tema que le han planteado.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias, señora Presidenta. Buenos días a todas y todos. Egun on denoi. Comparezco en esta Comisión de Salud para explicarles la situación actual relativa al proceso de reversión de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra.

Desde hace unos meses, el Departamento de Salud trabaja en esta dirección y muestra de ello son los pasos que se han venido dando al respecto. Como saben, está previsto que la reversión tenga lugar aproximadamente en junio de 2017. El Complejo Hospitalario de Navarra asumirá tanto la elaboración de la comida como la adquisición de los alimentos de manera directa, encargándose únicamente una empresa externa de las labores auxiliares de emplatado, distribución y limpieza. Se trata de retornar a la gestión de la administración de los puntos clave del servicio con la finalidad de mejorar la calidad de la alimentación de los y las pacientes. Mediante esta reversión, el departamento persigue buscar un equilibrio entre el beneficio global, calidad y las garantías sanitarias que supondría para las personas ingresadas y sus familias y el coste económico de la reversión parcial que implicará un gasto aproximado anual de unos 784.000 euros.

Nuestro principal objetivo es mejorar la calidad de la alimentación en el Complejo Hospitalario de Navarra como elemento esencial de apoyo en muchos procesos de recuperación de las personas hospitalizadas. Las dietas alimentarias deben ser consideradas como parte integrante del plan terapéutico, ya que deben estar encaminadas a la curación, especialmente en algunos tipos de procesos como postoperatorios, enfermedades endocrinas, digestivas, diabetes, personas mayores, infancia, personas inmunodeprimidas o sometidas a tratamientos de quimio y radioterapia, etcétera.

Un grupo de trabajo técnico ha concluido que la gestión mixta es una propuesta viable siempre que se destinen los recursos humanos y materiales ya determinados en el estudio de la gerencia del Servicio Navarro de Salud—Osasunbidea. De igual modo, dicho grupo de trabajo ha establecido las recomendaciones técnicas más adecuadas para llevar a cabo el proceso de reversión y ha propuesto como sistema la línea fría con excepciones para casos excepcionales. En el sistema de línea fría se combinan la cocina tradicional con los actuales sistemas de conservación en los que tras la elaboración del plato este se enfría rápidamente mediante

abatidores de temperatura manteniéndose en refrigeración hasta el momento de consumo, en el que se vuelve a calentar a través de regeneradores. El abatimiento rápido de temperatura es fundamental en este proceso ya que permite reducir tanto el riesgo de crecimiento de microorganismos patógenos como de formación de toxinas e incluso, para el caso de *Listeria* y *Campylobacter*, riesgo creciente en la alimentación actual. También resulta indispensable, además de no romper en ningún momento la cadena de frío, que el plato se consuma inmediatamente después de su regeneración.

Según señala el informe, en respuesta a la creciente preocupación por la seguridad de los alimentos que se consumen y muy especialmente en lo referido a la alimentación hospitalaria, la utilización de técnicas de cocina de línea fría aumenta los niveles de seguridad en la restauración y aporta ventajas. Este sistema permite utilizar, al igual que en la línea caliente, materias primas frescas y de primera calidad y manipulación por parte del personal cualificado siguiendo las máximas garantías de higiene y elaboración de los menús mediante tratamientos térmicos que garanticen temperaturas mínimas de 70 grados en el centro de los alimentos. Específicamente, precisa enfriamiento rápido mediante batidores. Estos equipos son capaces de reducir la temperatura de los productos de 70 a 10 grados centígrados en su parte central en aproximadamente 50 minutos. Envasado con garantías higiénico-sanitarias, normalmente con diferentes sistemas de termosellado, vacío o atmósfera modificada, por ejemplo, dependiendo del tiempo programado de conservación. Hay que proceder a la identificación de los envases y refrigeración de los mismos a 4 grados centígrados, transporte en vehículos refrigerados o isotermos hasta el momento de consumo, manteniendo la refrigeración a 4 grados centígrados hasta el momento de consumo, y regeneración o calentamiento hasta 70 o 75 grados mediante convección inmediatamente antes de su consumo.

Las ventajas que este sistema de línea fría aporta frente a otros procesos de restauración colectiva, especialmente en grupos vulnerables, son, por un lado, altos niveles de seguridad alimentaria con incidencia en los riesgos microbiológicos debido a que los rangos de temperatura en los que se trabaja, siempre por debajo de 10 grados y transporte a 4 grados centígrados, minimizan el riesgo de crecimiento microbiano. Además, mejora de la dieta porque permite preparar una mayor variedad de platos tradicionales, conservado la calidad sensorial, sabor, textura, etcétera, y cualidades nutricionales de los menús resultado de la utilización de bajas temperaturas junto a sistemas de envasado y regeneración. Además, mayor flexibilidad de estos sistemas de cocina en línea fría, ya que no solo permiten una perfecta planificación de los menús admitiendo distanciar la elaboración de las comidas de su consumo, sino que, además, eliminan las horas punta de distribución y los imprevistos al existir producto de reserva. Por otro lado, la optimización de los recursos humanos y logísticos, ya que mejora la organización de la jornada laboral y la conciliación de la vida familiar y laboral, y también la programación de los trabajos incrementa la productividad de la plantilla.

En relación con las infraestructuras, las actuales son suficientes con pequeñas adecuaciones para la preparación y elaboración de las dietas demandadas y para su distribución en frío. En este sentido, me guaría avanzar que se va a recuperar aparataje y mobiliario de las antiguas cocinas de los hospitales y que actualmente se encontraban en un almacén. De este modo, se va a volver a usar un carro de transporte de tres bandejas de acero inoxidable, un exprimidor industrial de acero inoxidable, una plancha de 30x80, una plancha de gas de 90x90, un módulo

de seis fuegos de gas, una picadora de carne, un lavabo de pedal, una mesa de trabajo de acero inoxidable y un armario metálico.

En relación con el personal, esta reversión de las cocinas implica la creación de 32 nuevos puestos de trabajo público: 9 cocineros –uno de los cuales será jefe de unidad–, un bromatólogo, 17 empleados de servicios múltiples y 5 auxiliares administrativos -uno de los cuales será jefe de unidad-. Dos cocineros, el último de los cuales se contrató el pasado 28 de septiembre, realizan actualmente los trabajos necesarios previos a la reversión. Se están encargando ahora de la elaboración y validación de fichas técnicas de los 156 platos, más variantes, que componen la oferta en el Complejo Hospitalario de Navarra. Se ofrecen 76 dietas diferentes por la tipología de los pacientes y los platos que necesitan según el tipo de dieta. Su conclusión es que semanalmente se analizan esas fichas técnicas, se cocinarán, abatirán, emplatarán y retermalizarán con el objetivo de comprobar que los platos se adaptan perfectamente a la línea fría y es necesario que posteriormente esos platos se puedan extrapolar a la producción en grandes cantidades. También se introducirán mejoras para que los túrmix sean naturales, se realizarán análisis de productos para adaptarlos al máximo y confirmar su calidad. Semanalmente se están realizando catas con la participación de nutricionistas, dietistas, personal de enfermería, etcétera, con el objetivo de validar las fichas técnicas, modificarlas en lo que sea preciso o desechar un plato si no se alcanza la calidad deseada.

En referencia a la adquisición de alimentos, el Gobierno de Navarra acordó en su sesión el pasado 26 de octubre autorizar la gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea la celebración de un acuerdo marco para la contratación de la alimentación para el Complejo Hospitalario de Navarra como actuación previa para la reversión al sector público de la gestión de las cocinas del centro prevista para junio de 2017. De igual modo, están elaborados los pliegos y condiciones para el concurso de distribución, emplatado y limpieza y próximamente se licitará.

En relación con el impacto económico, los costes adicionales de funcionamiento anuales y, por tanto, consolidables, que conlleva este sistema de gestión con respecto al actual ascienden a 783.937 euros. El desglose es el siguiente: en cuanto a la empresa externa serían 2.819.836 euros, el gasto de personal para la producción 954.424 euros y los consumos y costes directos 2.665.000 euros. En total, 6.439.260 euros. Como el importe del contrato de la cocina actual es de 5.655.323 euros, el resultado sería un incremento del coste de 783.937 euros. A esta cantidad hay que añadir una inversión de unos 2 millones de euros para la compra del equipamiento actual.

En estos momentos, esta es la información de la que dispongo, pero estoy a su disposición para intentar resolver todas sus dudas. Muchas gracias. Eskerrik asko.

SRA. VICEPRESIDENTA (Sra. García Malo): Muchas gracias, señor Consejero. Ahora tiene la palabra la portavoz de EH Bildu, la señora Ruiz, para valorar la información, por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. RUIZ JASO: Gracias, señora Presidenta. Gracias también al Consejero por las explicaciones que nos ha dado. Creo que hoy se ha dado bastante más información que el 23 de marzo, donde todavía no se habían dado pasos que a día de hoy sí se han dado.

Creo que es una evidencia decir que, en su momento, cuando se adoptó la decisión de privatizar este servicio, se creó un problema donde no lo había. Lo hemos dicho muchas veces, y ustedes también, los grupos que en su día tomaron la decisión, cuando hablan de otros temas plantean que para qué cambiar algo que funciona bien. Pues eso es lo que se hizo en su momento. Era un sistema que funcionaba bien y se cambió porque se trajo a este Parlamento un plan de ajuste y en el contexto de ese plan de ajuste es donde se primaron los criterios supuestamente económicos por encima de cualquier otra cuestión. Una chapuza que ya fue anunciada mucho antes de que se formalizara esa privatización y que, como digo, respondió a unos criterios estrictamente económicos, supuestamente económicos de ahorro después de tres informes que se hicieron *a posteriori* y que luego la propia Cámara de Comptos desmontó de alguna manera cuando aquí se intentó vender que la privatización de un servicio era lo que iba a traer ese supuesto ahorro. Entonces, como se hizo caso omiso a lo que se planteaba por parte de diferentes sectores de que lo que realmente traería ahorro era, en primer lugar, la centralización de las compras y, en segundo lugar, los gastos de personal, evidentemente, si te cargas a la mitad de la plantilla... Eso es lo que decía la Cámara de Comptos.

Por tanto, con el número de trabajadores y trabajadoras que se planteaba haciéndolo desde el sistema público y centralizando las compras, la privatización en sí misma no traería y no ha traído ningún tipo de ahorro sino a reducción de personal y la centralización de compras. Digo que se puso eso por encima de todo, por encima del mantenimiento de los puestos de trabajo y de la calidad del servicio. Luego hay que ver cómo ha sido el proceso, la cantidad de errores que se han cometido, las sanciones que el pasado 23 de marzo también el Consejero expuso aquí las razones, no solo de temperatura, de catas, de seguridad alimentaria, de higiene alimentaria, cuestiones ya de gravedad.

El Consejero decía, y estamos de acuerdo y aquí se ha dicho muchas veces, que si a la vista de lo que todos los grupos parlamentarios solemos exponer consideramos que la alimentación es parte del tratamiento terapéutico y parte de la recuperación de las personas hospitalizadas, eso debería ser una prioridad para todos los grupos. Hace cuatro años, casi cinco, al menos dos Grupos –UPN y el Partido Socialista— con la conveniencia también del Partido Popular adoptaron una decisión y ahora otros cuatro grupos hemos adoptado otra decisión. Unos adoptaron la decisión de privatizar y ahora se ha adoptado la decisión de desprivatizar en función de revertir los errores que se han cometido y con el objetivo, si todos consideramos que la calidad del servicio es un concepto amplio y que la alimentación es parte de esa calidad, de que si todos queremos un servicio de calidad, que haya una alimentación adecuada y garantizada es la obligación y la responsabilidad política de los gestores.

Nosotras, desde EH Bildu, ya hemos dicho muchas veces que apostamos por la reversión total y entendemos que esto es un primer paso. Un primer paso que, además, a nuestro entender ha tardado demasiado. El primer paso, que, además, va a ser una reversión parcial y lo entendemos desde EH Bildu por la situación económica y las complicaciones que traería también hacer la reversión en un solo paso y por eso lo respetamos, consideramos que se ha

dado tarde. Si consideramos y realmente adquirimos el compromiso de que esa reversión sea total, estaremos a mediados de legislatura para cuando se aplique ese primer paso.

Usted decía que los pliegos están elaborados y que el 26 de octubre también se autorizó el acuerdo marco para la adquisición de alimentos. En relación con estas cuestiones le vuelvo a preguntar si cuando planteamos que va a haber una gestión mixta en lo que entendemos que va a ser una primera fase en la que van a compaginar todo el proceso de alimentación treinta y dos trabajadores y trabajadoras públicas con unas condiciones laborales equis, que son las que estipula la Administración con otro tipo de trabajadores y trabajadoras que al mismo tiempo van a compartir espacios y un proceso dentro del mismo espacio con otras condiciones laborales también, eso no es fácil de gestionar y sabemos que puede causar agravios comparativos o situaciones laborables complicadas de gestionar, por eso volvemos a preguntar si en los pliegos o en el acuerdo marco que se plantea o se hace incidencia en el tema de las cláusulas sociales, porque sí que entendemos que como Administración tienen la responsabilidad de intentar que dentro de esa gestión complicada de trabajadores de diferentes procedencias que las condiciones laborables sean lo más equiparadas posible para que se produzcan los menos agravios posibles.

Cuando usted hablaba sobre la seguridad alimentaria y el sistema en frío, está demostrado que para algunas cuestiones el sistema en frío puede llevar a unos niveles de higiene y de seguridad alimentaria mejores que los del sistema tradicional, pero también es cierto, y se lo dije el pasado 23 de marzo, que hay voces autorizadas en materia de medicina preventiva, de seguridad alimentaria y que en Europa también se está atendiendo en algunos países a volver a los sistemas tradicionales en lo que respecta a la alimentación hospitalaria como en Canadá o Francia, precisamente, uno de los aspectos es por el tema de la *Listeria*. Usted mismo daba los datos el pasado 23 de marzo. Con el sistema antiguo, con el sistema público de cocinas, en dieciocho años que había registros se habían localizado tres muestras de *Listeria* y en los últimos tres años con el sistema de cadena en frío se han detectado trece. Se hablaba también del peligro que tiene la *Listeria* para los pacientes inmunodeprimidos y yo quisiera que ahondara en esta cuestión. Cuando dice que para casos excepcionales el sistema tradicional, ¿de qué estaríamos hablando? ¿Estaríamos hablando de pacientes con patologías concretas a los que este tema les pudiera afectar de una manera importante a su salud? ¿O qué tipo de medidas de van a adoptar para que esto no pueda ocurrir?

También nos gustaría preguntarle si el departamento tiene pensado un calendario de reversión total, si eso se ha tratado en el grupo técnico de trabajo, si se ha tratado si va a haber algún tipo de modificación con respecto al organigrama, por ejemplo, con el servicio de nutrición que, si no me equivoco, pasó a formar parte del servicio de endocrinología, si se va a plantear algún tipo de modificación en ese sentido.

Para terminar, respecto a los datos económicos que se han dado, desde nuestro grupo lo apoyamos y creemos que es una inversión, que hay supuestos ahorros que nos han salido muy caros, tanto a los trabajadores y trabajadoras como a los pacientes y que, en este caso, hay inversiones que salen baratas si realmente conseguimos el objetivo de que mejore la calidad del servicio. No tenemos ninguna duda de que así va a ser. Además, creo que no nos podemos llevar a equívoco, según los datos que daba usted en la anterior comparecencia, cuando habla

de posible desnutrición, de días de alargamiento de hospitalización, también relacionados con los niveles de desnutrición y si consideramos que la alimentación es parte del plan terapéutico, cuanto mejor se alimente un paciente ingresado, mayores posibilidades tiene de tener una hospitalización y una estancia más cortas. Por tanto, estamos hablando de inversiones eficientes. Por nuestra parte, esperando que aclare esas cuestiones, apoyamos el proceso.

SRA. VICEPRESIDENTA (Sra. García Malo): Muchas gracias, señora Ruiz. Es el turno de palabra del grupo parlamentario de Unión del Pueblo Navarro. Tiene usted la palabra, señora Ganuza, por un tiempo máximo de diez minutos.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, quiero dar la bienvenida al Consejero y al señor Gerente, el señor Moracho. Señora Ruiz, como ha dicho usted en su intervención, la decisión está tomada, pero se han dado muy pocos pasos en este sentido. Ahora usted tiene que justificar una reversión parcial que es muy difícil de justificar tal y como han venido ustedes planteando, que la reversión de las cocinas era un tema prioritario del cuatripartito que sustenta al Gobierno. Ahora el señor Consejero sigue sin decirles a ustedes cuándo se van a licitar estas tareas auxiliares. También vuelvo a solicitar, como ha dicho usted, el cronograma y si nos puede decir cuándo se van a solicitar. Hoy, 15 de noviembre, todavía no se ha iniciado el proceso de reversión de las cocinas. Debemos recordar que el contrato con Mediterránea de Catering finalizó el 21 o 23 de septiembre para concluir que el espectáculo que se le ofrece al cuatripartito con esta inacción por parte del Gobierno es de una enorme impotencia. Creo que ustedes son impotentes ante este tema. Mediterránea de Catering sigue trabajando por enriquecimiento injusto.

El Consejero ha anunciado hoy en su comparecencia la reversión parcial. El personal del complejo hospitalario se encargará del aprovisionamiento y de la elaboración de las comidas y una empresa externa las tareas auxiliares, siendo esta última la que se va a sacar a concurso. ¿Usted cree, señor Consejero, que trabajar en el mismo espacio personas con condiciones laborales diferentes es la mejor forma de gestión?

Señora Ruiz, le he escuchado en diferentes ocasiones que revertir las cocinas era más económico que externalizar. Sin embargo, hoy comprobamos que es muchísimo más caro. El señor Consejero ha explicado que va a costar 784.000 euros más al año y si se compran las cocinas sume usted 2,5 a 2,8 millones más. La reversión de las cocinas total costaría 1,4 millones más al año. Quiero recordar que UPN consiguió unas nuevas cocinas con una gran tecnología muy avanzada, ahorrando 2,8 millones, más una inversión a cargo de la empresa Mediterránea de Catering de unos 6 millones de euros. Ustedes protestaron ante el informe de la Cámara de Comptos que evidenciaba nuestro ahorro, aunque señalaba que este podría haberse incrementado en 670.000 euros. Nos preguntamos preocupados si van a compensar este gasto que ha reflejado el Consejero en la calidad del servicio.

Hoy la reversión de las cocinas no es un asunto prioritario para los pacientes navarros y así lo indican en los datos facilitados por las reclamaciones del Departamento de Salud que nos envía ante la petición de UPN, donde hay un 1,5 por ciento de las reclamaciones por motivo de la dieta en 96.000 servicios de comida al mes.

El señor Consejero nos ha transmitido que el mejor sistema de elección para elaborar las comidas he entendido yo que es el frío, aunque se está valorando si se realizará caliente y frío, mixto. UPN cambió el sistema de elaboración ya que considerábamos que era necesario mantener la línea fría, coincidiendo con casi todos los hospitales europeos, como ha reflejado la señora Ruiz, aunque algunos, muy pocos, están volviendo al sistema mixto. Con esto se ha demostrado que se mejoró la calidad y la seguridad alimentaria. Me lo creo porque es la realidad y a los hechos me remito.

Por supuesto que tenemos bien aprendida la importancia de las dietas como elemento integrante del plan terapéutico, señora Ruiz, por supuesto. Es este el principio y no exclusivamente el economicista, como usted ha reflejado, el que nos alienta a censurarles hoy aquí, en esta comparecencia. Señores del cuatripartito, mismo sistema, mismas cocinas y mucho más gasto. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Ganuza. Ahora tiene la palabra el señor Martínez de Geroa Bai.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Egun on, Kontseilari jauna, eta egun on, baita ere, Moracho jauna.

[Buenos días, señor Consejero, y buenos días también al señor Moracho].

Buenos días a todas y a todos, valga la redundancia. La verdad es que pensaba casi no intervenir porque después de las explicaciones que nos ha dado el Consejero estaba bastante satisfecho, aunque tengo dos pequeñas preguntas o matices que hacer. Pero vista la intervención de la portavoz del Grupo Unión del Pueblo Navarro, la no solo Parlamentaria sino doctora Ganuza, no salgo de mi asombro.

La privatización de las cocinas se hizo única y exclusivamente por criterios ni siquiera económicos, sino por criterios economicistas. Porque criterios económicos hay que utilizar en todas y cada una de las decisiones y este Gobierno los está utilizando, en mi opinión, pero es que ustedes utilizaron criterios economicistas, que quiere decir poner la economía por encima de cualquier otro valor. La economía es un valor a tener en cuenta, por supuesto que sí, y balancearlo junto con otros valores, como la calidad de la alimentación, la seguridad de la misma, el beneficio de los pacientes, el clima laboral, etcétera. Ustedes priorizaron la privatización por encima de cualquier otro valor y por eso privatizaron unas cocinas que funcionaban muy bien. Quisieron ahorrar en un servicio público para hacer otras cuestiones como el Reyno Arena y todas estas cuestiones que venimos denunciando desde hace tanto tiempo. Quisieron ahorrar en el bienestar de la población y en servicios de salud para primar otras intervenciones que solo les interesaban a ustedes. Y me atrevo a decir que no solo les interesaban, sino que solo les beneficiaban a ustedes y a sus amigos, a los del corralito. Esto lo digo y no lo voy a repetir porque creo que ya lo he dicho bastante claro.

Es verdad que compraron unas cocinas con gran tecnología, pero si la gran tecnología no se utiliza para el fin debido, que es una alimentación de calidad y segura, no es que no valga para nada, sino que se ha hecho una pésima inversión. Le he oído a usted decir que se mejoró en

calidad y en seguridad y me da la sensación de que no ha estado usted por el complejo hospitalario hace mucho tiempo.

Claro que es posible trabajar, y trabajar bien, aunque los trabajadores tengan distintas condiciones laborables. Esto lo venimos haciendo desde el inicio de los tiempos. Desde luego, nosotros, desde Geroa Bai, apoyamos que las condiciones laborales de los trabajadores públicos y de los de la empresa privada en concreto en este momento que se va a encargar de la distribución, etcétera, sean lo más parecidas posible.

Pasando de la demagogia de la portavoz de Unión del Pueblo Navarro, quería también preguntarle al señor Consejero dos cuestiones concretas. Nos habla de un grupo de trabajo compuesto por expertos que analizaron todo el tema de las cocinas y querría saber cómo se decidió y quiénes lo compusieron y que nos dé un poco más de información sobre este grupo de trabajo. Si fue un grupo de trabajo compuesto por personas absolutamente opuestas al régimen anterior, si fue un grupo de trabajo sectario o excluyente. Esto que desde Unión del Pueblo Navarro se nos achaca últimamente a todo aquello que desde el cuatripartito o desde el Gobierno se hace. O si era un grupo de trabajo en el que formaron parte personas que estaban formadas como para poder participar en él y dar su opinión técnica más fiable y, desde luego, menos sesgada ideológicamente.

Es verdad que últimamente se escuchan algunas voces contra la línea fría, más o menos potentes en algunos sitios. Usted ha dicho que se implantará la línea fría con algunas excepciones y me gustaría conocer algo de las excepciones a las que hacía usted mención.

Por lo demás, quiero decir que bienvenida sea la reversión parcial. No sé si llega pronto o tarde, pero, desde luego, a nosotros nos satisface saber que se están dando pasos de cara a lo que ya venía recogido en el acuerdo programático de reversión de las privatizaciones. Esperamos y deseamos que con la colaboración de todos y todas, independientemente de la forma de pensar, la ideología, la pertenencia a un grupo político o a otro, a un sindicato o a otro, los profesionales que están formando parte de ese grupo de trabajo hayan sido capaces de orientarle en la mejor dirección. Le demostramos nuestro apoyo en todos estos pasos parciales que se están dando hacia la reversión total de un servicio público privatizado por Unión del Pueblo Navarro por criterios, insisto, única y exclusivamente economicistas. El ahorro para ellos y para sus correligionarios. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señor Martínez. Ahora tiene la palabra la señora Sáez en representación del Grupo Parlamentario Podemos-Ahal Dugu por un tiempo de diez minutos.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko. Gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Domínguez y señor Moracho. Hay una cosa en la que parece que estamos coincidiendo en todas las intervenciones y es que, efectivamente, esto va lento. Lo digo porque es un tema que arrastra mucho tiempo porque la constancia en este Parlamento no es de esta nueva legislatura, la situación que se estaba viviendo, y un acuerdo del cuatripartito desde el primer momento es la reversión de las cocinas. Y no es porque sí, porque nos empeñemos en que es mucho mejor sin más que se hagan públicas, que también solemos defenderlo, sino fundamentalmente porque la situación encontrada en la que se estaba viviendo era de protesta tras protesta ante algo

que estaba creando que las personas comieran mal y tuvieran que estar buscándose la vida, llevándoles todo el mundo comida cada día y así los chistes que nos íbamos encontrando a diario en la prensa. Tiren de hemeroteca. Por eso se plantea que es un objetivo importante a cumplir en estos cuatro años y prioritario, cuanto antes. En ese sentido, les tengo que dar la razón: va lento. En cualquier caso, como las cosas de palacio parece que siempre van despacio, lo que sí somos, señora Ganuza, es constantes. Eso sí lo somos. Y no paramos. Cuando tenemos un objetivo claro que nos parece fundamental desde el punto de vista de la ciudadanía, no paramos, somos constantes. Así que lento sí, pero parado no porque no va a estar parado. Ya hay unas conclusiones y un tipo de trabajo, y ahora hay que seguir.

También queríamos dar las gracias al grupo de trabajo porque ha hecho un estudio, unos análisis y nos están ayudando a cómo abordarlo.

Por nuestra parte, queríamos incidir –y lo ponemos por delante– en que somos partidarios de la reversión total, pero ante la situación encontrada, este paso dado nos parece lento, pero en el buen camino. Es en el buen camino porque lo que más nos importa es lo que comen las personas, no tanto cómo les llega a la cama, sino lo que comen. Este camino lo que hace es abrir esa vía clara, es decir, la comida y la adquisición de los alimentos se van a garantizar de otra manera y el resto vamos a tener que seguir con una cosa a medias en esa prolongación. Insistimos en que lo que realmente nos importa es la calidad de la comida porque, como bien han señalado, la comida, el tipo de alimentación y el tipo de dieta ayudan a sanar. Además, el hecho de que se contemple la diversidad de las dietas y de la gente paciente, porque no solo por añadir qué tipo de enfermedad exige qué tipo de dieta, sino también costumbres culturales y una serie de cuestiones que van cambiando, que hay una gran diversidad y que es importante que también sean cada vez más contempladas en aquello que hacemos que a las personas les sirva para vivir mejor, en este caso, para sanar también.

Otra idea que nos parece importante es el hecho de que la adquisición de los alimentos sea un tema importante en estos pasos porque queremos incidir en la apuesta que estamos haciendo en todos los lugares, y que estos días si leemos la prensa nos debe hacer reflexionar un poco más, que es el tema de la apuesta por la compra cercana, la apuesta por el desarrollo sostenible. Desde Podemos vamos a ser insistentes con esto, que no solo adquiramos, sino que adquiramos con unos criterios porque esto nos lo tenemos que tomar muy seriamente toda la Administración si de verdad no queremos lo que está ocurriendo con el cambio climático y toda una serie de cuestiones que están diariamente en la prensa y son preocupaciones importantes. Avanzar hasta allí va a ser un objetivo.

Desde luego, nos alegra que vuelvan a crearse puestos de trabajo directo. Lo que no nos alegra tanto es que tantas personas en aquel momento lo tuvieran que perder de mala manera. Le recuerdo que fueron mujeres en su gran mayoría y, desde luego, en las edades en las que muchas de ellas se encontraban, con todo lo que ha repercutido posteriormente en sus vidas. Nosotros querríamos saber en esta recuperación de puestos qué criterios va a haber respecto al personal anterior si no está ubicado, si está ya o qué va a pasar.

Otra cuestión que ya se ha dicho es la que tiene que ver con los pliegos y las cláusulas. Lo que se haga para la prolongación debe cumplir como todo lo que se hace en este Gobierno que es mandato parlamentario y que, además, está recogido aquí desde el 2015 y posteriormente

mejorado, del tema de todas las cláusulas sociales. Cundo decimos todas son todas. Las cláusulas sociales tienen que ver con la compra cercana y, por lo tanto, con el desarrollo sostenible, pero también con cómo se contrata al personal, con qué criterios, qué porcentajes teniendo en cuenta diferentes situaciones y, sobre todo, las condiciones laborales que tiene ese personal. Eso es lo que puede ayudar a convivir al personal contratado directamente por la Administración con el personal contratado por empresas. Hay que conseguir que sus contrataciones sean más o menos equivalentes porque si no, indudablemente, habría muchos problemas. En cualquier caso, no lo digo solo por los problemas, sino por la ética de lo que nos obliga lo aprobado como Parlamento y, por lo tanto, el mandato hacia el Gobierno.

Otra cuestión que queríamos comentar es que, por nuestra parte, sobre todos los estudios de la cadena en frío y sobre la *Listeria* con criterios de la llamada cocina tradicional o la nueva en frío, desde Podemos apuntamos cada vez más hacia aquello que recupere lo tradicional, lo que es correcto de lo tradicional, en la idea de la cercanía en la compra del producto, contrataciones de personal propio que tenga buenos contratos y que trabaje bien y que mantenga, en este caso, una comida del cuidado, esa que se hace bien hecha y que se ha demostrado que no tenía tantos problemas de salud. No nos cerramos a ello, pero sí decimos que hay que valorar que lo que sea tradicional no es malo porque sí, sino que realmente hay que ponerlo en valor para a la hora de tomar las decisiones definitivas coger lo mejor de cada cosa. A eso es a lo que nos referimos. No tenemos nada en contra del frío ni en contra del calor, sencillamente, que se coja lo mejor de cada cosa dentro de un planteamiento de reversión total que es en el que nosotros vamos a incidir.

En cualquier caso, queremos comentar que nos ha parecido muy interesante la explicación sobre recuperar lo existente. Eso es fundamental. Pasa mucho en la Administración que vienen unos, vuelven otros, vienen otras y lo que había lo dejo y no lo tengo en cuenta. No. Tenemos cosas y hay que reutilizarlas. Bienvenidos al reciclaje en ese sentido. Es de nuestros propios recursos lo que tengamos, tanto de locales como de mobiliario como de personal que tengamos que rescatar, realmente recuperemos todo aquello que se había dejado abandonado y mal hecho. Por lo tanto, nos parece un acierto.

Por terminar, me quiero unir a las cuestiones que se han planteado para que nos aclare cómo está incorporado todo el tema de las cláusulas sociales en los pliegos, el tema del cronograma y qué está incorporado y qué no en él en cuanto a quiénes van a participar y el tema de la reversión total en el que incidíamos. No queremos terminar sin decir que cuando hubo todo este debate, y Podemos no estaba en el Parlamento, pero sí en la calle, se planteó que se hacía por la cosa de ahorrar, por la cosa de ofrecer un mejor servicio para ahorrar. Se ha demostrado que no y no se ahorró en la medida en que las personas estuvieron comiendo mal, estuvieron sufriendo y en algunos casos habría que ver incluso si no hubo hasta más consecuencias, que parecer ser que nadie lo ha hecho. Nosotros siempre nos preguntamos que si se hizo aquello, se gastó un dinero, y ahora para poder volver a ponerlo en condiciones nos cuesta 783.936 euros de más, para volver a conseguir algo que ya teníamos muy bien, alguien tendrá la responsabilidad de todo esto. Desde luego, desde nuestro punto de vista, quienes lo hicieron mal ahora se van de rositas. Toda la ciudadanía tenemos que pagar de nuevo todo aquello que se ha hecho mal para volverlo a poner en condiciones y no quienes lo hicieron mal y que

sabrán por qué intereses lo hicieron mal. Desde luego, no lo hicieron bien y ustedes lo saben. Así que esta es otra idea nuestra importante.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Sáez. Ahora tiene la palabra la señora Chivite por parte del grupo parlamentario del Partido Socialista de Navarra por el tiempo de diez minutos.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, Presidente. Empiezo por varias afirmaciones que creo que son rotundas. La privatización de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra supuso un empeoramiento de la calidad de la alimentación de los pacientes. Creo que es un dato innegable y las quejas así lo demostraban, aunque también tenemos que decir que en las últimas quejas, según lo que el otro día nos planteó el Consejero, no aparece el tema de la alimentación. No sé si es que el cambio también ha cambiado las quejas.

En cuanto a los supuestos ahorros que justificaban la decisión, se quedaron en supuestos porque según el informe de la Cámara de Comptos estos supuestos ahorros son más que cuestionables. Por lo tanto, parto de esas dos premisas: que se empeoró la calidad de la alimentación y que los supuestos ahorros se quedaron en supuestos.

Ahora bien, anuncia el Consejero la publificación de este servicio y basa esta decisión en varias afirmaciones. La primera, mejorar la calidad de la alimentación como elemento esencial de apoyo a procesos de recuperación de las personas hospitalizadas. Segundo, la prestación directa del servicio de alimentación es buena para los pacientes por principios terapéuticos. Por todo esto, por estas dos afirmaciones que no tengo por qué cuestionar, se decide publificar de manera parcial la elaboración y la adquisición de la comida. Yo, con base en estas afirmaciones y en estos criterios que no tengo por qué negarlos, pregunto: ¿va a publificar los servicios de alimentación del hospital de Estella y de Tudela? Porque si el criterio es que la prestación directa mejora la calidad de la alimentación, hágalo también en el resto de hospitales, que llevan teniendo una alimentación privatizada desde hace veinticinco años. Creo que el Consejero esto no lo va a hacer porque el problema no sé si es que la alimentación se presta de manera privada o quizá es que el problema de la calidad de la alimentación era el sistema en frío. Por cierto, el sistema en frío no lo va a cambiar.

A mí, personalmente, me parece que esta decisión obedece estrictamente a una decisión política, que no técnica. Por lo tanto, reforzamos conductas erróneas. Si aquella decisión fue errónea porque solo tuvo en cuenta criterios economicistas, ¿qué criterios de eficacia y de eficiencia, no solo del coste, que no es lo que me preocupa, tiene el Consejero para tomar esta decisión? Solamente criterios estrictamente políticos por el acuerdo programático del cuatripartito. Porque si fuera realmente por los criterios terapéuticos, usted tendría que hacer lo mismo en el hospital de Estella y de Tudela, y no creo que lo vaya a hacer, sinceramente. Luego Bildu quiere ir a más y habla de servicios privatizados que quiere publificar, como puede ser el servicio de limpieza. Como lo están haciendo en otros Ayuntamientos de la comarca de Pamplona, pidiendo la publificación de los servicios deportivos con polideportivos, etcétera, cosa que desde el Partido Socialista no compartimos.

A mí me parece, Consejero, que usted tiene que decir la verdad porque si atiende a criterios terapéuticos lo tiene que hacer por igual en todos los hospitales o solo le importa la

alimentación de los pacientes de determinados hospitales. Si no dígalo, que esto es imposición del acuerdo programático y que por eso lo hace. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Chivite. Por parte de la Agrupación de Parlamentarios forales del Partido Popular tiene la palabra el señor García por un tiempo máximo de diez minutos.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias, Presidente. Buenos días. Quiero agradecer las palabras del señor Consejero, así como la presencia del señor Moracho. La verdad es que me asombra la insensatez de intentar justificar una medida que, como bien dijo usted la semana pasada, no es una de las principales prioridades que tienen a día de hoy los pacientes y los ciudadanos navarros. Por lo tanto, ¿qué justifica el empezar a trabajar en este cambio más allá del acuerdo programático que tengan ustedes? Ponen por encima del interés general de los navarros su acuerdo programático. Grave error, en este caso, porque miran ustedes por el interés propio y por cumplir un programa, más allá del verdadero interés que tienen los pacientes navarros.

A los pacientes les interesa que se les atienda correctamente, que se les ponga solución a sus dolencias, que se les ponga el tratamiento adecuado, que se les faciliten las diferentes pruebas complementarias para diagnosticar las patologías y, claramente, que se les alimente de una manera correcta. No si la empresa es privada, pública, semiprivada o semipública. No. La cuestión es que lo que verdaderamente les interesa a los pacientes es que se les alimente de manera correcta. Y yo planteo —y responde a mi pregunta el hecho de la comparecencia de la semana pasada con respecto a las quejas—: ¿se han visto incrementadas las quejas con respecto a este tema? No, todo lo contrario. Por lo tanto, podemos decir que no es una prioridad de los pacientes navarros.

Insisto en que me parce un grave error acometer un cambio del cual, si hacemos una cronología, ustedes decían que se iba a ahorrar en un principio 800.000 euros. De ahorrar 800.000 euros pasamos, según palabras de un directivo de su departamento que dijo que solo nos iba a costar 700.000, a los prácticamente 1.400.000 que nos puede costar la reversión de las cocinas. Por lo tanto, no hay ahorro y mejoras no lo sé. Entiendo que tiene que haber mejoras porque al invertir esa cantidad en revertir las cocinas se tienen que plantear aquí unas mejoras que tienen que justificar claramente la cantidad que se va a invertir.

Sí que se me plantean ciertas dudas. Entre ellas, algo a lo que se hacía referencia en una pregunta en sede parlamentaria, y está relacionado con el importe que queda pagar claramente de las cocinas y que está incluido dentro del precio de la dieta. Hay que cuantificar cuál es el coste que tiene porque es una deuda que se tiene y hay que pagarla. Me gustaría saber también cuál es el coste social con respecto a los empleos actuales. ¿Dónde están ahora aquellos que continuamente dicen salir a la calle y que están todo el día en la calle? Parece ser que no están tanto en la calle para tomar una decisión que implica también una serie de despidos. ¿Van a estar firmando los finiquitos aquellos partidos que están todo el día en la calle? Porque hay que poner una solución a los trabajadores. Lo vendemos como que vamos a introducir a treinta y dos empleados públicos, pero, ¿qué pasa con los actuales? ¿Quién mira por ellos? Está claro que a los partidos del cuatripartito poco o nada parece importarles.

El hecho de justificar estas cuestiones con el poco recorrido que está poniendo en práctica este Gobierno creo que puede ser una cortina de humo para que los grupos que sustentan el Gobierno estén contentos. Creo que hay muchísimas prioridades más allá de la reversión de las cocinas que siguen prácticamente igual. La situación de contrato de una forma totalmente diferente. Se han recordado las cifras de las quejas y me gustaría saber si ha cuantificado aparte del coste económico cuál es la reversión económica a nivel social que va a tener el revertir las cocinas. Porque insisto en que con la inversión que se necesita según usted, la que hoy ha planteado aquí, entiendo que las mejoras tienen que ser importantes y notables. Por lo tanto, creo que usted puede cuantificarlas. Del ahorrar dinero al parece que nos vamos a gastar algo y a la cantidad que hoy usted ha dicho, la verdad es que hay una diferencia notable.

Por lo tanto, ni es prioridad, ni los pacientes a día de hoy están quejosos con este tema. Por tanto, creo que ustedes lo que deberían hacer es centrarse en los verdaderos problemas que tiene el sistema sanitario de Navarra a día de hoy porque con los millones que ustedes plantean para gastarse en este tema se pueden atender otras prioridades, otras necesidades mucho más urgentes para los pacientes navarros. Se ponía el ejemplo de Tudela y de Estella, con un sistema de cocinas similar al de Pamplona. ¿Por qué en este caso no se replantea también el volver a un sistema tradicional como el que estaba anteriormente en Pamplona? Creo que tiene la posibilidad de justificarlo. Ni todo es negro, ni todo es blanco. Por lo tanto, céntrese usted única y exclusivamente en las necesidades reales, que son otras, de los pacientes con base en las quejas que usted la semana pasada ya nos planteó aquí. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señor García. En representación de la Agrupación de Parlamentarios Forales de Izquierda-Ezkerra tiene la palabra la señora De Simón. Cuando quiera.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Egun on. Buenos días, señor Domínguez y señor Moracho. Bienvenidos a esta Comisión y gracias, señor Domínguez, por las explicaciones que nos ha dado.

Desde Izquierda-Ezkerra estamos muy satisfechos por la reversión parcial de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra. Ha sido una reivindicación nuestra desde siempre y, como todos ustedes conocen, fuimos muy críticos con el proceso de privatización de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra. Y sí, forma parte del acuerdo programático porque este es un acuerdo político y por nuestra parte a mucha honra porque estamos aquí para hacer política. Nosotros y nosotras tenemos clarísimo que el servicio de alimentación, de nutrición, está totalmente relacionado con el plan terapéutico de los pacientes, como ha dicho el señor Consejero. A mí me ha producido gran satisfacción porque fue el argumento fundamental de nuestra posición en contra del proceso de externalización o privatización de las cocinas del complejo hospitalario que se produjo la legislatura pasada.

Nos parece un paso adelante importante, no suficiente, y quiero recordar que esto no ha salido de debajo de las piedras. Teníamos un servicio y unas cocinas que eran públicas, unos empleados que eran interinos, interinas principalmente, y quiero recordar que también se anuló un concurso-oposición para hacer fijas a estas personas y tener una plantilla estable en este servicio de cocinas que para nosotros es fundamental. Por lo tanto, el cúmulo de

decisiones que tomó Unión del Pueblo Navarro, con el apoyo en un principio del Partido Socialista y del Partido Popular, nos ha traído a esta situación.

Quiero recordar que había unas cocinas que funcionaban bien. Había muchísimas dificultades por las condiciones de trabajo del personal, porque había una maquinaria que estaba obsoleta, porque hacía falta una remodelación de esas cocinas, eso era evidente, pero se tomó una decisión por parte de Departamento de Salud, por parte de Unión del Pueblo Navarro, que fue totalmente desacertada. Quiero recordar que fue una mala decisión y quiero insistir hoy en ello y en que el proceso de implantación fue totalmente irresponsable y la gestión de la empresa adjudicataria fue totalmente nefasta, porque se hizo con prisa, mal y engañándonos porque nada tiene que ver el decidir un proceso de elaboración de las dietas por un sistema frío con la externalización del servicio. Son dos cosas totalmente diferentes. La señora Vera y el Gobierno de Navarra de Unión del Pueblo Navarro tomaron esa decisión en su momento porque se consideró que así podría costearse una súper nueva cocina y un súper nuevo sistema que resultó ser una auténtica catástrofe.

A mí me saben mal estos discursos absurdos porque creo que nosotros hemos sido más serios en esta cuestión. El discurso de la portavoz de Unión del Pueblo Navarro me ha parecido absurdo, el discurso del portavoz del Partido Popular me ha parecido súper absurdo y a la señora Chivite no le he entendido nada. No sé si está a favor o en contra.

En todo caso, nuestra posición está clara. Seguiremos defendiendo este proceso, aunque nos parezca insuficiente. Nos parece estupendo que se recupere el material de las antiguas cocinas que está ahí perdido y sin utilizar y nos va a permitir hacer una elaboración al día y al momento para aquellos enfermos y enfermas que necesiten una dieta específica. Esa dieta, ese puré que le pasan al momento es fundamental para su curación.

Respecto al personal, nos alegramos de esos nuevos puestos de trabajo que van a ser vía oferta pública de empleo, que es el sistema que utiliza la Administración Pública para tener trabajadores y trabajadora fijas que permitan la persistencia y la evolución del sistema que se implante porque esas personas están al servicio de la Administración Pública. Por lo tanto, nos alegramos muchísimo de esta circunstancia.

Algo que nos ha parecido fundamental es la participación de nutricionistas y dietistas semanalmente en todos estos procesos porque tampoco tenemos que olvidar todo el desastre y follón que hubo con este personal y estas trabajadoras, ya que principalmente eran mujeres.

En todo caso, quiero y espero que el Consejero y el Gerente tengan claro que las órdenes médicas tienen que ser fundamentales en todo este proceso, desde que se compra un alimento hasta que se cocina, se enfría y todo. Por lo tanto, estamos satisfechos con esta cuestión. Y en cuanto a si es más caro o más barato, que haya un incremento de 700.000 euros, bienvenidos esos 700.000 euros si van a suponer una mejor alimentación. Parece que a ustedes se les ha olvidado que hay que pagar el material que no es nuestro. En el caso de que esta empresa un día se fuera y viniera otra, a ver qué vamos a hacer. Están tratando el tema con una frivolidad que a mí me ha molestado, porque esto ha sido muy duro para muchas mujeres que fueron despedidas y muy duro también para todos y todas.

Por lo tanto, no me cabe ninguna duda de que esto va a suponer un acuerdo a futuro y desde Izquierda-Ezkerra seguiremos insistiendo en la gestión pública cien por cien de todas las cocinas, de todo este proceso. Porque entendemos que es garantía de permanencia y de calidad y permite a la institución sanitaria tomar las decisiones oportunas sin tener en cuenta los intereses de una empresa privada que, por cierto, parece ser que esta empresa no quiere ganar nada y que ha venido aquí a hacernos un favor. Eso no es así. Nos está costando muchísimo dinero. Por cierto, yo creo que la mayoría de los pacientes, y, sobre todo, sus familiares, se han acostumbrado a llevar a las habitaciones la fiambrera, si no, echen un vistazo, péguense un paseo y vean lo que está sucediendo. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Muchas gracias, señora De Simón. Señor Consejero, cuando quiera tiene la palabra para responder las preguntas. Tiene diez minutos como máximo.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias. En primer lugar, quiero agradecer las aportaciones de todos los portavoces y voy a aclarar las dudas que se han ido generando y he ido tomando a buena pluma.

Querría insistir en que se ha estado hablando mucho del incremento del gasto, pero yo no hablaría de gasto, sino de una inversión en salud. Estamos hablando de que con una buena alimentación de los pacientes disminuye la morbilidad de los pacientes, el grado de desnutrición que habitualmente siempre se produce con el hecho de la hospitalización, pero disminuye también, y hay muchos trabajos que lo aseguran, el número de estancias hospitalarias. Por lo tanto, es una inversión en salud.

Tengo que aclarar que la decisión no es política en absoluto, sino que ha sido una decisión técnica. Una decisión técnica porque yo no entraría a analizar por qué en un centro funciona y en otro no funciona, pero lo que sí que es una evidencia es que en un centro ha funcionado y en otro no ha funcionado. Es verdad que últimamente no hay quejas, pero también es verdad que se sigue llevando comida a los hospitales, perdiendo el control de lo que comen algunos pacientes. Quien ha decidido esto ha sido un grupo técnico, desde luego, nada sectario, porque algunos de los que componían este grupo técnico tuvieron en la otra legislatura en puestos de responsabilidad, estaban el director de servicios generales, responsables de enfermería, responsables del servicio de endocrinología y nutrición. Por cierto, como asesora externa de ese grupo técnico estaba la directora de servicios generales del Gobierno de la Rioja, que es del PP, que es experta en nutrición hospitalaria. Por tanto, nada de sectarismo.

Refiriéndonos al tema de los trabajadores, hay que decir que los pliegos para la contratación, los borradores, están elaborados y que esos pliegos se han elaborado cumpliendo la normativa y pensando en la garantía de los derechos de los trabajadores. En cuanto a los trabajadores de Mediterránea de Catering, para contestar al señor García, lo cierto es que a algunos se los queda la propia empresa para otros trabajos y otros se subrogarán por la nueva empresa. Por lo tanto, hay una parcela que está cubierta. En cuanto al empleo público, quiero comentar que algunos se han repescado en función de la situación laboral en la que estaban, si quería volver a trabajar a las cocinas o no querían volver a las cocinas.

En cuanto al sistema en frío sobre el que se ha estado hablando, efectivamente, hay voces autorizadas que están pidiendo la vuelta a un sistema tradicional de la línea caliente, pero también hay otras voces autorizadas que defienden la línea en frío. Está claro que la línea en frío aparentemente, y en eso sí que coinciden la mayor parte de los expertos, parece más segura y no está reñida con la calidad, en absoluto. La calidad de la comida en frío depende, muchas veces, de la calidad de los alimentos, de buscar el alimento adecuado, el tipo de alimento y, sobre todo, las características de los alimentos. Por lo tanto, no está reñida la calidad. De hecho, en este momento, en muchos restaurantes cuando tienen que cubrir grandes eventos recurren a la línea en frío, así que no está reñida con la calidad.

Los casos especiales que hemos comentado en los que se recurrirá a la línea tradicional y comida caliente, en principio, se refieren a pacientes con patologías específicas, pacientes inmunodeprimidos, por ejemplo, que el servicio de dietética y nutrición hará una evaluación e indicará el tipo de comida. Es lo mismo que se está haciendo en este momento con un grupo de pacientes crónicos y pluripatológicos. Se hace una valoración y se indica quién tiene que hacer otro tipo de dieta que no sea la estándar. De momento, creo que eso es todo. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señor Consejero.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para explicar la extensión de la Estrategia de Atención Integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos a toda Navarra.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Seguimos con el segundo punto del orden del día, la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para explicar la extensión de la Estrategia de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos a toda Navarra. La comparecencia ha sido solicitada por el grupo parlamentario de Geroa Bai, a través del señor Martínez. Cuando quiera, tiene la palabra, señor Martínez.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Eskerrik asko, Presidente jauna. En 2013, la Consejera de Salud, la señora Vera, presentaba la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos. En dicha estrategia afirmaba que varias áreas quedaban abiertas e inconclusas y que debían ser contempladas y completadas con posterioridad. Teniendo conocimiento de que en el departamento se está trabajando en la extensión de la Estrategia de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos, este es el motivo de la comparecencia del Consejero. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señor Martínez. Señor Consejero, tiene la palabra por un máximo de treinta minutos.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias. En esta ocasión voy a intentar explicarles el despliegue de la estrategia de crónicos y pluripatológicos que se está llevando a cabo en el Departamento de Salud. Comentaré brevemente en qué marco estratégico nos movemos.

En consonancia con la directriz de la Organización Mundial de la Salud de 2005 que instaba a que todos los sistemas de salud de todo el mundo diseñaran estrategias para hacer frente al desafío de la cronicidad, y después de la aprobación por el Consejo Interterritorial en junio de 2012 de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud, se aprobó en julio de 2013 la Estrategia Navarra de Atención Integrada para Pacientes Crónicos y Pluripatológicos. Posteriormente, en septiembre de 2014 se aprobó en nuestro Parlamento el Plan de Salud de Navarra 2014-2020 cuyo eje vertebrador como palanca de transformación del modelo sanitario es la estrategia de crónicos. Se trata de un modelo proactivo de atención sanitaria centrado en el paciente y sus necesidades, abordadas de forma integral y basada en los siguientes elementos: estratificación poblacional según niveles de severidad, patrones de atención según perfiles y severidad más orientados al autocuidado en pacientes leves, a la gestión por procesos en moderados y a la gestión de casos en los más severos, modelo de atención integrada e integral, garantía de continuidad asistencial, nuevas modalidades de atención, servicios y circuitos asistenciales, nuevos perfiles profesionales -enfermera gestora de casos, enfermera de enlace hospitalaria, enfermera de consejo especialista de referencia-, mejora de la comunicación entre profesionales, incorporación de cuidados paliativos en perfiles de pacientes crónicos no oncológicos y sistemas de información que permitan la evaluación de resultados.

Resultaba necesario realizar un proceso de estratificación poblacional y se realizó una primera estratificación en el 2011 basada en la utilización de recursos sanitarios por paciente. Teniendo en consideración como enfermedades crónicas las de mayor relevancia priorizadas en la estrategia –demencias, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, asma y EPOC–, el 17 por ciento de la población navarra, es decir, 120.000 pacientes, son crónicos. A estos habría que sumar pacientes con factores de riesgo con hipertensión arterial o dislipemias y pacientes con otros procesos que también pueden beneficiarse del modelo de atención de cronicidad, como la esquizofrenia o las enfermedades raras. De los 120.000 crónicos identificados el 68 por ciento eran leves, el 22 por ciento moderados y el 10 por ciento severos.

En 2014 se realizó una segunda estratificación poblacional basada en la herramienta GMA, Grupos de Morbilidad Asistida. Esta herramienta permite estratificar la población por niveles de complejidad del 1 al 5 basándose en todos los diagnósticos clínicos de los pacientes y en el consumo de recursos que generan. Con esta herramienta, y añadiendo a las patologías de la primera estratificación la cirrosis, se detectaron en 2014 108.022 crónicos, siendo la patología más prevalente el asma seguido de la diabetes. Destaca por el alto porcentaje de pacientes con complejidad alta la insuficiencia cardiaca y por las peculiaridades y las altas necesidades sanitarias y sociales de pacientes y cuidadores la demencia. De los 108.022 pacientes identificados 7.402 son pluripatológicos, entendiendo como tales aquellos pacientes con tres o más de las patologías seleccionadas. La herramienta GMA, sobre todo, en el perfil del paciente pluripatológico, se ajusta mejor a la valoración clínica de severidad que la estratificación realizada con base, únicamente, en la utilización de recursos sanitarios, aunque se sigue trabajando para mejorarla, fundamentalmente, con la incorporación de datos sociales.

En octubre de 2014 se inició un pilotaje de la estrategia en cinco zonas básicas de salud –San Juan, Tafalla, Ultzama, Estella y Tudela Oeste– que suponen el 11 por ciento de la población

navarra con participación de atención primaria, salud mental, los tres hospitales y los equipos de cuidados paliativos del hospital San Juan de Dios para tres perfiles de pacientes; pluripatológicos moderados y severos, insuficiencia cardiaca moderada y severa y demencia de cualquier grado de severidad. En la primera evaluación del piloto, a los seis meses de comenzar, se decidió prologar el piloto hasta completar el año. En la segunda evaluación, al año de la implantación, se ha realizado un análisis cuantitativo, con un diseño antes y después de doce meses de la exposición a la intervención frente a doce meses preexposición, y una comparativa entre grupo, intervención y controles.

La evaluación de pacientes intervención que han permanecido al menos seis meses en la estrategia frente a dos grupos control, el primero de pacientes con las mismas características de las mismas zonas básicas de salud que no han sido incorporadas a la estrategia y el segundo pacientes de las mismas características de cinco zonas básicas similares a las zonas básicas del piloto. También la evaluación del impacto de la población diana, evaluación de la satisfacción de los profesionales, evaluación de la experiencia de paciente mediante una herramienta validada orientada a la cronicidad, IEXPAC, evaluación de la satisfacción de cuidadores. Además, se ha realizado una evaluación cualitativa a través de entrevistas con profesionales participantes en el proyecto para detectar áreas de mejora antes de iniciar el despliegue de la estrategia al resto de zonas básicas de Navarra.

Les presento ahora las principales conclusiones de la evaluación del pilotaje. Se incrementa la actividad total en atención primaria, pero este incremento es menor que en el grupo de control. El incremento de actividad en atención primaria con la estrategia es fundamentalmente debido a la actividad no presencial, a la actividad domiciliaria y a la actividad de enfermería y trabajo social. No hay diferencias significativas en el número total de ingresos hospitalarios ni en el número de ingresos urgentes, pero sí se incrementa el número de ingresos programados. Se incrementa la hospitalización domiciliaria, pero sin diferencia en el grupo control y grupo intervención. Hay diferencias significativas entre el grupo intervención y control en la tasa de urgencias hospitalarias, con tendencia a incrementarse en el grupo control. Además, se reduce de forma significativa la tasa de reingresos en los treinta primeros días en el grupo de intervención y también se reducen significativamente las hospitalizaciones en el perfil de pacientes pluripatológicos. En los pluripatológicos severos el incremento del coste sanitario global es de un 18 por ciento menos en el grupo de intervención que en el de control.

El 70 por ciento de los profesionales sanitarios cree que la nueva estrategia mejora la atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos. Entre los aspectos mejor valorados por los profesionales está el rol de los nuevos perfiles profesionales, como la enfermera gestora de casos en atención primaria, enfermera de enlace hospitalaria y enfermera de consejo. Existe también una buena valoración de cuidadores, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos en este caso.

La selección de la población diana en el perfil de demencias no fue adecuada para la intervención propuesta, por lo que se requiere una redefinición de la población diana y de los circuitos asistenciales.

La evaluación cualitativa ha sido de un gran valor para redefinir áreas de mejora en el despliegue. Con base en los resultados obtenidos en el pilotaje, se propuso el modelo de atención integrada en el despliegue. La complejidad de cada ciudadano navarro obtenida mediante la estratificación poblacional GMA está identificada en historia clínica de atención primaria y atención especializada. Dado que en la evaluación cualitativa los profesionales transmitieron que los pacientes que se benefician más de la estrategia son los pacientes pluripatológicos, se decidió iniciar el despliegue por el perfil de paciente pluripatológico. A cada cupo de atención primaria se le ha facilitado un listado de pacientes por cada uno de los perfiles con los criterios de selección de la población diana. A estos pacientes y a aquellos que no aparezcan en el listado pero que el médico de atención primaria considere que pueden beneficiarse de los circuitos de atención a pacientes crónicos se les realiza en atención primaria una valoración que permite clasificar la severidad clínica, las necesidades de cuidados y las necesidades sociales.

En una reunión de los tres profesionales que realizan estas tres valoraciones –el médico, la enfermera y la trabajadora social del equipo de atención primaria— se realiza la valoración integral del paciente, que se identifica en todos los sistemas de información como una pirámide de diferente color de acuerdo a la clasificación en leve, moderado, severo o paliativo. A partir de la valoración integral se marcan los objetivos a conseguir de forma consensuada con el paciente y con atención especializada, en caso necesario, y el plan de atención individualizado que consta de un plan de autocuidados y autocontrol por el paciente o la persona cuidadora, tratamiento médico, plan de cuidados de enfermería, atención a las necesidades sociales, pauta de atención en caso de descompensaciones y coordinación con los profesionales que participan en el proceso.

Los profesionales de atención primaria, base del modelo de atención a la cronicidad en Navarra, a partir de la valoración integral deciden el nivel de intervención más adecuado para cada paciente, pudiendo seleccionar una de las siguientes opciones: control y seguimiento en atención primaria en los que se puede activar si se considera necesario un tapiz de historia clínica compartida, circuitos de garantía de atención en el día en atención primaria. Otra opción son los pacientes que precisan, además, un especialista de referencia. En estos pacientes el médico de atención primaria manda una interconsulta no presencial a atención especializada y se asigna de forma consensuada entre médico de atención primaria y especializada, un especialista de referencia al paciente. El Plan Terapéutico Integral es compartido entre los dos niveles asistenciales disponiendo de circuitos ágiles de comunicación entre profesionales, evitando así la fragmentación asistencial. En tercer lugar, pacientes más complejos que precisan, además de historia clínica compartida y especialistas de referencia, la activación de circuitos específicos de atención, identificados en los sistemas de información mediante un icono de cubo rojo. Se activan de forma consensuada entre médico de atención primaria y especialista de referencia a través de una interconsulta no presencial o en casos urgentes de forma telefónica.

En pacientes con circuitos específicos activados, cubo rojo, se siguen las siguientes habilitaciones: contacto telefónico, posibilidad de ingreso directo en unidades hospitalarias de crónicos evitando el paso por urgencias o gestión directa de hospitalización domiciliaria, garantía de continuidad asistencial con profesionales de urgencias extrahospitalarias si

requieren atención en el mismo día por la tarde, aviso directo desde urgencias a la unidad de crónicos para su valoración. En caso de ingreso hospitalario, la planificación precoz del alta, conciliación de la medicación al ingreso y al alta, potenciación de autocuidados, garantía de continuidad asistencial al alta mediante el contacto desde atención primario primaria con el paciente y el contacto con la enfermera de consejo. Se hace también un cribado de riesgo de desnutrición, revisión sistemática de medicación por parte de los farmacéuticos de atención primaria en pacientes polimedicados que no hayan ingresado en el último año y cribado de desnutrición en pacientes que no lo tengan realizado previamente por un ingreso.

El médico y la enfermera de atención primaria cuentan con el apoyo de otros servicios o profesionales para el adecuado manejo de pacientes crónicos como el especialista de referencia, hospitalización domiciliaria, urgencias extrahospitalarias, se intenta evitar en lo posible la necesidad de atención en urgencias hospitalarias, profesionales de los centros de salud mental, equipo de cuidados paliativos del hospital San Juan de Dios y escuela de pacientes.

Para el desarrollo de la estrategia de crónicos son necesarios sistemas de información y de evaluación de resultados. Actualmente se está trabajando en la adaptación de estos sistemas de información a las necesidades de la estrategia de crónicos, fundamentalmente, en los siguientes elementos: desarrollo de contenido de Eunate como historia clínica compartida, avisos automatizados que garanticen el cumplimiento de los criterios de calidad de la estrategia como, por ejemplo, aviso a los servicios de farmacia de pacientes con circuitos específicos, a la enfermera de consejo, a unidad de crónicos, etcétera. También mejoras en la comunicación entre profesionales interconsulta no presencial entre especialistas hospitalarios y entre enfermeras de distintos niveles asistenciales, inclusión en historia clínica de escalas de valoraciones homogéneas y de registros parametrizados comunes en atención primaria y atención especializada que permitan explotación de resultados, inclusión en historia clínica de herramientas de valoración sociosanitaria y desarrollo de historia clínica sociosanitaria, acceso auditable a Eunate de todos los profesionales involucrados en la atención de pacientes crónicos y evolución de los cuidados de mandos clínicos implantados en el piloto.

Cada profesional involucrado en la atención a pacientes de la estrategia de crónicos dispone de acceso directo a través de historia clínica, de un cuadro de mandos clínicos y de un panel de control con un listado de pacientes crónicos del ámbito de su responsabilidad.

Hablaré ahora del despliegue del perfil del paciente pluripatológico. En abril de 2016 se inició el despliegue de crónicos a 10 zonas básicas de salud y en octubre de 2016 a otras 11 zonas básicas. Por lo tanto, hasta la fecha son 26 zonas básicas las incluidas en la estrategia de crónicos con el perfil pluripatológico. Estas 26 zonas suponen el 45 por ciento de la población navarra mayor de 14 años y el 50 por ciento de la mayor de 65 años de edad. El cronograma de despliegue por áreas de salud en los perfiles de esquizofrenia, demencia, insuficiencia cardiaca, diabetes y fibromialgia se observan en las diapositivas y no entraré a detallarlo. Pero resulta importante reseñar que el despliegue de estos perfiles a toda Navarra será alrededor de junio de 2017. Tampoco detallaré el profesional responsable del seguimiento y tratamiento del paciente en cada una de las patologías, el centro o la unidad de referencia ni los niveles de severidad en los pacientes con demencia, insuficiencia cardiaca, diabetes ni fibromialgia.

Sin embargo, sí me gustaría destacar que actualmente se está trabajando en la definición del modelo de crónicos en EPOC, cuya implantación está prevista para el primer cuatrimestre de 2017 y que los perfiles siguientes a incorporan en la estrategia son la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, la cardiopatía isquémica y el asma y que posteriormente se incorporarán la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia renal, la cirrosis, la enfermedad inflamatoria intestinal y otras enfermedades raras.

Para terminar, quisiera aprovechar la ocasión para agradecer a todos los profesionales que han participado en la definición y puesta en marcha de la estrategia. Su implicación y su esfuerzo son imprescindibles para el éxito de proyecto, consiguiendo una mejora en la calidad de atención a estos pacientes, mayor satisfacción de pacientes, familiares, cuidadores y profesionales, así como en la contribución a la sostenibilidad del sistema. Muchas gracias. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Muchas gracias, señor Consejero. Para comentar las explicaciones dadas por el señor Consejero y manifestar sus preguntas, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el portavoz de Geroa Bai, el señor Martínez. Cuando quiera.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Eskerrik asko, señor Consejero, por sus explicaciones, que han sido arduas y con datos importantes que al menos este portavoz desconocía. Muestra su alegría por haber solicitado su comparecencia hoy para hacernos conocer la estrategia para los pacientes crónicos y pluripatológicos.

De la escucha de su intervención deduzco, aunque lógicamente es algo que tendremos que profundizar en el análisis, que esto es un modelo proactivo de atención sanitaria centrado en el paciente y que dentro de sí encierra valores positivos. Es un modelo proactivo, es decir, que va más allá y no espera a que el paciente llegue, sino que se acerca al paciente. Es un modelo de atención sanitaria y centrado en el paciente que abandona esquemas pasados o esquemas que debieran ser del pasado en los que la atención sanitaria era más centrada en los propios profesionales y en los propios hospitales, incluso más que en los centros de atención primaria.

Veo que el trabajo se ha iniciado con un programa piloto que se está aumentando y que ya hay 26 zonas básicas incluidas. Todo ello es motivo de satisfacción. Además, está planificada la extensión de esta estrategia a todas las zonas básicas y progresivamente a distintas patologías. Insisto en que todo ello es motivo de satisfacción y espero que esto llegue a buen puerto, no solo porque será bueno para los pacientes, sino incluso porque será bueno para la sostenibilidad del sistema.

Dicho todo eso, lo tenemos que mirar más profundamente y solo quiero hacerle una pregunta. Al hablar de una estrategia para pacientes crónicos y pluripatológicos, no sé si la enfermera de consejo que ustedes mencionan lo hace o no, pero me llama la atención que no aparezca por ningún lado, o al menos no lo he visto, nada en relación con la planificación adelantada de atención o con la extensión de documento de voluntades anticipadas que creo que es un instrumento importante en manos de los profesionales y en manos de los y las pacientes para hacer efectivo un derecho que todos tenemos y porque creo que la elaboración de estos documentos lleva pareja una mejor calidad en la atención sanitaria. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señor Martínez. En representación del grupo parlamentario de Unión del Pueblo Navarro tiene la palabra la señora Ganuza. Cuando quiera.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidente. Señor Martínez, su peloteo constante al Gobierno creo que le resta credibilidad. Sus constantes refuerzos al Consejero nos están mostrando su debilidad. Creo que su peloteo constante no le hace ningún favor al Consejero. Señor Martínez, yo lo que esperaba era un reconocimiento más generoso por el legado que le ha dejado UPN en este caso, sobre todo. El Consejero ha explicado muy bien que se impulsó y aprobó en el 2013 con UPN y usted lo ha dicho en la introducción, pero ahora no y lo ha dejado un poco de refilón. Contó, por supuesto, con el apoyo de todos los grupos políticos y en septiembre del 2014, como ha dicho el Consejero, se aprobó el Plan de Salud 2014-2020, elaborado también por Gobiernos de Unión del Pueblo Navarro, en el que se contempló esta estrategia de crónicos como una palanca de cambio de modelo asistencial. Ya lo contemplamos nosotros. Un modelo proactivo y centrado en el paciente. Como ha explicado el Consejero, comenzó la fase piloto y no he oído decir nada de lo amplia, ambiciosa que fue UPN en esa época. No ha dicho nada de lo ambicioso y de lo amplio del pilotaje de UPN.

Los resultados han indicado que se consiguió reducir la tasa de urgencias hospitalarias, así como hospitalizaciones potencialmente evitables. Se constataba un alto grado de satisfacción de los profesionales y de los pacientes con UPN, señor Martínez. Es un plan muy necesario que compartimos, por supuesto, su extensión porque hay que seguir dando respuesta a las nuevas necesidades de salud en una población cada vez más envejecida y con más prevalencia de enfermedades crónicas. Tengo que decir que también en Navarra el abordaje no solo se materializó con estrategia asistencial, sino que UPN también previó la prevención y la promoción de la salud.

Consideramos que como la responsabilidad fundamental de atención a pacientes crónicos corresponde a atención primaria, creemos que hay que reforzar y apoyar más a los equipos de atención primaria, también con una participación activa de los pacientes en la toma de decisiones de su enfermedad. Creo que aún costará impregnar esta cultura a los profesionales. Me consta que cuesta y que seguirá costando, pero veo que el departamento va por esa línea y que lo está intentado.

Por supuesto, todos queremos lograr unos buenos resultados en salud, en calidad técnica, en la atención y progresar todos en capacidad y calidad de vida. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Ganuza. En representación del Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu Nafarroa tiene la palabra la señora Ruiz. Cuando quiera.

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señor Presidente. Empezaré por decirle a la señora Ganuza que desde EH Bildu tenemos memoria. Como grupos parlamentarios de Aralar Navarra y Bildu hicimos nuestras aportaciones al plan de crónicos y a la propia Consejera le dijimos textualmente que valorábamos que era un plan ambicioso, como usted decía, y que nos parecía absolutamente necesario y válido, que podía ser una herramienta válida. Ahora bien, planteamos también nuestras dudas porque antes de recabar todas esas aportaciones el plan

adolecía de planteamiento alguno de financiación, de plazos y de recursos humanos y materiales. Una cosa es ser ambiciosos y otra cosa es que realmente contenga las herramientas válidas para su implantación. Eso lo dijimos desde el principio y creíamos que era necesario y lo seguimos creyendo. No voy a ahondar en los datos que ha dado el Consejero que se daban en su momento y que quedan explicados en el plan.

Es necesario adecuar el modelo a una población cambiante, cada vez más envejecida y con unas 120.000 personas en Navarra que requieren de este tipo de atención por padecer algún tipo de enfermedad crónica o ser pluripatológicos. Tan es así que ese compromiso político que empezó antes de esta legislatura se ha plasmado en un acuerdo programático y en un planteamiento de un acuerdo de Gobierno que se centra en materia sanitaria, en la salud en todas las políticas, en la prevención y en la promoción. Ahora mismo, hablando de envejecimiento saludable, el Consejo Interdepartamental de Salud, con la Presidenta a la cabeza, también está trabajando en esos aspectos.

Nosotras valorábamos en aquel momento, y lo seguimos valorando, como aspectos positivos el nivel de participación que tuvo el plan, donde se recabaron y se aceptaron bastantes aportaciones, ya que son muchas las aportaciones que se hicieron. Como aspectos fundamentales valoramos también la visión integral, la continuidad en los cuidados que se planteaban, el desarrollo de perfiles profesionales, el tema de la prevención y el autocuidado, etcétera. Desde luego, la atención primaria como clave y como eje de lo que tiene que ser la atención integral. También decíamos, y seguimos diciendo, que no se empezaba desde cero. Desde atención primaria también se trabajaba de antes la prevención y la promoción y, desde luego, se daba la atención a este tipo de pacientes. También es verdad que si en aquel momento éramos reticentes a creer realmente que ese plan era factible, era porque en el 2013 hubo un recorte presupuestario en materia sanitaria de en torno al 15 por ciento, y que luego siguieron durante toda la legislatura. Este plan requería de recursos y probablemente no se han dado todos los recursos necesarios hasta el momento de hoy y probablemente hagan falta más recursos para implementarlo en la línea que se nos explica.

Por concretar la exposición de hoy, me parecen interesantes las conclusiones del pilotaje. En lo que respecta a índices, nos gustaría tener documentación más explícita si la tienen, pero, en cualquier caso, las tasas parecen menores respecto al grupo de control de urgencias hospitalarias, de reingresos y del incremento del coste sanitario global, que es bastante menor, un 18 por ciento menor, el grupo de intervención. En esta cuestión nos llama la atención y le preguntaríamos, a ver si para la réplica nos puede dar algún dato, que cuando se habla de la evaluación cualitativa de gran valor para redefinir áreas de mejora en el despliegue, qué áreas de mejora se han identificado en esa evaluación. Otra cosa que nos llama la atención es que en su momento en las aportaciones que hicimos sí que planteábamos el tema de salud mental porque considerábamos que no se desarrollaban claramente los mecanismos de colaboración entre atención primaria y salud mental y vemos aquí que en la selección de la población diana el perfil de demencia no es adecuado para la intervención propuesta. Entonces, querríamos saber qué pasos quedan por dar como área de mejora para la extensión.

Acabo con otras tres cuestiones que me parecen también fundamentales. Ustedes cuando anunciaron la extensión del plan en mayo hablaban de la importancia de la formación de

profesionales y planteaban que a lo largo del año 2016 se iba a formar a 1.500 profesionales en este tema. Nos gustaría saber si se ha finalizado ese proceso de formación o cómo está y qué previsión hay en cuanto a formación.

Por otro lado, ayer nos llegó una comunicación de los jefes y jefas de sala de SOS Navarra con unas preocupaciones concretas. Según el procedimiento que les ha llegado a SOS Navarra se plantea, también en esta extensión del plan, que la enfermera de consejo y el planteamiento de teleasistencia por consulta telefónica se vaya a hacer todo mediante el 112, SOS Navarra. Aquí las dudas y preocupaciones que nos plantean es que se está saturando el teléfono del 112 con diversidad de servicios y de llamadas que no son urgentes y que se están mezclando lo que son las urgencias reales, las emergencias, con otro tipo de cuestiones como llamadas para acudir a un centro de salud, consultas telefónicas no urgentes de todo tipo, llamadas para acudir a farmacias, para gestionar necesidades de ambulancias no urgentes fuera de horario, de consultas sobre diferentes servicios de Osasunbidea, etcétera. Entonces, la duda y la preocupación que plantean y la petición expresa que realizan es que se replantee si esto es así si realmente toda esta extensión de llamadas y de consultas de la enfermera de consejo se va a realizar a través del 112, seguimos hablando de una posibilidad de saturación y de sobrecarga real del 112 con cuestiones que no son urgentes y que a día de hoy han ido viendo algún tipo de disfunción, que llamadas que sí son urgentes tienen que quedar en la cola. Entonces, nos gustaría saber si realmente lo han planteado así si se están replanteando habilitar otro tipo de número u otro tipo de mecanismo para diferenciar lo no urgente y la consulta de lo que es realmente urgente. Creo que es un tema para abordar y para tener muy en mente.

Por último, toda esta extensión y el planteamiento de personas crónicas y pluripatológicas tiene mucho que ver con la reforma que tenemos pendiente de la atención primaria continuada y urgente y con la atención en zonas rurales, señor Consejero. Por lo tanto, vamos un poco lentos en esto o no sé si se ha empezado algo, pero a estas alturas debería estar hecho un diagnóstico de situación, pero no sé si hay algún planteamiento encima de la mesa. Creo que los dos temas están absolutamente relacionados y creo que es hora de meter mano también a este tema. Le pregunto a ver qué planteamiento tiene el departamento a este respecto y qué incidencia o qué relación le van a dar ustedes con respecto a la extensión del plan de crónicos. Nada más por nuestra parte. Mila esker.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Ruiz. En representación del grupo parlamentario de Podemos-Ahal Dugu tiene la palabra la señora Sáez. Cuando quiera.

SRA. SÁEZ BARRAO: Gracias, señor Presidente. Gracias de nuevo, señor Consejero. Quiero decirles que el estudio nos parece importante, interesante y bien hecho. En cualquier caso, al igual que otras personas le han pedido, pediríamos tiempo para mirarlo un poco más. Hoy le vamos a manifestar cuestiones más generales, no todas referentes a los datos que plantea el estudio, que una vez analizado se las pasaremos como sea o volveremos a hacer una sesión de trabajo.

Cuando las cosas son verdad, son verdad, y en ese sentido siempre nos encontrarán. Le digo a la señora Ganuza que, efectivamente, lo que UPN, al igual que otros grupos políticos de ese momento, hizo en esta materia fue bueno. En las cosas que se hacen bien nos encontrarán en el camino, no tenga ninguna duda porque nos conoce en este asunto. Esto no quita para que

se haya seguido trabajando sobre lo hecho, que es de lo que se trata: respetar si hay cosas buenas y seguir manteniéndolas y mejorándolas. Nosotros no estábamos en ese momento en el Parlamento, pero como criterio compartimos lo que surgió en aquel momento, que es, como ya han repetido otros portavoces, la importancia de la estrategia de crónicos y todo el tema de proactivo y el reconocimiento de la persona como lo importante y, por lo tanto, el paciente en el centro. Y, como ya han dicho, hablamos de mucha población, 120.000 - 128.000, depende un poco de lo que incluya, pero hablamos de un número importante de la población.

Nos alegra saber que cuando decimos que se ha ido más allá y que hay 26 experiencias piloto funcionando y con una previsión para verano del 2017 para llevarlo de una manera más extendida. Con lo cual, creemos que es un buen paso en ese camino.

También nos alegra a bote pronto haber leído y escuchado la importancia de la atención primaria en el tema de crónicos porque es fundamental. Lo decimos en todo, pero en el tema crónicos es verdad que es uno de los temas importantes. Desde Podemos-Ahal Dugu entendemos que todo va ligado de alguna manera. Es decir, el concepto de persona crónica que a veces hay personas que no lo vive como algo muy positivo, pero todo es un continuo: si es hospitalización o domicilio, hospital de día, crónicos y paliativos. Toda una realidad de los diferentes momentos de la vida y lo que tenemos que hacer es darle los recursos necesarios, desde nuestro punto de vista, siempre desde lo público o uniéndonos a aquellas experiencias interesantes que pueda haber para concertar. Así que le decimos que nos parece importante que la atención primaria haya sido recogida.

A nosotros nos preocupa si realmente tenemos los recursos necesarios para este desarrollo. Eso sí nos preocupa porque, como ya se ha señalado, las cosas están bien diseñadas y pueden tener buenos objetivos, pero si no van bien acompañadas de los recursos se pueden quedar en agua de borrajas o, por lo menos, en el agua y sin la borraja. Entonces, el tema de los recursos necesarios no nos ha quedado claro.

Por nuestra parte queremos comentarle algunas dudas o sumarnos a algunas cosas. Por un lado, no tenemos claro el papel de la enfermera de consejo. No es que no lo veamos, sino que no tenemos claro exactamente cómo lo realiza, si tiene algún papel activo físico con las personas o solamente por teléfono o este tipo de cuestiones, y si no suple otro tipo de figuras que ya en existen en este momento.

Por otro lado, nos queríamos unir a lo que ha planteado el portavoz de Geroa Bai sobre que las personas que desarrollan o tiene el contacto directo con las personas crónicas deberían tener una formación donde lleven el tema de las últimas voluntades, que lo den a conocer porque es una población que es importante que sea activa en este tipo de cuestiones. También nos gustaría que tuvieran una formación en materia de género y de violencias machistas. Lo decimos porque justo ayer salió un buen artículo en el diario.es analizando el porcentaje altísimo, creo que de más del 32 por ciento, de mujeres que están en situaciones crónicas en una edad concreta viviendo situaciones desde un punto de vista de violencias machistas y que no tienen cauces ni formas para poderlo plantear. Con lo cual, nos parecería importante que esté incorporado.

Otra duda que tenemos es que cuando hablamos del tema de los recursos, en todo este plan es importante el tema del domicilio porque es bueno para las personas, pero ¿a la hora de hablar del domicilio pensamos en quién va a estar en el domicilio? Es decir, ¿no sería importante que hagamos buenas campañas de que el cuidado es de todas las personas y que si tenemos personas en casa que vamos a tener atención a domicilio además de aquello que nos viene de fuera, que el cuidado se reparta no solo en manos de las mujeres? Miren ustedes, esto ha sido históricamente una trampa. No digo que sea malo o bueno, pero el tema de salud sale de los canales hospitalarios por lo bueno que tiene hacerlos más cercanos y de domicilio, pero lo que ha supuesto es que se ha hecho a costa de las mujeres con trabajo gratuito. Por lo tanto, nos gustaría muchísimo que a la hora de diseñar bien este tema se haga con buenas campañas explicando que el cuidado es una necesidad para todas las personas y que quienes cuidan en casa deben ser personas reconocidas y de ambos sexos. Y, como les hemos comentado, si todo el personal tiene la formación necesaria.

No hablamos de temas baladíes. Los temas de género ya dejan de ser algo de pequeñita cosa, forman parte de nuestra sociedad y, por lo tanto, hay que darles una solución si no queremos hacer cada vez más una sociedad que se va distanciando y no está atendiendo a este tipo de problemas.

También queríamos comentarle que no entendemos cómo va el tema de los indicadores para la evaluación, ya que lo he tenido que leer muy deprisa. Me gustaría si pudiera usted extenderse algo más en esta materia.

Además, nos unimos también a la pregunta que les ha hecho la señora Ruiz, y que creo que nos ha llegado a casi todos los grupos, sobre el tema de llamadas, discriminación, etcétera que plantean en ese escrito y que nos ha parecido no sé si preocupante, pero, por lo menos, sí para que sea motivo de preocupación o de aclaración de cómo hacerlo.

Por último, para nosotros esto es un continuo, que tiene que ver con la importancia del tema rural y con la atención continuada y urgente. Sería estupendo si pudiera extender usted un poco más y cómo lo liga y por dónde ha pensado continuar.

También querríamos decirles que en este programa tenemos dudas sobre si está incorporado, aunque probablemente lo esté, como es algo de personas crónicas por la edad, ¿cómo está planteada la colaboración con Ayuntamientos y asociaciones? Porque esto es un trabajo integral. No es una cosita concreta. Entonces, nos gustaría saber cómo está enlazado todo lo que sería la coordinación con otros ayuntamientos y asociaciones, sobre todo, que pueden hacer mucho y bueno a la hora de seguir trabajando en esta materia. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Sáez. En representación del grupo parlamentario del Partido Socialista de Navarra tiene la palabra la señora Chivite. Cuando quiera.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, presidente. Seré breve. En primer lugar, señora Ganuza, habla usted del legado de UPN, pero esto lo copiaron ustedes del señor Consejero del País Vasco, el señor Bengoa, que es socialista. Las llamadas al Gobierno Vasco con el plan de

crónicos eran continuas y diarias. Por lo tanto, o legado de UPN o copia de lo que hizo el Gobierno de Patxi López con el tema de los crónicos.

A mí me parece que lo que necesitábamos es un cambio de modelo asistencial. Antes el perfil de los pacientes que teníamos era de pacientes graves, sobre todo, en los hospitales, y ahora tenemos que adecuar todas nuestras infraestructuras, todos nuestros servicios y todo nuestro personal a un nuevo perfil de pacientes como es el paciente crónico. Por lo tanto, siempre hemos estado de acuerdo con el plan de atención a crónicos e hicimos nuestras aportaciones. Me parece que el valor que tiene este plan no es solamente el cambio del modelo asistencial, sino que viene, además, avalado por todos los grupos políticos y esto le da estabilidad en el tiempo e independientemente de quién esté gobernando este es un tema que va a seguir encima de la mesa porque todos estamos de acuerdo en su necesidad.

No lo hemos podido ver en profundidad, pero los resultados que se nos han puesto encima de la mesa son resultados positivos para los pacientes. Y quiero apuntar dos cosas. Por un lado, que va más lento de lo deseado porque si desde el año 2012 o 2013 empezamos a hablar de estos temas estamos empezando a despegar en el año 2017, por lo que, para mí, va lento. Por otro lado, en este documento echo en falta todo el tema de las nuevas tecnologías, sobre todo, para la ayuda del autocuidado de los pacientes. Hablo de consejos sanitarios *online*, de carpeta de paciente y de muchas cosas que las nuevas tecnologías nos facilitarían para el autocuidado de los pacientes crónicos. Creo que eso sería algo a complementar en la estrategia y a desarrollar en corto espacio de tiempo.

Luego, hay una pregunta que me ha llamado la atención. Se trata del manejo desde atención primaria, ya que uno de los recursos que ahí se plantean es el ingreso en San Juan de Dios cuando en los presupuestos del 2017 no aparece San Juan de Dios y, además, se dijo que esto iba a salir a libre concurrencia. Esa es mi duda. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Chivite. En representación de la Agrupación de Parlamentarios Forales del Partido Popular tiene la palabra el señor García. Cuando quiera.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias, Presidente. Buenos días. Yo no sé si fue el Gobierno de Patxi López quien inventó o planteó esta cuestión, pero está claro que esta estrategia viene marcada dentro de la recomendación que hace la Organización Mundial de la Salud, que indica que los sistemas sanitarios tienen que orientarse hacia la cronicidad. En ese sentido, fue el Ministerio de Sanidad el que aprobó en 2012 la estrategia de crónicos del Sistema Nacional de Salud y luego, posteriormente, el trabajo de cada una de las cuestiones. Por lo tanto, yo creo que fue el Gobierno de Patxi López posterior a la recomendación que establece tanto la Organización Mundial de la Salud como lo que luego establece la modificación que hubo con base en la estrategia de crónicos que se plantea por parte del Gobierno central.

Creo que hay recomendaciones que se recogen en el propio documento que quizá debemos avanzar en esa línea con respecto al tema y al uso de acuerdo a las nuevas tecnologías que facilitan esa información. Creo que quizá es un plan bastante interesante y ampliarlo al conjunto de los navarros me parece una cuestión interesante. Ya le dijimos en la anterior comparecencia que nos encontrará siempre posicionados a su lado para trabajar en esta

materia porque nos parece una cuestión verdaderamente interesante. Quizá el tiempo se va echando encima e igual hay que darle un mayor empujón a este tema, pero, como le decíamos en la anterior comparecencia, es una línea en la cual nosotros estábamos completamente de acuerdo, tanto en el inicio, en el plan piloto que se puso en marcha en el 2013-2014, como en lo actual y en lo que usted hacía referencia en la anterior comparecencia con respecto a este mismo tema.

Por lo tanto, no tengo nada más que añadir respecto a esta cuestión más allá de que estamos completamente o prácticamente de acuerdo con lo que se establece, pero creo que deberíamos mirar más a lo que establece el ministerio en el documento del 2012 con respecto al plan estratégico de crónicos. Hay cuestiones con las que nosotros estamos por detrás y podemos llegar a esa línea de adelantar con cuestiones que considero muy importantes para darle la importancia que esto merece. Por lo tanto, nos parece fundamental adelantar en estos temas. Esto sí que entendemos que es una prioridad y no lo que hemos hablado con anterioridad. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señor García. Ahora, en representación de la Agrupación de Parlamentarios Forales de Izquierda-Ezkerra tiene la palabra la señora De Simón. Cuando quiera.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Gracias de nuevo por sus explicaciones, señor Domínguez, y por la documentación que nos ha dado y que estudiaremos en profundidad porque esto requiere un tiempo y una considerable reflexión, pero queremos hacer algunas primeras valoraciones o comentarios.

Creo que es evidente y las conclusiones del pilotaje dejan claros los buenos resultados de la nueva estrategia de pacientes crónicos en la medida en que ha mejorado la atención, se han reducido los días de ingresos y hay menos hospitalizaciones. El detrimento de la hospitalización domiciliaria viene acompañado también por la buena valoración de las personas cuidadoras y, por lo tanto, creo que eso refuerza esta buena estrategia. En particular, el papel de la atención primaria con ese refuerzo en la atención y ese protagonismo en la atención a estos pacientes.

Creo que esto no es papel mojado y menos este año, en estos presupuestos, que viene acompañado todo lo que tiene que ver con la mejora de la capacidad resolutiva de atención primaria y la estrategia a pacientes crónicos con un aumento en el presupuesto de 7,2 millones de euros. Lo digo porque sin presupuesto estas cosas no pueden llevarse adelante por muy bien que queden en el papel. Como se dice, el papel lo soporta todo, pero en este caso la extensión del primer pilotaje para llegar a toda la población viene acompañada por un aumento presupuestario.

Otro comentario que quería hacer tiene que ver con la prevención. Hay un dato que me ha llamado mucho la atención porque el que es paciente crónico es paciente crónico, pero toda esta cuestión también debería abordarse desde el punto de vista de la prevención porque seguro que se puede evitar que determinadas enfermedades o procesos se cronifiquen. Decía que me ha llamado la atención los datos de los pacientes crónicos ya que en 2011 había más de 120.000 pacientes y en 2014 hay 108.000. Es decir, hay una disminución de casi 13.000

pacientes teniendo en cuenta que entiendo que también se incluyeron los enfermos o enfermas de cirrosis. El caso es que hay una disminución que es importante y mi pregunta es si han hecho una valoración o consideran que esta disminución puede tener relación con una actividad o una acción preventiva por parte del Departamento de Salud o puede ser otra cuestión. Y si no lo han valorado hago esa consideración, comentario o llamamiento porque me parece que 13.000 pacientes menos no es poca cosa.

Para terminar, quiero valorar ese presupuesto, aunque sea mínimo, para la estrategia o nuevo copago farmacéutico porque el coste mensual por enfermo supera los 130 euros. Por lo tanto, queremos que se valore, aunque sea en una mínima cantidad que esperamos que los presupuestos puedan mejorar en la medida en la que pueda mejorar la recaudación y en la medida en la que, sin ninguna duda, esa reforma fiscal que aprobamos en la legislatura pasada tenga los efectos previstos. Nada más. Muchas gracias y le deseamos mucho éxito en todo, pero en particular en este tema. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora De Simón. Ahora, a petición del señor Consejero, suspenderemos la sesión durante diez minutos para que prepare las respuestas y sus señorías puedan atender otro tipo de necesidades.

(Su suspende la sesión a las 11 horas y 41 minutos).

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

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Señorías, ya veo en ustedes caras de satisfacción. Vamos a seguir con la Comisión. Para dar réplica a todas las cuestiones, le concedemos la palabra al señor Consejero por un periodo de diez minutos. Cuando quiera.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Voy a empezar agradeciendo las aportaciones de todos los portavoces. He ido tomando nota y me hubiese gustado organizar un poco más las respuestas para dar un poco más de coherencia, pero intentaré ir contestando a la mayor parte de las preguntas, por no decir a todas.

Este programa de crónicos y pluripatológicos, como hemos dicho, trata de dar un abordaje integral a los pacientes crónicos y, por lo tanto, es un abordaje integral a través de todos los posibles ámbitos de la salud, tanto la promoción y prevención de la salud como atención primaria, servicios sociales, etcétera. En este sentido, lo que se ha comentado de si la promoción y prevención de la salud se tenía en cuenta en estos pacientes, por supuesto que sí, porque es un abordaje integral.

Se estaba comentando también que el despliegue va lento y en nuestra defensa podríamos decir que el despliegue previsto en su momento por UPN en los borradores que había se preveía como para tres o cuatro años y en esta legislatura la previsión de implantación es de un año y se está cumpliendo el cronograma. Por lo tanto, probablemente vamos más tarde de lo debido, pero probablemente es porque hemos empezado más tarde de lo debido. No por nuestras responsabilidades, sino cuando hemos llegado.

Se ha preguntado también cuáles eran las áreas de mejora en la evaluación que se había hecho y a qué se referían esas áreas de mejora. La verdad es que son aspectos muy técnicos y no he

querido aburrirles con ellos, pero el área de mejora más importante hacía referencia a que de los pacientes que se vieron en ese pilotaje el paciente que más mejoraba era el pluripatológico severo. Precisamente por eso se ha comenzado por él. También se insistía en que era necesario hacer una mejora de los sistemas de información y estamos trabajando en ese sentido.

En cuanto a la formación a los profesionales que se ha comentado, la formación es progresiva. Es decir, antes de la implantación en cada una de las zonas básicas de salud se da formación a todos los profesionales que van a participar y a continuación se implanta. Por lo tanto, la previsión de formación guarda relación con la previsión de la implantación.

En cuanto a los documentos de voluntades anticipadas, tengo que decir que ya están en todos los centros a disposición de todos los pacientes, pero es verdad que de forma prioritaria para estos pacientes. En este momento se está trabajando en los modelos más adecuados para los pacientes paliativos.

Lo que se ha comentado de la posible saturación de SOS Navarra estamos viendo que puede pasar, pero si se intentaba solucionar antes de que surja el problema igual corríamos el riesgo de poner la venda antes de la herida. Sí que estamos viendo que puede saturarse y en la medida que se vayan necesitando más recursos o más herramientas se irán implementando en ese sentido.

Se ha preguntado también si hay recursos para el despliegue. Lógicamente ya se ha visto que la mayor aportación presupuestaria para Atención Primaria es una apuesta decidida por el despliegue de este programa.

Se ha preguntado también si había indicadores de la evaluación del plan. Son estos, exactamente, los que hemos puesto en el cuadro de mandos que está ahora proyectado. Lo que es más importante es que la evaluación fundamental es la que en una próxima comparecencia cuando todo el plan esté desplegado se presente con unos resultados que tengamos. Por lo tanto, más evaluación que los resultados obtenidos es difícil.

Finalmente, la señora De Simón ha comentado que le llamaba la atención que por qué en 2014 había menos crónicos que en 2011. Eso es una diferencia de sistema de valoración. El sistema de valoración que se empleó en 2011 estaba basado únicamente en la disposición y consumo de recursos sanitarios por parte de los pacientes: las veces que iba a atención primaria, el consumo farmacéutico, etcétera. Sin embargo, el GMA es un sistema de evaluación mucho más fino que delimita mejor a los pacientes. De ahí la diferencia. No habían mejorado tanto, aunque no hubiera estado mal. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Muchas gracias, señor Consejero. Antes de pasar al tercer y último punto del orden del día, quiero pedir disculpas por mi falta de cortesía ya que no he saludado a señor Gabilondo, Director General de Salud, que se ha incorporado a esta mesa.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la ubicación definitiva de los laboratorios del Complejo Hospitalario de Navarra.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Pasamos al tercer punto, la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la ubicación definitiva de los laboratorios del Complejo Hospitalario de Navarra. Es una comparecencia solicitada por el grupo Euskal Herria Bildu Nafarroa, por la señora Ruiz. Tiene la palabra cuando quiera.

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señor Presidente. Damos la bienvenido al señor Gabilondo que se incorpora después de la larga mañana que llevamos previamente. Creo que el motivo de la comparecencia está suficientemente explicitado en la exposición de motivos de la misma, pero por hacer un poco de historia, diré que en su momento el Gobierno de UPN trajo previsto en el plan de ajuste la unificación de los laboratorios, que no sé si en aquella ocasión era una decisión técnica, política o también exclusivamente económica, señora Ganuza, pero la trajo prevista en aquel plan de ajuste de septiembre del 2011. A partir de 2013 se situaron en la planta baja del CIB, Centro de Investigación Biomédica, como ubicación temporal, pero desde el Gobierno lo que se había proyectado, y así se nos expuso en diversas comparecencias y en preguntas escritas, era que los laboratorios, finalizado el plazo establecido, que en principio acabaría en el 2017, pasarían a su ubicación definitiva en el antiguo Hospital Virgen del Camino.

Actualmente en el hospital B del complejo hospitalario hay unos fondos europeos que se recibieron en su momento para construir el edificio, cerca de ocho millones de euros, y ese edificio tiene que estar destinado a su objetivo fundacional que es la investigación. Por tanto, en su momento se contó con el permiso del Ministerio de Hacienda y de la Comisión Europea, pero somos conscientes también de que este año 2017 finaliza ese plazo para abandonar las actuales instalaciones o al menos para justificar una reubicación.

En una pregunta oral sobre la reubicación del servicio de hemoterapia a mi compañera Fernández de Garaialde se le contestó por parte del Consejero que el Gobierno había decidido o se había previsto que la ubicación de los laboratorios se modificara. Por lo tanto, se estaba planteando que pasara a un nuevo edificio, al edificio que se conoce como pabellón azul.

Entonces, nos gustaría conocer los criterios técnicos y económicos que se han valorado sobre esta cuestión. También si se ha valorado alguna otra alternativa y por qué se ha desechado la decisión o la proyección que hacía el Gobierno anterior con respecto a la ubicación definitiva. Es decir, yo creo que es evidente y es un criterio que no tenemos ninguna duda que comparten el Gobierno y este departamento, que cuando venimos de años en los cuales se ha aplicado una política de obra pública, y también en Osasunbidea tenemos pabellones arenas, se ha gastado mucho dinero en edificios que luego han estado vacíos tantos años, en hormigón también, y que esas inversiones también han lastrado la propia asistencia sanitaria. Si, como parece, la previsión o proyección que tenía el Gobierno anterior era la de ubicar definitivamente los laboratorios en una ubicación que no era la adecuada, estaríamos hablando una vez más de falta de rigor del planteamiento que estaba haciendo el Gobierno anterior.

Por lo tanto, nos gustaría conocer por qué se ha desechado esa ubicación y si no cumple realmente con los criterios técnicos necesarios, porque estaríamos hablando, una vez más, de una gestión o previsión nefasta por parte del Gobierno anterior. Queremos saber si esto es así

y se han valorado diferentes alternativas y si hay unos criterios técnicos claros, que es lo que le pedimos al Gobierno que hoy nos explique porque creemos que este tipo de decisiones implican una inversión plurianual y unas cantidades presupuestarias me imagino que cuantiosas. Además, queremos conocer qué previsión de inversión se hace en estos momentos. Le pedimos al Gobierno el rigor necesario que otros Gobiernos no han tenido a la hora de proyectar este tipo de inversiones públicas. Ese es fundamentalmente el objeto de la comparecencia. Mila esker.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Ruiz. Para informar sobre lo solicitado tiene la palabra el señor Consejero durante un plazo máximo de treinta minutos.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias. Comparezco en esta ocasión para informar acerca de las cuestiones formuladas y relativas a la previsión de reubicación del laboratorio unificado LUNA en el llamado pabellón azul del complejo hospitalario. Se han formulado varias cuestiones acerca de tal decisión, como son las razones por las cuales se ha optado por la construcción de un nuevo edificio en lugar de ubicar el laboratorio en el hospital B, el antiguo Virgen del Camino, tal y como estaba previsto en el plan inicial. Otra de las cuestiones planteadas es el coste de tal decisión, la tercera cuestión son las alternativas analizadas y la cuarta el sustento de informes técnicos y económicos empleados para adoptarla.

En mi intervención trataré de justificar la necesidad de contratar el proyecto citado con la finalidad de reubicar a la mayor brevedad posible el laboratorio unificado de análisis clínico, hematología y urgencias, LUNA, que en la actualidad se haya ubicado inapropiadamente en el edificio de investigación de Navarrabiomed. Al mismo tiempo, justificaré también la necesidad de proceder a la contratación simultánea de un anteproyecto arquitectónico para la reforma modular e integral del citado pabellón azul y la ordenación de la unidad morfológica SGS 2 del Complejo Hospitalario de Navarra, el solar, con la finalidad de posibilitar la futura unificación y ordenación, en fases sucesivas, del conjunto de laboratorios del complejo hospitalario.

Antes de dar respuesta directa a las preguntas formuladas, permítanme que les resuma el estado de situación y formule un conjunto de consideraciones previas en relación con la ordenación del Complejo Hospitalario de Navarra.

Como es bien conocido, el LUNA fue ubicado provisionalmente en el edificio de investigación de Navarrabiomed, incumpliendo con ello el destino del edificio objeto de subvención por los fondos FEDER. La construcción del Centro de Investigación Biomédica, actualmente denominado Navarrabiomed, costó 21,15 millones de euros y para su financiación se recibió una subvención de FEDER de 7.807.299 euros en la que se indicaba que su dedicación exclusiva sería la investigación. El plan funcional del edificio se aprobó en noviembre de 2007 y en su diseño primitivo la superficie útil total contemplada en el proyecto era de 9.943 metros cuadrados de los cuales el 69 por ciento, excluidas las cubiertas, correspondían a CIB, el 24 por ciento al almacén general y el 7 por ciento a la biblioteca.

El edificio se planificó en la fase de bonanza económica, pero se finalizó en noviembre del 2011, en plena crisis financiera. En aquel nuevo contexto económico, los entonces responsables del Departamento de Salud consideraron que el edificio contaba con unos

espacios superiores a las posibilidades reales de incorporación de investigadores, mientras que, por su parte, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea decidió subcontratar con una empresa externa el equipamiento íntegro y las instalaciones del nuevo laboratorio unificado del complejo hospitalario. Por lo cual, precisaba con la máxima urgencia el espacio disponible para ubicar el nuevo laboratorio.

La realidad actual es que Navarrabiomed utiliza tan solo el 34 por ciento del espacio, el laboratorio unificado LUNA ocupa el 22 por ciento y el almacén el 20 por ciento, dedicándose el 23 por ciento restante a espacios comunes y biblioteca.

Como ustedes conocen, el Departamento de Salud deberá justificar en marzo de 2017 la aplicación de la subvención a la finalidad para la que fue concedida. De no acreditarla de manera fehaciente, deberá procederse al retorno de la cuantía percibida total o parcialmente, de tal manera que se estima que la devolución pudiera alcanzar entre tres y siete millones de euros. Por lo tanto, debemos dar con la máxima urgencia pasos concretos y contundentes que acrediten la voluntad inequívoca del Gobierno de Navarra de iniciar el desalojo para no correr riesgo de devolución de toda o parte de la ayuda recibida por los fondos FEDER.

El destino investigador del espacio liberado, evitar la devolución de los fondos FEDER motiva sin duda la urgencia en el desalojo de las instalaciones ocupadas por el LUNA, pero esta no debe ser la única ni tal vez la principal razón que lo motiva. Para eliminar o mitigar el riesgo de exigencia de devolución de fondos FEDER no bastará con acreditar la liberación del espacio requerido, sino que resultará igualmente esencial acreditar que se está realizando y en condiciones de realizar la actividad investigadora suficiente para justificar ante la Unión Europea el destino adecuado de los fondos.

El espacio de Navarrabiomed ha de estar destinado al servicio de los objetivos estratégicos definidos en la política de investigación sanitaria pública y ha de ser coherente y contar para ello con financiación. Lamentablemente, esto no ha sido siempre así, tal y como señala la Cámara de Comptos en su reciente informe de agosto de 2016, en un informe referido a la Fundación Miguel Servet Navarrabiomed. Leo textualmente: «A pesar de que hay diferentes planes de carácter general, la creación e implantación del Navarrabiomed no ha contado con un plan estratégico propio, lo que ha incidido en que no existieran unos objetivos concretos de la investigación, unos criterios definidos sobre cuál debería ser la estructura mínima para su funcionamiento ni la forma de financiarlo».

En este sentido, y conforme lo previsto en el acuerdo programático, ya se dispone de un avance de la estrategia de investigación sanitaria pública de la Comunidad Foral, elaborada con la participación de todos los agentes públicos. Ya se han establecido los objetivos, se han definido las líneas estratégicas, se han establecido las áreas de investigación prioritarias y un nuevo escenario económico. A este respecto, resulta satisfactorio destacar que en el último año se han producido un conjunto de acontecimientos y evidencias que nos permiten acreditar un compromiso financiero por parte del Gobierno con la política de investigación sanitaria de Navarra, lo que puede contribuir a garantizar un periodo de expansión en este ámbito y más en particular en el ámbito público.

Como ustedes saben, se ha suscrito un convenio entre los Departamentos de Desarrollo Económico y Salud, la Universidad Pública Navarra y la Fundación Miguel Servet para el desarrollo conjunto de Navarrabiomed como centro mixto de investigación biosanitaria, en virtud del cual ya han empezado a incorporarse físicamente a Navarrabiomed los primeros quince investigadores de la Universidad Pública de Navarra.

Por otra parte, con el fin de garantizar el desarrollo y sostenibilidad del IdiSNA, tanto el Departamento de Salud como el de Desarrollo Económico han acordado incorporar en el anteproyecto de presupuesto del 2017 sendas partidas presupuestarias de un millón y medio de euros cada una para financiar la estructura investigadora de los centros de investigación integrados en IdiSNA, del que se beneficiará de manera muy destacada Navarrabiomed.

Por otro lado, en razón del carácter estratégico del sector de la salud en general y de la investigación sanitaria en particular, el Departamento de Desarrollo Económico ha decidido reservar para dicho sector una parte sustancial de ayudas de investigación en cada una de las convocatorias competitivas que convoque. Esta nueva política ya ha tenido reflejo en 2016 y por primera vez ha permitido a Navarrabiomed acceder a 1.100.000 euros en las convocatorias competitivas de centros de investigación promovida por la Dirección General de Industria.

Este conjunto de evidencias nos ha permitido definir un escenario económico muy esperanzador que nos está permitiendo establecer una nueva y más ambiciosa política de incorporación de talento investigador para atraer y retener a investigadores de prestigio, lo cual resulta esencial en el mundo tremendamente competitivo de la investigación. Ya en el año 2016, tras la reciente incorporación del personal de la Universidad Pública de Navarra, el personal que desarrolla su actividad en las instalaciones de Navarrabiomed se ha incrementado en un 30 por ciento. Con el nuevo escenario económico definido en el plan estratégico se prevé que para el año 2021 se duplique el personal existente en la actualidad. Todo ello nos ha permitido también elaborar un plan de redefinición de espacios de Navarrabiomed que ya prevé el destino y uso eficiente de los espacios liberados tras la salida del LUNA.

Permítanme asimismo que haga una referencia genérica a la necesidad de ordenación general del complejo hospitalario. Todos somos conocedores de que el proceso de unificación hospitalaria del complejo está todavía incompleto en muchos sentidos y uno de ellos, quizá el más visible, sea el de la duplicidad y fragmentación de las instalaciones. Se ha producido la integración orgánica, pero desde el punto de vista funcional los servicios siguen dispersos, la utilización de los espacios es ineficiente y las circulaciones son abigarradas, tanto para pacientes como para profesionales. Una vez culminada la unificación orgánica, procedía avanzar en la adecuación de la estructura física que le da soporte. Conforme al mandato establecido por la Resolución 952/2014 del 26 de septiembre de la dirección del Servicio Navarro de Salud—Osaunbidea, el grupo técnico de trabajo creado al efecto elaboró un plan básico de ordenación y adecuación de la estructura física del Complejo Hospitalario de Navarra a su nueva estructura orgánica unificada. Aquí se abordan las necesidades funcionales para la ordenación física de las distintas áreas funcionales del centro y se formularon propuestas generales de asignación de las distintas áreas de consulta de hospitales de día, de

hospitalización quirúrgica, etcétera, incluidos los laboratorios. Estos se formalizaron en un conjunto de planos de ordenación general del complejo.

Lamentablemente, el plan ni llegó a definir con el detalle necesario las necesidades ni cumple con los criterios para ser considerado como un auténtico plan director del complejo, que a todas luces resulta imprescindible y que tenemos intención de acometer en la presente legislatura. En el citado plan ya se hacía referencia, aunque demasiado genérica, la necesidad de ordenación de los laboratorios. Se hacía referencia a la necesidad de trasladar el LUNA a una ubicación definitiva y al respecto se señalaba que el nuevo plan funcional encargado por la dirección supera el espacio disponible en el antiguo Hospital Virgen del Camino, por lo que no será posible la ubicación en dicho espacio. También al respecto se recomendaba que, en caso de ejecutarse un nuevo edificio, se reuniera en él la totalidad de las especialidades de laboratorio, incluyendo, además, microbiología, anatomía patológica y genética.

La urgencia en acometer las obras necesarias para la reubicación del LUNA no nos debe hacer olvidar el modelo general de ordenación del complejo y menos aún la adecuada integración del conjunto de laboratorios que lo configuran. Es por ello que el departamento ha considerado conveniente acometer en paralelo la realización de un anteproyecto de ordenación general de los laboratorios, servicios que en la actualidad se encuentran dispersos en los diferentes edificios del Complejo Hospitalario de Navarra y que cuentan con almacenes y archivos en distintas ubicaciones. Las razones y argumentos de fondo que hacen necesario plantearse una nueva edificación para albergar los laboratorios del Complejo Hospitalario de Navarra se pueden encuadrar en los siguientes apartados: primero, ya en la actualidad los distintos servicios de microbiología, anatomía patológica y genética presentan importantes deficiencias estructurales y funcionales que dificultan el desarrollo del trabajo clínico de manera ordenada y eficiente. Estos son inconvenientes importantes en la recogida y circulación de las muestras y de los profesionales que trabajan en las mismas e incluso se están cuestionando la acreditación como unidad docente al no cumplir los requisitos exigidos en el plan de formación.

Segundo, la doble ubicación de anatomía patológica obliga al mantenimiento de duplicidad de instalaciones y equipamiento, plantea problemas a la hora de unificar procedimientos y dificulta la trazabilidad de los resultados y pruebas realizadas.

Tercero, más importante todavía es que la situación de las instalaciones está suponiendo importantes limitaciones para el desarrollo tecnológico, actualización y mejoras de los actuales equipos, el desarrollo de las especialidades y la incorporación de nuevas actividades asistenciales. Entre todas ellas y de manera resumida, podemos destacar las de desarrollo tecnológico del microbioma, técnicas de PCR, certificado de bioseguridad tipo 3, esencial para el estudio de las bacterias multirresistentes y el análisis de la efectividad de programas de vacunaciones, estudios de salud pública, infecciones de transmisión sexual. Además, la falta de espacios en el servicio de genética imposibilita el desarrollo de la genética clínica, que constituye una pieza fundamental en el desarrollo de la medicina personalizada, etcétera.

El detalle alcanzado en los distintos planes funcionales de los servicios correspondientes ha permitido precisar el nuevo plan funcional del LUNA actual y sus necesidades, que se cifra en 4.100 metros cuadrados construidos. El detalle requerido al resto de servicios en su conjunto se cifra en 6.870 metros cuadrados construidos.

Me centraré a continuación en el análisis de alternativas barajadas. Por lo que hacer referencia a este análisis, señalaré que el servicio de infraestructuras del Servicio Navarro de Salud—Osasunbidea ha realizado desde 2013 varios informes relacionados con esta cuestión. El análisis detallado de las alternativas barajadas se refleja en un informe específico denominado: Documento de análisis de alternativas para el desalojo de los laboratorios de urgencias, análisis clínicos, alergias y hematología ubicados actualmente en el Centro de Investigación Biomédica y su reubicación dentro del Complejo Hospitalario de Navarra.

En 2013 la dirección del Complejo Hospitalario de Navarra facilitó una primera aproximación al programa de necesidades del LUNA completo, que es el actual, y la microbiología, en la que se requerían 4.223 metros cuadrados construidos. En 2015, un plan funcional con un mayor grado de definición y desarrollo del LUNA completo concluía que se requerían finalmente 5.998 metros cuadrados construidos, de los cuales 3.500 metros cuadrados correspondían al LUNA actual y los 2.400 metros cuadrados restantes al servicio de microbiología. Dada la nueva dimensión total prevista se concluyó que no era posible albergar los laboratorios LUNA completos en ningún espacio ya construido y disponible en el Complejo Hospitalario de Navarra. Por ello se plantearon dos alternativas principales para la centralización de los laboratorios, cada una de las cuales, a su vez, tenía diversas variantes. Estas fueron las que se comentan a continuación. La primera alternativa era la construcción de un nuevo edifico para ubicar el LUNA completo en el recinto principal del Complejo Hospitalario de Navarra que admitía, a su vez, dos variantes. La primera variante era construir un edificio de 6.000 metros cuadrados para acoger el LUNA actual y la microbiología, el denominado LUNA completo. La segunda variante era construir un edificio de entre 10.000 y 12.000 metros cuadrados con el fin de no perder la edificabilidad de las parcelas en las que se intervenga y dar cabida a la totalidad de los laboratorios, tanto el LUNA actual como la microbiología, a anatomía patológica y genética. En ambas variantes se preveía habilitar únicamente en una primera fase la parte vinculada al desalojo de los laboratorios actualmente en Navarrabiomed.

La segunda alternativa era el traslado únicamente del LUNA actual de Navarrabiomed a espacios disponibles en el Complejo Hospitalario de Navarra, manteniendo el laboratorio de microbiología en su actual ubicación, el pabellón L. Esta alternativa admitía a su vez dos posibles variantes de ubicación. La primera, la ubicación en espacios disponibles en el bloque general del antiguo Hospital Virgen del Camino, ubicación que se había previsto por la dirección antes de ubicarlo en Navarrabiomed. La segunda, la ubicación en espacios disponibles en el edificio de urgencias en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Para el análisis de la primera alternativa, en el informe de mayo de 2015 se estudiaron ocho parcelas edificables del reciento del Complejo Hospitalario de Navarra que posibilitaran la construcción del nuevo edificio. La conclusión a la que se llegó es que había importantes dificultades en todas las parcelas edificables, ya que en prácticamente todos los casos se requieren derribos de edificaciones existentes y realojos de las actividades que albergan. Ello afecta en diversa medida al coste y al plazo de la actuación en su conjunto. No obstante, se ordenaron las parcelas según su nivel de dificultad, quedando como alternativa de menos

complejidad la correspondiente al pabellón azul, que era, sin duda, la más idónea por diversas razones. Primero, los usos actuales del pabellón azul no son asistenciales y, por tanto, su realojo se considera algo más sencillo. Segundo, esta unidad permitiría la centralización de la totalidad de los laboratorios del complejo hospitalario, incluyendo microbiología, anatomía patológica y genética, tal y como se había recomendado en el plan básico de ordenación y adecuación de la estructura física del Complejo Hospitalario de Navarra a su nueva estructura orgánica unificada, elaborado en el año 2014 y al que ya he hecho alusión. En tercer lugar, permitía plantear una intervención por fases habilitando únicamente en una primera fase la parte vinculada al desalojo de los laboratorios actualmente ubicados en el CIB. Aun cuando se barajó la posibilidad de ubicar los laboratorios fuera del recinto hospitalario en otras propiedades del Gobierno de Navarra, esta alternativa fue desechada por razones funcionales y de calidad.

Por lo que respecta a la segunda alternativa, es decir, trasladar únicamente el LUNA actual ubicado en Navarrabiomed a espacios disponibles en el Complejo Hospitalario de Navarra, no se consideraron idóneas ninguna de las dos variantes propuestas, por diferentes razones. Primero, la ubicación en el bloque general del antiguo Hospital Virgen del Camino, aun cuando resulta factible y pudiera dotarse de un acceso independiente, no se ha considerado idónea porque según el último plan funcional realizado se precisan 4.098 metros cuadrados construidos, lo que supera el espacio disponible en el antiguo Hospital Virgen del Camino que es de 3.494 metros cuadrados. Esto obligaría a forzar el plan funcional propuesto por los profesionales. Además, los locales de Virgen del Camino están distribuidos en dos plantas y corresponden a estructuras antiguas de hormigón con muchos pilares, lo que condicionaría en gran medida la distribución adecuada de la solución que se dé a los laboratorios. El argumento principal para desechar esta alternativa es que, conforme al estudio de ordenación general del Complejo, este edificio por su ubicación tiene una gran vocación para la atención ambulatoria. Por tanto, no sería adecuado utilizar estos espacios para unos laboratorios que no precisan acceso directo del público. De hecho, en la actualidad estas dependencias ya están siendo utilizadas para alojar actividades ambulatorias y, en concreto, consultas de medicina interna y hospital de día de pluripatológicos y a corto plazo se prevé una instalación de locales de cirugía menor y de hospital de día de cirugía mayor ambulatoria. Esta alternativa precisa el desalojo de los usos mencionados y será necesario el equipamiento previo y la puesta en marcha del nuevo bloque quirúrgico.

Segundo, tampoco resulta adecuada la ubicación del LUNA actual en los espacios disponibles en el edificio de urgencias en el Complejo Hospitalario de Navarra que tiene una superficie de 3.460 metros construidos. No daría cabida a los 4.098 metros cuadrados construidos definidos en el último plan funcional. Funcionalmente, esta alternativa no resulta adecuada puesto que estos locales se desarrollan en tres plantas y, a su vez, se dividen en varios locales independientes en cada planta, lo que condicionaría el diseño de la distribución que resultaría, en todo caso, disgregada y poco funcional. Esta alternativa agotaría los espacios disponibles del edificio manteniendo una reserva mínima de 750 metros cuadrados para posible expansión del servicio de urgencias. Además, este edificio por su ubicación tiene una gran vocación para la atención ambulatoria y, por tanto, no sería adecuado utilizar estos espacios para unos laboratorios que no precisan acceso directo del público.

Por otra parte, tanto una como otra variante de la segunda alternativa supondría renunciar definitivamente a la unificación física de todos los laboratorios del Complejo Hospitalario de Navarra, lo que iría en contra de las previsiones de ordenación general del complejo a las que hemos aludido de forma reiterada.

Cronograma y previsión presupuestaria. Por lo que hace referencia al gasto que supondrían las distintas fases del complejo de laboratorios unificados señalaré que el coste de construcción con una concepción modular de la primera fase ascendería a un máximo de 7.380.000 euros, IVA incluido, para una superficie construida de 4.100 metros cuadrados. La realidad observada es que en el proceso de adjudicación podría obtenerse al menos una reducción del precio en un 20 por ciento. La ejecución de la primera fase ha de ser inmediata y abarcaría los ejercicios presupuestarios 2017, 2018 y 2019. La dotación presupuestaria para la construcción de la primera fase, LUNA actual, ya fue contemplada en el plan de inversiones 2016-2019 presentado al servicio de presupuesto por el Departamento de Salud.

El coste de la segunda fase ascendería a 12.330.000 euros para una superficie máxima adicional de 6.870 metros cuadrados y debe quedar condicionada a las disponibilidades presupuestarias y al resto de prioridades de inversión del Servicio Navarro de Salud y debiera ir precedida de la aprobación previa del plan director. En todo caso, a día de hoy no resulta económicamente factible acometerla en la presente legislatura.

En razón de todo lo expuesto, en los próximos días este departamento tiene el propósito de proponer al Gobierno de Navarra la adopción de un acuerdo para la contratación de un anteproyecto arquitectónico para la reforma integral del pabellón azul y de la parcela que ocupa, así como de la contratación simultánea del proyecto de construcción de la primera fase. El anteproyecto deberá realizarse con una concepción modular a fin de acometer su construcción en fases sucesivas. Muchas gracias. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Muchas gracias, señor Consejero. Para exponer sus opiniones sobre la información recibida tiene la palabra en primer lugar la portavoz de Euskal Herria Bildu Nafarroa, la señora Ruiz.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidente jauna. Se me ha hecho bastante difícil tomar nota de todos los datos que ha dado y no sé si voy a ser capaz de ordenar más o menos las ideas y los datos que nos ha dado y no sé si he entendido bien algunas de las cuestiones que ha explicado. Son aspectos técnicos, en algunos casos económicos, pero también ha dado muchos datos de metros construidos, de cifras, etcétera.

Creo que hay dos cuestiones fundamentales y que afectan a la urgencia con la que usted definía la situación actual. Una cuestión es que los laboratorios se ubicaron transitoriamente en el CIB y hay que sacarlos de ahí. Es una patata caliente que dejó el Gobierno de UPN y también hay que decir que, además de ser una patata caliente, hoy me he dado cuenta de la opacidad con la que se gestionó también esta cuestión porque si, tal y como ha dicho usted, desde el año 2013 hay informes que estaban analizando todas estas cuestiones y que para el año 2014 el plan de ordenación física ya anunciaba que no había espacio físico suficiente para albergar, tal y como había proyectado el Gobierno, los laboratorios en la ubicación del Hospital Virgen del Camino, aquí una Parlamentaria que estaba en la Comisión de Salud y que, además,

muchas de las que estamos aquí insistentemente preguntamos por esta cuestión, aquí jamás se nos dio este tipo de información por parte del Departamento de Salud del Gobierno anterior. Y no será porque no la pedimos tanto por escrito como *in situ*. Por lo tanto, creo que han salido a la luz algunas cuestiones que a nosotras por lo menos nos preocupan.

A ver si soy capaz de ordenarlo. Por una parte, está el tema de la reubicación de los laboratorios, que es lo fundamental de la solicitud de esta comparecencia, pero lo dejaré para el final. Por otro lado, está la necesidad de destinar en exclusiva el edificio de CIB a la investigación. Empezaré por aquí porque voy a acabar antes.

Yo he hablado antes de pabellones arena, pero es verdad. Se construyó un edificio de veintitantos millones como si fuera un Pabellón Arena. Primero lo construimos porque encima nos llegan casi ocho millones de Europa y luego ya veremos de qué lo llenamos. Ese parece ser un poco el planteamiento que hizo UPN. Hasta el día de hoy no ha habido un planteamiento, un plan estratégico, sobre qué se quería hacer con la investigación sanitaria en Navarra. El Consejero ha dado los datos por parte de los convenios que se han establecido entre el Departamento de Salud y el de Desarrollo Económico, tanto en exclusiva para fomentar la investigación pública como en lo que respecta al IdiSNA con la incorporación de la UPNA y también con la Universidad de Navarra. Se han empezado a dar pasos y hasta ahora lo que ha sido una ocupación testimonial de la parte de investigación en el CIB esperemos que una vez que tenemos construido ese Reyno Arena dentro de Osasunbidea se le dé la ocupación y se le llene del contenido necesario con el liderazgo desde lo público.

La unificación, como usted dice, a otros niveles también ha sido incompleta y eso en la estructura física es evidente. Usted hablaba del plan de ordenación física del año 2014 y quiero volver a reiterar que me llama muchísimo la atención que ya en aquel momento se detectara que se necesitaba más espacio del que previamente se había proyectado. Respecto al nuevo edificio, las cuestiones que ha comentado, las diferentes alternativas que al parecer se valoraron, pero es que aquí hemos estado preguntando una y otra vez en la pasada legislatura las diversas alternativas que había y jamás se nos había dado esta información. Si hay informes escritos yo solicitaré por escrito esos informes anteriores de la pasada legislatura y los de ahora. Pero si algo queda en evidencia es la falta de rigor y la falta de transparencia por parte de Gobierno anterior porque es un tema que sabíamos que estaba ahí, sabíamos que era una patata caliente y a la vista de los datos que se nos han dado, que hay diversos informes desde 2013, creo que si ya se estaba constatando que no había ningún espacio dentro de lo construido que fuera adecuado, que tuviera metros suficientes, para albergar la ubicación definitiva de los laboratorios, el Gobierno se hizo trampas al solitario y ha llevado a la situación actual.

Nosotras tampoco sabíamos que el pabellón azul o esa zona ya estuviera dentro de las alternativas que estaba planteando el Gobierno anterior. En cualquier caso, tendremos que analizar con más detalle los datos que nos ha dado. Pero nuestra preocupación en este tema, como he dicho al principio de mi primera intervención, es que creo que por parte de Gobiernos anteriores también en materia sanitaria y en el ámbito sanitario se han hecho muchas veces inversiones sin ningún tipo de justificación rigurosa y que luego han traído lo que han traído. Ahí hemos tenido edificios vacíos y, como en el caso del CIB, de escasa

justificación funcional en tanto en cuanto tenemos un mamotreto que luego hay que llenar. Nuestra preocupación era saber que la decisión que se adopte, se adopte con criterios rigurosos, con base en criterios técnicos y con base en haber barajado diferentes alternativas y de encontrar la mejor opción. Las cifras de las que estamos hablando no son *peccata minuta*, sino que según los datos que acaba de dar, estamos hablando de una primera fase que entiendo no albergaría microbiología, sino lo que ahora mismo está en el LUNA, que son casi siete millones y medio para acometer en esta legislatura. Por lo tanto, estamos hablando de una inversión inicial potente, pero que entendemos que hay que sacar a los laboratorios de donde están. Si realmente no hay ninguna otra alternativa que sea más económica porque técnicamente y funcionalmente no es posible, habrá que hacer ese esfuerzo presupuestario. Pero hay que repetir que esta es una de las patatas calientes que deja el Gobierno anterior.

En cuanto a la segunda fase, yo creo que no se puede plantear que se pueda acometer en esta legislatura y menos plantear hacer un edificio que no sabemos cuándo se va a poder acabar o cuándo se va a poder llenar.

Por nuestra parte, y a la espera de poder solicitar la información que ha dado hoy por escrito y todos los informes que se hayan elaborado tanto en la legislatura anterior como en esta, en principio estamos satisfechas por la información que se nos ha dado y realmente sorprendidas e incluso cabreadas por la tomadura de pelo que supusieron muchas de las cuestiones que escuchamos aquí y, sobre todo, de las que no escuchamos por parte de la señora Vera. Por lo tanto, le agradecemos la información. Mila esker.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Mila esker. Muchas gracias, señora Ruiz. En representación del grupo parlamentario de Unión del Pueblo Navarro tiene la palabra la señora Ganuza. Cuando quiera.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidente. Muchas gracias por la explicación, señor Consejero. Señora Ruiz, hoy tengo la oportunidad, que no la tengo habitualmente, de poder responderle a usted a varias de las dudas que ha planteado sobre Gobiernos de Unión del Pueblo Navarro. Quiero recordarle que con Gobiernos de UPN llevamos a la sanidad navarra a la mejor sanidad de España en cuanto a infraestructuras. Sí, mucho hormigón, pero las mejores infraestructuras. También los mejores trabajadores y los mejores medios técnicos y esto no lo digo yo. Siempre voy al grano, pero le sabe mal que le diga esto. La política de hormigón, por supuesto. Si hay algún edificio vacío, llénenlo ustedes. Nosotros ya dimos las ideas y construimos los edificios, ahora llénenlos, es su oportunidad, señora Ruiz.

El 14 de julio el Consejero me contestó a una pregunta de Unión del Pueblo Navarro sobre si el departamento se planteaba la construcción de un nuevo edificio para el traslado de los hospitales diciéndome que no, que el departamento no se planteaba ningún nuevo edificio y que no disponía de los informes técnicos ni jurídicos que le solicitó UPN. Señora Ruiz, no hay informes técnicos ni jurídicos o no nos los han facilitado a nosotros o los ha hecho ahora. A eso quiero que me conteste el Consejero.

Quiero decirle que con una unificación que planteó UPN de servicios, criterios y parámetros de los laboratorios mejoramos muchísimo la eficacia y eficiencia de la actividad básica para el diagnóstico y la atención sanitaria. Una actividad básica como son los laboratorios. También le

voy a recordar otra vez cómo se redujo el gasto con esa unificación, el 5 por ciento, en concepto de materiales con el acuerdo marco. Supuso unos dos millones euros menos para las arcas públicas, a pesar de que aumentó un 17 por ciento, si no era más, la actividad en los laboratorios y el aumento de IVA que en el 2011 creo que era el 8 por ciento y ahora es el 21 por ciento. A partir del 2012 creo que subió, pero aun así ahorramos muchísimo. Además, quiero recordarle que aumentamos la plantilla en nueve trabajadores. Se lo digo por eso que ha dicho antes de que echamos a trabajadores.

Quiero decirle también que todo se hizo de acuerdo a la ley foral de contratos, todo en su conjunto. Otras ventajas que creo que, por la unificación de Unión del Pueblo Navarro, el Servicio Navarro de Salud y todos los ciudadanos hemos podido disfrutar son: un catálogo único de prestación, que no había, una oferta asistencial más homogénea, la unificación de parámetros y valores de referencia para las determinaciones e indicadores para evaluar la actividad de los laboratorios que no existía.

El último informe de seguimiento creo que es de junio del 2015. En ese informe, por supuesto que se dejaron planteados los siguientes trabajos a realizar. Veo que el departamento desde junio del 2015 no ha hecho nada. En esa comisión de seguimiento de junio del 2015 nosotros ya no estábamos y se decía cómo estaba la situación, las mejoras que se podían empezar a hacer, porque les recuerdo que el comienzo de la unificación fue complicado con trescientos trabajadores, pero no quiero recordar cómo fue la unificación. Creo que había nueve laboratorios en la red y tuvimos que unificar nueve laboratorios.

Por otro lado, lo que ha dicho el Consejero sobre que hay una urgencia para el desalojo de los laboratorios no es verdad. Que nuestra decisión fue injustificada para poner en el CIB los laboratorios tampoco es verdad puesto que quien dio la subvención, la Comisión Europea, avaló y dejó al Gobierno de Navarra implantar los laboratorios en el CIB. ¿Por qué no había urgencia para el desalojo? En otra comparecencia creo que ya expliqué por qué no había urgencia para el desalojo y es que primero, si ustedes justifican las sinergias entre el laboratorio y el Centro de Investigación Biomédica nos podemos evitar devolver la subvención europea y, encima, mantener los laboratorios. Tiene que explicar usted las sinergias si optan por esa opción. Pueden ubicar también el laboratorio en otro edificio, escalonando el proyecto, como ha explicado, y se le ha olvidado decir que gracias a esto se prorrogaría hasta el 31 de diciembre del 2023. Todo esto hablando con el ministerio. También se puede gestionar un nuevo contrato con fecha tope de salida del CIB a 31 de marzo del 2019. De la misma manera, se puede descertificar la parte ocupada por el laboratorio, devolviendo la parte proporcional de la subvención, si esta es la opción que el departamento considera.

Le recuerdo que el adjudicatario iba a asumir todos los gastos de traslado provisional o definitivo, si así lo deciden ustedes. Yo, la verdad, pensando en el progreso de Navarra les pido que tomen las decisiones pertinentes, las más oportunas. Le voy a decir también que la opción elegida dudo si es la más ventajosa ni económicamente, ni para el ciudadano, ni para los trabajadores. Respecto a la patata caliente les quiero decir a ustedes que la van a dejar ustedes con el compromiso de gasto que van a crear para las sucesivas legislaturas que, seguramente, la próxima UPN estará en el Gobierno. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Ganuza. En representación del grupo parlamentario de Geroa Bai tiene la palabra el señor Martínez. Cuando quiera.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Muchas gracias, señor Presidente. Lo cierto es que la mayor parte de los datos que ha presentado el Consejero hoy aquí también eran absolutamente desconocidos para Geroa Bai, tal y como ha mencionado la portavoz de Euskal Herria Bildu. Recalco que no ha sido porque no se hubieran pedido en este Parlamento. Nuevamente tiene que llegar un Gobierno distinto a los anteriores para que los Parlamentarios y Parlamentarias y, por lo tanto, la ciudadanía, tengan acceso a información que debiera ser lógicamente participada y compartida con la ciudadanía y, desde luego, con los representantes políticos de la misma.

Yo estoy convencido de que este departamento habrá realizado y estará analizando todas las posibilidades. Por eso nos están informando y le agradezco al grupo Euskal Herria Bildu que haya solicitado esta comparecencia porque a través de esta comparecencia estamos teniendo datos al respecto. Estoy seguro de que el departamento informará y tomará la decisión más lógica, más necesaria, más necesitada y, desde luego, más participada, a diferencia de lo que ha ocurrido con Gobiernos anteriores de Unión del Pueblo Navarro.

El señor Consejero ha hablado de que en este momento están entremezclados la investigación y los laboratorios. Quiero aprovechar la ocasión, aunque me vuelva a llamar usted pelota pero ya tengo asumido ese papel, rol o calificativo, para felicitar al departamento y al Gobierno por la mayor inversión que ya se está haciendo y que se va a hacer más todavía a través de los presupuestos de 2017 en investigación. Como uno es novato aquí, pero lleva muchos años trabajando en salud, quiero recordar algo que nos aconteció a mis compañeros y compañeras de UCI y a mí mismo cuando desde el Gobierno de UPN se lanzó el tema de la investigación. Recuerdo que estábamos en la UCI, no todos los días era así, pero ese era un día de muchísimo trabajo y estábamos todos locos y locas con los pacientes, tratamientos, intervenciones de las que hacemos en la UCI, etcétera, y vino la persona que era la máxima responsable en ese momento de investigación del Gobierno de UPN, abrió la puerta y nos gritó: Oye, chicos, ¿queréis investigar? Le miramos todos con cara de póker y le dijimos que no. Nos volvió a mirar y nos dijo: ¡Qué carácter! y se fue. Esa ha sido la sensación con la que los trabajadores, los profesionales de la sanidad pública, hemos visto el impulso que desde Unión del Pueblo Navarro y desde sus Gobiernos se daba o se quería dar a la investigación. Lo cuento porque es verdad y tengo testigos. Una improvisación total, una falta de planificación total, una falta de rigor total y absoluta.

Me alegro de que se esté invirtiendo cada vez más en investigación. Hago un ruego al departamento y es que, si se quiere investigar, lógicamente, se necesitan unos buenos laboratorios. Yo mismo cuando hice mi tesis doctoral, parte de las analíticas que hacíamos a nuestros pacientes las hacíamos en la Clínica Universitaria porque en el sistema público era imposible, y pagaba por ello, claro. Hace falta formar investigadores y hace falta no solo formar investigadores, sino también tener líderes en investigación. Espero que el departamento apueste por estos dos aspectos: traer líderes en investigación, es decir, investigadores ya reconocidos, e invertir en la formación de investigadores.

Respecto a la ubicación en el pabellón azul que, al igual que la portavoz de Euskal Herria Bildu, desconocía, habrá que analizarlo. De entrada, parece un gasto importante. Por otro lado, tampoco es tan importante, al menos en la primera fase, si lo comparamos con lo que habría que devolver a FEDER si no se hiciera el edificio de laboratorios, que vendría a ser más o menos el mismo montante si no me he equivocado, unos siete millones de euros. Con lo cual, la herencia que no van a tener los sucesivos Gobiernos de UPN, porque tenemos Gobiernos del cambio para rato, no va a ser para tanto, tranquila, señora Ganuza.

Hay un tema que me preocupa mucho y es que la puesta en marcha del laboratorio donde se encuentra en este momento generó inicialmente unos problemas terribles de funcionamiento. Los trabajadores y trabajadoras de laboratorio nos asaeteaban todos los días con la cantidad de problema que tenían de pérdida de muestras, destrucción de muestras y dificultad de hacer el seguimiento de las muestras. Todo eso por disfuncionalidades con la empresa que había sido adjudicataria del equipamiento. Espero que esto también se tenga en cuenta a la hora de poner en marcha los nuevos laboratorios. Si ha de ser en el pabellón azul, en el pabellón azul o donde sea.

Tengo poco más que decir. Quiero agradecer la información, espero que sigan compartiendo la información con el Parlamento de Navarra y, por lo tanto, con la sociedad navarra, y seguiremos haciendo cálculos. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Eskerrik asko, Martínez jauna. Les quiero trasmitir ahora la petición de disculpas de la señora Sáez de Podemos-Ahal Dugu que ha tenido que ausentarse. Ante esa ausencia damos la palabra a la portavoz del Partido Socialista de Navarra, la señora Chivite. Cuando quiera.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, Presidente. Quiero separar dos cuestiones. Por un lado, el tema de la investigación y, por otro lado, el tema de los laboratorios. Yo prácticamente puedo suscribir la intervención que ha hecho la portavoz de Bildu porque la comparto en su práctica totalidad.

Me parece que los Gobiernos de UPN no apostaron por la investigación sanitaria. Quiero recordar una comparecencia de la señora Cuz de no recuerdo qué año que nos vino a explicar el Plan de Investigación Sanitaria y aquello era como de risa. Un Plan de Investigación Sanitaria que lo hizo una empresa de fuera que vino aquí y que lo podría haber hecho exactamente el mismo para cualquier otra comunidad sin la participación de prácticamente nada. A mí me alegra que este Gobierno o que este departamento esté apostando por la investigación sanitaria, como deberían haber hecho los anteriores Gobiernos de Unión del Pueblo Navarro porque en Navarra vamos tarde y estamos muy mal situados en materia de investigación sanitaria. Desde luego, si solo contamos la investigación sanitaria por la parte pública nuestros números son bastante malos. Por lo tanto, me alegran los pasos que se están dando por parte del departamento con el tema de IdiSNA, con el tema de la estrategia de investigación y con el tema de las ayudas por parte del desarrollo económico. Desde luego, me alegra ver en la partida presupuestaria del Departamento de Salud las partidas de investigación. Son escasas, pero ahí están. Me parece que eso es una apuesta y yo, sinceramente, tengo que felicitar la Consejero por estas líneas de investigación que están poniendo la investigación sanitaria pública encima de la mesa.

Lo que tengo claro es que lo único que UPN hizo en materia de investigación es la construcción de un edificio. Es lo único que hizo de verdad en materia de investigación, la construcción de un edifico que se tiene que destinar a investigación porque si no se destina a investigación tenemos que devolver las ayudas de la Unión Europea. Por lo tanto, el problema que tenemos encima de la mesa y que es una herencia recibida en el peor sentido, así como antes he dicho lo de crónicos como algo bueno, tenemos que sacar al LUNA del centro de investigación.

Me he perdido un poco en las explicaciones que ha dado el Consejero porque ha dado muchos números, muchas opciones, distintas ubicaciones y le haré distintas peticiones de información para hablar de los planes funcionales y de las distintas opciones por valorarlo. A mí me parece que estas decisiones se tienen que tomar desde un punto de vista técnico, mirando al futuro en qué desarrollos queremos para nuestra sanidad. Más allá de opinar respecto a una decisión yo creo que si es estrictamente técnica me gustaría tener todos los documentos para poder hacer una valoración. Ahora bien, creo que mirando hacia el futuro en un plazo medio de tiempo los laboratorios debieran estar con microbiología, con anatomía patológica y con genética. Creo que esa, de cara a futuro, es la mejor opción, por lo menos tenerlo en el horizonte, y que las decisiones que vayamos tomando vayan en esa línea. Aunque no puedan ser en un corto espacio de tiempo sí que tengamos la mirada puesta en que esto es lo óptimo. Como digo, no me posicionaré sobre si esta es la mejor ubicación o no, sino que haré una petición de los planes funcionales y de las listas de distintas opciones que el departamento ha barajado.

Quiero felicitarle de nuevo por el tema de la investigación. Es escaso, pero ya se van dando pasos en la línea que nosotros consideramos positiva. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señora Chivite. En representación de la Agrupación de Parlamentarios Forales del Partido Popular tiene la palabra el señor García. Cuando quiera.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias, Presidente. Se ha dado una amplia información sobre este tema, quizá mucho a nivel técnico, con lo cual, solicitaremos esa información por escrito para poder analizar en profundidad toda la información que nos ha planteado hoy en esta Comisión.

El señor Martínez hacía referencia a la transparencia, pero trasparencia no es la de este Gobierno y mucho menos la de este departamento, como hemos ido viendo en esta Comisión en la que se ha facilitado información o después de las comparecencias o minutos antes de las propias comparecencias. Con lo cual, que diga usted, señor Martínez, que este Gobierno tiene transparencia le da muy poca credibilidad en este tema.

Desde el Partido Popular siempre hemos apostado por la investigación, pero creo que hay que darle una vuelta a la investigación con el tema público y privado ya que nos parece una cuestión de entendimiento entre ambas.

Basar la política sanitaria más allá de criticar la gestión anterior es cometer un gran fallo. Creo que hay que mirar atrás para ver cuáles fueron los errores que se cometieron en el pasado y no volver a tropezar en la misma piedra, pero debemos avanzar en una dirección. Señora Ruiz, más allá del hecho de estar continuamente criticando lo anterior –aunque se han cometido

muchos errores— creo que puede plantear una serie de alternativas que quizá hoy hemos echado en falta en esta Comisión. Por lo tanto, mirar al pasado sí, pero única y exclusivamente para ver los errores que se cometieron, no vamos a ser nosotros defensores de nadie, pero creo que hay que venir aquí con una serie de propuestas más allá de la crítica destructiva de lo anterior.

Por lo tanto, hay muchísimas cuestiones en las que se debe avanzar en esta línea. A nivel económico entendemos que se necesita más inversión económica. Por lo tanto, ustedes como Departamento de Salud en cuanto a investigación tienen muchísimo trabajo por delante. Queremos analizar en profundidad la información, que se le solicitará a su departamento, con respecto a la comparecencia de hoy para analizarla y poder valorarla con profundidad. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Gracias, señor García. Ahora tiene la palabra la señora De Simón en representación de la Agrupación de Parlamentarios Forales de Izquierda-Ezkerra. Cuando quiera.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias, señor Presidente. Gracias por la información, señor Consejero, y bienvenido, señor Gabilondo. He pensado que tenía un lapsus de memoria, porque ha habido un momento en el que me ha dado la sensación de que estábamos frente a un nuevo proceso electoral en Navarra porque estaba oyendo algunas de las intervenciones de los portavoces y ya sé que no, que las cosas van por otro lado...

Volviendo al tema que nos ocupa tengo que decir que el problema del LUNA y la necesidad de reubicarlo es un problema que tiene pasado, presente y futuro. Si ahora está hoy aquí el señor Domínguez explicando cuáles son sus propuestas o las intenciones del departamento para su nueva ubicación es porque, evidentemente, hay un problema ahí. Se le ha llamado patata caliente, pero ya lo conocíamos. La señora Ruiz ha recordado que en la pasada legislatura fue un tema candente que estuvo encima de la mesa y que nos preocupaba muchísimo tener que devolver esa cantidad de millones que se habían empleado en la construcción de un edificio que se había justificado para un uso de investigación que no se estaba dando. Esta es una preocupación que seguimos teniendo. En este caso, desde Izquierda-Ezkerra tengo que decir que con la intervención de hoy del señor Domínguez nos hemos quedado más tranquilos en este sentido. Es evidente que en marzo hay que acreditar esta subvención y la propuesta que hacía la portavoz de Unión del Pueblo Navarro a mí me ha sorprendido. No solo porque lo podría haber hecho antes, sino que, aunque no soy experta en estas cuestiones, no me imagino cómo se puede ligar un análisis de sangre del tipo que sea a la investigación. En cualquier caso, no me cabe ninguna duda de que el departamento va a tener en cuenta su sugerencia si tuviera alguna posibilidad.

En todo caso, a nosotros nos satisface la información que ha dado el Consejero, pero por dos aspectos fundamentalmente. Por un lado, está claro que se va a poder acreditar el compromiso financiero de Navarra con la investigación y, por lo tanto, esa financiación que proviene de los fondos FEDER está segura y no habrá que devolverla. Por otro lado, están las previsiones de dar utilidad a este edificio para que no sea solo una macroconstrucción, sino que tenga el uso para el que fue diseñado, que es la investigación, con la incorporación ya de nuevos investigadores e investigadoras y nuevas incorporaciones también en el futuro. Desde

luego, también con proyectos porque nos acaba de explicar el señor Consejero que hay un proyecto definido para la investigación médica en Navarra con criterios objetivos y con un proyecto. Por lo tanto, en este sentido no tengo nada más que añadir.

Respecto a las alternativas, compartimos con el departamento la necesidad de adecuar la decisión a un modelo general de organización del complejo y, desde luego, que ya de entrada este departamento no ponga un nuevo parche en esta cuestión nos parece un paso adelante. Que la solución que se ha definido o concretado hoy aquí esté enmarcada en ese plan o marco general de ordenación y desarrollo de todo el Complejo Hospitalario de Navarra nos parece un paso adelante importante.

La financiación, como ya he comentado antes, depende de la disponibilidad presupuestaria. Por suerte, tenemos una reforma fiscal que nos ha permitido una recaudación de casi cien millones de euros este año y que supondrá más recaudación para el próximo ejercicio. Por lo tanto, creo que los 7.380.000 euros presupuestados para esta legislatura entiendo que serán ampliables en función de la disponibilidad presupuestaria y nos parce una apuesta muy real e incluso moderada, pero que dará satisfacción al desarrollo de la investigación médica en Navarra por un lado y también a tener estos laboratorios en las condiciones oportuna. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Muchas gracias, señora De Simón. Señor Consejero, ¿necesita algún minuto para prepararlo? ¿No? Adelante. Tiene diez minutos.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias por las aportaciones de todos los portavoces. Es cierto que en la comparecencia he dado una serie de datos de muchos metros cuadrados y eso la verdad es que puede confundir un poco, pero en resumen es muy fácil. El traslado del LUNA es urgente por los motivos ya conocidos por todos. En segundo lugar, la necesidad de metros cuadrados se ha establecido con mucho más detalle en un plan funcional en el que han participado los profesionales de los distintos servicios implicados. Resulta que no hay espacios construidos en el complejo con la superficie suficiente como para acoger el LUNA. De tal manera, que hay que recurrir a una nueva construcción y lo más adecuado es que pueda acoger en un futuro, como ya se ha comentado, a todos los laboratorios. Entonces, es necesario ir a una construcción modular porque en este momento no se puede hacer un edificio de esas características por cuestiones presupuestarias. Esta construcción, por cierto, cuando estuviese completada acogería, podría acoger, a todos los laboratorios por algo más de 19 millones frente a los más de 21 millones que costó el Navarrabiomed.

Simplemente quiero responder a la señora Ganuza. Lo que le respondí en el Pleno parlamentario no es contradictorio con lo expuesto aquí en la comparecencia porque no estamos planteando un nuevo edificio, sino una reforma integral de un edificio ya construido. No es hacer un nuevo edificio. Por otro lado, dice que no es urgente, pero sí que es urgente el traslado de los laboratorios porque la autorización de Europa fue para hacer uso provisional de ese edificio. La única forma que tenemos de no hacer frente a la devolución de los fondos FEDER es que se den pasos inequívocos antes de marzo del 2017 que demuestren la voluntad inequívoca del Gobierno de trasladar el laboratorio y de que ese edificio sirva para acoger a los fines que tenía de entrada, que era la investigación.

En principio, nada más. Ahora el señor Gabilondo quiere hacer alguna aportación más.

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD (Sr. Gabilondo Pujol): Buenos días, simplemente quería comentar que de algunas de las sugerencias que se han comentado sobre otras alternativas de intervención, algunas están descartadas porque ya se han intentado. La posibilidad de justificar ante los responsables de Hacienda del fondo FEDER la sinergia entre los laboratorios y el centro de investigación generó un absoluto rechazo por parte de los responsables del ministerio porque al visitar las instalaciones incluso se medio indignaron. Hay que plantear en este sentido que de alguna manera esa posibilidad que conceptualmente podría haber sido a lo mejor correcta o un intento, podría justificar un proceso transitorio, pero en ningún caso el proceso final.

Por otra parte, segregar los laboratorios y decir que devolvemos la parte correspondiente también es una opción, pero ambas opciones serían posibles si no necesitáramos el edificio para investigación. En el contexto de la nueva estrategia de investigación del Departamento de Salud, en donde sí que tenemos previsto un escenario económico real que pretende dar un desarrollo real a la investigación e incluso un plan de desarrollo y hemos hablado de duplicar el número de profesionales dedicados a la investigación en el plazo de cuatro años, en ese nuevo marco financiero que quizá es lo que faltaba para realmente dotar a un edificio de vida y una nueva estrategia de investigación, se necesita el espacio. Entonces, hoy debemos apostar de manera decidida por la investigación y, además, necesitamos el espacio. Es verdad que eso podía haber sido y se barajaron esas opciones, pero desde el servicio internacional, que es en definitiva el que se relaciona con Europa, nos han reiterado que no va a ser posible acceder a esta posibilidad que sí que se ha contemplado.

Por otra parte, hay que decir que me parece muy relevante señalar dos cosas. Por un lado, que de alguna manera todas las actuaciones que tratamos de hacer queremos que estén orientadas a las estrategias. Una es la estrategia de investigación y otra es la estrategia de ordenación del complejo hospitalario. Para eso necesitamos un plan director. Por lo tanto, decisiones definitivas finales sobre el resto de laboratorios deben quedar condicionadas al plan director. Lo que hacemos ahora es una previsión y por eso ahora comprometemos el gasto de la primera fase, pero cualquier compromiso posterior tendrá que quedar condicionado al plan director. Por lo tanto, el nuevo Gobierno tendrá las manos libres para poder decidir qué actuaciones quiere, pero esperamos dejarle un plan director en buenas condiciones.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. Eraso Salazar): Muchas gracias, señor Consejero y señor Director General de Salud. Señorías, como no hay cuarto punto en el orden del día y hemos terminado con lo que había, se levanta la sesión. Buenos días.

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 15 minutos).