



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

V Legislatura

Pamplona, 15 de octubre de 1999

NÚM. 1

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL. ILMO. SR. D. ALBERTO CATALÁN HIGUERAS

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 15 DE OCTUBRE DE 1999

ORDEN DEL DÍA

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre las líneas políticas de su Departamento.
 - Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre las disfunciones del equipo de radioterapia del Hospital de Navarra.
-

SUMARIO

Comienza la sesión a las 16 horas y 35 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre las líneas políticas de su Departamento (Pág. 2).

Abre la sesión el Presidente, señor Catalán Higuerras, y cede la palabra a la representante del grupo parlamentario que ha solicitado la comparecencia, señora Torres Miranda (G.P. «Socialistas del Parlamento de Navarra»), a quien responde el Consejero de Salud, señor Cervera Soto (Pág. 2).

Se suspende la sesión a las 18 horas.

Se reanuda la sesión a las 18 horas y 14 minutos.

Toman la palabra la señora Torres Miranda, los señores Viñes Rueda (G.P. «Unión del Pueblo

Navarro») y Arbizu Goñi (G.P. «Euskal Herritarrok»), la señora Arboniés Bermejo (G.P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra») y el señor Alli Aranguren (G.P. «Convergencia de Demócratas de Navarra»), a quienes responde conjuntamente el Consejero (Pág. 21).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre las disfunciones del equipo de radioterapia del Hospital de Navarra (Pág. 36).

Toman la palabra la señora Arboniés Bermejo y el señor Alli Aranguren y les responde conjuntamente el Consejero (Pág. 36).

A continuación intervienen las señoras Arboniés Bermejo y Torres Miranda y el señor Arbizu Goñi, a quienes responde el Consejero (Pág. 41).

Se levanta la sesión a las 20 horas y 3 minutos.

(COMIENZA LA SESION A LAS 16 HORAS Y 35 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, para informar sobre las líneas políticas de su Departamento.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuerras): *Buenas tardes, señorías. Se abre la sesión de la Comisión de Sanidad, en la que, a instancia de la Junta de Portavoces, el Consejero, que viene acompañado por el señor Gallo, el señor Calleja y el señor Rábade, informará, a propuesta del grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra, sobre las líneas generales de su departamento. Tiene la palabra la portavoz del Partido Socialista, señora Torres.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. En primer lugar, quiero dar la bienvenida al señor Consejero y al equipo que le acompaña. El grupo socialista entiende que, debido a las inconcreciones del Presidente del Gobierno de Navarra en el proceso de investidura, es necesario la comparecencia de los Consejeros, con el fin de que expliquen las políticas que van a desarrollar sus departamentos en esta nueva legislatura.*

Concretamente, acudimos con incertidumbre, inquietud y preocupación a la comparecencia del Consejero de Salud, y digo esto por varios motivos:

por declaraciones del señor Presidente, por declaraciones del señor Consejero y por ciertas entrevistas que se realizan en los medios de comunicación, concretamente la del 30 de septiembre a un periódico de la Comunidad, donde hace afirmaciones en un lenguaje poco claro sobre la reforma sanitaria, en la que nunca explica cuáles son sus objetivos, sus metas y qué se espera conseguir.

Nuestro grupo espera, y ése es su deseo, que la actitud del señor Consejero y su comportamiento no sea la del decretazo, el individualismo y la prepotencia, que nos explique hoy cuáles van a ser las líneas políticas de trabajo y que nos deje claro si van encaminadas con la línea política que mantiene el PP en España en relación con la salud, que no es otra que la de ir pasando poco a poco la sanidad como si ésta fuera una mercancía de intercambio a manos privadas. La salud es un derecho y no una mercancía. Si este Gobierno va en la misma línea, se encontrará con la oposición fuerte y tajante de este partido, que defiende un sistema sanitario de carácter público, universal, equitativo y gratuito como modelo de estado de bienestar, oponiéndose a cualquier medida privatizadora. Gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuerras): *Muchas gracias a usted, señora Torres. Tiene la palabra el señor Consejero.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Muchas gracias y buenas tardes, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios.*

Me resulta muy grato comparecer por primera vez en esta nueva legislatura ante sus señorías para exponer las líneas de trabajo y compromisos del Departamento de Salud en los próximos cuatro años, tal como ha sido solicitado por la Junta de Portavoces de este Parlamento a instancias del grupo socialista.

Estoy convencido de que esta oportunidad puede ser la mejor de las posibles tanto para que ustedes conozcan los proyectos próximos del Gobierno de Navarra en materia sanitaria como para que los que aquí comparecemos podamos recoger sus opiniones e inquietudes y de esa manera incorporarlas a nuestras líneas de trabajo presente y futuro.

Me acompañan el Director General de Salud, Juan Ramón Rábade, el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud, Víctor Calleja, y el Director Gerente del Instituto Navarro de Salud Laboral, Mariano Gallo.

Me van a permitir que establezca a priori una estructuración de esta comparecencia, que contiene tres partes diferentes pero correlativas. Comenzaré con una enunciación de los principios generales, doctrinales y evidentemente políticos, en los que creemos que debe desenvolverse la actitud de este Gobierno para con el sistema sanitario navarro, y su compromiso político con él. A continuación, me referiré a las herramientas de acuerdo y consenso político que estimamos necesarias para el progreso de nuestra sanidad, y finalizaré con una enumeración más o menos detallada de las actividades, proyectos y programas que creemos poder abordar a lo largo de la legislatura. Ya por anticipado les prevengo de la imposibilidad de, por una parte, planificar todas nuestras actuaciones a cuatro años vista, y, por otra, de siquiera poder detallar las ya planificadas sin olvidar alguna. No se les escapa la realidad de que nos referimos al mayor de los departamentos del Gobierno de Navarra, al único que tiene un verdadero alcance universal para con todos los ciudadanos y a un departamento en el que el orden de prioridades seguramente es diferente para cada ciudadano o grupo social o político, según sean sus expectativas o necesidades con algún aspecto concreto de nuestra actividad.

Hablaré, por tanto, en primer lugar, de los principios políticos generales para el progreso y la consolidación del sistema sanitario de Navarra. Nuestra Comunidad se viene caracterizando porque su sistema sanitario es el principal exponente de las políticas de protección social y bienestar ciudadano. Navarra, en el contexto de la nación española se reconoce por disponer de una buena

cobertura sanitaria cercana y eficaz, y de manera coincidente los ciudadanos han adquirido una nueva actitud de demanda exigente sobre las prestaciones de la sanidad, y especialmente sobre las posibilidades de acceder a ella con unas determinadas condiciones de rapidez y calidad.

El Presidente del Gobierno de Navarra afirmó en su discurso de investidura que la sanidad navarra es uno de nuestros elementos de identidad, reconocido no sólo aquí, sino más allá del propio territorio foral. Y que por esa misma razón de ser elemento de identidad y por su propia trascendencia social no debiera ser motivo de confrontación política estéril. Más al contrario, es necesario lograr un marco de consenso político, al igual que el alcanzado con motivo de la aprobación de la Ley Foral de salud, al que luego me referiré con mis propias palabras.

Sólo con ese consenso, como afirmó el propio Presidente, será posible abordar con garantías los retos de la sanidad en el entorno del nuevo milenio como respuesta a las demandas crecientes de los ciudadanos y especialmente a las consecuencias del envejecimiento poblacional.

Como sus señorías saben, en este momento, la sanidad en Navarra y el resto de España se financia exclusivamente a través de los presupuestos y, por tanto, de los impuestos. Se ha producido de manera efectiva un proceso de separación de fuentes de financiación que ha sido una constante en los últimos desarrollos legislativos, por ejemplo, la Ley general de sanidad, en el ámbito nacional, y la Ley Foral de Salud, en el ámbito foral, los Presupuestos Generales del Estado y de Navarra en los últimos años y también el acuerdo político entre los grandes partidos nacionales, como el Pacto de Toledo.

Este hecho representa un avance en la consolidación de un sistema de salud con base en las aportaciones solidarias del conjunto de las personas, de forma que establece un trato igual y equitativo en las posibilidades asistenciales de cada uno de nosotros al establecerse derechos y obligaciones iguales para todos. Afortunadamente, se ha evolucionado desde un modelo en el que la cobertura venía dada exclusivamente por las cotizaciones sociales individuales, e incluso la beneficencia, a otro en el que el simple hecho de pertenecer a la sociedad como ciudadano objeto de derechos y sujeto de obligaciones supone la obligatoriedad de contribuir solidariamente a la sanidad de todos y de beneficiarse particular y personalmente de la cobertura necesaria ante cualquier situación de necesidad. De esta forma se ve reforzado el valor de la solidaridad y la cohesión social, al mismo tiempo que se exige una nueva actitud de responsabilidad comunitaria para el fomento de los valores

que la sanidad tiene en la propia sociedad y frente al contexto de lo público.

Como es reconocido por todos, porque está propuesto y glosado por organismos internacionales como la propia Organización Mundial de la Salud o la OCDE, los sistemas sanitarios se enfrentan a progresivos retos que no son sólo hipótesis de futuro, sino una realidad patente y a la que hay que saber aportar nuevas visiones políticas y de gestión. El envejecimiento poblacional condiciona cada vez más la utilización preferente de recursos para atender esa mayor esperanza de vida. Además, la disposición creciente de nuevas y costosas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, no siempre validadas para su utilización sistemática, nos apelan a la necesidad de saber priorizar las actuaciones y disponibilidades sanitarias en busca del mejor empleo de los recursos limitados.

Debemos propiciar, para empezar, por tanto, y atendiendo muy específicamente a la inquietud de la portavoz del grupo socialista, una definición política de "reforma sanitaria".

Por lo dicho anteriormente, la sanidad moderna debe ser una sanidad en reforma. Reformas necesarias para hacer a los sistemas públicos más solidarios, más adaptados y comprometidos con las necesidades de los ciudadanos y con las aportaciones de la tecnología en la lucha contra la enfermedad. Para hacerlos, en definitiva, preparados para un futuro en el que la solvencia no esté comprometida y adquieran una garantía de trascendencia transgeneracional

El Presidente del Gobierno de Navarra, en un reciente artículo en la revista *Anales*, artículo que, por cierto, recogía parte de un discurso en la inauguración del pabellón D, del Hospital de Navarra, y que posteriormente a su publicación como editorial en *Anales* fue recogido de forma íntegra por varios medios de comunicación locales, como digo, en ese artículo titulado "El reto y la apuesta por los sistemas sanitarios públicos", expresaba claramente que la universalización de las prestaciones está hoy garantizada en el régimen legal, pero sobre todo en la voluntad de los ciudadanos y específicamente de los poderes públicos como el Parlamento y el Gobierno foral. Todos los ciudadanos, por el hecho de serlo, adquieren el derecho a una cobertura sanitaria plena y eficaz en el cuidado de su salud. Por eso —decía el Presidente— se abren nuevas fronteras para la sanidad. La principal de todas, la que compromete a las acciones de los gobiernos modernos para una sanidad pública de calidad y excelencia. Fin de la cita.

Por tanto, este Gobierno entiende la reforma sanitaria en términos de consolidación y desarrollo del modelo actual, que es para nosotros un importante reto de presente y de futuro, donde se va a ver

la madurez social de los poderes públicos y la sociedad en su conjunto para adaptar ese primordial componente de la sociedad del bienestar a las realidades cambiantes y globalizadoras del futuro. Una base esencial de esa reforma es tener el convencimiento, como nosotros lo tenemos, de que es compatible combinar el control de la evolución del gasto sanitario y de las incertidumbres que a él se asocian con una sanidad más implicada con las demandas de los ciudadanos y las aportaciones de la ciencia en la lucha contra la enfermedad.

Para nosotros, la cobertura sanitaria universal y equitativa no presenta ningún tipo de crisis financiera, existencial o esencial, y por ello no será necesaria ninguna merma de los actuales niveles de cobertura, aseguramiento y prestaciones. Pero al mismo tiempo debemos reivindicar la necesidad de modernizar y reformar las actuaciones estructurales de gestión para ganar calidad, eficacia y, sobre todo, valor cohesionador de la sanidad para con la propia sociedad. Éste es, precisamente, el reto de la reforma que pretendemos realizar. Antes afirmaba que Navarra siempre se ha distinguido peculiarmente por su percepción y valoración de la sanidad. Una percepción en la que identificamos sus valores sociales e identificamos con ello el elemento distintivo que para nosotros es la disposición adecuada de recursos sanitarios y la implicación de ellos con las expectativas ciudadanas. Navarra adquiere una identidad peculiar por causa de su sanidad, por la que se nos conoce y prestigia en el resto de España. Sabemos de la valía de la sanidad para cohesionar una sociedad y reducir las desigualdades dentro de ella, pero sobre todo experimentamos la creencia cierta de que la dignidad de la persona requiere de un modelo válido de protección social sanitaria. Lejos de un fatuo conformismo, debemos comprometer la acción política en la mejora, modernización y reforma de la sanidad navarra, en una orientación ambiciosa y confiada hacia su propio futuro.

Ésta es nuestra definición positiva del concepto de reforma sanitaria, concepto compatible, como ven, con los que de manera concordante quieren todos ustedes enunciar: consolidación, progreso, desarrollo, apuesta, vinculación inexcusable o compromiso principal. Concepto en el que, a través de planes estratégicos y modelos políticos más o menos enunciados, coinciden administraciones y gobiernos diversos de manera clara, incluso con independencia del color político de sus dirigentes, y de lo que se pueden poner muchos ejemplos como, por ejemplo, el Plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud, el Plan estratégico del Insalud o los documentos sobre reforma italiana o finlandesa, por citar extremos sociales y de países.

El concepto de la reforma también está expresado, por cierto, en las conclusiones de la Subcomi-

sión del Congreso de los Diputados sobre consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, que desde nuestra óptica es un documento válido y considerable para actuar en nuestro entorno y que además es fruto de un suficiente consenso tácito o explícito de las fuerzas políticas españolas. Ciertamente, y quisiera hacer esta acotación al margen, no es éste un documento votado por el Partido Socialista en el ámbito nacional, pero en su momento el Partido Socialista alegó que no se había respetado adecuadamente el trabajo de la Subcomisión por parte de las actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y, de esa manera, no consta que el PSOE haya mostrado desacuerdo concreto con el documento, sino en el clima en el que ese documento se generó.

El análisis comparado de los sistemas sanitarios occidentales realizado por la OCDE, y que obviamente es aplicable al sistema sanitario de Navarra, permitió determinar los factores esenciales condicionantes del éxito o fracaso de las organizaciones sanitarias públicas. Decía la OCDE que, por una parte, la financiación pública y universal es el factor determinante de la equidad de un sistema sanitario, algo garantizado para nuestra realidad foral. Por otra parte, que garantizar la eficiencia del sistema, desde un punto de vista macroeconómico, exige de presupuestos cerrados, globalmente limitados. De ello, son ustedes copartícipes como legisladores aprobadores del presupuesto. En tercer lugar, decía la OCDE que incrementar la eficiencia microeconómica con aumentos de productividad y reducción de costes exige que se financie a los centros y profesionales de acuerdo a los resultados obtenidos. Sin duda, es una de nuestras asignaturas pendientes, y que debiéramos saber abordar con decisión política y de gestión, y superar con ello un modelo burocraticista y funcional que no se muestra como adecuado para alcanzar esa eficiencia. Y, por último, como cuarto elemento, decía la OCDE que lograr la satisfacción e identificación de los ciudadanos con su sistema sanitario exige incrementar su participación activa en el proceso asistencial, respetando sus derechos y dotándole de mayores cotas de elección. En ello estamos y vamos a seguir estando.

Desde una concepción, por tanto, adecuada de la salud pública a lo dicho por la OCDE habría de añadirse que para garantizar la eficacia sanitaria del sistema habrá de lograrse la reorientación del mismo hacia las prioridades sanitarias de cada país o región y hacer tantas consideraciones específicas como vengan dadas por la propia realidad social.

Avanzar en la dirección enunciada exige, por una parte, consolidar y mantener las conquistas sociales en materia de equidad y solidaridad y, por otra, profundizar en un profundo cambio de los

valores culturales de la organización sanitaria, excesivamente centrada hasta el presente en sus propias dinámicas internas.

Por todo ello, y dentro de los contextos en los que Navarra se encuadra, los principios que van a regir en la acción de gobierno y en la reforma que pretendemos acometer son los siguientes.

a) Universalidad e igualdad de acceso de los ciudadanos al sistema sanitario bajo criterios de solidaridad, evitando toda causa de discriminación.

b) Respeto a la dignidad humana, a su personalidad, intimidad y convicciones personales en la oferta de servicios para cumplir con los requerimientos indispensables de una atención sanitaria de calidad técnica y personalizada.

c) Libertad en la elección de médico y centro sanitario en la red de utilización pública.

d) Disponer de un sistema de atención sanitaria adecuado a las necesidades individuales y colectivas, acorde con la disponibilidad de recursos de una asistencia progresiva por niveles, que se orientará, además, a dar respuesta a las necesidades que implica el envejecimiento poblacional a través de una atención sociosanitaria integrada.

e) Consideración integral de la salud, disponiendo de un medio ambiente libre de factores de riesgo previsibles para la salud, dando cumplimiento al derecho a la educación para la salud, así como posibilitando la existencia de un sistema de atención sociosanitaria para el digno desarrollo de la personalidad del ciudadano, con adecuación del sistema sanitario y acomodación al contexto psíquico, físico y social de la persona.

Pretendemos, por tanto, hacer realidad plena un modelo sanitario mixto –en los términos establecidos por la Ley Foral de salud–, descentralizador, autónomo, integrado, participativo y corresponsable, defendiendo en todo caso los criterios de universalidad y equidad en la provisión de servicios, puesto que todos los ciudadanos deben poder acceder en igualdad de condiciones al sistema sanitario, evitando toda discriminación, como antes se dijo, discriminación que se puede concretar con independencia del régimen económico y de cobertura del aseguramiento al que estén acogidos o de las instituciones que garanticen su atención sanitaria.

La reforma que se pretende va a incidir especialmente en el hecho de que el ciudadano o el paciente es el centro del sistema, y ello implica necesariamente que el ciudadano incremente de manera real sus grados de libertad en la elección de los servicios, y que los servicios busquen la satisfacción del ciudadano ofreciendo una atención excelente en todas sus dimensiones. Que no le tengamos miedo a la libertad y que sepamos ser con-

secuentes, en el plano organizativo y de la financiación, con ello.

Esta reforma en términos, insisto, de consolidación y desarrollo del modelo actual, implica que la gestión de los centros y servicios sanitarios se llevará a cabo de modo autónomo y con una autogestión participativa que, no obstante, supondrá insistir en el carácter público de los centros, manteniendo y propiciando la autonomía funcional y económico-administrativa de los mismos. Los criterios de autonomía y responsabilidad en la gestión suponen la participación en la misma, no sólo de los titulares de los centros, sino también y muy esencialmente de los profesionales y de los representantes de la comunidad.

Tal vez, llegado este punto sea conveniente hacer una definición negativa del concepto que manejamos de reforma sanitaria. Es decir, expresar claramente, una vez más, qué es lo que para nosotros no es la reforma sanitaria. Reformar no es entendido por este Gobierno en términos de amenaza. Ni es privatizar, ni es mermar la equidad, dado, por cierto, que la universalidad es un título legal absolutamente inalienable para los españoles y navarros, ni es ahondar en la posibilidad de generar desigualdades sociales por la diferente accesibilidad económica o geográfica a los recursos sanitarios disponibles con carácter general.

Pero, en consecuencia, esta reforma supone también que el sistema sanitario se ordene por niveles de atención progresiva con criterios de dependencia funcional y sin integración orgánica, incluyendo todos los recursos organizativos y técnicos para proveer los aspectos preventivos, la asistencia sanitaria individual, salud pública, salud laboral y promoción de salud.

El personal de los centros y servicios sanitarios habrá de participar directamente en la gestión de los mismos. Dicho personal estará sometido al régimen específico de su propio centro o servicio, sin menoscabo de las necesarias homogeneizaciones normativas y retributivas, contemplando, asimismo, sistemas de evaluación y desarrollo profesional que permitan la adecuada compensación e incentivación por rendimiento profesional y consecución de objetivos asistenciales y de salud.

Hablaba de cuál es el contexto general de la reforma sanitaria, esa definición política de reforma sanitaria, que era parte de las exigencias planteadas en esta comparecencia, y quisiera hacer una lectura concreta sobre estas cuestiones en la propia realidad de Navarra.

Me referiré, por tanto, en una lectura sucinta, a cómo nos afectan concretamente a los navarros estas realidades enunciadas con carácter general para el contexto occidental.

Hablando, en primer lugar, del contexto demográfico, es evidente que nuestra población está envejeciendo. El informe Escenarios demográficos alternativos para 20 países del Consejo de Europa, años 1990 a 2050, refiere no sólo un importante incremento de la población de más de 60 años, sino, además, un incremento de las personas de más de 80 años, es decir, del llamado envejecimiento interno o sobre-envejecimiento o envejecimiento del envejecimiento. El Instituto Nacional de Estadística, en sus estimaciones de población para Navarra, fija en 93.496 las personas mayores de 65 años —un 17'6 por ciento del total de la población— para este año 1999, y la proyección para el año 2005 alcanza las 96.967 personas, es decir, un 18'1 por ciento del total de la población.

De igual modo, el Plan gerontológico de Navarra fija la población de más de 65 años para el año 2000 en el 17'9 por ciento y para el 2005 en el 18'08 por ciento.

Por otra parte, hay que hablar también en el contexto concreto de Navarra de las claves de la financiación sanitaria. En las claves de la reforma y consolidación pretendida está el garantizar un marco presupuestario estable, que dé suficiencia financiera a todos nuestros centros y servicios y que permita responder a los nuevos retos y requerimientos.

En este sentido, estimo que Navarra debe situarse en la media de dedicación de porcentaje de riqueza interior bruta de los países desarrollados europeos, como auténtica garantía de sostenibilidad del sistema de aseguramiento público, que repercute, por otra parte, en el progreso social y en la mejora de los valores de identificación recíproca de Navarra y los navarros con su sistema de solidaridad. Para ello, debemos abordar como líneas de trabajo prioritario cuatro puntos concretos. En primer lugar, propiciar en todo caso la financiación suficiente y sostenible de la sanidad con base en el indicador de dedicación del 6 por ciento del Producto Interior Bruto en gasto público. En segundo lugar, establecer un porcentaje de crecimiento del gasto sanitario siempre por encima del IPC. En tercer lugar, una mejora permanente de los sistemas de información al ciudadano, que le vinculen en la asunción de decisiones de priorización del gasto sanitario. Aumentar en el ciudadano la llamada conciencia del gasto, sin que esto se lleve a hacer de manera casi dramática como, por ejemplo, se hizo con las experiencias de facturas obra, que se ha demostrado que eran inadecuadas para el fin que presuntamente perseguían. Es incrementar la solidaridad del sistema, porque permitirá localizar los recursos allí donde la propia sociedad generadora de esos medios estime que son más necesarios. Y recíprocamente vinculará la conciencia ciudadana al control de las prioridades

y hará que la propia ciudadanía se encuentre más atendida y respetada. Y, en cuarto lugar, será necesario, por tanto, propiciar programas de uso racional de recursos sanitarios y de percepción de los costes y requerimientos de la sanidad moderna para aumentar la responsabilización de todos en la utilización de los recursos.

Y, llegado a este punto sobre las llamadas claves de la financiación sanitaria, me gustaría hacer una referencia concreta y también con cifras estrictas de Navarra al gasto de farmacia. Como saben ustedes, el gasto en prestación farmacéutica fue de aproximadamente el 17'8 por ciento del total del gasto sanitario del Servicio Navarro de Salud en el año 1998, cifra que supera en un 0'6 por ciento a la del año anterior. Hay que señalar que estos porcentajes son inferiores a las cifras que se manejan en el ámbito nacional, que son de alrededor del 20 por ciento, debido entre otras razones a que nuestro gasto sanitario es mayor y, por tanto, el denominador de la razón es también mayor.

Este gasto mantiene, además, tradicionalmente una tendencia ascendente. En el año 1998 el incremento del gasto ha sido en total del 12'39 por ciento, y se ha debido fundamentalmente al incremento de los medicamentos, con una actividad creciente del 11'87 por ciento, y a absorbentes de incontinencia de orina, con el 17'24 por ciento de aumento.

El incremento del gasto ha sido superior al interanual del año 96 a 97, que fue del 8'34 por ciento, aunque debe tenerse en cuenta que en el 97 se produjo una disminución de los márgenes de distribución de los medicamentos que ya fue absorbida en el año 98.

El gasto por habitante en Navarra es un 1'75 por ciento inferior al de la media nacional, y sólo el País Vasco, el territorio Insalud y Canarias tienen un gasto por habitante menor que Navarra, con datos poblacionales del censo del año 96.

Como datos añadidos les diré que en los últimos doce meses –estamos hablando de septiembre a septiembre; son datos del pasado mes de septiembre– las tarjetas individuales sanitarias con derecho a prestación farmacéutica han aumentado en Navarra el 1'20 por ciento, pasando de los 493.546 derechohabientes en el año 98 a los actuales 499.452. El número de recetas por TIS de activo ha pasado de 6'43 a 6'14, y las de pensionistas de 36'27 a 36'16. Sin embargo, en un sentido opuesto a estas cifras que ligeramente descienden, el gasto por TIS activo ha pasado de 8.124 pesetas a 9.027 pesetas, y el gasto por TIS pensionista pasó de 68.996 pesetas a 77.578. Si tienen ustedes la consideración de que en los presupuestos para el año 2000 se prevé que aproximadamente el gasto per cápita por habitante navarro y año va a ser de unas 147.000 pesetas, si dividimos el conjunto de los

presupuestos del Servicio Navarro de Salud y Departamento de Salud por el conjunto de los ciudadanos de Navarra, verán que, efectivamente, de estas 147.000 pesetas que cuesta capitativamente la sanidad a los navarros, como digo, en el ámbito de los pensionistas ya sólo la factura de farmacia se eleva a 77.578 pesetas.

Estamos hablando, por tanto, de unas cifras que se han incrementando en un solo año en esos porcentajes considerables, y que, como ven, contemplan un fenómeno según el cual el incremento del gasto en farmacia no es por efecto cantidad sino por efecto precio, fundamentalmente de los nuevos medicamentos, que superan con creces el efecto alcanzable en términos de reducción por genéricos o márgenes.

Como consecuencia de ello, y este dato supongo que será interesante para quienes, como ustedes, Parlamentarios, tienen la responsabilidad de aprobar el presupuesto, la aportación que realiza el conjunto de los usuarios sobre el coste de los medicamentos se ha reducido del 8'93 por ciento del año 1998 al 8'37 por ciento del año presente, y ésta es una tendencia constante, y no sólo en Navarra sino en el conjunto nacional, debido a la evolución del gasto en el segmento de los pensionistas.

Ciertamente, tenemos que hacer una consideración sobre el gasto farmacéutico que va mucho más allá de la mera consideración de los datos monetarios. Creo que todos deberíamos recordar que los porcentajes de crecimiento, en lo que tienen de progresivos, no pueden ser soportados durante mucho más tiempo si no es a cambio de mermar progresivamente las demás capacidades del sistema, entre las que obviamente yo destacaría la de la generación de fondos para la inversión en infraestructuras hospitalarias y nueva tecnología sanitaria. Gobernar, como saben todos ustedes, es priorizar, y priorizar es elegir en términos de “coste oportuno”. Por otra parte, es conocido que el principal correlato del gasto en farmacia es la frecuentación sanitaria, de manera que los servicios como el navarro, que se distribuyen a lo largo de todo el territorio buscando la equidad de acceso, son los que propician a la postre una mayor frecuentación y por ello una más elevada factura en farmacia. Ciertamente, podemos saber que el crecimiento en este concepto también se relaciona con una medicina más segura y de mayor calidad, utilizadora de fármacos más eficaces, seguros y seguramente onerosos. Por ello, es meritorio mencionar que Navarra muestra un ligero pero sostenido camino a la baja en cuanto al número de recetas que se firman, de aproximadamente un 1 por ciento interanual, sin duda, por una eficaz política de uso racional, aunque el mayor precio de los compuestos eleve tan considerablemente nuestra factura.

Quisiera ponerles un ejemplo que tal vez sea bastante aclaratorio, que lo podemos extraer de uno de los grupos terapéuticos que más están creciendo en costes inducidos, son los antidepresivos. Pues bien, por ejemplo, los antidepresivos de última generación, más seguros y mejor aceptados por los médicos de atención primaria, puesto que les ofrece una mayor seguridad y que, por tanto, están siendo recetados mayoritariamente por la propia atención primaria en Navarra, son un ejemplo de esto puesto que, por ejemplo, una caja del clásico antidepresivo tricíclico Triptizol cuesta 381 pesetas, y, por ejemplo, el moderno inhibidor de la recaptación de la serotonina, la Menfazona, de la familia del Prozac, para la misma utilidad cuesta 5.180 pesetas.

Hablaré a continuación de que lo que ciertamente no nos podemos permitir en Navarra es un crecimiento permanente en estas tasas de dos dígitos. Es por ello por lo que debemos incidir en políticas propias de uso racional, las que desde una comunidad autónoma se pueden gestionar, como en el apoyo a las medidas que se puedan dar y gestionar desde el ámbito nacional y que promuevan la contención de la factura de farmacia extrahospitalaria como las medidas adoptadas sobre precios de referencia, previstos para mitad del año próximo, o las rebajas de márgenes, presentes desde este pasado mes de septiembre.

No voy en este caso, señorías, a reabrir viejas polémicas sobre las medidas de desfinanciación de fármacos de baja utilidad terapéutica; lo que obviamente cabe exigirnos a todos nosotros, desde la posición política que ocupamos, es la coherencia. A tal efecto, estoy seguro de que a algunos de ustedes les gustará asomarse a las decisiones que en esta materia adoptan gobiernos con los que compartimos un proyecto europeo y que sin duda están todavía por delante de nosotros en cuestiones de protección social y sanitaria, como el propio Gobierno social comunista de Francia, que ha adoptado decisiones de desfinanciación consciente de la amenaza que suponía para su sistema no poner criterio de gestión pública en las habitualmente ilimitadas capacidades de la industria farmacéutica de introducir y mantener sus productos en un mercado aun a costa de una más que dudosa utilidad.

A continuación haré una referencia a la incorporación de nuevas tecnologías, aunque ciertamente algo de esto se ha dicho en el tema de la utilización farmacoterapéutica. Como saben ustedes, los continuos avances científico-técnicos que se vienen produciendo en el campo de la sanidad implican la introducción de nuevas técnicas o procedimientos en la asistencia sanitaria, entendiéndose por tales los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y la experimentación científica

mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Es de señalar que la incorporación de esos avances no se sustancia únicamente a través de la adquisición y puesta en funcionamiento de nuevo y más avanzado equipamiento médico, sino que también se produce a través de tecnologías asociadas a los fármacos, como ya he explicado, los materiales sanitarios de consumo y de manera particularmente intensa por medio de la revisión y mejora de la organización y procedimientos asistenciales a la luz de los nuevos conocimientos.

La aplicación de estos avances tecnológicos en su sentido más amplio a los usuarios del Servicio Navarro de Salud estimo que debe realizarse con las máximas garantías de calidad y seguridad, valorando también los aspectos de coste efectividad, para lo que se desarrolla una política de colaboración activa con el resto de las administraciones sanitarias y las agencias de evaluación de tecnologías que se materializan a través de los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y de la existencia de un convenio bilateral con la Agencia de Evaluación Tecnológica del Instituto Carlos III.

En cuanto al concepto más restrictivo de tecnología, asociado no tanto al conocimiento como a la incorporación de equipamiento avanzado y mantenimiento de la capitalización y articulado a través del capítulo presupuestario VI, de inversiones, la realidad muestra un equilibrio entre los recursos que se vienen destinando al desarrollo de infraestructuras y a la incorporación de nuevas tecnologías. Es de señalar, y esto es importante que no lo olvidemos nunca, que en el sector sanitario las nuevas tecnologías se presentan con frecuencia como acumulativas o complementarias de tecnologías ya existentes y es infrecuente que un determinado avance tecnológico desplace radicalmente a otra tecnología anterior, siendo lo más frecuente que la nueva tecnología requiera personal especializado adicional al existente. El ejemplo clásico es el del diagnóstico por la imagen. La tomografía axial computerizada no evita la realización de radiografías simples, el ecógrafo no evita la realización de tomografías y la resonancia nuclear magnética no evita nada de lo anterior, por no hablar del PET, por emisión de positrones.

Consecuentemente, la pauta de incorporación de nuevas tecnologías deberá responder, desde mi punto de vista, al criterio de incorporación precoz de tecnologías ya contrastadas y con un criterio selectivo de incorporación de tecnologías experimentales que, en todo caso, deberán estar vinculadas a los objetivos y prioridades establecidos en el Plan de salud.

Nuestra realidad, y tras el notable incremento de las inversiones producido en los últimos ejercicios y el sostenimiento de la situación alcanzada,

en la cual los recursos de inversión del sistema se mantienen entre el 5 y el 6 por ciento del gasto total, permite afrontar un horizonte de capitalización real del sistema y de mantenimiento y mejora tanto de las infraestructuras como de la dotación tecnológica sostenidos en el tiempo.

En todo caso, debe hacerse notar que la sostenibilidad de los recursos destinados a la inversión en el tiempo es un principio esencial para la correcta administración y gestión del factor tecnológico y representa un compromiso que, en nombre del Gobierno y ante ustedes, asumo con los ciudadanos navarros y con su sistema de salud.

El segundo capítulo de esta intervención, después de lo que son los principios generales, se refiere a lo que denomino un nuevo pacto político y social por la sanidad navarra. Y tiene dos partes: primera, la que se corresponde con la interlocución política, y, segunda, complementaria de la primera, recíprocamente, lo que se refiere a la interlocución social.

En el campo de la interlocución política, quisiera decirles que desde este marco conceptual que ahora desgranaré es desde el que ofrezco la participación a todas las fuerzas políticas en orden a alcanzar un pacto sanitario, un pacto que permita lo que el Presidente del Gobierno afirmó: alcanzar el consenso político productivo similar al que existió en la aprobación de la Ley Foral de salud.

Si en aquel momento el consenso de la Ley Foral de salud sirvió para componer la base organizativa sobre la que asentar las transferencias sanitarias hacia la Comunidad Foral y garantizar al mismo tiempo un modelo propio y de futuro en el desarrollo público sanitario, entre otras muchas cosas, ahora es necesario el mismo consenso para abordar unos retos de futuro que trasciende la mera actividad administrativa de la sanidad.

He dicho en varias ocasiones que la responsabilidad de actuar como titular del Departamento de Salud va mucho más allá de la mera administración o gestión cotidiana, y que consiste fundamentalmente en saber proyectar con acierto las medidas de futuro, las que seguramente serán validadas en la práctica cuando yo ya no esté en este cometido. De la misma manera, me permito interpretar que las funciones de este Parlamento, de esta Comisión y de todos ustedes en materia sanitaria va más allá, o debería ir más allá, de las meras funciones de control político sobre lo concreto. Desde el Gobierno, desde el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, les reclamamos como Parlamentarios en la función de construir la sanidad del futuro para Navarra y los navarros.

Es precisamente la Ley Foral de salud la que define el modelo sanitario de Navarra a través de un marco normativo hábil y persistente sobre el que

hay que incorporar la mejora práctica de las condiciones preventivas y asistenciales de la sanidad navarra, posibilitando el incremento de los grados de libertad del ciudadano, la búsqueda de la satisfacción del paciente a través de la consecución de la excelencia en la oferta de servicios y todo ello con una utilización eficiente y de calidad de los recursos disponibles.

El Departamento de Salud va a proseguir con el desarrollo continuado de la Ley Foral de salud, teniendo presente una definición clara de los principios en los que se asienta el disfrute del derecho a la salud, el modelo y el sistema sanitario y finalmente las acciones que, por áreas, iremos desarrollando y posteriormente explicaré.

Desarrollar la Ley Foral de salud y traducir sus principios generales en actuaciones concretas es el primer compromiso que asumo ante todos ustedes. En este marco nos podrán encontrar siempre que quieran. Y a partir de ahí, espero que las actitudes de diálogo y consenso, que desde la responsabilidad política debemos expresar sean siempre las necesarias para poder encontrar actitudes recíprocamente receptivas.

Sin embargo, sí quiero poner en esta mi primera intervención un límite preciso en el cual circunscribo esta interlocución. Ciertamente, mi función ejecutiva consiste en mejorar la sanidad de los navarros, pero también en garantizar su tranquilidad ante la respuesta y en el compromiso que los poderes públicos les otorgan en defensa de su derecho a la salud y en la protección efectiva de ese derecho. Por ello, saben ustedes que siempre evidenciaré una defensa activa de ese derecho al trato responsable y a la información precisa de los ciudadanos ante quienes quieran utilizar altavoces públicos para sembrar el miedo, la inquietud o la sensación de menesterosidad de los ciudadanos. Los demagogos saben que me tendrán siempre enfrente y que no toleraré que se siembren dudas falsas sobre cuestiones tan valiosas para la integridad humana como la seguridad de los recursos sanitarios en beneficio de su salud.

Y de la misma manera, quiero explicitar en esta mi primera comparecencia en esta Comisión que no aceptaré la interlocución política en materia sanitaria de quienes no son capaces de condenar la utilización de la violencia, condolerse con las víctimas del crimen y con ello evidenciar la más mínima defensa de los derechos humanos. Porque entiendo que el derecho a la salud nace de la radical defensa de la dignidad humana, y por evidenciar que en nuestro entorno existe un partido político, Herri Batasuna, y un grupo parlamentario en este Parlamento, Euskal Herritarrok, que aún hoy mantienen a un criminal convicto y confeso entre sus miembros, es por lo que declaro desde el principio mi actitud de negar siquiera la mínima capacidad de

aportar nada por parte de estos agresores hacia los derechos humanos y el derecho a la salud y la dignidad de la persona. Obviamente, no entra en mi sueldo el tener que aguantar el cinismo, y cinismo es esa actitud política que describo. Cinismo es, por ejemplo, hablar o escribir del acelerador lineal para los enfermos de cáncer y no ser capaz de hablar o escribir en términos similares sobre personas a las que los chicos de Jarrai han querido que mar vivas dentro de su propio domicilio.

Hablaré a continuación y para finalizar este capítulo de la interlocución social. Esta misma actitud de diálogo que ofrezco y con la que nos comprometemos como Gobierno en el ámbito político debe estar presente, de manera también permanente, en otros ámbitos sociales. Ya he citado nuestros compromisos de servicio público y la manera en la que el enfermo y el ciudadano será el centro de nuestra actividad.

Queda por explicitar que, asimismo, buscaremos el consenso con corporaciones profesionales, ámbitos sindicales y empresariales y, en general, cualesquiera entidades u organizaciones interesadas en la coparticipación de todos en los importantes objetivos de futuro para la sanidad navarra.

Pero también debo expresar de manera explícita que el Departamento de Salud, y yo mismo como su titular, seremos estrictos en la adecuación de nuestros actos siempre orientados al interés general, y no aceptaremos planteamientos de ningún tipo que sólo se vinculen a intereses corporativos, gremiales, de clase o particulares. Espero que toda la opinión pública navarra, y específicamente este Parlamento, adopte actitudes de crítico discernimiento ante los presuntos conflictos que puedan producirse en los que siempre se velará por los intereses generales y nunca por clientelismos con-formistas.

Paso, por tanto, señoras y señores Parlamentarios, señor Presidente, a la tercera parte de la comparecencia, donde trataré de relatar las actuaciones concretas de la legislatura.

Hablaré, en primer lugar, de los que podríamos denominar como principios operativos. Como ya se ha reiterado, desde el departamento y en el Gobierno se defiende la existencia y la mejora de un sistema sanitario universal y equitativo para todos los ciudadanos. Por tanto, consolidaremos una garantía para la pervivencia de una sociedad navarra adaptada a las necesidades y demandas de los ciudadanos, que se constituya en protector efectivo de la salud de los navarros y al mismo tiempo suponga un elemento de cohesión social, desarrollo económico y eliminación de las desigualdades.

Sin embargo, para nosotros no es motivo de conformismo la mera existencia de un sistema sanitario de base solidaria, con una justa equidad en el

acceso y capaz de propiciar recursos humanos y materiales para la curación de la enfermedad y la protección de la salud.

Por el contrario, nos diferenciamos claramente de quienes quieren patrimonializar un determinado concepto de sanidad pública, y lo haremos trabajando para conseguir un auténtico progreso del sistema sanitario, en sus valores y en sus medios disponibles. La crisis de la sanidad social vendrá dada por quienes inviertan el orden de valores y sitúen a los ciudadanos como meros sujetos pasivos de una acción pública tutelar, dirigista y burocratizada. Es la sanidad pública la que está al servicio de las personas, de manera que para progresar debe responder a nuevos retos en el ámbito de la libertad de elección, la mejora de la calidad y la eficiencia en la administración de los recursos.

Actuaremos para mejorar la realidad y el futuro de nuestro sistema sanitario, propiciando un ámbito nuevo en el que el ciudadano, el paciente y el sanitario sean copartícipes de los nuevos retos conceptuales y de los valores que hay que desarrollar en el futuro. La mejora de la libertad de elección para el ciudadano supondrá ponerse en el centro de las decisiones relevantes para él, al tiempo que ayudará al sistema a adecuar recursos sanitarios a sus propias demandas.

La calidad, por tanto, es el auténtico reto de la sanidad pública para los próximos años, y debe entenderse no sólo como calidad científico técnica, sino que debe hacerse patente de manera especial en la atención a la dignidad de las personas y a sus expectativas de atención personalizada, y debe trasladarse, por ello, de manera eficaz al conjunto de la organización sanitaria. La orientación hacia la calidad total es la línea preeminente de trabajo y esfuerzo de la sanidad pública del inminente futuro, y debe constituir un elemento de diferenciación significativa de la sanidad navarra respecto a la de su entorno.

Para ello, desde el departamento vamos a trabajar en seis estrategias. La primera, en la mejora de los grados de libertad del ciudadano. Desde el departamento nos comprometemos a propiciar y aumentar, de manera efectiva, la libertad de elección de médico de familia, tocoginecólogo, psiquiatra y pediatra; propiciar y aumentar, de manera efectiva, la libertad de elección de médico especialista, y en consecuencia de centro sanitario, en el ámbito de la relación entre el médico de atención primaria y el paciente; personalizar la atención al paciente y a sus familiares, con respeto absoluto a la dignidad y a la intimidad de las personas; desarrollar la posibilidad de elección sobre los servicios hosteleros y de confort de los centros hospitalarios; adaptar las infraestructuras de los centros sanitarios a las necesidades de una asisten-

cia personalizada planificando entre otras cuestiones la disponibilidad de habitaciones individuales en los planes directores y proyectos de reforma de los centros; mejorar los sistemas de información verbal y escrita al ciudadano y de atención a los pacientes; y, por último en este campo, mejorar la participación del ciudadano, en su caso paciente, a través del consentimiento informado.

En segundo lugar, en la mejora de la calidad de la atención, nos comprometemos a incorporar de manera efectiva en las líneas de gestión sanitaria el concepto de calidad total –científico técnica, en las relaciones interpersonales y organizativa– como manera de orientar el trabajo y los servicios hacia el paciente y el ciudadano. Introducir en el ejercicio clínico los conocimientos, aptitudes y actitudes de la medicina basada en la evidencia, con la elaboración de guías de práctica clínica referidas a las patologías más prevalentes identificadas en el Plan de salud de Navarra. Evaluación de la tecnología sanitaria en razón de los resultados en salud que produce, de manera que se prioricen los recursos a las técnicas verdaderamente útiles y eficaces. Renovación de los servicios hosteleros de los centros sanitarios, orientados a mejorar la atención a la dignidad, la personalización y el confort. Incremento constante de la dedicación presupuestaria dedicada a inversiones sanitarias, que mejoran la sanidad del presente y garantizan la del futuro. Propiciar de manera preferente las inversiones en servicios de hostelería y confort, con mejora de los espacios dedicados a los enfermos, los familiares y los allegados. Desarrollo de programas de formación continuada sanitaria orientados a la gestión de los servicios, la evidencia científica y la asistencia en emergencias. Introducción de los indicadores de calidad técnica y de atención al paciente en los programas de actuación de los centros sanitarios, para su evaluación de manera eficaz.

En tercer lugar, en lo que podríamos denominar mejora de la eficiencia y el balance social: establecimiento de un nuevo plan de salud que contemple objetivos de salud para las patologías de mayor impacto, de acuerdo con la prevalencia y la mortalidad prematura, e incorpore asimismo objetivos de gestión y la adecuada asignación de prioridades y recursos. A tal fin, se redactará el II Plan de salud de Navarra.

Cuarto. En la mejora de la equidad: extender aún más las prestaciones sanitarias a domicilio para los incapacitados; establecer un programa de atención periódica domiciliaria a mayores de setenta años incapacitados y a cualquier grupo de edad en situaciones sociosanitarias que impidan la accesibilidad al sistema; redacción de una ley foral de atención farmacéutica que mejore la accesibilidad y el valor sanitario de las oficinas de farmacia

hacia el ciudadano, al tiempo que garantice la sostenibilidad del modelo de distribución territorial, aumente la equidad y vincule al farmacéutico en los objetivos sanitarios de la Comunidad Foral; establecer un ámbito preciso para el establecimiento de atenciones sociosanitarias, y para ello se designará y pondrá en marcha conjuntamente con Bienestar Social, como luego explicaré, un plan foral de atención sociosanitaria; extender los programas de detección precoz con base en la evidencia científica disponible sobre la base de la elaboración y puesta en marcha del primer Plan navarro del cáncer.

Quinto. En la mejora de la salud pública: desarrollo de programas específicos de hábitos de vida saludables, educación para la salud y difusión de los contenidos de salud de las políticas públicas e incorporación plena de Navarra a los objetivos del programa “Europa contra el cáncer”. Elaborar y poner en marcha un plan foral de lucha contra el tabaquismo. Atención plena e integrada de los recursos preventivos, sociales y asistenciales referidos al sida en el marco del programa de prevención y control del sida e infecciones asociadas al vih. Revisión del Plan Foral de drogodependencias, con orientación hacia los fenómenos emergentes como las drogas de síntesis e integrar actuaciones contra las ludopatías. Propiciar las medidas de desarrollo del Plan Foral de salud laboral, que luego se detallarán, de manera concertada entre los agentes implicados, y orientadas a la disminución de la accidentalidad, la morbilidad laboral y las afectaciones a la salud.

Sexto. En la mejora de la gestión sanitaria. Desde el departamento aseguramos la eficiente asignación de los recursos y ordenación de los medios disponibles, orientando de manera efectiva las actuaciones del sistema sanitario público hacia la satisfacción de las necesidades y derechos de los ciudadanos. Con ello, pretendemos salvaguardar los principios de solidaridad y equidad del sistema sanitario como fundamentos al servicio del objetivo último de cohesión social y mantener asimismo la titularidad pública de los centros.

Para ello, son fundamentos esenciales la orientación de los servicios hacia los ciudadanos, la libertad de elección, los sistemas de financiación y asignación de recursos y el equilibrio territorial. En esta línea se ha previsto elaborar y aprobar un estatuto del usuario del sistema sanitario público, con expresión positiva de contenido y alcance de los servicios amparados, condiciones de prestación de los servicios, y garantías en caso de incumplimiento y procedimiento para hacerlas efectivas. Posibilitar una mayor integración entre los niveles de atención primaria y atención especializada, con objeto de mejorar la continuidad y personalización de la asistencia, posibilitar la elección de especia-

lista, establecer las bases de coordinación de las derivaciones entre niveles y sentar las bases de ordenación y dimensionamiento de las especialidades acordes con los criterios científicos, el uso de las tecnologías y la adecuada respuesta a las demandas de los ciudadanos, incluyendo su libertad de elección. Utilización creciente de tecnologías y sistemas de información, incorporando herramientas de información integrada, clínica, económica y administrativa tanto para la prestación de servicios asistenciales como para los procesos de dirección y gestión, con el fin de gestionar la mejora en la relación coste-efectividad; facilitar la accesibilidad e información de los usuarios, mediante la creación de comunidades sanitarias virtuales, estableciendo una fase de acceso a la información sanitaria de educación para la salud, tanto individual o personalizada como colectiva, y los datos requeridos de la propia historia clínica de los ciudadanos, con incorporación de sistema de telemedicina, telediagnóstico y teleconsulta; reducir la burocracia sanitaria; posibilitar la autonomía de gestión en el ámbito de los centros sanitarios y sus distintas unidades y servicios. Desarrollo de planes de calidad, fijando para cada centro los objetivos y prioridades en materia de gestión de la calidad y definiendo los programas a desarrollar por los mismos, reforzando en los centros asistenciales la configuración de los servicios de medicina preventiva y gestión de calidad. Reforzar la figura de los contratos de gestión, con el fin de vincular la producción y el gasto tomando como referente los resultados y no los procedimientos, y asociando dichos resultados a los objetivos de salud de los planes de calidad. Además de su vertiente financiera, los contratos de gestión constituyen el marco en el que desarrollar la autonomía de gestión de los centros e incardinar la participación efectiva de los profesionales. Reforma progresiva y consensuada de las políticas de personal a través de un modelo de carrera profesional. Reorientar la política retributiva y de promoción profesional de todos los estamentos sanitarios vinculando ambos aspectos al logro de los objetivos sanitarios y de gestión. Adecuar la definición formal de plantillas a las necesidades reales y reducir las contrataciones temporales impulsando la convocatoria y realización de ofertas públicas de empleo. Y, por último, abordaje de la jornada laboral semanal de 35 horas compatibilizando su implementación con la mayor flexibilidad en el servicio al ciudadano.

Como actuaciones sectoriales me gustaría, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, detallarles las siguientes. En promoción de la salud, salud pública y salud laboral, en primer lugar, la elaboración y puesta en marcha del II Plan de salud de Navarra.

Como es conocido, Navarra cuenta desde el año 91 con un Plan de salud que en ese momento definió una serie de objetivos y estrategias para nuestra Comunidad que constituirían la aplicación a Navarra de la estrategia de salud para todos de la Organización Mundial de la Salud. Es necesario revisar dicho plan para definir el trabajo futuro partiendo de los logros alcanzados. Para ello, abordaremos la realización de un diagnóstico de salud que permita definir la situación en que nos encontramos en relación con el estado de salud de nuestra población, determinando las patologías más prevalentes. Con ello tendremos los elementos necesarios para redactar y poner en marcha el II plan de salud de Navarra, que, además y de manera pionera en el conjunto de España, incorporará orientaciones de gestión hacia los centros sanitarios para darle una operatividad directa y no sólo conceptual, como ocurre en algunas ocasiones con este tipo de documentos.

Como es imaginable, no escatimaremos esfuerzos en su elaboración para lograr el máximo consenso técnico, social y político.

En segundo lugar, la elaboración de un plan foral frente al tabaquismo. En Navarra el consumo de tabaco supone un grave problema de salud pública, en mi opinión, el primer problema de salud pública. Del coste en términos de salud nos da una idea el hecho de que en nuestra Comunidad fallecen al año más de seiscientos personas como consecuencia del tabaquismo. Asimismo, el costo sanitario y social se cifra en más de 6.600 millones de pesetas al año. Es urgente que actuemos de manera global frente al tabaquismo abordando el problema desde todas las vertientes en las que se puede intervenir. Por ello, elaboraremos un plan foral frente al tabaquismo con la base de las aportaciones multidisciplinares de variados profesionales y que, en su momento, se someterá a la aprobación del propio Parlamento para refrendar ese carácter de auténtica lucha social contra un problema de esta magnitud. De hecho, como se conoció la semana pasada, ya se ha constituido un grupo técnico de trabajo mediante orden foral y se le ha encomendado la elaboración del documento que posteriormente evaluará el departamento y el Gobierno remitirá a este Parlamento.

En tercer lugar, un plan foral de atención socio-sanitaria. Como respuesta a las crecientes demandas que supone el envejecimiento poblacional, así como las necesidades sociosanitarias de otros grupos de edad y otros colectivos de riesgo y de especial atención, como enfermos mentales o discapacitados, se elaborará conjuntamente con Bienestar Social un plan foral de atención sociosanitaria que dé respuesta coordinada e integrada a las necesidades existentes.

En este sentido, como líneas de trabajo nos planteamos lo siguiente. Por el Departamento de Salud se asegurará la continuidad de los cuidados sanitarios en el sistema sanitario y en el domicilio, garantizando a su vez la cobertura de las necesidades sociales en la red sanitaria en tanto que la necesidad sanitaria sea la relevante. Se garantizará la atención a los pacientes con necesidades sociales que sean objeto de rehabilitación funcional durante el período de convalecencia posterior a haber sufrido un proceso agudo incapacitante. Dicha intervención será prioritaria para las patologías que pueden originar minusvalías. Se mejorará por parte del Departamento de Salud el proceso de derivación de pacientes entre los niveles asistenciales en caso de alta médica, debido al perjuicio que por motivos no médicos ocasiona el retraso en el alta hospitalaria. Se garantizarán los cuidados paliativos tanto en régimen de hospitalización como domiciliario a los pacientes en fase terminal. Se establecerá el derecho efectivo a la atención domiciliaria, como prestación del sistema, para enfermos que no puedan desplazarse al centro de salud en desarrollo del Real Decreto sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud. Y se evaluará en los servicios de atención primaria la capacidad de funcionamiento físico y cognitivo de las personas mayores de 70 años que permanezcan en sus domicilios.

Por parte del Departamento de Bienestar Social se deberá reconocer como objeto de prestación social efectiva, no solamente en el título legal, en este mismo año 1999, la minusvalía psíquica que genera la enfermedad mental crónica, y se deberán establecer baremos objetivos respecto a las necesidades sociales de los enfermos psíquicos y mentales a efectos de su incorporación a los programas de asistencia social.

En cuarto lugar, la puesta en marcha de un plan de Navarra contra el cáncer. Desde la base de la excelente experiencia que supone en Navarra el Registro de Tumores y su comisión asesora técnica, se procederá a la elaboración y puesta en marcha del plan del cáncer como instrumento de abordaje con la evidencia científica disponible de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria sobre los tumores. En este contexto se integrarán tanto el programa de detección precoz del cáncer de mama ya en marcha, como el de cáncer de cuello de útero, de inmediata implantación, así como cualesquiera otros que deban ponerse en marcha, siempre basándonos en la evidencia científica disponible.

En quinto lugar, la revisión del Plan Foral de drogodependencias. Desde los ya más de cinco años de vigencia de Plan Foral de drogodependencias se hace necesario revisar sus objetivos, con el fin de adecuar sus actuaciones, en particular las

preventivas y asistenciales, a los nuevos patrones de consumo y a la irrupción de nuevas sustancias, así como en cuanto a la incorporación de otras adicciones, como es el caso de las ludopatías. Por ello y con el consenso que se alcanzó en el plan existente se procederá a la revisión del mismo.

Sexto. Refuerzo de acciones en materia de salud pública. En concreto, el Instituto de Salud Pública debe tener un papel esencial en el sistema sanitario en su doble función de órgano técnico de apoyo y asesoramiento a las corporaciones locales y a los niveles de atención primaria y especializada, así como a la propia Dirección General de Salud en el ejercicio de sus funciones como autoridad sanitaria.

En este sentido, procederemos a consolidar su nueva estructura, con la constitución de los órganos de participación del mismo. Completar la remodelación del edificio y su equipamiento para adecuar el mismo al nuevo perfil funcional y al óptimo de condiciones de confortabilidad y funcionalidad. El impulso de las acciones de atención al medio en cuanto a su posible repercusión sobre la salud humana a través de los programas de control e intervención sobre riesgos físicos, químicos y biológicos, así como los de control sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los produzcan y elaboren, logrando la plena implantación de los sistemas de autocontrol. Reforzar las medidas de vigilancia e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles a través de medidas como el análisis de los determinantes sanitarios y demográficos que afectan a la Comunidad; conocer y disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles mediante la vigilancia activa y el control de las mismas; disminuir la incidencia y mortalidad de enfermedades susceptibles de prevención mediante inmunización a través de la aplicación de las vacunas del calendario oficial acordado para el conjunto del Estado, así como la incorporación de nuevas vacunas disponibles de eficacia demostrada, como, por ejemplo, la de la varicela, vacuna conjugada frente a la meningitis C, etcétera; conocer la incidencia y supervivencia del cáncer en Navarra y su distribución por las principales variables epidemiológicas; conocer la incidencia y mortalidad por enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas de mayor prevalencia. Asimismo, la promoción de hábitos saludables entre la población, a través del ya citado II plan de salud de Navarra y la ejecución del plan foral del tabaco. Y la programación y ejecución, en su caso, de programas médico-preventivos y en concreto la extensión hasta los setenta años del programa de detección del cáncer de mama, la extensión a todo el territorio foral del plan de detección precoz de la sordera neonatal, tal y como

está previsto; y el abordaje como programa sanitario del programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero.

En séptimo lugar, la ejecución del Plan de salud laboral de Navarra. Corresponde fundamentalmente al Instituto Navarro de Salud Laboral la gestión del Plan de salud laboral aprobado por el Gobierno de Navarra el 1 de marzo de 1999. Sin ánimo de ser exhaustivo, dado que las acciones que contempla ese plan realmente son globales, diversas y numerosas, las acciones más importantes que se desarrollarán en la legislatura serán las siguientes. Contemplar la salud laboral en los convenios colectivos y acuerdos. Incluir en las historias clínicas los aspectos laborales en aras de una visión integral e integrada de la salud. Desarrollar la Ley de prevención de riesgos laborales de forma adecuada y concreta en el ámbito de cada centro de trabajo. Reforzar la información, divulgación y formación para lograr una cultura preventiva, tanto en el ámbito de la empresa como en el general. Incentivar las actividades preventivas y reforzar la vigilancia y la potestad sancionadora. Potenciar la salud laboral en los diferentes niveles y programas educativos. Integrar la seguridad y la calidad. Asumir desde el Instituto Navarro de Salud Laboral el liderazgo para impulsar las iniciativas previstas en el plan. Reforzar en el ámbito de la Administración de la Comunidad Foral las actuaciones en prevención de riesgos laborales, tanto en relación con sus empleados públicos como con otras personas y empresas. Realización del programa de seguimiento de la implantación de la normativa de prevención de riesgos laborales en las pymes. Seguimiento y control de los servicios de prevención. Creación de la página web de salud laboral y puesta en marcha del boletín de salud laboral. Colaboración con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, con especial incidencia en los aspectos relacionados con los siniestros laborales graves y mortales, con la situación de las condiciones de trabajo, con el sector de la construcción y con las empresas que superen ampliamente las medidas de los índices de accidentalidad de su actividad económica respectiva. Programa de salud laboral en los distintos niveles educativos, especialmente con la formación profesional. Programas de integración de calidad y seguridad. Potenciación de las actuaciones de los interlocutores sociales. Consolidación de las unidades de salud laboral en las áreas de salud. Programas específicos de condiciones de trabajo e impacto sobre la salud en la mujer, de trabajadores autónomos, sobre empresas de trabajo temporal, de la construcción o del sector agrario. Programas de seguimiento y control del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales en pymes con elevadas tasas de siniestralidad o carencia de evaluación de riesgos. Programas de

investigación de accidentes y análisis causal. Programas de investigación de enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo. Elaboración de tercer diagnóstico de salud laboral de Navarra, 1007-1999. Investigación sobre las diferencias de mortalidad por profesiones y sobre cáncer y ocupación. Vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a riesgos específicos como el amianto, el plomo, las radiaciones, etcétera. Análisis de los determinantes laborales de la incapacidad temporal de todas las contingencias. Continuación del desarrollo del sistema de información en salud laboral, con especial incidencia en enfermedades laborales, accidentes de causa química y registro sistemático de altas. Y, por último, el programa de vigilancia epidemiológica de salud laboral y sucesos centinelas.

En octavo lugar, reforzar el programa de donación y trasplantes a través de la actualización de los protocolos de detección, extracción y trasplante de órganos y tejidos consensuados entre los diferentes hospitales y servicios implicados, habida cuenta de las modificaciones legislativas de los últimos tiempos; desarrollo de un proyecto de creación de un banco de tejidos centralizado; creación del registro de enfermos en insuficiencia renal crónica; y, por último en este capítulo, reforzar las acciones de promoción de donación de órganos y tejidos, como se viene haciendo.

En noveno lugar, la consolidación del programa de inspección de centros y actividades sanitarias con medidas como la elaboración del catálogo de centros sanitarios de Navarra; el desarrollo de las medidas organizativas necesarias para cumplir la Norma UNE-EN 45004 de criterios generales para el funcionamiento de los diversos tipos de organismos que realizan inspección; y la determinación de los requisitos técnicos generales de los centros que realizan pruebas técnicas, analíticas, biológicas, ópticas, audioprótesis, banco de tejidos, centros de cirugía ambulatoria, elaboración y/o venta de cosméticos, etcétera.

En décimo lugar, el fomento de los apoyos al sistema sanitario a través de actuaciones en docencia e investigación en ciencias de la salud. Se proseguirá con la ejecución de un plan docente anual que implemente acciones de formación referidas a protección y promoción de la salud, investigación clínica y epidemiológica, práctica clínica, gestión sanitaria y calidad, impulsando acciones sobre el ejercicio de la medicina basada en la evidencia, la calidad total, la protocolización y manejo de guías de práctica clínica, así como en relación con la calidad en atención al cliente y mejora en la comunicación.

A tal efecto, se adoptarán medidas como el apoyo a la formación realizada por terceros, a través de convenios con los colegios profesionales

sanitarios; proseguir con las convocatorias públicas de ayudas para la formación en ciencias de la salud, así como para la celebración de reuniones científicas; la consolidación del sistema de acreditación de la formación continuada en el marco del conjunto del sistema nacional de salud, en el que Navarra es pionera; el apoyo a proyectos de investigación sanitaria a través de las convocatorias de ayudas a la investigación tanto básica como aplicada, priorizando esta última en orden sobre todo al apoyo a proyectos relacionados con problemas sanitarios, determinantes de salud y promoción de la salud, así como con el desarrollo del sistema sanitario; y, por último en este capítulo, la puesta en marcha de una unidad de documentalismo científico que ofrecerá servicio al conjunto del sistema sanitario de Navarra.

Quisiera hacer una mención a otro ámbito específico y de un interés específicamente concreto, como es el de la atención especializada. Como saben ustedes, los valores culturales de la organización que pretendemos impulsar serán, por lo antedicho en otras partes de mi intervención, los siguientes. En primer lugar, la reorientación de los servicios sanitarios a las necesidades y legítimas expectativas de los ciudadanos, valorando la satisfacción de los ciudadanos como uno de los componentes esenciales de la calidad. Promover el uso racional de los recursos, superando la actual dicotomía entre clínicos y gestores, propiciando la implicación de los sanitarios en un proceso de gestión clínica basado en la evidencia científica y la autonomía organizativa. Impulsar la innovación y mejora continua del sistema, flexibilizando la organización para posibilitar su adaptación permanente a las cambiantes necesidades y demandas del entorno sanitario y social.

La modificación de dichos valores culturales, que lo son, exige avanzar en la concepción integral de la calidad superando la tradicional y limitada concepción exclusivamente técnica de la calidad, tan arraigada en nuestros profesionales.

Desde esta concepción global no podemos ni debemos considerar como un servicio de calidad a una intervención quirúrgica técnicamente bien realizada pero efectuada tras una espera excesiva o realizada sin una indicación clínica basada en la evidencia científica o cuyos costes sean irracionales.

En línea con lo expuesto, y este es un tema que, como antes decía, se considera nuclear y crucial dentro de nuestra línea de gestión, el Servicio Navarro de Salud ha acometido la elaboración de un plan integral de calidad, conforme al modelo europeo de calidad EFQM. Este instrumento permitirá impulsar los cambios culturales enunciados y evaluar de forma permanente la evolución de nuestro sistema sanitario en la materia.

En coherencia con lo expuesto, las líneas estratégicas a las que habrá de orientarse el citado plan de calidad integral serán las siguientes. Orientación de los servicios a las prioridades sanitarias establecidas por el Plan de salud de Navarra, garantizando la continuidad en el proceso asistencial. Satisfacer las expectativas legítimas de los ciudadanos, incrementando sus capacidades de decisión y estableciendo procedimientos de garantía para el ejercicio efectivo de sus derechos. Desarrollar la autonomía organizativa y la responsabilización en el uso de los recursos de los profesionales sanitarios a través de fórmulas de gestión clínica, en un contexto de titularidad y gestión pública y de separación de las funciones de financiación y provisión. Vincular la financiación de los centros sanitarios públicos a los resultados obtenidos medidos en términos de actividad, calidad y coste. Desarrollar políticas activas de personal que estimulen su innovación y mejora continua e incrementen su productividad. Y aprovechar las oportunidades de innovación tecnológica y de gestión que permitan obtener economías de escala y mejoras de la calidad del servicio.

Como bien señala el modelo europeo de calidad al que me refería, para alcanzar la calidad integral es preciso disponer de elementos facilitadores que propicien la implicación de los centros y servicios profesionales en el cambio cultural de la organización.

Como ha quedado expuesto, se hace necesario desarrollar políticas activas de personal que estimulen su innovación y mejora continua y ello a través de fórmulas de promoción y carrera profesional y en particular a través de sistemas de incentivos positivos y negativos vinculados a los resultados obtenidos.

Debe superarse la actual situación en la cual los beneficios que obtienen los distintos centros y profesionales son indistintos e independientes de su grado de participación en el logro de los objetivos globales de la propia institución y, por tanto, de los propios intereses públicos.

Me referiré a la orientación de los servicios a las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Creo que es necesario insistir en que el principal valor cultural de la nueva organización sanitaria que propugnamos es el de la orientación de los servicios sanitarios a las necesidades y legítimas expectativas de los ciudadanos, valorando la satisfacción de los ciudadanos como uno de los componentes esenciales de la calidad que pretendemos.

Hacerlo posible exige reducir la excesiva dependencia del ciudadano frente a los servicios sanitarios derivada de la asimetría de información entre los servicios sanitarios y sus pacientes y por otra parte de las limitadas opciones y alternativas reales de que dispone el usuario.

Nuestro sistema sanitario no sólo ofrece una libre elección muy limitada, sino que la ausencia de estímulos positivos para aceptar nuevos clientes, dicho entre comillas, impide superar los estímulos negativos que se derivan de la carga adicional de trabajo y gastos para los profesionales y centros sanitarios, limitándose con frecuencia de facto las opciones del paciente, situación ésta que es preciso subsanar.

Asimismo, es preciso superar la situación actual caracterizada por la ausencia casi total de un sistema de garantías explícitas que le permitan el efectivo ejercicio de sus derechos y la reparación en caso de incumplimiento.

La Ley Foral de salud de 1990, fruto de un amplio consenso parlamentario, supuso un importante avance en el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos ante el sistema sanitario de Navarra. Ello no obstante, en los años transcurridos desde su promulgación han sido limitados los avances logrados en el desarrollo reglamentario preciso para transformar dichos derechos gramáticos en derechos efectivos, susceptibles de reclamación ante las instancias administrativas o en su caso ante los propios tribunales.

Por su parte, el Real Decreto 63/1995 establece las prestaciones sanitarias cubiertas por el sistema nacional de salud. La amplitud del abanico prestacional español es, sin duda, superior al de una gran parte de los sistemas sanitarios occidentales y es causa de controversia sobre su sostenibilidad financiera.

Ello no obstante, el citado real decreto se limita a enunciar las prestaciones con muy escasa definición sobre las condiciones en que hayan de ser prestados dichos servicios, lo cual genera amplios márgenes de discrecionalidad, inseguridad jurídica e indefensión del usuario y en ocasiones de la propia Administración.

En particular, las prestaciones de carácter preventivo se hallan habitualmente condicionadas al desarrollo reglamentario por parte de cada comunidad autónoma sin que hasta el presente se haya avanzado en la materia con la única excepción de las vacunaciones.

En coherencia con lo expuesto, y en sintonía con las principales preocupaciones manifestadas por los ciudadanos, nos hemos marcado las siguientes líneas de acción. Garantizar que todos los ciudadanos conozcan las prestaciones que ofrece el Servicio Navarro de Salud, sus límites, requisitos y condiciones y los derechos que les asisten. Establecer garantías explícitas de accesibilidad a los servicios definiendo los tiempos de espera máximos para consultas y explotaciones complementarias al igual que ya se han establecidos para intervenciones quirúrgicas. Garantizar que los ciu-

dadanos dispongan de la información adecuada para ejercer derechos de opción en la elección de profesionales y alternativas terapéuticas. Eliminar los obstáculos que frenan el pleno ejercicio de la libertad de elección y la libre opción entre alternativas terapéuticas por parte del usuario. Establecer los mecanismos que permitan evaluar el cumplimiento de los derechos de los usuarios estableciendo el cauce adecuado para la subsanación de las desviaciones. El desarrollo de las líneas de acción propuestas exigirá en algunos casos la promulgación de reglamentos generales del rango legal adecuado que, dada su trascendencia social, deberían compartir el espíritu de consenso parlamentario que inspiró la tan citada por mi parte Ley Foral de salud.

En todo caso, y como ya ha quedado expuesto, se requiere asimismo de un consenso interno en el seno del propio Servicio Navarro de Salud, a fin de lograr el cambio cultural preciso para afianzar y materializar de facto la voluntad expresada por los ciudadanos navarros a través de sus representantes.

A dicho fin, el Departamento de Salud se compromete a acometer a lo largo de los próximos cuatro años las siguientes actuaciones. Desarrollo reglamentario de los derechos y deberes generales reconocidos por la Ley Foral de salud. Desarrollo reglamentario de las prestaciones preventivas del Servicio Navarro de Salud. Desarrollo reglamentario de los requisitos y condiciones de acceso a las diversas prestaciones asistenciales con explicitación de garantías sanitarias para su efectivo ejercicio, con especial referencia a tiempos máximos de espera e información escrita en consultas. Divulgación a todos los ciudadanos navarros de una carta de servicios sanitarios en la que se reflejen sus derechos y deberes generales, condiciones y requisitos de acceso a las prestaciones preventivas y asistenciales y sistemas de garantía y reclamación. Ampliación de la libre elección de especialistas a todas las especialidades médicas de los centros públicos. Ampliación de la libre elección de médico general y pediatra a zonas básicas limítrofes, en el medio urbano, sin que sea precisa la conformidad del facultativo. Establecer fórmulas de financiación capitativa en atención primaria y sistemas de financiación hospitalaria vinculados a la actividad realmente realizada que estimulen la aceptación de nuestros clientes, de nuevo palabra entrecomillada. Desarrollo reglamentario de una segunda opinión ante procesos o procedimientos de elevada trascendencia individual. Creación de la oficina del defensor del usuario o reforma de los servicios de atención al paciente. Mejora de los circuitos asistenciales, en especial en el hecho de que en el momento de indicar la derivación al especialista el centro de salud gestionará al paciente el día y hora de su visita con el propio especialista; se establece-

rá un circuito preferencial de diagnóstico rápido ante sospecha de un proceso neoplásico; se tramitará desde todos los centros de salud toda clase de autorizaciones de prestaciones, etcétera; y, por último, se tramitará desde el hospital toda clase de autorizaciones para servicios complementarios como ambulancias, prótesis, derivaciones a centros concertados sociosanitarios, etcétera.

Voy a hacer una referencia adicional al concepto de coordinación entre primaria-especializada. Como fórmula, sin duda, más eficiente para garantizar el uso racional de los recursos el sistema sanitario está estructurado en niveles asistenciales, lo cual permite adecuar de forma escalonada los medios a emplear a la gravedad de cada proceso clínico.

Ello no obstante, este sistema comporta ciertos efectos secundarios de entre los cuales la discontinuidad en el proceso asistencial puede llegar a constituir un problema relevante.

El fuerte desarrollo alcanzado por la atención primaria en los últimos años ha permitido superar en gran medida su supeditación a la especializada, característica del modelo hospitalocéntrico propio de los años 70.

La mayoría de edad de la atención primaria permite en la actualidad establecer modelos de relación en pie de igualdad entre ambos niveles asistenciales, si bien exige nuevas fórmulas de coordinación.

No puede ni debe permitirse que la atención primaria y la especializada constituyan sistemas sanitarios independientes y paralelos que se dan la espalda.

La aplicación en el Reino Unido de un modelo estricto de compra de servicios hospitalarios por parte de atención primaria ha supuesto poner en manos de ésta todo el presupuesto del sistema supeditando la viabilidad financiera de los hospitales a su capacidad de satisfacción de las expectativas de los médicos de atención primaria, en un contexto de libre elección de hospital.

Los efectos observados han sido muy potentes, habiendo producido cambios esenciales en el comportamiento de los centros hospitalarios que por primera vez han sido realmente sensibles a aspectos esenciales de la atención como los tiempos de espera o la realización de informes clínicos adecuados para los propios médicos de cabecera.

Sin embargo, los efectos macroeconómicos observados no han resultado positivos en ese modelo británico debido fundamentales a dos factores clave. Por una parte, que optimizar los beneficios o incentivos de las partes del sistema no siempre implica optimizar los resultados del conjunto de la organización. Cada centro busca el

máximo beneficio aun en detrimento del resultado global del sistema en su conjunto. El modelo no favorece, por tanto, estrategias de cooperación. Y, en segundo lugar, en un sistema público las capacidades de adaptación de los centros a variaciones substanciales de la demanda es muy diferente si implica incrementar recursos o desprenderse de los recursos innecesarios. Los centros con demanda creciente han ampliado rápidamente sus estructuras, en tanto que aquellos que la han visto reducida no han sido capaces de adaptar sus estructuras a la nueva situación.

A la vista de los efectos obtenidos, existe un amplio consenso técnico sobre la necesidad de matizar y de complementar los sistemas de compra de servicios con nuevas fórmulas que propicien la cooperación entre los distintos niveles y centros asistenciales.

Es por ello que el modelo de coordinación primaria-especializada que pretendemos impulsar se asienta en un modelo mixto de compra de servicios orientada a la cooperación. El incentivo máximo para ambas partes habrá de obtenerse de la acción conjunta mediante fórmulas de cooperación.

Sirva el ejemplo de las listas de espera para mostrar los efectos para el sistema de uno y otro modelo, a fin de reducir los tiempos de espera.

En un modelo puro de compra de servicios, los hospitales tenderán a realizar la máxima actividad posible aunque ello comporte incrementos del gasto globales para el sistema. Por el contrario, en un modelo de compra orientado a la cooperación tanto primaria como especializada obtendrán los máximos incentivos de lograr el equilibrio oferta demanda definido como objetivo por el Servicio Navarro de Salud. Ello obliga a ambas partes a consensuar pautas de actuación y mecanismos de intercomunicación.

Con base en el modelo propuesto, el Servicio Navarro de Salud ha asumido el compromiso de implementar un plan de coordinación primaria-especializada orientado al logro de los siguientes objetivos estratégicos. Impulsar al máximo el desarrollo de las estructuras de gestión integradas con base en las áreas de salud como fórmula idónea de gestión integrada del sistema sanitario. Fórmula de contratos-programa integrados por áreas de salud. Impulsar la formalización anual de pactos de objetivos y actividad entre primaria y especializada con especial referencia a objetivos comunes de lista de espera. Establecer un sistema de compra de servicios especializados únicamente de consultas externas y exploraciones complementarias por parte de atención primaria orientados a resultados en listas de espera y que no propicien la actividad incrementalista. Autogestión de las listas de espera de consultas especializadas por los cen-

tros de salud. Una vez pactada la oferta anual de consultas especializadas cada centro de salud citará a sus pacientes y se responsabilizará de las listas de espera que genere, si bien el control de las mismas continuará siendo centralizado. Desarrollo de sistemas de telecomunicaciones y telemedicina entre ambos niveles asistenciales que permitan incrementar la capacidad de resolución del nivel primario de atención. Y, por último en este campo, incentivación de fórmulas de encuentro entre profesionales de ambos niveles a fin de propiciar los consensos, protocolos y actividades de formación orientados a garantizar la continuidad en la asistencia.

Continúo hablando de la autonomía organizativa y del concepto, cada vez más utilizado, de gestión clínica. Como ha quedado expuesto, el mayor reto al que habrá de enfrentarse el sistema sanitario público en los próximos años ha de ser el de superar la actual dicotomía entre clínicos y gestores.

Desde sus orígenes la medicina ha tenido que enfrentarse a la enorme variabilidad que se observa en el proceso de la enfermedad, lo que se expresa en el axioma de que "no existen enfermedades sino enfermos".

Igualmente, es consustancial al acto médico el afrontar constantes dilemas éticos al contraponerse con frecuencia en las actuaciones terapéuticas los riesgos y beneficios para el paciente y en ocasiones también con los intereses legítimos del propio profesional, lo que llevó a la formulación del famoso juramento de Hipócrates, profundamente arraigado en la esencia del ejercicio profesional de la medicina.

Como queda dicho, el principio de incertidumbre es inherente al acto médico, lo que conlleva que la base de la relación médico-paciente haya de asentarse obligadamente en un sustrato de mutua confianza. Se espera del médico que actúe guiado por el principio de responsabilidad y honestidad buscando lo mejor para cada paciente.

La irrupción de los sistemas sanitarios de cobertura pública ha provocado la aparición en escena de nuevos dilemas éticos al enfrentar los beneficios y riesgos individuales de cada paciente con los del conjunto de los ciudadanos en su doble condición de contribuyentes y de potenciales pacientes.

En un marco de recursos obligadamente limitados, los medios empleados para tratar a un paciente dejan de estar disponibles para atender las necesidades de otros pacientes que ven demorada su atención o incluso han de renunciar a nuevas prestaciones a las que aspiran como pudieran ser la atención odontológica o la sociosanitaria.

Un sistema sanitario de cobertura pública se ve, por tanto, obligado a priorizar sus actuaciones.

Ello no obstante, la ausencia de un consenso social y político ha dificultado o incluso impedido una nítida priorización de las prestaciones, proceso, por otra parte, de enorme magnitud y complejidad técnica. Tenemos un ejemplo muy claro en el caso de ese paciente, creo que magrebí, que está ocupando informaciones de prensa en los últimos días donde se hacía una indicación de que se le había negado un trasplante por una causa de ocupación social. Realmente, esto tiene tras de sí el debate ético de que cuando se dispone de un órgano para poder hacer un injerto y un trasplante se opta por injertarlo en un determinado paciente con unas determinadas condiciones y, por tanto, se está optando por no injertarlo en otra persona con otras determinadas condiciones. Como digo, son problemas éticos que vienen dados por todo este planteamiento de socialización de los sistemas sanitarios de cobertura pública.

Como digo, aun con sus limitaciones, hasta el presente los ciudadanos prefieren confiar la misión de la priorización a los propios clínicos, expresada en términos de una plena libertad de prescripción legalmente reconocida. Muy a su pesar los sanitarios se ven abocados a asumir una nueva y completa responsabilidad en el uso socialmente razonable de los recursos puestos a su disposición, como trataba de ejemplificar con lo que dije anteriormente.

La función gerencial de los centros ha permitido optimizar diversos procesos de compras, de inversiones, de asignación de recursos humanos y establecer sistemas de información para la gestión.

Ello no obstante, es en el acto médico donde, a través de las prescripciones de pautas diagnósticas o terapéuticas, se viene induciendo la mayor parte del gasto sanitario y condicionando la calidad final del producto.

Las tímidas incursiones de los gestores en la mejora de la calidad y eficiencia de los procesos clínicos se han demostrado ineficaces porque resulta imposible e incluso indeseable normalizar y proceduralizar de forma rígida los actos sanitarios y menos aún hacerlo sin invadir la libre prescripción, legalmente reservada a los médicos.

Lamentablemente, hasta el presente la visión de los profesionales sanitarios se centra en una sucesión de actos individuales sin plena conciencia de que sus actuaciones están definiendo de hecho una priorización de los recursos no siempre racional ni racionalizada.

De lo dicho se deduce que resulta imprescindible optar bien por la acotación y delimitación y priorización precisa de las prestaciones, o bien por establecer mecanismos que promuevan el ejercicio socialmente responsable de tal prerrogativa.

La gestión clínica nace así como una estrategia orientada a lograr la responsabilización de los clí-

nicos en el uso socialmente razonable de los recursos puestos a su disposición.

Si queremos que los sanitarios se responsabilicen de la priorización de las prestaciones, habremos de dotarles de las atribuciones precisas para ello, respetando así el principio de coherencia entre responsabilidades y atribuciones. Debemos garantizarles, por tanto, un escrupuloso respeto a sus atribuciones en materia de libre prescripción y dotarles de la autonomía organizativa que precisan para su ejercicio profesional.

En justa correspondencia quien tiene la atribución ha de tener también la responsabilidad sobre sus actos y podremos y deberemos, por tanto, exigirles responsabilidades por el ejercicio más o menos afortunado de las atribuciones de las que gozan, y en particular de su libre prescripción.

No puede ocultarse que la nueva responsabilidad social que recae sobre los sanitarios supone una pesada carga y que en la actualidad los médicos se resisten a asumirla aduciendo que ellos vienen obligados a hacer todo lo que puedan por cada paciente individual sin tener en cuenta su coste social.

Avanzar por la senda propuesta exige, por una parte, modificar parcialmente los valores culturales de la profesión a través de un debate ético que supere la visión del coste-beneficio individual de cada paciente, aisladamente considerado, y avance hacia la concepción del coste-beneficio social.

Afortunadamente, ese debate está calando de forma progresiva en el estamento médico y el sanitario en general, con particular incidencia en las nuevas promociones y en los médicos de atención primaria.

Por otra parte, no es menos cierto que habrá de implementarse un sistema de incentivos para los profesionales coherente con la magnitud de la responsabilidad que se les encomienda, diseñado de tal forma que en ningún caso colisionen los intereses de los profesionales con los de sus pacientes.

Obligadamente la implantación de modelos de gestión habrá de realizarse de forma progresiva y en paralelo al desarrollo de sistemas de información y control que permitan la evaluación objetiva de los logros alcanzados.

En línea con lo expuesto, y para concretar, el Servicio Navarro de Salud pretende que cada uno de los centros de salud y servicios hospitalarios formalicen anualmente con la dirección un pacto de gestión clínica en el que se establezcan objetivos de actividad y calidad y en que se comprometa la gestión de un determinado presupuesto clínico.

En paralelo, se pretende desarrollar un sistema escalonado de autonomía organizativa que permita que aquellos centros de salud y servicios hospitala-

rios que más avancen en la responsabilidad de la gestión clínica alcancen los mayores grados de autonomía organizativa que permita la legislación vigente, desregulando, si ello fuera preciso, aspectos como el horario de funcionamiento, la organización interna, etcétera.

Un caso particular de la gestión clínica que merece un análisis específico es el de aquellas áreas hospitalarias que por su importancia sanitaria constituyen prioridades de acción y en las que resulta factible superar las diversas estructuras especializadas tradicionalmente fragmentadas en estamentos y especialidades procediendo a su integración y orientación al proceso como un continuo asistencial.

Se configurarán así bajo una dirección específica determinadas áreas clínicas integradas por dos o más especialidades médicas y sus respectivas unidades de enfermería que gozarán de la máxima autonomía organizativa, manteniendo, eso sí, su dependencia orgánica del hospital del que forman parte.

Un ejemplo de ello es la reciente área clínica del corazón, que está en estudio a través de una orden foral que creaba un grupo técnico de trabajo para proponer la primera área clínica de la sanidad navarra, en concreto, la del corazón, aprovechando las infraestructuras presentes y futuras del pabellón D, desarrollada en el seno del Hospital de Navarra. Se prevé dotar de dicha fórmula de gestión clínica también al área clínica materno-infantil del Hospital Virgen del Camino, así como al área clínica neurológica del Hospital de Navarra.

Es obligada también una referencia a la salud mental y hacerla en los siguientes términos. El año 1998 puede considerarse como el del final del proceso de la reforma de la Salud Mental, con las siguientes actuaciones que son conocidas puesto que dieron lugar a compareencias específicas en esta materia: el cierre del Hospital Psiquiátrico y la transformación en psicogeriátrico, en área residencial y de centro de día; la creación del Hospital de Día infanto juvenil "Natividad Zubieta"; y la creación de la Clínica de rehabilitación.

Además de todo ello, el Parlamento de Navarra aprobó la Ley Foral 13/1999, que establece en su artículo tercero que "se reconoce como objeto de prestación social la minusvalía derivada de la enfermedad mental que tendrá el alcance de las atenciones previstas en la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de servicios sociales de Navarra".

Que la reforma de Salud Mental haya culminado no quiere decir que no existan asuntos pendientes ni proyectos que llevar a cabo. En síntesis, son los siguientes. Como principal objetivo, resolver, en coordinación con el Instituto Navarro de Bienestar Social, la atención residencial y el resto de las

necesidades sociales de los enfermos mentales crónicos.

En segundo lugar, reorganizar los centros de Salud Mental, de forma que concedan prioridad a los pacientes que padecen trastornos mentales graves.

En tercer lugar, delimitar los servicios que prestan los centros de salud mental, de tal forma que éstos sean conocidos por los propios profesionales de la red, el resto de profesionales sanitarios y el público en general. De esta forma, los profesionales de la red podrán establecer sus objetivos y prioridades y evaluar la calidad de la atención prestada. Los profesionales del Servicio Navarro de Salud podrán mejorar su coordinación con los de la red de Salud Mental y sus ciudadanos podrán atemperar sus expectativas de la propia red de Salud Mental. Esto último se refiere a los cambios que se están observando en nuestra sociedad que hace que los ciudadanos acudan a los centros de salud mental a intentar resolver problemas no psiquiátricos.

En siguiente lugar, mejorar la coordinación entre las unidades psiquiátricas de agudos, los hospitales de día y los centros de salud mental, garantizando el flujo de pacientes entre todos ellos, sin que se produzcan disfuncionalidades que ocasionen estancias hospitalarias innecesarias, ingresos urgentes y reingresos.

Asimismo, establecer mecanismos de cooperación entre los centros de atención primaria y centros de salud mental, similares a los señalados entre atención primaria y el resto de la atención especializada de, por una parte, colaboración en el establecimiento de protocolos de derivación entre atención primaria y salud mental y viceversa, y el compromiso de actividad y lista de espera de los centros de salud mental y derivación de los centros de atención primaria.

Y, por último en este campo, la transformación de los conciertos con las comunidades terapéuticas para la atención a drogodependientes delimitando su cartera de servicios y atendiendo a los cambios en el tipo de pacientes atendidos.

Por último, señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, quisiera hacer una sumaria referencia a lo que consideramos la producción de desarrollo normativo de los próximos meses o de los próximos años y que me ha parecido también interesante detallar de manera específica.

Entiende el Departamento de Salud que es necesario disponer de una ley foral de atención farmacéutica, y no sólo necesario sino que me atrevería a decir que preteritorio.

Como saben, desde la aprobación de la Ley estatal 16/1997, de regulación de servicios de oficinas de farmacia, se halla pendiente en Navarra la

regulación de la atención farmacéutica, en una norma que deberá abordar tanto la planificación de las oficinas de farmacia como la regulación de los servicios de oficinas de farmacia y depósitos de medicamentos de los centros hospitalarios, y centros sociosanitarios o centros de asistencia social en régimen de internado, y de los servicios de atención primaria.

Quisiera estar en disposición, y cuando hablo de estar en disposición significa estar en la certidumbre de que exista consenso político y social suficiente como para poder remitir esta importante ley al inicio del próximo período de sesiones, es decir, a partir del mes de febrero, pero, como digo, a nadie se le escapa la necesidad de producir ese consenso social y político con los grupos aquí presentes sobre esta cuestión de tan patente actualidad.

En segundo lugar, el desarrollo de la Ley Foral de la carrera profesional. La reciente Ley Foral 11/99, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud precisa de desarrollo reglamentario para la efectividad del sistema que la misma establece, desarrollo que abordaremos de forma inmediata, puesto que ya se ha constituido un grupo técnico de trabajo que también ha elevado una propuesta sobre la cuestión de los baremos que tiene que ser ahora traducida en términos normativos y evaluada por el propio Departamento de Salud y con la interlocución social y corporativa que sea menester.

En tercer lugar, el abordaje de un decreto sobre piscinas de uso público que sustituya al actual de 26 de abril del año 93, puesto que a lo largo del último año se ha venido trabajando en un nuevo decreto que regula normas sanitarias de obligado cumplimiento. Dicho decreto se promulgará, como es evidente, con el adecuado consenso de la Federación Navarra de Municipios y Concejos.

En cuarto lugar, el abordaje de una reforma organizativa del Servicio Navarro de Salud. Dentro de la línea explicada y explicitada en esta comparecencia, acometer la reforma organizativa del Servicio Navarro de Salud en sintonía con el conjunto de la reforma sanitaria precisará de un desarrollo reglamentario que deberá ser al menos a través de tres decretos forales: uno referido a la organización de los servicios centrales del Servicio Navarro de Salud, otro referido a la atención primaria y salud mental, y un tercero referido al ámbito de la asistencia especializada y específicamente la hospitalaria. Con ello se pretende articular la anunciada reforma en términos de consolidación y desarrollo del actual sistema y con los criterios ya expuestos ante sus señorías, entre los que destacaría de forma muy explícita el del consenso político al cual nos queremos vincular en estas materias. Por tanto, esta producción normativa, aunque

tenga el rango de decreto foral, evidentemente, está abierta a todas sus aportaciones e incluso creo que puede motivar comparecencias específicas en esta Comisión para tratar de encontrar la efectividad de ese ámbito y ambiente de consenso político que, desde luego, estos temas requieren. Yo, desde luego, creo que no sería correcto que el Gobierno aprobara por sí y ante sí estos importantes decretos sin haber propiciado líneas de diálogo con los grupos políticos aquí presentes, con las excepciones antes mencionadas, y creo que les puedo emplazar a futuras comparecencias para que podamos hablar sobre estos temas que, evidentemente, van a ser también prioritarios y diría yo que incluso inminentes.

En quinto lugar, la elaboración de un decreto foral sobre zonificación sanitaria en Navarra que, en uso de la habilitación contenida en la Ley Foral de presupuestos, permitirá al Gobierno actualizar la territorialización de las zonas básicas de salud urbanas con arreglo a las secciones y distritos que existen en la actualidad. En estos momentos se está estudiando la creación de la quincuagesimoquinta zona básica de salud; ahora mismo hay 54 implantadas completamente y estamos planteando la creación de la número 55 para una parte importante de la comarca de Pamplona puesto que parece que ya hay unas necesidades que determinarían esta decisión en la cual, evidentemente, también comprometo el mayor grado de información no sólo ante ustedes sino ante las entidades locales afectadas, no sólo porque es preceptivo sino porque seguro que es productivo.

Y por último, no lo último, el abordaje de la carrera profesional de enfermería, realizándose en el marco de la negociación sindical y con la base del actual modelo para los facultativos y las posibilidades que indicaba la actual ley foral al respecto.

Señor Presidente, señoras y señores Parlamentarios, en esta primera parte de mi intervención esto es todo. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señor Cervera. Antes de suspender la sesión durante cinco minutos para que sus señorías puedan analizar la intervención del señor Cervera, esta presidencia quisiera hacerse eco de unas sugerencias e inquietudes que ha recibido para que esta Comisión también pueda desarrollar hábitos saludables, y están dirigidas fundamentalmente a aquellas personas, Parlamentarios y Parlamentarias y también representantes de los medios de comunicación, fumadores empedernidos en algunas ocasiones para que hagan un paréntesis de este hábito durante el desarrollo de esta Comisión y también en los recesos que se establezcan, y si alguno o alguna no puede vencer estas tentaciones, por favor, le rogaríamos que lo reali-

zase en la sala previa a esta Comisión. Muchas gracias.

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 18 HORAS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 18 HORAS Y 14 MINUTOS.)

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Señorías, se reanuda la sesión. Tiene la palabra la portavoz del grupo proponente de la comparecencia del señor Consejero de Salud, señora Torres.

SRA. TORRES MIRANDA: Gracias, señor Presidente. Como acostumbra, el señor Consejero de Salud usa en la entrevista, en la rueda de prensa y también en la comparecencia de hoy palabras muy bonitas, expone un decálogo de buenas intenciones, pero luego poco de lo que se dice se hace.

Quiero recordar que en la anterior legislatura tan sólo se dedicó a gestionar y poner en marcha lo ya planificado y elaborado por el anterior Consejo de Salud como fue el plan de emergencias de Navarra, que después de esos tres años de funcionamiento no se ha modificado ni reestructurado en lo que se refiere a dotaciones de UVI móviles medicalizadas, concretamente en la zona de Tafalla, Peralta, Funes, Marcilla, etcétera, que siendo amplia en importancia y en número de habitantes y conocida por algunas desgracias ocurridas allí, esta zona sigue desatendida, sin dotación de UVI móvil medicalizada, encontrándose alguna localidad a una hora de Pamplona o Tudela, que sí tiene dotación.

La carrera profesional, según declaraciones del señor Cervera, debía contemplar el ámbito de los facultativos y enfermería, incluso en un boletín del 31 de diciembre del 98, creo que era el capítulo vigesimocuarto, se enunciaría la remisión del proyecto de ley foral de la carrera profesional para facultativos y enfermería en el plazo de dos meses. No sólo incumple su palabra, sino que se salta el acuerdo de la mesa sectorial y pactan con el CDN, que también era defensor en un principio de la carrera profesional para facultativos y enfermería, y donde dijeron digo dicen diego, elaborándose la ley de carrera profesional solamente para facultativos, quedándose, por tanto, otras profesiones sanitarias discriminadas. ¿Tanta prisa les corría?

¿Tanto les urgía la puesta en marcha del plan de atención a la mujer, con toda la polémica que levantó y la desorganización que produjo en el servicio de ginecología del Hospital Virgen del Camino? ¿Se va a mantener el programa joven? ¿Dónde van a acudir éstos, a los centros cuyo título es centro de atención a la mujer? Se dedicó a hacer gestión, pero polémica y criticada negativamente.

Ha habido más incumplimientos. Aparte de cambiar por decreto las funciones de la junta técni-

co-asistencial de atención primaria, a ésta no se le reúne ni se le convoca ni para asesorar ni para informar. Y temas importantes en atención primaria, haberlos haylos.

No cumplió con las leyes y los proyectos de ley a los que se comprometió en su primera comparecencia como Consejero, y cito la ley de ordenación farmacéutica, el proyecto de ley de salud laboral y el plan foral de salud. Nada de ello se ha hecho, aunque hoy también lo ha comentado; esperamos que se pueda llevar adelante.

Ha habido más problemas que le han salpicado, como la adjudicación de ambulancias, la oxígeno-terapia y el decretazo del medicamento. No se puede, por todo esto, decir que ha salido triunfante de la anterior legislatura ni colgarse la medalla. El balance es más bien negativo y nos da base para no fiarnos de usted.

Hoy nos ha dado una gran clase magistral con esa capacidad dialéctica que le caracteriza, pero qué pena, como he dicho antes, ha sido un decálogo de intenciones, porque poco de lo que se dice se hace luego.

Habla continuamente de la reforma sanitaria, sin aclarar, desde mi punto de vista, los objetivos y qué se espera conseguir. Si la tan traída y llevada reforma es solamente la mejora en el sistema y la consolidación de éste, estamos de acuerdo con ello, pero no le ponga el título de reforma. Y si hace la reforma como nuevo modelo de gestión, más que una reforma, según se plantea, es una contrarreforma, y me refiero sobre todo a las declaraciones que hizo a un periódico de la Comunidad el 30 de septiembre, en las que decía que reducía la gestión a la separación de compra y provisión como mejor modelo de financiación de la sanidad. Ése es el modelo del mercado interno, un modelo de reforma conservadora que hizo Margaret Thatcher, con todo lo negativo que ha supuesto para la sanidad los altos costes administrativos y, lo más peligroso, la desmotivación del personal hasta tal punto que ahora precisan importar con urgencia profesionales sanitarios.

Nuestro grupo entiende que la separación compra-provisión significa que los hospitales se convertirán de facto en empresas privadas, lo que favorecerá la selección de riesgos de pacientes porque es el mecanismo más fácil para obtener rentabilidad económica.

También enunciaba que el dinero acompaña al paciente. Esto conllevará la competencia entre hospitales para la captación de pacientes y conducirá irremediablemente al desvío de recursos hacia técnicas de marketing, publicidad, etcétera, gastos que en el actual sistema no existen, y que en régimen de competencia supondrá distraer recursos de otras prestaciones en detrimento de la calidad asis-

tencial. En resumen, la empresarización del sistema sanitario generará un gran incremento de los costes administrativos y de gestión en un sistema en el que todo hay que facturararlo y hay que controlarlo, buscando el beneficio económico en vez del beneficio social y la calidad asistencial. Todo esto es un paso más hacia el fin de la sanidad pública. La mejor financiación de la sanidad, según nuestro grupo, es una financiación pública mediante impuestos, que asegura su solvencia, facilita su universalidad y garantiza la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias como derecho básico del ciudadano, y yo creo que aquí es donde realmente nos diferenciamos.

Para el Partido Socialista, si la reforma se plantea en estos términos no nos vale. Creemos que es necesario elaborar un plan estratégico para la sanidad navarra, es decir, diseñar el futuro de esta sanidad pública, independientemente del desarrollo del Plan foral de salud, que nos congratulamos de que se lleve a cabo el segundo plan. Este plan estratégico tiene que servir como marco para definir las funciones y futuro de estas infraestructuras. Espero que recoja esta propuesta socialista como trabajo que hay que desarrollar en beneficio de nuestra sanidad.

Una vez alcanzados en nuestra Comunidad, como ya comentaba, niveles óptimos de infraestructuras, consolidadas las transferencias y, desde luego, con la Ley Foral de sanidad, es necesario plantearse el diseño del futuro de la sanidad y ello no lo debe hacer sólo el señor Consejero, no lo debemos hacer sólo los políticos, sino que la pieza clave y fundamental es el consenso con los profesionales sanitarios como pilares básicos de la sanidad, entregados, luchadores y artífices de esta sanidad pública. Ellos más que nadie conocen las carencias y los problemas, consultémosles. También hay que buscar un consenso social con representantes de la población, agentes sociales, sindicatos, y habrá que plantearse en este plan qué funcionamiento van a tener los centros de salud, qué servicios se van a aumentar, cómo van a ser operativos los consejos de salud, y establecer la coordinación atención primaria-especializada que tanto ha mencionado. Habrá que plantearse qué va a pasar con los hospitales comarcales, ¿qué población se va a atender?, ¿van a seguir siendo hospitales de paso?, ¿se va a aumentar alguna especialidad? En concreto, en el Hospital de Tudela, donde actualmente se está atendiendo a población de Aragón sin ningún tipo de convenio, e incluso se les traslada, si el caso lo requiere, en la UVI móvil medicalizada de Tudela desde aquí a Zaragoza, costeándolo todo las arcas forales de Navarra, ¿se ha planteado este Gobierno un convenio con Aragón? Si es así, ¿de qué tipo?, pues nuestro grupo cree que la atención se debe prestar.

Y con los hospitales terciarios, ¿se va a potenciar alguna especialidad?, ¿se van a fusionar algunas?, ¿se van a ampliar? ¿Se van a realizar trasplantes de órganos en la pública? ¿Qué tipos de convenios se van a realizar con la sanidad privada?, ¿se van a reducir o limitar?

Por otra parte, también ha comentado el envejecimiento de la población, la disminución de la natalidad, la aparición de nuevas enfermedades, los enfermos mentales, los enfermos terminales, los enfermos crónicos, las mujeres maltratadas. Toda la población marginal necesita urgentemente una atención sociosanitaria. También conozco el actual centro sociosanitario que dicen que se va a construir, pero es una estructura aislada que no responde a ningún modelo. Espero que cumpla con su palabra respecto al plan de atención sociosanitaria y no lo deje sobre la mesa. Urge esa coordinación sociosanitaria, con una gestión pública efectiva y eficiente que garantice la equidad en la asignación de los recursos y que recoja ayudas para las familias que soportan la carga de cuidados, la mayoría mujeres sin ningún tipo de formación. Ahí nos pondremos de acuerdo.

Otro gran reto es la salud laboral. A estas alturas no podemos permitirnos el índice de siniestralidad que padece nuestra Comunidad. Es necesaria una mayor sensibilidad y actuación sobre el tema. Hay que mentalizarse de que la salud laboral es fundamental para los trabajadores, para las empresas y para la comunidad. Estoy totalmente de acuerdo en aumentar la actividad inspectora de la Administración, poner sanciones a quien no cumple las normas y hacer hincapié también en la mejor formación y organización de servicios de prevención, porque invertir en prevención es ahorrar en salud.

Usted es Consejero de Salud en general y nada ha dicho sobre el tema de los residuos tóxicos de ISN. Se ha mantenido al margen, ¿por qué motivo?, ¿acaso esos residuos tóxicos no pueden incidir y afectar a la salud? Si hubiera intervenido su departamento se podría haber prevenido el problema identificando los riesgos.

Otra realidad es la dificultad con que la ordenación farmacéutica se ejecuta en Navarra. La falta de esa normativa propia, falta de consenso entre los diferentes agentes, los ciudadanos y el Colegio Oficial de Farmacéuticos, los titulados, la Administración conlleva numerosos recursos, quejas y descontentos diarios. Este Consejero y su departamento tienen que tomar cartas en el asunto. También se dijo en su primera comparecencia en la anterior legislatura que este tema se iba a abordar con la mayor prioridad, que no se iba a dejar en la mesa y que se iba a desarrollar la ley de ordenación farmacéutica, como también comenta ahora. ¿Pero lo va a hacer? ¿Qué tiene previsto? Nuestro grupo defiende la financiación pública de las pres-

taciones farmacológicas porque son parte de las prestaciones sanitarias. Estamos de acuerdo en el uso racional de medicamentos, en el uso de genéricos y en la revisión anual de la lista de medicamentos para que aquellos que hayan perdido su utilidad terapéutica desaparezcan del mercado. Ello conllevará aumentar la calidad en la prestación y controlar el crecimiento del gasto.

La obsesión de este Gobierno concretamente en sanidad es no asustar, reducir al mínimo cualquier tipo de conflicto en la opinión pública del ruido privatizador, rectificar sobre la marcha lo que haya que rectificar. Comentaba también en la entrevista que a UPN y al PP les aburre estar cada seis meses reconociendo que no se va a privatizar nada, pero cuando el río suena agua lleva y en España está llevando bastante agua, pero aquí igual no se puede llevar adelante porque es impopular. Ustedes lo dejan poco claro y genera mucha desconfianza, máxime cuando acostumbran a lanzar globos sonda como la privatización del centro de salud de Azpilagaña como centro piloto, palabras textuales del actual Presidente del Gobierno cuando ocupaba el cargo de Vicepresidente con Calixto Ayesa como Consejero, cuando dicen que van a crear una fundación pública para gestionar el área social de enfermos psíquicos o cuando se privatizan historias clínicas, archivos de ciertos hospitales como el Doce de octubre.

Para finalizar, le voy a hacer una serie de preguntas. Sobre el funcionamiento de los consejos de salud, que parece que a este Consejero no le interesa que sean operativos ni que tan siquiera existan estos foros de participación ciudadana, lo cierto es que la mayoría no funcionan, no se reúnen y me han llegado inquietudes de ciertos ciudadanos sobre las causas por las que no se convocan. Usted, señor Consejero, dijo que hay que darles grados de libertad, capacidad de elección e información adecuada. ¿Cuándo se va a hacer? ¿Hasta cuándo van a tener que esperar estos ciudadanos? ¿Qué medidas se han tomado al respecto? Lo cierto es que no funcionan.

¿Se van a recuperar las direcciones de enfermería? ¿Ha previsto el señor Consejero la reducción de listas de espera en consultas, en exploraciones diagnósticas, en la misma línea que se aprobó la ley sobre tiempos de espera de la actividad quirúrgica también pactada con el CDN? Más vale que no tengas una lesión de rodilla porque para cuando te citan, te solicitan, por ejemplo, una resonancia y vuelves a por los resultados se pasan como mínimo tres o cuatro meses. ¿Se van a aplicar ligaduras de trompa tubárica y vasectomías en los hospitales públicos como intervenciones programadas? ¿Qué responsabilidad ha tenido el Consejero en la polémica y vergonzosa oposición actualmente paralizada de las plazas de médicos de atención primaria?

¿Qué piensa el Consejero de las fundaciones públicas que ha aplicado el PP en España y sobre la privatización de las historias clínicas de diferentes hospitales, entre ellos el Doce de octubre? ¿Preten- de algo por el estilo en Navarra?

Al final de todo esto, sobre todo quiero que se quede con dos ideas claras: la incertidumbre en la que nos mantenemos siguiendo el señor Cervera como Consejero, y la diferencia de los dos partidos sobre los objetivos de la gestión. Nosotros quere- mos mejorar la gestión optimizando los recursos en favor del beneficio social y de mejoras cuantitati- vas y cualitativas de las prestaciones, no como este Gobierno, que defiende una mejora en la gestión buscando el beneficio económico, externalizando estos beneficios e introduciendo espacio para las empresas privadas.

Busca el señor Consejero el consenso y el diálo- go. Mi partido está totalmente abierto a ese con- senso y a ese diálogo siempre que no se utilice como fuente de legitimación política, sino para debatir y trabajar en aspectos de mejora de la sanidad pública bajo los principios recogidos en la Ley Foral de salud. Negocie los decretos forales aquí, lleve a la práctica sus palabras y nos tendrá a su lado, de lo contrario nos tendrá enfrente. Es su responsabilidad. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señora Torres. Esta presi- dencia, para el correcto desarrollo del debate que se puede producir a continuación, desearía cono- cer qué grupos desean intervenir. Señor Viñes, tiene la palabra.*

SR. VIÑES RUEDA: *Gracias, señor Presiden- te. En primer lugar, desearía hacer alguna valora- ción de la extensa presentación del Consejero que, evidentemente, supone una propuesta para los cua- tro años muy importante, desde luego, para nuestro grupo, y suponemos que, en el sentido de progresar en el sistema sanitario en Navarra, debería ser también para el resto de los grupos, en ese entendi- miento y consenso que él está diciendo, en la misma línea de que todos estamos convencidos de que lo que queremos todos es mejorar el sistema sanitario de Navarra y, naturalmente, los niveles de salud y de bienestar. No olvidemos que la sani- dad es uno de los pilares de la sociedad, Estado para algunos y sociedad de bienestar para noso- tros, y, por tanto, es difícil encontrar en estos momentos políticas o estrategias diferenciales por- que, evidentemente, cuando hemos tenido la res- ponsabilidad del Gobierno partidos como UPN, hemos ido muy en avanzadilla, desde luego, a lo que han podido ser las responsabilidades de los partidos socialistas cuando han estado en el Gobierno de Navarra.*

Por tanto, yo quisiera, en primer lugar, decir que para nosotros es de ilusión porque se plantean las respuestas a la situación actual del sistema sanitario, que no es una peculiaridad en Navarra sino también en otros ámbitos territoriales, nacio- nales y también extranjeros, y, naturalmente, la formulación y el compromiso por parte del Gobier- no de la consolidación de los valores del sistema sanitario público, repetido tanto por el Presidente como ahora por el Consejero la consolidación de la universalidad, de la equidad dentro de un siste- ma público, de la libertad, de la eficiencia, de la calidad, es decir, la consolidación de esos valores creo que debería satisfacernos y halagarnos, a nosotros sí que nos lo hace, pero además con los pies puestos sobre la tierra en el planteamiento de que evidentemente las crisis que supone el mante- nimiento de ese statu quo del sostenimiento de esos valores que acabo de comentar, que hace falta resistir a esas crisis, precisamente a las amenazas que tienen muchísimos sistemas públicos y que se da respuesta adecuada, y se da respuesta adecuada diciendo por parte del señor Consejero que esta- mos además por la sostenibilidad del sistema, quie- re decir que estamos por la sostenibilidad de la financiación pública, única financiación en este momento que tiene el sistema sanitario de Navarra y que se apuesta por la sostenibilidad.

Por tanto, consolidación de los valores y soste- nibilidad del sistema desde el punto de vista finan- ciero, porque no es una crisis, las situaciones que se pueden crear no son una crisis financiera, son crisis de gestión como efectivamente nosotros tam- bién compartimos el planteamiento que ha hecho el Consejero en ese sentido pues nos da una gran ale- gría y una gran satisfacción.

Y nos da también satisfacción ver que, efectiva- mente, se va a caminar en ese desarrollo, en esa transformación de aquello que, evidentemente, suele ser las dificultades de la sostenibilidad que es trabajar por objetivos de salud y hacia la efectivi- dad. Es decir, que la eficiencia no es suficiente, no es satisfactoria en sí misma si esa eficiencia no se trabaja en función de objetivos de salud, lo acaba de decir, el sistema sanitario va a ir planteado en función de objetivos de salud, vamos a obtener la efectividad por tanto, esas nuevas tecnologías van a ser valoradas en función de la evidencia científi- ca, es decir que realmente es un panorama absolu- tamente sorprendente para cualquier gobierno que pudiera llamarse progresista de esos de izquierda que a veces ustedes propugnan pero luego le diré lo que están haciendo los sistemas socialistas en este terreno de la privatización, señora Torres.

Por tanto, el que efectivamente digamos que estamos en un sistema público, que lo vamos a con- solidar, etcétera, naturalmente para nosotros es

importante y evidentemente lo vamos a abordar con ilusión.

También creo que es importante lo que he señalado de que en el sistema sanitario hay que coim - plicar a todo el sistema, a todos los profesionales. Yo creo que también lo estaba usted comentando, pero bueno, ya lo tenía usted escrito y lo ha dicho, pero podía haber dicho: sí, señor Consejero, usted ya ha dicho lo que me han dicho que diga, es decir, la participación de la gestión clínica de los profe - sionales, etcétera. Es algo que evidentemente está en el discurso que venimos haciendo desde UPN, el Consejero lo ha ratificado, desde el Gobierno, desde luego, de esa gestión descentralizada, autó - noma, participada por parte de los profesionales, es decir, lo que se llama la transferencia de respon - sabilidades, pero también con la transferencia de riesgos. Evidentemente, las lecciones que usted nos puede dar o que pretende dar a UPN huelgan en este momento. ¿Y por qué huelgan en este momen - to? Porque usted hace un discurso de crítica de la legislatura anterior. Yo creo que esa crítica está ya saldada, señora Torres. Está saldada en las urnas. Ustedes son once y nosotros veintidós. Después de todo ese catastrofismo que acaba de contarnos, si ha sido tan catastrófico todo, mire usted, nosotros veintidós y ustedes once. Y claro, usted se pone en la frontera de ese 3 por ciento de los navarros que dice que la sanidad va peor. Mire usted, el 70 por ciento dice que va mejor, el 70 por ciento ha dicho que la sanidad en Navarra en la legislatura ante - rior iba mejor, el 3 peor, pero claro a usted le es rentable colocarse en el 3 por ciento del catastro - fismo. Bueno, pues evite el catastrofismo porque realmente no tiene sentido.

Y evite también ese librito rojo que les mandan de la calle Ferraz: mira, tenéis que hablar de la privatización, contra la privatización porque quie - ren privatizar. Esta es una muletilla que se la están repitiendo ustedes tantas veces que ustedes mismos se la están creyendo, pero eso no deja de ser falso como creo que todos los ciudadanos navarros lo saben y lo conocen. Por tanto, olvidense de esas consignas, de decir: bueno, ¿con qué nos metemos? Pues vamos a meternos con la privatización. En ningún momento hay ningún viso de eso, como usted sabe perfectamente, lo malo es, desgraciada - mente, que ustedes se acaban creyendo la propia mentira que les lanzan a ustedes desde la calle Ferraz.

En ese sentido, lo que está planteando el Conse - jero es algo bien distinto, y es la corresponsabilidad del Parlamento en esos objetivos de la consolida - ción y la sostenibilidad con responsabilidad. Y la responsabilidad la vamos a ver en la intervención que ustedes van a hacer estos cuatro años, vamos a ver cuáles son los grados de responsabilidad de sal - var los riesgos que puede tener esa consolidación y

esa sostenibilidad, y a la vuelta de la esquina lo vamos a ver. Ustedes van a contribuir, ustedes dicen que van a pactar los presupuestos, pues vamos a ver en qué ponen ustedes dinero en los presupuestos. Si lo ponen en algaradas de tipo electoral, de tipo demagógico o lo ponen en las necesidades útiles, vamos a ver en dónde lo colocan.

Es decir, que el movimiento se demuestra andando. Ustedes van a pactar los presupuestos y en la parte de sanidad a usted le corresponde ver cuál es su grado de corresponsabilidad. Nada más, señor Presidente. Esta es nuestra postura. Estamos encantados en cuanto a lo de la consolidación, sos - tenibilidad del sistema, de la financiación adecua - da, mejorando el sistema sanitario público en las líneas que se están haciendo en otras comunidades, se está haciendo en el resto de España, se está haciendo en otros países. Pero yo no acabaría esta intervención sin recordarle que en España lo único que se ha privatizado o se ha acercado a la privati - zación son los servicios de urgencias de Andalucía por el Partido Socialista. Es el único que ha hecho una sociedad anónima en régimen mercantil, la única, pero le diré que recientemente en Suecia, que le suena a usted que también es un estado de bienestar y en estos momentos socialista, etcétera, acaban de hacer una sociedad anónima y han pri - vatizado el Instituto Carolista, que es el instituto público más importante que tenía Suecia. Por tanto, sean ustedes responsables, sean ustedes conscientes. No prediquen ni se crean las mentiras que tienen que publicar electoralmente. Aquí hasta dentro de cuatro años no volvemos a tener eleccio - nes. Lo que usted pudiera predicar en la calle Ferraz, utilícelo en su momento justo y adecuado. Por tanto, los intentos de privatización que yo conozco de este país son exclusivamente intentos del Partido Socialista, y no sólo en Andalucía, por - que aquí lo que tenía en el cajón el Consejero señor Puras con el Director General señor Fernán - dez era privatizar dos servicios públicos y nosotros, evidentemente, en cuanto el Gobierno de UPN se hizo cargo inmediatamente limitamos esa tenta - ción, y esas cosas son así y no son de otra manera, señora Torres. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias, señor Viñes. Tiene la palabra el señor Arbizu.

SR. ARBIZU GOÑI: Gracias, señor Presidente. Señoras y señores. En cuanto a la referencia direc - ta que el señor Consejero ha realizado a nuestro grupo, me gustaría hacerle algunas precisiones. A la vista está que el señor Consejero ha digerido muy mal la pérdida de la confianza suficiente del Gobierno para poder ser portavoz del mismo, un duro varapalo a su ambición, sin duda, pero tam - bién salta a la vista que usted está haciendo todos los méritos necesarios para ejercer de vocero de lo

más rancio de Navarra. Sepa que Euskal Herritarrok no va a ser el trampolín para su ascenso en el ranking interno de UPN. Si usted no reconoce la interlocución política de quien representa a más de 47.000 navarros, suyo es el déficit democrático. Quizá el próximo paso que le gustaría dar en su absurda carrera autoritaria sería la exclusión de estas 47.000 personas del sistema de salud, pena que no pueda. Sabemos que no le gusta nuestra presencia aquí y aún menos que fiscalicemos su gestión. Es su problema. No vamos a renunciar a ese derecho que ahora voy a ejercer.

Últimamente se vienen escuchando de boca de los responsables del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea reflexiones que nos hablan de fundaciones, externalizaciones, contención del gasto público, etcétera, siguiendo las pautas marcadas en su día por el informe Abril y ratificadas por la Subcomisión de Sanidad del Congreso español. Es obvio que estamos viviendo momentos de cambios en la sanidad pública, por lo tanto, es el momento también de hablar en serio y en profundidad sobre qué tipo de sanidad queremos para el próximo milenio. Para algunos -PP y UPN- parece claro que sus prioridades pasan por entender la sanidad no como un servicio, sino como un negocio en el cual se compra, se vende y se obtiene un beneficio económico. Para nosotros, la sanidad es un bien que no puede estar sujeto a una cuenta de resultados. Estamos hablando de uno de los pilares fundamentales del Estado del bienestar.

Para Euskal Herritarrok, la sanidad del próximo milenio pasa por potenciar la sanidad pública, defenderla y comprometernos con ella como la forma más eficaz de mantener los derechos que tienen los ciudadanos a la salud, sin tener que depender de su disposición económica. En estos momentos lo que pedimos es el compromiso de todos los partidos en la defensa de la sanidad pública con todas las consecuencias. Eso significa apostar por una sanidad competitiva, manteniendo el nivel actual y superándolo en inversiones, formación, etcétera; adecuando las plantillas, incrementándolas para atender al paciente como éste exige y se merece, no dejando puertas abiertas a empresas privadas. No quisiera dejar pasar esta ocasión sin citar la importancia que tiene, cuando estamos hablando de salud, que los pacientes puedan expresarse en la lengua que ellos utilizan, y aunque sé que viene recogido en la Ley del euskara ese derecho se viene conculcando una y otra vez, y como muestra un botón: una plaza de fisioterapeuta en Lesaka para la que no se exige el conocimiento de euskara. Difícilmente la población va a poder expresarse en la lengua que utiliza normalmente si la persona que ocupa la plaza no la conoce.

Hemos oído de boca del Consejero que no está por privatizar la sanidad y nos alegramos, pero

entonces, ¿dónde se enmarcan las externalizaciones que se han hecho de servicios generales y proyectos como la fundación en Salud Mental? Apostar por la sanidad pública es, señor Consejero, rebajar como mínimo el 10 por ciento de la eventualidad para así mejorar en calidad asistencial. Apostar por la sanidad pública es hacer promoción y educación para la salud para, entre otras cosas, conseguir reducir a medio plazo los gastos farmacéuticos y utilizar adecuadamente los servicios de urgencias evitando masificaciones y horas de espera. Apostar por la sanidad pública es adecuar los servicios sanitarios a la población y no al gasto, como hacen ustedes, para, entre otras cosas, acabar con las listas de espera y no precisamente desviando a centros privados ni haciendo horas extras o peonadas. Para ello, señor Consejero, sería imprescindible, aparte del compromiso en la defensa del sistema sanitario público, tener toda la gestión del régimen económico de la Seguridad Social para garantizar una adecuada financiación del sistema sanitario público.

Como conclusión, hay una sensación entre los ciudadanos de que el servicio de salud tiene un buen nivel en Navarra, que no ha adquirido en su última gestión. Tenemos que trabajar para que esta sanidad no se quede estancada, sino que mejore en todos sus aspectos. En definitiva, estamos apostando por una sanidad pública que no mire en claves economicistas, sino que destine todos los recursos necesarios para atender al ciudadano. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Gracias, señor Arbizu. Señora Arboniés, tiene la palabra.

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: Gracias, señor Presidente. En primer lugar, ya que estamos al comienzo de la legislatura, quiero dar la bienvenida al Consejero y a los directores que le acompañan. Pienso que si realmente tuviéramos que entrar a debatir aquí muchas de las cosas que se han dicho, porque la exposición ha sido muy extensa y prácticamente nos ha pasado como en anteriores comparecencias, esta portavoz necesitaría como mínimo dos horas para aclarar algunas de las líneas o algunas de las cuestiones.

Pero creo que en esta primera comparecencia viene a recoger opiniones e inquietudes y a exponer algo que a mí sinceramente todavía no me ha aclarado ni siquiera qué líneas, cuál es el panorama o dónde se enmarca esta aparente reforma que no es reforma. Como usted bien sabe, esto viene de la pasada legislatura cuando en junio del 98 usted trajo aquí, a petición del Partido Socialista, un plan estratégico. Esa reforma ya se ha iniciado y muchas de las cosas ya están hechas. Aunque venga ahora a buscar la corresponsabilidad del Parlamento, usted y muchos de los portavoces que

aquí estamos sabemos que la pasada legislatura, fruto de iniciativas del nuestro y de otros grupos, le dimos la oportunidad, señor Consejero, de obtener la corresponsabilidad del Parlamento en cuestiones del espacio sociosanitario, de Salud Mental, de la ley de farmacia, o sea, en una serie de cuestiones que nosotros veíamos necesarias, porque las necesidades de la población han cambiado; porque la población es cambiante, es cambiante la realidad que tenemos.

De todas maneras, como iniciamos la legislatura, quiero decirle, en primer lugar, que esa corresponsabilidad la va a tener siempre por parte de nuestro grupo, señor Consejero, pero también queremos dejarle claro que si alguien en esta Comunidad ha levantado dudas respecto hacia dónde vamos con la sanidad navarra son ustedes, porque hemos hablado de fundaciones, que todavía no está instaurada la fundación en el tema de la Salud Mental, se ha hablado y se han hecho externalizaciones, se han convertido los centros hospitalarios en centros de resultados, o sea, ha habido una serie de cambios que realmente nos hacen dudar de cómo se va a poder garantizar la equidad en la atención a la población, de si realmente estamos adecuando el Servicio Navarro de Salud a las necesidades de la población navarra o lo estamos ajustando a un presupuesto preestablecido.

Quiero decirle que somos conscientes de que probablemente el 6 por ciento se quede corto en relación con los gastos que ahora mismo son necesarios, y eso no quiere decir que no debemos gastar mejor. Nosotros también somos partidarios de que se mejoren y nos va a encontrar siempre al lado de las mejoras que se puedan hacer, pero si esas mejoras no se clarifican con un plan de hacia dónde vamos, si todo eso no se trae antes al Parlamento, si lo que se nos da son decretos hechos como ocurrió en agosto del año pasado, donde el psicogeriatrico pasó, de una atención gratuita, a tener una atención mediante tarifa, o sea, se han venido dando pasos de esos y ahora mismo cierta estructura de gestión ya está cambiada, entonces, realmente, si un centro hospitalario no puede aportar todos los recursos necesarios para atender a unos pacientes y esos pacientes requieren otro tipo de atención y ese gasto se va a imputar a un centro hospitalario, desde el punto de vista del ciudadano paciente, ¿dónde está la garantía de su derecho a obtener el mejor tratamiento posible a su enfermedad? Esta serie de cosas son las que realmente nos hacen dudar de si todo eso se va a garantizar.

Usted ha negado varias veces que haya crisis, y eso un poco nos da una certeza implícita. No se presenta crisis, no hay crisis de sostenimiento, pero usted viene aquí y nos propone un nuevo pacto político y social, una interlocución, que todos nos tenemos que corresponsabilizar, y da la sensación

de que la sanidad navarra está en peligro, de que ya no podemos atender a los pacientes, y yo creo que no es así. Si el gasto ahora mismo es el 6 por ciento del PIB, o es el que se pretende, tal vez tengamos que ir al 7 por ciento, tampoco es nada desproporcionado, pero creo que las líneas no están suficientemente clarificadas.

Nos ha aportado detalles de estructuras y, por ejemplo, ahora mismo, tal y como se está reestructurando la asistencia especializada, sigue habiendo listas de espera, a pesar de las peonadas, a pesar de que tenemos especialistas que vienen de fuera, a pesar de muchas cosas y de una cierta, digamos, falta de coordinación que parece que se va a abordar. Ése es el tema pendiente de la atención primaria con la atención secundaria. Pero estamos viendo en todas estas reformas que son necesarias, nuevas necesidades, por ejemplo, hay mayores que están reclamando la podología, mujeres, gente con problemas de diabetes, y eso significa un gasto importante para pensiones muy bajas, y por ahí podíamos ir hasta ver que la atención primaria ahora mismo tendría que aportar una atención multidisciplinar a pacientes que van a estar en su casa. Todo eso significa que habría que incrementar los recursos en atención primaria, de lo cual usted no nos ha dicho nada, pero realmente se ve una necesidad en la adecuación de esos recursos a la población que tenemos. Usted nos habla de temas que de verdad están pendientes desde la pasada legislatura. Ha abordado tantas cosas, la reforma del Servicio Navarro de Salud, nuevos decretos sobre atención primaria, atención especializada, salud mental, pues yo también le ofrezco que venga al Parlamento cada vez que tengamos que abordar estos temas porque realmente todo lo que usted ha diseñado es como un hilván suspendido, no sabemos realmente qué hay de base. Y toda esta incertidumbre que se está creando yo creo que es lo que está generando más dudas en la población. En fundaciones usted ya ha dicho que no, pero, bueno, había una fundación que al final no se concluye.

El espacio sociosanitario es una cosa urgentísima desde el año 97 y lo venimos demandando. Usted llega ahora dispuesto a abordar este tema, pues sí señor, vamos a abordarlo. Ya he dicho en plenos, y aquí habrá portavoces que se acordarán, que éste es un tema que tendríamos que haber abordado hace tiempo: cómo va a ser la financiación, qué atención se va a prestar realmente para determinados colectivos crónicos, enfermos mentales, personas mayores. O sea, la gente está suspendida y está troceada, unos trocitos por aquí y otros por allí.

Quiero decirle que si lo que usted busca es la corresponsabilidad, hace tiempo que este grupo también estaba dispuesto a ser corresponsable de

todas esas mejoras y cambios, pero que el cambio no signifique en ningún momento que las necesidades de los navarros están supeditadas a otros criterios, pues gobernar es priorizar y priorizar es elegir. Luego usted, ¿qué quiere?, ¿que la población o nosotros, grupos políticos, elijamos qué población o qué recursos ponemos, cuáles quitamos, a quién atendemos o a quién no atendemos?, porque entonces yo le digo que el debate tiene que ser mucho más que político, incluso ético y en profundidad de hacia dónde vamos. En ese sentido creo que tendremos que avanzar y tendremos que tratar muchos de los temas que usted ha hilvanado aquí pero en profundidad. Desde luego, no descarto que el martes venga el Presidente porque él nada habló en el discurso de una reforma, de este pacto político y social nada se habló antes, o sea que realmente nos sorprende que ahora se venga con algo que perfectamente se podía haber dicho en el discurso de investidura. ¿Por dónde va a discurrir?, ¿por qué un pacto ahora, cuando nosotros pensamos que la sostenibilidad económica es posible en el mejor momento económico, que la garantía y la universalidad de la sanidad ni se cuestiona ni la cuestionamos? Creo que todas estas cosas levantan más dudas que certezas nos puedan dar. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señora Arboniés. Tiene la palabra el portavoz de Convergencia de Demócratas de Navarra, señor Allí.*

SR. ALLI ARANGUREN: *Muchas gracias, señor Presidente, por concederme el uso de la palabra y porque gracias a sus buenos oficios, a la mitad de la comparecencia del señor Consejero hemos podido disponer del texto, exactamente cuando iba leyendo la mitad, lo que exigía un esfuerzo adicional. Por eso le doy gracias al señor Consejero por el 50 por ciento de su comparecencia, que es lo que nos ha permitido seguirla con una cierta comodidad, siendo así que suele ser práctica de los consejeros, quizá de los más respetuosos por lo menos aparentemente en las formas, con la Cámara entregar la comparecencia, porque si no hay que convertirse en escolares de bachillerato tomando apuntes, con el riesgo que eso supone.*

Estas comparecencias, señor Presidente y señor Consejero, son lo que todos sabemos que son, es decir, una escenificación que monta el Partido Socialista para dar posibilidad a los consejeros de turno de que expongan sus programas, se luzcan y obtengan titulares de medios de comunicación. Toda la parafernalia de oposición, de rechazo, etcétera, es simplemente parte de ese juego que tienen establecido entre el Gobierno de UPN y el Partido Socialista para así uno ganar protagonismo, que es el Gobierno, y el otro aparentar que realiza una oposición al Gobierno que ha hecho posible, que sostiene, que mantiene y con el que

tiene una evidente política de acercamiento y, sobre todo, de reparto de cargos representativos. Por tanto, en este sentido, a mí me parece que no es procedente entrar en ese proceso de escenificación, pero no podíamos tener, por otra parte, la desconsideración con el señor Consejero, después de su exposición y del esfuerzo que supone, de no atenderla y hacer alguna valoración.

Ha empezado su señoría haciendo suyas, por lo que se ve, las palabras del Presidente del Gobierno en su discurso de investidura cuando afirmó que la sanidad navarra es uno de nuestros elementos de identidad, y por ser elemento de identidad y por su trascendencia social dice que no debe ser objeto de política de confrontación estéril. Bueno, la confrontación política en una sociedad democrática nunca es estéril y en este momento lo que sí parece una confrontación estéril es la que aparentan aquí el Gobierno y el Partido Socialista, porque el proceso ya se sabe cuál es, cuál ha sido, cuál está siendo, salvo que igual nos encontremos con que precisamente éste sea un ámbito de los que busque el momento electoral oportuno el Partido Socialista para producir una ruptura de su apoyo al Gobierno.

Lo que sí me sorprende en usted, señor Consejero, que tiene una reconocida capacidad de análisis y de conceptualización, es que nuevamente caiga en el error del señor Presidente de decir que la sanidad es uno de nuestros elementos de identidad; entonces serán la sanidad, el bienestar social, las carreteras. Pensaba que este pueblo, que esta nación tenía unos elementos de identidad mucho más sustantivos, como son una historia, unas instituciones, un marco jurídico, una conciencia de identidad y que la sanidad, el bienestar social, las carreteras son medios en los que se manifiesta la gestión pública al servicio del pueblo navarro. Pero, en fin, están ustedes estableciendo las nuevas categorías de la identidad navarra, de tal forma que, como es buena la sanidad, y eso no se lo vamos a negar, es identidad ahora, ¿y el día que sea mala perderá la identidad un elemento conceptual? Por favor, en poco cifran ustedes la identidad de este pueblo. Están confundiendo los hechos diferenciales identitarios con la prestación de servicios públicos que corresponde a la Administración de la Comunidad Foral. Yo pensaba que en un partido que presume de ser el regionalista de Navarra tenían más claros conceptos tan elementales, y particularmente me sorprende en usted, no en el Presidente del Gobierno, que otra vez dijo que era el Convenio Económico, que es un medio de regulación del sistema financiero de Navarra con el Estado. En todo caso, lo que puede aproximarse a la identidad es el autogobierno de Navarra que tiene como uno de sus muchos instrumentos el Convenio.

Pero, en definitiva, ésa es una cuestión meramente anecdótica de todo lo que su señoría ha dicho.

Ha centrado su intervención fundamentalmente en la defensa de un modelo, del modelo de la sanidad que existe en Navarra, que está plasmado en la ley foral correspondiente y que es calificado en la página 3 como un modelo sanitario mixto, en los términos establecidos por la ley foral. Creo que lo primero que tendríamos que hacer todos aquí es ponernos de acuerdo en el significado de los términos, porque su señoría, por una parte, ha hablado de modelo público, aquí habla de modelo mixto, otros portavoces han hablado del modelo público, y lo que dice la ley foral es que éste es un modelo sanitario mixto en la medida en que hay una red privada compatible con la pública, en algunos casos concertada con la pública, pero lo que garantiza el servicio público es la red pública. Por tanto, la universalidad, la igualdad de las prestaciones está garantizada para todos los ciudadanos y ciudadanas con independencia de todos los factores de diferenciación de cualquier orden por la red pública. Por eso podríamos decir que es un modelo mixto, porque éste no es el modelo cubano ni es el modelo de Rusia ni de los países del Este, es un modelo en el que hay dos redes, y además en algunos aspectos trabajan en conjunto. Recuerdo esto porque en su momento, y el señor Viñes es testigo, fue uno de los debates más profundos de filosofía que se planteó en la ley, y hubo un consenso en que aquí era compatible una cosa con la otra, que incluso colaboraban, para eso estaban los concier-tos. En definitiva, nosotros estamos de acuerdo con el modelo de la ley foral y entendemos que, además, la garantía universal es pública, por tanto, si a eso llamamos público, pues sepamos todos que lo llamamos público.

Aquí se han planteado cuestiones nuevamente conceptuales, que son las que han servido para este rifirrafe de posturas antagónicas en apariencia, pero que en el fondo no lo son, como lo demuestra el proceso de elaboración, la gestión de la ley foral desde que entró en vigor por sucesivos gobiernos, y, por tanto, teóricamente por modelos sanitarios distintos que han coincidido en la gestión. No he oído durante estos años críticas al Partido Socialista sobre el modelo, en todo caso, críticas sobre problemas concretos de la gestión, pero nada más. Entonces, cuando aquí se habla de privatizar, éste, evidentemente, puede ser un fantasma o puede ser un riesgo, según se vea, o puede no ser nada.

Quiero agradecer al señor Consejero la claridad que ha tenido en la página 3 cuando dice reformar, y antes lo explica: reforma para la mejor eficacia y eficiencia de las prestaciones, de los recursos públicos, etcétera. No es privatizar ni es mermar la equidad ni es ahondar en la posibilidad de generar desigualdades sociales por la diferente

accesibilidad económica, etcétera, es decir, queda garantizada la universalidad y la igualdad en el acceso. Pero, claro, cuando aquí se empieza a hablar de privatizar se alude a fundaciones y el señor Viñes ha entrado en esa misma dinámica diciendo que lo más próximo a privatizar es una gestión por medio de personas jurídicas de derecho privado que ha realizado la Junta de Andalucía. Pues me van a permitir, y perdonen la deformación profesional, que les diga que eso no es privatizar, eso es gestionar un servicio público con una forma concreta, que puede ser una sociedad, de forma privada y de capital público. Por tanto, es nueva-mente controlar desde los poderes públicos la prestación de un servicio, y esto se hace no para privatizar, que eso sería ponerlo en manos de los particulares para que saquen beneficio de la gestión de una necesidad social, sino, según se dice, buscar una fórmula más ágil en la contratación de personal, en la contratación de medios materiales huyendo de los controles y de las garantías que supone el ordenamiento jurídico administrativo. Y vamos a llamar a las cosas por su nombre, eso no es privatizar y por eso hay muchas sociedades públicas y tenemos cantidad de organismos autónomos y se acaba de crear otro, que son formas de desconcentrar la gestión de servicios públicos que no pierden por eso su naturaleza. Y que se encuentra una mayor eficacia y una mayor eficiencia siempre que esto se haga desde el capital público, desde el control público, desde los medios públicos, no es privatizar, a menos en la idea que en Convergencia tenemos de lo que es privatizar, que es poner en manos de la gestión privada para que ésta obtenga lucro. Eso sí es para nosotros privatizar.

Por otra parte, también nos choca que aquí se impute a este Gobierno, que me da lo mismo que sea otro, un afán privatizador cuando todos sabemos que el proceso de desmantelamiento que se ha producido del Estado del bienestar y el desmantelamiento de las estructuras públicas, de capital público y de los medios públicos se ha producido de la mano del Partido Socialista en el Estado español. Eso lo ha seguido el Partido Popular, evidentemente, mucho más de acuerdo con su filosofía de que lo que es negocio que lo hagan los particulares, y por eso vendemos las estructuras de capital público a los particulares para que se lucren. Ya hemos visto el escandaloso asunto, por ejemplo, del tanatorio de Madrid y veremos, sin duda, otros muchos, y esto se adjudica a grupos oligárquicos próximos al poder de turno. La expropiación de Rumasa benefició a unos y ahora la privatización, la gestión privada o la venta sin más de los capitales públicos está beneficiando a otros. Pero, en definitiva, los dos coinciden en una filosofía absolutamente neoliberal, que es la que lleva a desmantelar, ojo, lo beneficioso, lo rentable, porque seguiremos manteniendo Hunosa todos los españoles,

pues no hay particular que piense que eso es buen negocio, y si un día alguien piensa que alguna mina es un negocio, ésa será vendida.

En este sentido, por tanto, se ha producido nuevamente una escenificación de un debate que conduce a un cierto miedo. Si aquí ha habido un consenso desde hace muchos años, y lo voy a establecer desde la ley foral por lo que esto supuso, porque también había consenso antes, en el modelo de sanidad que tenemos, el compromiso de todos, y es el compromiso que tiene Convergencia y que lo plasmó en el acuerdo de los presupuestos del 99, es tratar de mejorar la prestación de estos servicios, hacer que se superen las deficiencias que todo servicio tiene y poner los medios económicos, legales, materiales y de personal necesarios para que el personal esté motivado, para que sea eficaz, para que el gasto público sea cada día más rentable socialmente y, por tanto, más eficaz y más eficiente, a través de la imprescindible interlocución social que necesita un gobierno minoritario e interlocución política, y, evidentemente, si hay que mejorar e invertir, pues hay que mejorar e invertir. Hay otro punto en el orden del día en el que tendremos ocasión de hablar de todos estos aspectos.

Acabo, señor Presidente, acepto el documento ni más ni menos que como declaración de intenciones del señor Consejero y sólo con ese valor y como un compromiso que él asume respecto al Parlamento y la sociedad navarra de una acción política a lo largo de esta legislatura. Es su compromiso respecto a esta Cámara. A partir de ahí, a los grupos parlamentarios nos quedará hacer un seguimiento del contenido de este programa, de cómo se implementa y de cómo se gestiona y, evidentemente, poner de relieve lo que nosotros, como grupo y grupos parlamentarios, podamos entender que son deficiencias y, señor Consejero, permítame que le diga una vez más que eso no es ser altavoces para sembrar el miedo, la inquietud o la sensación de menesterosidad de los ciudadanos ni hacer demagogia. Eso, señor Consejero, es cumplir los grupos parlamentarios su misión de controlar al Gobierno.

En el próximo punto del orden del día tendremos ocasión de decirle la prudencia con la que los grupos que hemos pedido su comparecencia hemos actuado en ese punto concreto. Creo que no nos podrá acusar en modo alguno de demagogia; ante un problema real hemos acudido al Parlamento sólo cuando había salido ya en los medios de comunicación, precisamente para no sembrar miedo, inquietud ni sensación de riesgo en determinados enfermos muy sensibles a lo que son sus necesidades de atención sanitaria. Piense, señor Consejero, que ésa es la labor del Parlamento y olvídense de que esa labor del Parlamento es inmiscuirse en el Ejecutivo, es parte del juego institucio-

nal y acéptelo como tal. Usted tiene unos deberes en el Ejecutivo y el Parlamento tiene otros deberes.

Finalmente, nos gustaría ver cómo se produce la interlocución política que su señoría demanda y que es necesaria a lo largo de esta legislatura, por que éste es un tema especialmente trascendente y estamos deseando ver cómo buscan su señoría y su gobierno esa interlocución política y ese apoyo con todos los grupos de la Cámara, porque mucho nos tememos que una vez más será sólo con el grupo socialista y pretenderán que todos los demás seamos comparsas del acuerdo que ustedes establezcan. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señor Allí. Señor Cervera, tiene la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Señoras y señores Parlamentarios, voy a intentar dar una respuesta por el orden de intervención de los grupos y fiándome de las notas que he podido tomar al hilo de sus palabras. Evidentemente, hay que empezar por dar una respuesta a la portavoz del grupo socialista y decirle de forma sincera que le agradezco el que las palabras que contenían mi intervención sean unas palabras bonitas. Efectivamente, he pretendido que lo fueran, pero, sobre todo, he pretendido que lo fueran porque entiendo que lo más bonito de las palabras es siempre el concepto que albergan, no tanto su estilo. Y quiero decirle, en este sentido, que sus palabras como portavoz del grupo socialista también han sido muy bonitas y yo así las acepto, pero también quiero indicarle que posiblemente habrían sido más bonitas si no hubieran estado escritas antes de poder emitir yo las mías. De hecho, y éste es un argumento que luego utilizaré para responder a otra de las intervenciones, si esto precisamente se denomina Parlamento y hay muchos que están reivindicando las funciones parlamentarias y el respeto al Parlamento, empezando por el propio Presidente de la Cámara, cierto es que habría sido más adecuado que dentro de ese Parlamento hubiéramos producido un diálogo y que, por tanto, su intervención no hubiera estado prejuizada antes de escuchar mis palabras.*

En cualquier caso, ya entrando en el contenido concreto de lo que usted decía, creo que ha habido una cierta contradicción, dado que al principio ha comenzado diciendo que el trabajo de la anterior legislatura era una continuidad respecto de las líneas emprendidas por gobiernos o por consejeros socialistas y que, por otra parte, eso daba un balance que usted ha calificado como negativo. Yo quiero decirle que no entiendo yo que sea así, todo lo contrario. Tengo mi opinión al respecto, la puedo decir en una única frase: yo creo que el año de gestión del tripartito en lo sanitario fue un año

absolutamente perdido, y fue así por dos razones: primero, porque no se lograron cuestiones sustanciales para la sanidad, pero porque tampoco se hizo esa proyección de futuro y ese ejercicio de planificación que antes decía que era una de las cuestiones fundamentales del trabajo político sanitario. Y usted citaba, además, un ejemplo: el tema del plan de ambulancias, decía que el plan de ambulancias era algo retomado del anterior mandato del anterior Consejero. Bien, en parte sí y en parte no. Ciertamente, el ejercicio de planificación sí que existía y nosotros lo complementamos y mejoramos, pero ciertamente se sabe que con ejercicios de planificación no se puede abordar la solución a los problemas, y yo recuerdo que cuando el anterior Consejero me traspasó los papeles –y quiero decir de paso que fue un traspaso absolutamente modélico, porque tuve por su parte toda la colaboración que requería el caso– me habló del plan de ambulancias, efectivamente, me enseñó que existía ya un ejercicio de planificación realizado sobre el papel, pero que no se había podido abordar ese plan de ambulancias, ese plan de emergencias sanitarias porque no había medios, no había dinero, se tenía la evaluación concreta de lo que costaba, una cantidad cercana a los doscientos millones de pesetas de coste anual, y ciertamente la labor del gobierno que vino después y la mía como consejero consistió en aceptar o no ese ejercicio de planificación que fue modificado. Hubo cuestiones que se mejoraron notoriamente, pero al mismo tiempo había que tratar de buscar el orden de prioridades que nos hiciera llegar los recursos suficientes como para poner eso en marcha.

Por lo tanto, yo no puedo aceptar en todo el sentido pleno que usted le quiere dar el concepto de continuidad, sino todo lo contrario, y, desde luego, tampoco en cuanto al resto de actividades que se han desarrollado, algunas de las cuales han sido absolutamente novedosas, por citar alguna: los contratos de gestión, el plan de primaria especializada, temas de desarrollo informático, nuevas prestaciones sanitarias que se han introducido, el programa de detección precoz, etcétera, que, desde luego, no constaban ni en las más remotas memorias del departamento y, desde luego, no constaron nunca en las actitudes políticas de quienes estuvieron anteriormente.

Pero como ya se le ha indicado, yo creo que no conviene hablar del pasado, porque, de alguna forma, estamos en el inicio de una legislatura y yo creo que tenemos que plantearnos más el futuro que el pasado y, además, se ha indicado de una forma muy clara que precisamente los ciudadanos ya han juzgado aquella situación en dos sentidos: el sentido directo del juicio a través de las urnas, por cierto, sabe usted que las urnas traen tras de sí una serie de decisiones operativas de los propios

ciudadanos, donde yo creo que la sociedad avanza hacia una madurez que expresa el hecho de que se vota por cuestiones concretas, por la solución a los problemas concretos y no por los discursos grandilocuentes que se pueden hacer desde el plano político, pero al mismo tiempo sabe usted que hay alguna encuesta realizada por el Departamento de Salud y otras encuestas que realizan los medios de comunicación cuando tratan de vislumbrar una opción de demoscópico electoral y nos damos cuenta de que ciertamente el tema sanitario es el que menos preocupa a los ciudadanos junto con el tema de nuestra integración en Europa; es decir, hay otras prioridades y, desde luego, siempre dentro del ranking de intereses o de preocupaciones, pero mejor decir que ciertamente la sanidad es lo que menos preocupa.

Y yo con esto quiero indicarle específicamente al grupo socialista, aunque es una reflexión común para todos, que estoy convencido de que discursos demagógicos no ayudan a la captación del voto en el campo sanitario, porque desde luego no hay peor error en política que producir un discurso desde la argumentación política que sea paradójico, contrario o dicotómico con lo que es el discurso social. Y ciertamente a unos ciudadanos se les puede estar diciendo unas cosas, pero si ellos evidencian otras cosas diferentes eso cae por su propio peso y yo creo que al final es notoria la percepción que tienen los ciudadanos de que se va progresando en lo sanitario en Navarra, y, desde luego, esto es algo que no debe tener como contrapunto un discurso político alejado de esa realidad que los propios ciudadanos estoy convencido de que perciben, y si alguien no se quiere convencer de esto pues será su problema.

Y esto viene al caso de este denominado ruido privatizador, efectivamente, en denominación semántica que, sin duda, no tiene origen en la Comunidad Foral, ésta es una expresión, una coletilla que está muy presente en el fax cotidiano de Cipriá Ciscar, que efectivamente lanza esas ideas. No hay ninguna concreción, no hay ningún hecho objetivo que permita argumentar que se está privatizando, pero se dice que hay un ruido, una especie de amenaza, y ciertamente yo creo que esto no es algo que perciban los ciudadanos. Desde luego, no es nada que nosotros vayamos a practicar, no es nada que vayamos a argumentar, pero tampoco es nada que hayamos argumentado ni que hayamos practicado. Yo solamente le quiero dar tres datos que ponen de manifiesto nuestra actitud, presuntamente privatizadora o no, en el tema sanitario y referido a los tres pasados años de gestión en el departamento.

Primer dato: las inversiones. El tripartito metió en los presupuestos 1.800 millones de pesetas en el capítulo VI, Departamento de Salud. Con eso

ahora no tendríamos ni siquiera para pagar el mantenimiento ordinario de las infraestructuras sanitarias. El presente año, 1999, el presupuesto de inversiones es de 3.800 millones de pesetas, 2.000 millones más. En el año 2000, el presupuesto que se ha planteado para la interlocución política es de más de 4.000 millones de pesetas de inversión. Evidentemente, un gobierno que quiere privatizar no es un gobierno que esté haciendo lo que nosotros estamos haciendo, que es invertir en la sanidad, invertir en sus infraestructuras, como he comentado en varias ocasiones, mejorar la calidad de la sanidad del presente y proyectar esa sanidad hacia su propio futuro.

Segundo dato: oferta pública de empleo. La oferta pública de empleo de este año es la mayor que se ha conocido en la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, con más de cuatrocientas plazas en el ámbito sanitario. Un gobierno que quiera privatizar no es un gobierno que saca esa OPE para producir fijeza y estabilidad en el empleo público sanitario, por lo tanto, hay otro dato que es absolutamente incontestable.

Y tercer dato: el primer decreto foral que aprobó el anterior Gobierno fue un decreto que precisamente universalizaba de hecho, con unas reglas procedimentales efectivas, no simplemente teóricas, la cobertura sanitaria para todos los ciudadanos.

Por tanto, yo quisiera apelar a la responsabilidad del grupo socialista y decirles que no van a conseguir ninguna ventaja electoral si siguen hablando de ruidos privatizadores. Por el contrario, yo les puedo garantizar que una de las prioridades del Gobierno es que la sanidad mejore y les damos la posibilidad, indudablemente, por convencimiento democrático, pero al mismo tiempo por que creemos que es muy adecuado para todos, de que se incorporen a lo que desde luego va a ser un tren imparable, que es la mejora continua de la sanidad en la Comunidad Foral de Navarra. Si ustedes quieren mantenerse ajenos a ese tren, si quieren seguir en el andén chuflando con las palabras que quieren de privatizaciones, etcétera, estoy convencido de que no tendrán ningún tipo de reconocimiento social y que, desde luego, no será una labor adaptada a lo que se ve desde la propia realidad cotidiana de los ciudadanos. Por tanto, les vuelvo a emplazar, ya no por una razón de convencimiento democrático, sino incluso por una razón de utilitarismo práctico por su parte, para que se incorporen a todos los ámbitos de negociación y de diálogo político que queremos, para que entre todos mejoremos la sanidad de Navarra.

Ciertamente, ha habido cosas que no se pudieron abordar en el pasado, que eran propósito, pero que no se pudieron hacer. Usted ha citado dos muy concretas: en primer lugar, la ley de farmacia. La ley de farmacia no se pudo sacar adelante porque

no hubo receptividad a tiempo en el grupo socialista como para poder sacar esto, es decir, tuvimos ocasión de hablar con la interlocución anterior del Partido Socialista sobre este tema y, a pesar de que desde algunos ámbitos incluso de la sanidad llamé - mosle nacional o estatal del propio Partido Socialista había unas inquietudes y a nosotros se nos ha puesto como ejemplo en el Senado de lo que era un modelo farmacéutico novedoso, sin embargo, a Navarra no se quiso trasladar eso y ciertamente no se pudo recabar la suficiente cobertura parlamentaria como para poder propiciarlo. En la última parte de la legislatura se propició un acuerdo con CDN, al que luego me referiré, y ciertamente se emprendió una línea que se vio cortada por el final de la legislatura, pero espero que continúe, tanto con CDN como específicamente con ustedes y con quienes quieran incorporarse al tema, para que podamos dar una cobertura política a una ley de estas características, pues, evidentemente, el Gobierno no va a actuar bajo la fórmula del orden y mando, sino todo lo contrario.

Lo mismo podemos decir sobre el tema de la carrera profesional de la enfermería. Hemos dicho en muchas ocasiones que es un propósito, desde luego, desde el plano sanitario, que exista. Nos parece que se ha generado una posibilidad de que vayamos transitando por ese modelo de carrera profesional, pero lo que no puedo hacer es sustituir una negociación sindical, que me parece que es absolutamente imprescindible para este tema. Tendremos una ocasión muy próxima en la negociación del convenio o acuerdo de condiciones de empleo en la Administración para trabajar algún modelo que sea aceptable por las partes y podremos seguir después desde el plano legislativo y, desde luego, gubernamental, amparando esa negociación, esas decisiones o tomando las que correspondan. Desde luego, lo que yo no puedo hacer en esto, y se lo transmití a la delegación del CDN que también se interesó en el pacto presupuestario vigente por estos temas, es actuar como un déspota ilustrado y traer un día una ley que ha salido simplemente de un ejercicio legislativo del propio Departamento de Salud. Eso se tiene que negociar y mientras la parte social no mantenga una posición de facilitar un determinado modelo y un determinado esquema de negociación, creo que nosotros no podemos más que asistir a ese proceso y tal vez incentivarlo, pero, desde luego, nunca sustituirlo.

Quería decirle también una cosa que me parece muy importante para que podamos hablar todos en unos términos entendibles. El modelo de separación de compra y provisión de servicios sanitarios no es un modelo de la señora Thatcher, no es un modelo británico. Es un modelo que, en primer lugar, está en la Ley Foral de salud, donde se dice que éste tiene que ser el planteamiento de gestión

de los servicios. Es decir, este modelo está en la propia Ley Foral de salud, no es un invento thatcheriano. De otra parte, no sólo está en la Ley Foral de salud, sino que es la propuesta operativa que nos hace la OMS, nos hace la OCDE, etcétera, para abordar el proceso de la reforma en el ámbito occidental. De hecho, en el departamento nos hemos tomado la molestia, con la documentación que les aportamos, de darles incluso direcciones donde ustedes pueden ver que no son cuestiones que yo me quiera inventar esta tarde, sino que son unas realidades, como digo, en términos de propuestas de la Organización Mundial de la Salud y de la OCDE para nuestro ámbito de actuación. Por tanto, yo creo que esto es algo que deberían atender, que deberían estudiar un poco más y ver que ciertamente no es lo que ustedes pretenden que esto sea, sino que es algo propuesto porque parece que funciona, y yo estoy convencido de que funciona.

Quiero finalizar la respuesta al grupo socialista con algunas cuestiones concretas a las que hacía referencia. Evidentemente, en esta comparecencia, que tiene la motivación que tiene, no puedo hablar estrictamente de la empresa ISN. Si quiere que tengamos una comparecencia sobre contaminantes ambientales o no ambientales la podemos tener o podemos responder a todas las preguntas escritas que quieran, pero sí le puedo decir que el Departamento de Salud ha actuado en este tema como le ha correspondido. El juez solicitó un informe al Instituto de Salud Pública, se emitió un informe, consta en las diligencias y ahí ha terminado nuestra función desde ese punto de vista. Por tanto, no quiera trasladar aquí cuestiones que tienen otro fundamento, unas cuestiones circunstanciales poco operativas y poco interesantes para que nos congreguen aquí esta tarde.

Usted hablaba de un plan estratégico. Me gustaría saber sobre qué base se puede establecer ese plan estratégico. Creo que lo que se ha planteado aquí, desde luego, daría para tener un plan estratégico, pero, bueno, si usted quiere llamarle plan estratégico nosotros preferimos llamarle plan de salud orientado a la gestión. Podemos entendernos aunque yo creo que no deberíamos hacer cuestión de la terminología o del nominalismo con el que queremos iniciar nuestro camino.

Sobre el convenio con Aragón, yo creo que está claro lo que el Gobierno mantiene. El Gobierno no puede traer al Parlamento un convenio que sea oneroso para las arcas forales. Cuando los representantes de Aragón o del Insalud estén dispuestos a propiciar el pago por acto realizado frente a esas personas, evidentemente, haremos ese convenio, si no, no lo vamos a hacer, y mientras no lo hagamos nosotros estamos propiciando los sistemas de control y de afloramiento de presuntos ciudadanos que no son navarros aunque tengan una accesibilidad

al Hospital de Tudela que se corresponde, evidentemente, con las líneas de trabajo que se han llevado.

Ya he hecho la referencia estricta a la ley de farmacia.

Sobre los consejos de participación, le quiero decir que soy absolutamente escéptico sobre sus capacidades y sus posibilidades de funcionamiento. Soy muy escéptico por una razón y es que yo, cuando era concejal, he pertenecido a varios de ellos y me doy cuenta de que no tienen unas capacidades bien reconocidas, de que no tienen unas dinámicas de trabajo bien establecidas, de que realmente al final se reúnen para solicitar que se ponga un semáforo en el barrio. Creo que, desde luego, para eso no se crearon. Yo soy escéptico. No quiero decir que esté en contra de ello, es todo lo contrario, de hecho, en la pasada legislatura se trató de incentivar su funcionamiento, incluso se otorgó a los consejos capacidad operativa, capacidad de disponer de determinados fondos para propiciar algunos programas dentro de su ámbito de referencia. Fueron muy pocos, creo recordar que el de Berriozar y pocos más, los que entraron en un planteamiento de activación del consejo de salud, pero, desde luego, ésa no es una dinámica que deba propiciar de forma explícita el departamento, sino que si existe existirá porque representan a esa operatividad social que se supone que tienen que representar, pero, desde luego, puedo decir sin hipocresía que creo que no es un ámbito excesivamente propicio para eso que se denomina la participación. Nosotros preferimos hablar de otros ámbitos de participación, de los propios clientes, de los propios ciudadanos, del propio acceso a unas condiciones adecuadas. En fin, creo que también podemos hablar de ello.

A la reducción de listas de espera me referiré luego. Creo que los resultados están a la vista y esto está contenido en el acuerdo presupuestario y político que tenemos con CDN. Efectivamente, se han tomado una serie de medidas que nos están dando unos indicadores yo creo que muy certeros. Sé que ustedes cuestionan hasta los indicadores, yo sólo les puedo decir que no se alteran por una intencionalidad política y que ahí están. Evidentemente, habrá casos sobre los cuales habrá que seguir trabajando, pero los indicadores están mejorando de una forma espectacular, me atrevería a decir. Por ejemplo, el número de primeras visitas sí que consta, es decir, no se puede modificar bajo ningún concepto, pues el número de primeras visitas en los últimos doce meses se ha incrementado un 8'56 por ciento, hasta el mes de agosto del año 98 se habían realizado 229.159; este año en el mes de agosto ya se habían realizado 248.770. Lo mismo podemos decir de las intervenciones quirúrgicas mayores, se han incrementado un 6'1 por ciento, 14.458 el año pasado, 15.329 éste. La lista

de espera de primeras visitas de los doce últimos meses ha descendido el 17 por ciento, a julio de 98 eran 20.683 las personas que esperaban, a julio del 99 eran 17.132. Y las listas de espera quirúrgicas de los últimos doce meses han descendido el 11'5 por ciento, en julio del 98 había 4.117 personas esperando, en julio del 99 había 3.645. Como digo, también es fruto de un acuerdo presupuestario y de un acuerdo político con CDN.

Y ya sí, para finalizar, les diré que se realizan en la red ligaduras de trompas y vasectomías. Creo que no hay nadie que tenga problema de accesibilidad, de ninguna forma, a este tipo de intervenciones cuando se consideren demandadas por parte de quien las vaya a merecer.

No tengo más participación en la oposición de médicos de atención primaria que la estricta observancia y respeto a las funciones del tribunal, para eso se crean los tribunales. Los tribunales se crean precisamente para que no haya una interferencia y una directriz política que los condicionen en sus decisiones, por eso se denominan tribunales y no se denominan comisiones asesoras, comisiones proponentes o comisiones de preselección. Son tribunales y yo respeto todos sus actos desde el principio hasta el final.

Me pide que opine sobre cuestiones del ámbito nacional, sobre las fundaciones o sobre lo que pasa en el 12 de octubre, y creo que no debo opinar por que son propuestas de gestión de otros ámbitos. Creo que he sido suficientemente concreto en lo que se refiere a lo que estimo conveniente para Navarra y, desde luego, se descarta el hecho de que exista ninguna fundación para la gestión sanitaria porque entendemos en todo caso que ése tendría que ser el final de un proceso que nosotros queremos propiciar a través de otras medidas, no el principio de un proceso, como parece que es el planteamiento que se hace en el ámbito del Insalud.

Quisiera continuar agradeciéndole, de forma muy sincera, su intervención a la Parlamentaria Isabel Arboniés porque creo que tiene un adecuado tono y que es muy correcta su preocupación o su actitud frente a las cuestiones que pueden estar en la actualidad cotidiana. Quiero decirle que tomo muy especialmente por su parte, y usted sabe que hemos tenido enfrentamientos en la pasada legislatura, en algunos casos, desde luego, desagradables para mí y estoy seguro de que también para usted, que parece que acepta este marco que yo quiero trazar. Me comprometo, señora Arboniés, a que los decretos relevantes, que son fundamentalmente los que he planteado aquí y los que se puedan generar posteriormente, estén abiertos a la interlocución política de la forma que corresponde, es decir, si se tiene que propiciar el debate en esta Comisión, en el Pleno o en el despacho, cuyas puertas siempre estarán abiertas para quienes quieran acercarse en

un sentido constructivo y éticamente compatible con el resto de sus actos para construir la sanidad navarra, evidentemente, se hará.

Le agradezco esto de forma muy sincera, y además le hago una reflexión adicional. Parece que usted está casi cansada de que tengamos que hablar de que no queremos privatizar, de que queremos potenciar el sistema, de que queremos financiarlo adecuadamente, de que queremos reivindicar el papel de la sanidad pública. Efectivamente, esto es así, y yo le digo que es duro tener que estar permanentemente hablando de las propias convicciones sin que nadie demuestre lo contrario, pero como parece que hay ruidos hay que estar, y es muy incómodo tener que estar permanentemente como diciendo que yo me llamo Santiago Cervera, que me llamo Santiago Cervera, y entonces, ciertamente, creo que al final sus propias palabras reconocen que tal vez sea cuestión más de valorar esto en la realidad de los hechos que en las meras declaraciones políticas.

Por tanto, agradeciéndole esto y emplazándonos, se lo digo sinceramente, a que haya debate político, le pido al mismo tiempo rigor, aunque no dudo de que aspira a tenerlo. Nosotros queremos colaborar a que su grupo y todos los grupos políticos tengan rigor en materia sanitaria y a través de ese rigor estoy seguro de que nos podremos entender hasta donde nos podamos entender. Si en un momento dado hay una diferencia de opción política clara, como, evidentemente, tiene que haberla entre posiciones distintas, pues evidentemente ahí nos encontraremos, pero con ese rigor podremos por lo menos generar un lenguaje común. Por ejemplo, quiero recordarle en tono cordial que la podología se cofinancia por parte del Departamento de Salud, puesto que el Departamento de Salud financia a múltiples asociaciones que a través de las subvenciones correspondientes pueden acceder a una cofinanciación de la podología.

Con esto, señora Arboniés, yo quisiera hacerle una petición, y es la petición expresa, que se la hago en este momento, de que retiren la solicitud de comparecencia del Presidente o que por lo menos lo valoren. Me parece que es inadecuado que el Presidente sea llamado a comparecer, además, no ante la Comisión de Sanidad sino ante la Comisión de Régimen Foral, para definir políticas sectoriales, políticas concretas. Para eso estamos los consejeros y, desde luego, creo que mi actitud en este caso ha sido todo lo intensa que se merecía la ocasión. Pienso que no ayuda que ustedes se incorporen a ese presunto runrún si no han tenido la suficiente información a través del propio artículo del Presidente, que además ya digo qué origen tiene e incluso la información que yo he pretendido dar aquí. Me parece que es inadecuado que se pida la comparecencia del Presidente para esto, prime-

ro, porque presuntamente causará inquietud y, en segundo lugar, porque no creo que añada nada a mis palabras, puesto que son palabras del propio Gobierno y no tanto del Consejero. En ese sentido, trataría de pedirle que allanara el camino del diálogo político no produciendo cuestiones que creo que no son adecuadas y tal vez son extemporáneas, con todos los respetos.

Por fin, una respuesta que también se inicia con un agradecimiento al portavoz del CDN, y tengo que decirle antes de nada que, efectivamente, el texto se ha distribuido a mitad de mi intervención. Yo había pensado, y sabe usted que esto es una norma que académica y parlamentaria común, que no es lógico que se entregue por escrito una comparecencia al inicio, porque sabe usted perfectamente que muchas veces se está más atento al papel que a lo que son las propias palabras y precisamente por respeto a la Cámara y a que esta Cámara se denomina Parlamento foral de Navarra pues era mejor que estuvieran escuchando mis palabras que buscando a través de las hojas cuáles iban a ser las próximas que fuera a pronunciar. En cualquier caso, le acepto perfectamente la crítica, aunque quiero decirle que, desde luego, lo que vale no es tanto el documento que se les ha entregado como, evidentemente, el Diario de Sesiones, donde constan las palabras de los grupos y también las mías. En ese sentido tomo nota y si es necesario le pido disculpas pero, desde luego, lo he hecho por tratar de focalizar el interés de la Comisión como habitualmente se hace en ámbitos académicos e incluso parlamentarios. No voy a entrar tampoco a juzgar si es un proceso de escenificación o no el hecho de que se venga a la comparecencia. Creo que si no se hubiese solicitado por parte del grupo socialista se hubiera solicitado por el propio Gobierno porque pienso que también es una costumbre que hay que respetar con independencia del momento coyuntural político concreto en el que se esté.

Finalmente, quisiera decirle, señor Alli, que, efectivamente, es un error hablar de la sanidad como elemento de identidad, y yo tenía el convencimiento de que usted iba a hacer referencia a ello, porque hizo referencia en el debate de investidura, era una de las cuestiones que usted achacó al Presidente en su discurso. Ciertamente, quiero decirle que no es un error que yo haya vuelto a introducir ese concepto o esa enunciación en esos términos, sino que en todo caso es una opinión que supongo que usted sabrá respetar, porque tal vez usted está excesivamente estático mirando al fuero y nosotros estamos excesivamente dinámicos mirando al huevo. A nosotros nos parece que esto de las conciencias colectivas de lo que ustedes hablan muchas veces también se traduce en términos concretos, y se traduce en términos de conciencia colectiva sanitaria. Creo que los navarros tienen

una conciencia colectiva sanitaria, y ustedes mismos han definido que en términos de conciencia colectiva se pueden definir entidades incluso nacionales, como parece que es la opción que ustedes plantean para la Comunidad Foral de Navarra. Por tanto, pienso que no es un error, es una opinión que, evidentemente, creo que es tan respetable como la suya, y, en cualquier caso, estos conceptos, tal vez elementales como usted decía, no deberían serlo sustanciales en el discurso sanitario.

Quiero decirle, en cualquier caso, y también ha sido una opinión que usted ha presentado, que en política sí hay confrontaciones estériles, sí que las hay. Hay confrontaciones estériles cuando la confrontación política no se correlaciona con los intereses de los ciudadanos. Desde luego, no son estériles para el ejercicio dialéctico al que usted está tan acostumbrado por las horas de vuelo que tiene en la política, evidentemente, pues ciertamente para el ejercicio dialéctico cualquier confrontación política es útil, pero es estéril en términos de utilitarismo público y, desde luego, lo es sobre lo que nosotros quisiéramos centrarnos de una forma más concreta.

Lo mismo puedo decirle sobre si el sistema es mixto o no es mixto. Sabemos cuál es el sistema, no creo que debamos discutir sobre si son galgos o podencos. En cualquier caso, está explícitamente citada la referencia de la ley foral que creo que es el punto de acuerdo que todos podemos tener al respecto.

Sobre el tema de la definición de la privatización, se lo agradezco mucho, porque me he quejado en muchas ocasiones de que aquí todo el mundo habla de privatizar y nadie sabe definir lo que es privatizar. Creo que certeramente usted ha entrado a acotar cuáles son los términos de discusión doctrinal sobre el concepto de privatización. Le quiero indicar, y a lo mejor con esto ahorro una intervención al portavoz de UPN, que en Andalucía, efectivamente, no se puede decir que la empresa de emergencia sanitaria se haya privatizado en el sentido de que se instale un ánimo de lucro por parte del capital privado en la provisión de ese servicio, pero hay ciertas actitudes que yo no sé si se podrán denominar políticamente como privatizadoras, pero que ciertamente pueden llegar a serlo, por ejemplo, los trabajadores están adscritos al régimen laboral ordinario y, por tanto, puede usted preguntar, y seguro que también le interesa a la portavoz del grupo socialista, cuántas huelgas ha organizado ya la UGT en la empresa pública de emergencias sanitarias de Andalucía, porque ya ha organizado unas cuantas porque, efectivamente, se quejan de que quienes trabajan en esa empresa están en unos niveles salariales y de cobertura social del empleo que, desde luego, no son parangonables a los del funcionariado, precisamente

para eso se creó esa sociedad. Por tanto, yo no sé si eso es privatizar o no, pero sí que sabe usted que eso posiblemente sea la huida del derecho público que, como bien se dice, posiblemente sea la huida del propio derecho. Ciertamente, hay huelgas en esa empresa porque los trabajadores cobran menos, de alguna forma se privatizan las relaciones laborales, eso es cierto, y, por otra parte, y lo digo de paso, la dirección de esa empresa ya se ha recorrido media Europa y media América del Norte, del Sur y del centro difundiendo sus productos, y tienen unos directivos que viajan muchísimo, pero no sé si ayudan o no a la cobertura de la emergencia sanitaria en Andalucía que, desde luego, sería su motivo fundacional.

En último lugar, le quiero decir, señor Allí, que considero como Consejero, y lo consideramos como Gobierno, que sigue abierta una vía preferente de interlocución con ustedes, que ha dado sus frutos en el actual marco presupuestario, que se han reducido las listas de espera gracias a su colaboración, que hay una buena línea de trabajo en el tema de la ley de farmacia, que, desde luego, quisiera fomentar de una forma más intensa, y que creo que su grupo está perfectamente emplazado, como el resto de los grupos, y con el añadido de que su diálogo ha producido cuestiones concretas que interesan a los ciudadanos para este nuevo ámbito de relación política que quisiera tener en materia sanitaria. Muchas gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señor Cervera. De acuerdo con el Reglamento, ¿hay algún grupo que desea una segunda intervención? Pues no siendo así, si les parece a sus señorías, pasaremos al segundo punto del orden del día.*

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre las disfunciones del equipo de radioterapia del Hospital de Navarra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Señorías, entramos en el segundo punto del orden del día que trata sobre el equipo de radioterapia del Hospital de Navarra. La comparecencia ha sido solicitada por dos grupos parlamentarios, y para la primera exposición explicativa tiene la palabra la señora Arboniés.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Gracias. Voy a ser breve, pero quiero enmarcar un poco la petición de esta comparecencia que nace como una pregunta que se realiza a través de la queja de un familiar de un enfermo oncológico. A raíz de esa queja esta portavoz se entera de que el acelerador lineal, el equipo en cuestión de radioterapia, estaba averiado desde el día 22, por lo tanto, estábamos hablando de varios días de avería. Nos enteramos también de que había cincuenta pacientes que*

no habían recibido otra alternativa de tratamiento y de que no era la primera ocasión en que se producía una avería. Tampoco es un tema de lo más llamativo en sí porque se pueden producir averías en equipos tecnológicos, pero nos llamó la atención que en otra ocasión los pacientes tuvieran una alternativa de tratamiento en la Clínica Universitaria y en esta ocasión no tuvieron una alternativa de tratamiento, y después de varios días, el día 1 de octubre en concreto, uno de los familiares nos comunica que su familiar había recibido tratamiento en la bomba de cobalto, por lo tanto, no en el acelerador que hasta el día 4 de octubre no entró en funcionamiento.

Hablamos de una avería de doce días y de unos pacientes que tienen un tratamiento individualizado, ese tratamiento tiene una dosificación y desde el Servicio Navarro de Salud se dice que los pacientes en ningún momento han sufrido ninguna alteración en su estado de salud. Da la impresión de que por el hecho de no haber recibido tratamiento no pasa nada, el hecho de que después de varios días el tratamiento se cambia a la bomba de cobalto parece que tampoco es trascendente, y a nosotros se nos crea una duda cuando se nos dice que no tiene ninguna repercusión que cincuenta pacientes oncológicos con cincuenta tratamientos diferenciados e individualizados se quedan sin ningún tratamiento. También se nos crean dudas respecto a que esta situación se haya producido con anterioridad, que ese equipo haya estado parado por más tiempo, que se pueda volver a producir. Lo que nos preocupa no es tanto el tema de la avería, que es otro tema que también habría que estudiar porque hay unos protocolos de cómo proceder. En los presupuestos del 99, si no me equivoco, hubo una enmienda del Partido Socialista, que nosotros votamos a favor, pidiendo un plan de atención oncológica. Hay una legislación que será de aplicación el año 2000, una legislación bastante extensa sobre garantías de calidad no solamente de los equipos de radioterapia, sino además de los tratamientos a los pacientes.

La garantía, la calidad en los tratamientos ha sido un tema bastante debatido en todos los congresos de radioterapia. Nosotros pensamos que es un tema serio, preocupante, más que nada enmarcado en esta nueva operativa de gestión hospitalaria donde se nos crea una gran duda, señor Consejero, que es cuando un paciente requiera, primero, que el tratamiento lo debe suspender o cambiar según las pautas, digamos, médicas, según las pautas de salud del paciente y no según los percances que haya en el Hospital, en concreto, pero se nos crea la duda de si en este nuevo modelo de gestión en el cual hay una autonomía del centro, en este caso el Hospital de Navarra, hay unos criterios de gestión, unos resultados y cuando haya necesidad,

por ejemplo, de derivar a un paciente para recibir tratamiento en otro centro hospitalario con lo que eso conlleva, la imputación de un gasto directamente a ese centro hospitalario, qué garantías va a tener el ciudadano paciente de que recibirá el tratamiento que precise en el centro que sea y qué responsabilidad va a haber del Servicio Navarro de Salud en esta ocasión cuando se produzcan casos como éste u otros casos que se puedan producir, cuando los pacientes requieran otro tipo de tratamiento u otros recursos que no estén disponibles dentro de esa autonomía. En ese marco general y donde a nosotros nos preocupa más esta cuestión y realmente qué medidas, qué garantías va a dar el Servicio Navarro de Salud en el futuro, no solamente respecto principalmente a lo que es el servicio de radioterapia para que cosas como esta no vuelvan a ocurrir, porque realmente la noticia ya no es el pánico, el miedo o el estado que pueda suscitar, es la falta de información inicial que hubo a los pacientes que se trasladaron con ambulancia desde los pueblos y que en ese momento no se les informó de cuándo. O sea, un paciente llega y le dicen: no, hoy no tienes tu sesión. ¿Cuándo la voy a tener? Pues mañana no, pasado no, que la pieza está en Bilbao, no, que viene de París. Pues eso es lo que los pacientes vivieron y es lo que nosotros también tenemos que valorar. Debe haber una información, un seguimiento y una responsabilidad, porque averías las hay y las habrá.

También me gustaría saber, porque se ha hablado de que habría necesidad de cambiar el equipo en sí, si eso es real ¿Qué garantía se va a dar en el futuro?, porque realmente lo que se debe garantizar en definitiva es la atención del paciente si no en ese centro hospitalario en el que sea, pero decir que cincuenta pacientes se quedan sin tratamiento y que no pasa nada, yo, sinceramente, no me lo puedo creer, porque son cincuenta estadios clínicos diferentes de cincuenta personas diferentes, con lo cual, que ninguna de ellas, es una suerte, también se lo digo, si así ha sido, pero no podemos contar con el factor suerte, y además yo creo que debemos tener la suficiente seriedad de hacer un abordaje para el futuro en un tema como éste. En ese sentido se enmarca la comparecencia y a mí me gustaría que detallara cómo fue todo el proceso, cómo se actúa cuando hay una avería, cómo se va a actuar y esto tiene que servir a todos para revisar cómo está funcionando este servicio. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señora Arboniés. El señor Alli tiene la palabra.

SR. ALLI ARANGUREN: Gracias, señor Presidente. Según los cálculos que nosotros hemos realizado y según se nos informa en los medios de comunicación en el acelerador lineal se tratan entre cincuenta y sesenta enfermos al día y ha esta-

do siete días paralizado, por lo que pueden ser aproximadamente 350 tratamientos los que no se han practicado. Al día siguiente de que a uno de esos enfermos se le manda a casa y se le dice que no se le puede tratar porque hay una avería, con la angustia personal y familiar que eso produce en ese tipo de enfermos por el proceso al que están sometidos, se nos informó, y nosotros pensamos, al hilo de lo que le he comentado anteriormente, que pedir inmediatamente la comparecencia y que esto trascendiese podría generar una situación de alarma. Confiamos en que, efectivamente, un fallo técnico se produce periódicamente, pero hay un sistema que garantiza que se subsana de inmediato, incluso en que hay soluciones alternativas como ha habido otras veces que se han producido fallos en el sistema y se ha llevado a los enfermos a otro centro hospitalario que les ha podido proporcionar el tratamiento y no ha pasado nada. Por eso nos llamamos. Pero cuando ya nos fueron informando más de uno de que esto se iba produciendo durante unos días y que se daban las explicaciones a las que ha hecho referencia la señora Arboniés de que el problema era ya de piecerío y que en Bilbao no tenían solución, pues entonces ya pensamos que tendría que ser en Nueva York por lo menos. Luego resultó que estaba en París, por lo tanto, al mismo nivel aproximado, y que esto se iba a resolver al día siguiente. Pero, claro, el día siguiente fueron siete días.

¿Se puede imaginar, señor Consejero, las angustias y preocupaciones de los enfermos y de las familias que tienen fe en el tratamiento porque están obligados a tener fe en las soluciones y en la terapia que se les aplica y que piensan además que con esa terapia van a superar la situación? Los más pesimistas piensan que eso les va a prolongar unos años, pero los más optimistas piensan que lo resuelven definitivamente y que al fin y al cabo nadie se queda para simiente: yo acabaré como los demás pero en los mismos plazos que mis colegas de generación. Esta situación era realmente angustiosa. Yo lo he vivido en personas próximas afectadas y su preocupación era decir: bueno, ¿pero aquí no tenemos una gran sanidad? Ellos no sabían que era una identidad y parte de la conciencia colectiva identitaria. En fin, yo le transmitiré esta aportación, esta opinión, toda su preocupación.

Cuando salió en los medios de comunicación, porque esto ha trascendido, esto es una comunidad pequeña y en seguida hay quien llama a un medio de comunicación y cuenta las cosas, las favorables y las desfavorables, aquí se cuenta a los medios de comunicación casi todo, aunque algunos tienen más prerrogativas a la hora de comunicar y de tratar y de ser tratados, pues surgió ya la información y es cuando nuestro grupo solicitó su comparecencia, que la centramos en las cuestiones que aquí

planteamos: las causas de la paralización, porque lo que nos ha llegado es por medios de comunicación social y por lo que transmiten las familias de los enfermos, que durante siete días ha sido imposible mantener el tratamiento y, en todo caso, buscar un tratamiento alternativo interno con la bomba de cobalto, que, según dicen los expertos, es una terapia distinta a la que estaban recibiendo y que además puede tener otros efectos secundarios, cuando hay precedente de que si ha sido necesario hacer un gasto se ha realizado y creo que el presupuesto de Navarra tiene medios económicos más que suficientes y si no tiene partida le pasaría como con los medicamentos, ya llegará al final de ejercicio y se habilitará la partida correspondiente. ¿Por qué no se ha acudido, por tanto, a esa utilización inmediata y alternativa del medio en otro centro hospitalario que, por otra parte, también tiene concierto con la red pública? En definitiva, ¿por qué se ha demorado siete días el tratamiento de radioterapia de estos enfermos en el acelerador lineal?, porque evidentemente no sólo su situación personal sino también este tipo de cosas, señor Consejero, son las que de verdad crean angustia y preocupación. Un fallo de esta magnitud y durante tanto tiempo.

En definitiva, lo ocurrido ocurrido está y está muy mal ocurrido pero ha ocurrido y es un efecto negativo de la gestión sanitaria que algunos fallos, evidentemente, tiene, como todo lo humano, aunque esta vez el fallo es mecánico, de gestión, de mantenimiento. No sabemos qué tipo de contrato de seguro de mantenimiento hay, si tiene unos plazos o no, porque el déficit de mantenimiento es notorio. Supongo que hay un contrato con una empresa y que tiene unos compromisos. Pues si esa empresa, que parece que es muy importante a juzgar por las siglas, no tiene capacidad para sustituir de un día para otro, aunque esté en Nueva York, el remedio mecánico y mucho más si está en París, de París a Pamplona se viene en media tarde si se saben captar los vuelos y la comunicación, es decir, que no estamos en Moscú ni en nuestras antípodas, en definitiva, qué soluciones se prevén, qué alternativas y qué garantías para que si esto se produce otra vez el Gobierno de Navarra tenga una alternativa de efecto inmediato, porque ya se ve que no se puede confiar en esa empresa a la que, por cierto, supongo que de alguna manera penalizarán, en los términos del contrato, por esta demora en la gestión. Pero no es un problema ya de penalización, es problema de decir: cuando esto se produzca y no se pueda solucionar en veinticuatro horas automáticamente derivamos a estos enfermos a... para que tengan el tratamiento. Esa demora que no es habitual, evidentemente, es la que ha generado inquietud, pero no por ser excepcional deja de ser más grave. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señor Alli. Señor Cervera, tiene la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Les agradezco la posibilidad de explicar estas cuestiones con la serenidad debida y hacerlo, a lo mejor no tanto porque ya habremos llegado tarde para tranquilizar a las personas que están en la situación de ser tratadas por este tipo de equipos, que espero, por lo que ahora diré, que hayan recibido en todo caso una atención personalizada y la suficiente información, sino también para tratar de tranquilizar a los ciudadanos de Navarra en cuanto a las posibilidades que existen de responder a situaciones de este tipo, y, tranquilizando a los ciudadanos de Navarra, tratar de fomentar que efectivamente esa conciencia que puedan tener al respecto de lo sanitario esté bien formada y, por tanto, tenga mayor consistencia.*

Quiero indicarles que el día 6 de octubre de este año, los doctores Valerdi, jefe del servicio de oncología, y Rubio, del servicio de radiofísica, me hicieron llegar un informe que voy a leer en sus grandes consideraciones. Dicen aquí que la avería del acelerador lineal se detectó en la mañana, en concreto a las siete horas, del día 22 de septiembre, siendo entregado con la reparación efectuada ya al servicio de radiofísica para su calibración en el fin de semana del 2 al 3 de octubre. Ha iniciado su actividad de forma programada el lunes 4 de octubre a las 7 horas como es habitual.

Y ahora haré una breve sinopsis de la cronología de la avería. Se dice en este informe, y leo textualmente, que “el número de pacientes en tratamiento el día de la avería era exactamente de 57. Todos los pacientes fueron informados de la situación continuamente mediante llamada telefónica personal a cada uno de ellos en más de dos ocasiones. Aquellos pacientes –dicen– que por motivos asistenciales no era aconsejable el paro terapéutico fueron trasladados a la unidad de cobaltoterapia para continuar su tratamiento”.

Quiero indicarles, y esto como anotación propia, que al margen de que ese informe indique que a todos los pacientes, a esos 57, se les informó adecuadamente de que había que interrumpir su tratamiento de forma temporal, cierto es que ya había algún paciente que había salido incluso desde Tudela con una ambulancia y parece que no fue posible la localización. Pero, en principio, desde el servicio informan de que se hizo no ese esfuerzo sino esa obligación de llamar y de informar personalmente a todos sobre esta situación.

Continúo leyendo el informe, que dice: “En ningún momento de la avería existió riesgo para los pacientes ni desde el punto de vista técnico ni

desde el punto de vista terapéutico en relación con el proceso clínico evolutivo de su enfermedad". Dicen además: "No se consideró necesario enviar pacientes a otro centro hospitalario –Clínica Universitaria– dado que todos los pacientes estaban planeados y tanto las protecciones como moldes y cálculos físicos realizados".

Leo textualmente tal como está redactado. "Valorándose que el proceso de reparación y continuación de los tratamientos iba a ser más corto que el tiempo necesario para iniciar dichos tratamientos en otro centro. Dicha situación ya se nos planteó en enero del año 98, en la que se realizaron traslados a dicho centro asistencial, siendo la demora de su puesta en tratamiento en dicho centro mayor que la que padecemos en nuestro servicio. Todo ello nos desaconsejó la remisión de pacientes". Haré el comentario a continuación.

"La parada por avería duró dos días más que las paradas preventivas obligatorias que son de cinco días, a las que se suman los dos días de calibración por el servicio de radiofísica, que también se realiza en sábado y domingo como en esta ocasión". Añade el informe que "actualmente, con la dotación técnica que se posee y la presión asistencial, se hace preciso programar ya –cita la palabra programar ya– una renovación tecnológica que consistiría, por una parte, en cambiar la unidad de cobaltoterapia por un nuevo acelerador de última generación y, asimismo, considerar que el acelerador lineal que tenemos en funcionamiento tiene una antigüedad de ocho años, pero como tiene una vida activa intensa, dado que tiene una utilización intensiva de doce a catorce horas, se considera que le quedan entre dos y cuatro años y que será preciso considerar ya su renovación".

Este informe está fechado el día 6 de octubre. A mí me pareció que la información debería ser complementada y a tal efecto oficié al Servicio Navarro de Salud, a la Subdirección de Atención Primaria para que informaran sobre las características generales del acelerador, sus características técnicas, sus programaciones, el personal que lo maneja, el protocolo de utilización, así como la información general sobre los tratamientos, es decir, qué tipo de procesos son los que habitualmente utilizan esta alternativa terapéutica, las características de los tratamientos, las causas más frecuentes de intervención de los tratamientos, etcétera, posibles repercusiones clínicas ante la interrupción de tratamientos, etcétera, y además información y opinión sobre los hechos que generan la queja manifestada públicamente sobre si se actuó conforme a costumbre y protocolos, sobre si se consideran los plazos medios de aviso y las respuestas de cada responsable y operario normales o no, sobre si se valoraron derivaciones a otros centros, etcétera.

A tal efecto, se me ha remitido una información que sería prolija de leer, aunque evidentemente está a disposición de todos ustedes, pero de esa información se extrae lo siguiente. En primer lugar, según se informa, en ningún momento de la avería existió riesgo para los pacientes ni desde el punto de vista técnico ni desde el punto de vista terapéutico en relación con el proceso clínico-evolutivo de su enfermedad. Quiero indicarles a este respecto que la decisión de no derivar a los pacientes a la Clínica Universitaria fue una decisión estrictamente profesional, fue una decisión en la que evidente mente ningún responsable de gestión ni del centro ni menos del Servicio Navarro de Salud ni menos de la Consejería o Departamento de Salud tuvimos nada que opinar. Ésta es una decisión estrictamente técnica y, según se me informa en esta documentación, el hecho de que no exista riesgo para los pacientes se justifica en una razón fundamental, y es que estos aceleradores lineales ciertamente atacan las tumoraciones, pero las atacan por un proceso de acumulación y de esa forma nos encontramos con que el espaciar las dosis, espaciar los ciclos se justifica más por las propias condiciones generales del enfermo, que no se vea sometido a unos choques de radiación persistentes y continuos durante varios días, que por la propia dinámica del tumor y la historia natural de la enfermedad donde, como digo, al final se pueden atacar estas tumoraciones mediante un proceso de acumulación. Por tanto, se puede jugar con una cierta flexibilidad en el espaciamiento de las dosis puesto que poder espaciar algo más las dosis se justifica mucho más en términos de calidad de vida del propio enfermo que en términos de necesidad terapéutica para poder cohibir el desarrollo de la tumoración. No sé si este concepto ha quedado claro, si no es así procuraré hacerlo de una forma más explícita.

En cualquier caso, también se informa en la documentación que tengo presente que se informó a los pacientes de modo permanente a través del propio servicio de oncología y si ciertamente esto no se hizo con adecuación en todos los casos por las razones que fuera, desde luego, yo pido disculpas en nombre del Departamento y del Servicio Navarro de Salud, porque como es cierto y lo he comentado anteriormente no basta con que tengamos unos medios técnicos adecuados sino que si hablamos de calidad tenemos que hablar también de ese trato al enfermo como persona que es y que, desde luego, exige que esté perfectamente informado sobre sus procesos, procedimientos y necesidades y actuaciones terapéuticas específicamente.

Quiero reiterarles que la decisión de no derivar pacientes a la Clínica Universitaria fue estrictamente profesional, en ningún momento se intervino desde la gestión. Quiero comentar que en anteriores ocasiones cuando ha habido una parada del

acelerador con duración igual a la que nos ocupa, y en concreto se registraron paradas en julio del 97 y enero del 98, se derivaron pacientes a la Clínica Universitaria solamente en los casos en los que el servicio de oncología lo consideró oportuno. En ambas situaciones fueron atendidos en la Clínica Universitaria más tarde que respecto a la demora que supuso la avería del acelerador lineal propio.

Quiero indicarles, y esto es importante, que incorporar a un paciente a un tratamiento de estas características no se hace como se puede hacer en el caso de darle un determinado fármaco o producirle una determinada intervención quirúrgica. Es decir, para que una persona se pueda someter a un tratamiento de estas características los propios responsables del servicio y del equipamiento concreto tienen que hacer una serie de protocolos, que son unos protocolos extensos en el tiempo. Hay que hacer un molde de la zona donde se va a radiar y se tiene que hacer una emulación de la radiación porque, efectivamente, hay que saber calibrar en cualquier caso y en todo caso para las necesidades terapéuticas las dosis de la radiación y al mismo tiempo se tiene que hacer esto dentro de unos controles que no solamente son los propios controles clínicos sino también los propios controles técnicos radiofísicos del aparato. Por tanto, el que a un paciente se le traslade a tomar su dosis, por decirlo de forma coloquial, a otro acelerador lineal no es algo que se pueda hacer de forma inmediata, es decir, que simplemente se cruza la calle, como alguien dijo, y se puede tener ahí la alternativa terapéutica, sino que si eso se hubiera hecho hubiera requerido una protocolización de varios días, desde luego, días superiores a los que se considera que eran posibles de utilizar para arreglar este aparato.

Como digo, por criterio técnico en esta avería a cuatro pacientes, y reitero lo de criterio técnico porque, evidentemente, no todos los tumores son susceptibles de variabilidad terapéutica en este campo de la medicina nuclear, a cuatro pacientes se les trató en la unidad de cobalto del propio Hospital después de la valoración individual de todos los casos.

Y por último, tengo que decir que, a mayor abundamiento y tras la reparación de la avería, se han derivado cuatro pacientes nuevos a la Clínica Universitaria con el fin de aligerar una posible lista de espera. Éstos no son los pacientes que ya estaban en el protocolo de tratamiento de nuestro acelerador lineal sino los que se han incorporado que a esos sí se les ha derivado a la Clínica Universitaria precisamente para que no causen una mayor carga y, por tanto, se pueda sacar la posible lista de espera que se haya inducido al respecto.

Quisiera, por tanto, reiterarles que se ha actuado en este momento con criterio técnico estricta-

mente, que lo ha marcado el propio servicio de oncología, que no ha habido riesgo para los pacientes afectados. Esto es algo que nos preocupaba especialmente y los informes justifican que no ha habido ese riesgo para los propios pacientes afectados, más que el riesgo en términos de preocupación que, efectivamente, comparto con ellos, y que en todo caso se ha actuado conforme al protocolo establecido en casos de avería y mantenimiento del equipo.

Quiero reiterarles que hay dos cuestiones que creo que tienen que entender. La primera es que, efectivamente, el procedimiento terapéutico no es un procedimiento que dependa crucialmente del momento en el cual se establece la dosis porque es un procedimiento, como digo, por acumulación, y que ha sido perfectamente posible garantizar un correcto y dentro de los estándares tratamiento a los pacientes aun con este parón.

En segundo lugar, se considera que incluso interrupciones de los tratamientos por encima de dos semanas sí que requieren reajustes de dosis/tiempo, pero en este caso no se preveía superar esas dos semanas y, por tanto, desde el punto de vista clínico no se consideró necesario reajustar las dosis y los tiempos en los cuales se establecen estos tratamientos puesto que además existen modelos matemáticos de cálculo para hacer coincidir las correlaciones hasta alcanzar las dosis necesarias con el control de la enfermedad, con base en los tiempos de interrupción. Por tanto, y esto es un protocolo utilizado en todos los casos, no solamente en éste, y así me consta, en fallos por debajo de las dos semanas se puede obviar esa corrección y, por tanto, se puede perfectamente, sin que peligre la integridad clínica del paciente por este efecto terapéutico demorar esa corrección.

En cualquier caso, tengo que decirles que, efectivamente, esto no es tan sencillo como simplemente pasarlos a la Clínica Universitaria porque exige una protocolización muy compleja y, desde luego, no hubiera estado disponible en un plazo menor de tiempo que el que corresponde al arreglo de la avería.

Quiero indicarles también que, efectivamente, se ha planteado la renovación, más que la renovación inmediata sí que plantear esa renovación. El propio jefe del servicio, que seguro que es el más interesado en tener unos buenos equipamientos, nos plantea que este aparato todavía tiene una vida utilizable de entre dos y cuatro años, dentro de unos estándares correctos y de calidad. Ciertamente, no vamos a esperar a que eso se produzca en esos términos de dos a cuatro años, sino que ya hay una previsión en el presupuesto que se ha entregado para que esto se vaya ya planeando en sustitución. Por cierto, quiero indicarles, aunque sólo tienen mi palabra para cercionarse de ello, que esto lo habíamos incorporado al proyecto de

presupuestos antes de que se produjera esta contingencia que, evidentemente, lamento, pero que creo que desde el punto de vista de la gestión de los procedimientos y del plano estrictamente clínico de los pacientes no ha producido mayores problemas. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señor Cervera. Señora Arboniés, tiene la palabra.*

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *En principio, tomo la palabra del señor Consejero de que esto fue en todo momento una decisión terapéutica ajena a cualquier otra decisión organizativa o de otro calado.*

Se ha hablado del efecto acumulación del tratamiento, de la dificultad que supondría llevarlos a otro centro, pero en algunos casos y cuando ha habido urgencia otros centros se han tenido que fiar, por así decirlo, de las pautas, de la dosificación, de lo que ya estaba marcado en algunos pacientes, luego no sé si la dificultad era tan grande. En todo caso, no se preveía un paro superior a quince días, pero a algunos pacientes en principio les hablaron de dos, de tres días, al final fueron más y más días, y realmente no se les dio esa información que se les debería haber dado sino que ellos, en función de su miedo, y todos tenemos que entender que esta es una enfermedad en la que todavía de alguna manera hay muchos fantasmas, aunque no es así en la realidad, al final iban día a día con más miedo que otra cosa y demandaban una información que no siempre se les facilitó. Se les tenía que haber facilitado una información previa y esta previsión, desde luego, se arregló para el día 2, me parece, y entró en funcionamiento el día 4, pero en ningún momento supieron los pacientes cuándo iba a entrar en funcionamiento esto.

También quiero preguntarle si el plan, la ley que hay ahora mismo, el real decreto éste que además es básico sobre un plan que tiene que haber de calidad en este servicio, se va a hacer, qué plazo va a tener, porque realmente yo estaba viendo aquí una pormenorización tremenda sobre todos los aspectos, que parece que es poca cosa, pero son veinticuatro páginas sobre todos los aspectos que tienen que ser contemplados. Y si este plan se hubiera tenido que cumplir, desde luego, en esta ocasión no sé que nota habría que haber puesto a la actuación, pero seguramente una nota muy baja. Que nos sirva esto de precedente para futuras ocasiones en las que, desde luego, tiene que haber una garantía de que la decisión sea terapéutica, de que en ningún momento primen otros criterios y que aquellas personas que necesiten tratamiento lo tengan donde haya que tenerlo.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias, señora Arboniés. No sé si algún*

portavoz quiere hacer uso de la palabra. Señora Torres, tiene la palabra.

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, señor Presidente. Agradezco las explicaciones que nos ha dado el señor Consejero. Confío plenamente en la decisión de los profesionales, ellos más que nadie conocen las técnicas y si dicen que no existía riesgo ni físico ni terapéutico habrá que creerlo. Lo que a mí me ha sorprendido sobre todo es la atención que se les ha dado a estos pacientes porque, como comentaban antes los dos portavoces, hay una ansiedad, un clamor total, continuo, y tienen desconocimiento sobre estas terapias que se les aplican. Yo creo que hay que insistir en la información, darles la información adecuada, que no lo entiendan como una mala prestación de este servicio público y, desde luego, que cree precedente para que no vuelva a ocurrir. Muchas gracias, señor Presidente.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señora Torres. Señor Arbizu, tiene la palabra.*

SR. ARBIZU GOÑI: *Ha dicho, señor Consejero, que en ningún momento existió riesgo para los pacientes y yo, sinceramente, cuando lo dice, le tengo que creer. Ahora bien, cuando vienen y nos explican el problema hay una angustia tremenda dentro de esta gente, es decir, no ha habido esa comunicación que usted dice concretamente con esta gente que vino, no quiero decir con otra. Es posible que la mayoría de los pacientes hayan recibido explicaciones, pero nos vinieron unos pacientes que no las habían recibido, por lo menos cuando nos informaron. Es decir, verdaderamente había angustia en esta cuestión.*

Las explicaciones que usted nos ha dado, por lo menos a mí no me convencen mucho, la verdad, en el sentido de que me parece que son excusas. La cuestión de espera, la sustitución de piezas, alguien falló ahí, alguien fue el responsable, alguien tuvo una negligencia supina, desde nuestro punto de vista, en esta cuestión. Y en ese sentido, yo creo que usted es el responsable político de este departamento y entiendo que debería haber arbitrado ya una serie de soluciones, haber pedido responsabilidades a la gente que ha fallado, que usted dice que son técnicos, pero en última instancia yo entiendo que usted ahí también tiene una gran responsabilidad. Creo que hay que dar explicaciones poniendo los medios para que situaciones de este tipo no vuelvan a suceder. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señor Arbizu. Señor Consejero, tiene la palabra.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Simplemente, quiero agradecer la inquietud que se me transmite, que también es recogida*

directamente por el propio Gerente del Servicio Navarro de Salud y, efectivamente, por lo que ustedes dicen, que han tenido contacto directo con alguno de los afectados, pues si se ha producido un déficit de información es algo que, evidentemente, no podemos compartir y trataremos de solucionar - lo y de que no vuelva a ocurrir esto.

Quería comentarle dos cuestiones muy concretas a la señora Arboniés. Efectivamente, el protocolo que usted tiene es un protocolo de obligado cumplimiento y sin él no tendríamos la autorización del Consejo de Seguridad Nuclear, que es el que autoriza este tipo de instalaciones, por tanto, no tenga ninguna duda de que eso se cumple de forma específica y que precisamente hay personas que se ocupan de ello.

En segundo lugar, yo no creo que haya ningún servicio de radioterapia de otro hospital que admita un paciente simplemente fiándose de la calibración que hayan hecho en otro aparato, en otras circunstancias y por parte de otro criterio clínico, pues también hay que incorporar aquí el criterio clínico, no crean que esto es simplemente una máquina que se autocalibra. De hecho, en cuestiones más sencillas como, por ejemplo, si usted entra por una puerta de urgencias y necesita una transfusión y usted lleva una medallita colgada diciendo que es del grupo

cero positivo, yo estoy seguro de que aunque haya un médico que vea que usted lleva una medallita colgada con ese dato, si no le hacen la prueba cruzada previa y no califican su grupo sanguíneo no le ponen una sola dosis de transfusión. Evidentemente, esto es así y mucho más a la hora de poder poner a una persona en una situación de aplicarle una radiación porque, como digo, hay que calibrar, hay que hacer una emulación, hay que hacer un molde, hay que evaluar absolutamente todas las variables. Todos los aparatos están calibrados de forma distinta en cualquier otro sitio que se pueda considerar y yo no creo que, por tanto, pueda haber esa efectividad directa y esa rapidez en cuanto a la incorporación a otro aparato dentro de otro protocolo terapéutico.

En cualquier caso, reitero lo que les decía: les agradezco el trato que han dado a este tema y, desde luego, tomamos nota para intentar corregir las cuestiones que se hayan podido hacer mal.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias, señor Consejero. Agradeciendo la presencia de los señores Gallo, Calleja y Rábade y sin más asuntos que tratar en el orden del día, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESION A LAS 20 HORAS Y 3 MINUTOS.)