



# DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE NAVARRA

---

V Legislatura

Pamplona, 28 de junio de 2000

NÚM. 6

---

## COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. ALBERTO CATALÁN HIGUERAS

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 28 DE JUNIO DE 2000

### ORDEN DEL DÍA

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la negativa a crear dos [zonas de salud en Barañáin](#), así como la de un centro específico para [Echavacoiz norte y sur](#).
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la situación actual de las [listas de espera](#).
- Debate y votación de la moción presentada por Convergencia de Demócratas de Navarra por la que se insta al Gobierno de Navarra a presentar en el plazo de seis meses a esta Cámara Legislativa un plan de [prevención de drogodependientes](#) en las empresas de Navarra.

## SUMARIO

Comienza la sesión a las 16 horas y 34 minutos.

### **Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la negativa a crear dos zonas de salud en Barañáin, así como la de un centro específico para Echavacoiz norte y sur (Pág. 2).**

El Presidente de la Comisión, señor Catalán Higuerras, abre la sesión y cede la palabra a la representante del grupo 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).

En el primer turno de intervenciones toman la palabra la señora Torres Miranda, el señor Puyo Rebollo (G.P. Euskal Herritarrok), la señora Arboniés Bermejo (G.P. Izquierda Unida de Navarra-Nafarroako Ezker Batua) y el señor Basterra Layana (G.P. Convergencia de Demócratas de Navarra), a quienes responde, conjuntamente, el Consejero (Pág. 7).

En un segundo turno toman la palabra el señor Basterra Layana y la señora Arboniés Bermejo (Pág. 11).

### **Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la situación actual de las listas de espera (Pág. 11).**

Para presentar la iniciativa planteada toma la palabra la señora Torres Miranda, a quien responde el Consejero de Salud (Pág. 11).

En el turno de intervenciones toman la palabra la señora Torres Miranda, los señores Viñes Rueda (G.P. Unión del Pueblo Navarro) y Puyo Rebollo, la señora Arboniés Bermejo y el señor Basterra Layana, a quienes responde, conjuntamente, el Consejero (Pág. 20).

Se suspende la sesión a las 18 horas y 35 minutos.

Se reanuda la sesión a las 18 horas y 36 minutos.

### **Debate y votación de la moción presentada por Convergencia de Demócratas de Navarra por la que se insta al Gobierno de Navarra a presentar en el plazo de seis meses a esta Cámara Legislativa un plan de prevención de drogodependientes en las empresas de Navarra (Pág. 26).**

Para la defensa de la moción toma la palabra el señor Burguete Torres (G.P. Convergencia de Demócratas de Navarra). En el turno a favor intervienen el señor Puyo Rebollo y la señora Arboniés Bermejo. En el turno en contra, el señor Garijo Pérez (G.P. Unión del Pueblo Navarro) y la señora Torres Miranda. (Pág. 26).

Se vota la moción y se rechaza por 3 votos a favor y 9 en contra (Pág. 30).

Se levanta la sesión a las 18 horas y 57 minutos.

(COMIENZA LA SESION A LAS 16 HORAS Y 34 MINUTOS).

### **Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la negativa a crear dos zonas de salud en Barañáin, así como la de un centro específico para Echavacoiz norte y sur.**

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuerras): *Buenas tardes. Se abre la sesión de la Comisión de Sanidad, con la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud, señor Cervera, para informar sobre la negativa a crear dos centros de salud en Barañáin, así como la de un centro específico para Echavacoiz norte y sur, presentada por el grupo socialista. Para la presentación de esta comparecencia tiene la palabra la*

*portavoz del Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra en la Comisión de Sanidad, señora Torres.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, Presidente. En primer lugar, damos la bienvenida al Consejero y les deseamos a todos buenas tardes. Mi grupo solicitó la comparecencia del señor Consejero de Salud con fecha de 8 de marzo a instancias de la iniciativa del grupo municipal socialista de Barañáin, preocupados, como lo estaba todo el Ayuntamiento, por un proyecto de decreto foral enviado por el Departamento de Salud a ese ayuntamiento en el que se pretendía reordenar la zonificación sanitaria, incorporando a Barañáin algunas zonas del término municipal de Pamplona.*

*Actualmente Barañáin dispone para su atención sanitaria de un centro de salud que atiende a toda la población. Este centro de salud, que fue uno de*

los primeros que se creó en Pamplona, se construyó para una previsión aproximada de 12.000 personas, y actualmente la población de Barañáin asciende a 21.000, más una población flotante de estudiantes y jubilados familiares de residentes en torno a 3.000, por lo que el actual centro de salud resulta insuficiente y urge la necesidad de construcción de otro nuevo centro de salud.

En Navarra no existe una zona básica de salud con dos centros de salud, y por otra parte la Ley Foral 22/1985, por la que se establece la zonificación sanitaria de Navarra, dice que el centro de salud constituirá la estructura física y funcional que atenderá preferentemente las áreas de dirección, coordinación, programación, evaluación, docencia e investigación, y establece también zonas básicas de especial actuación en atención a determinadas circunstancias de dispersión, aislamiento, inaccesibilidad, situación fronteriza o especialmente deprimida, como podría considerarse Echavacoiz. A estas zonas de especial atención permitirían prestarles mejoras, apoyos, recursos, de modo que el sistema sanitario alcance en dichas zonas un nivel de calidad similar a las restantes zonas básicas, y así los servicios sanitarios serían accesibles, equitativos y universales para todos los vecinos. Por tanto, la estructura organizativa de una zona básica de salud es el centro de salud y el equipo de atención primaria.

Por lo que se desprende también de diferentes informaciones, el Consejero de Salud no es partidario de crear dos zonas básicas de salud en Barañáin, como lo es el Ayuntamiento o el equipo de atención primaria. Señor Consejero, mi grupo desearía conocer las razones que le han llevado a su consejería a esta negativa, las razones que le llevan a la reordenación de esta zonificación, cómo está actualmente el tema y qué piensa, qué actividades o medidas piensa llevar a cabo y si considera oportuno reconducir el tema, llegar a un consenso. Nada más. Gracias, Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Gracias, señora Torres. Señor Consejero, tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): Gracias, señor Presidente. Señoras y señores Parlamentarios, buenas tardes. Efectivamente, a petición del Grupo Parlamentario Socialistas del Parlamento de Navarra comparezco ante esta Comisión de Sanidad con el objeto de informar sobre lo que dicho grupo ha calificado en su escrito, y acaba de calificar en las palabras de su portavoz, como la negativa a la creación en el municipio de Barañáin de dos zonas de salud propias para la localidad y de un centro de salud específico para los vecinos de Echavacoiz norte y sur.

Esta comparecencia entiendo, y voy a intentar después de afirmar esto razonar lo que afirmo, que ha sido fruto de una desagradable manipulación política sobre este asunto, que además creo que se consideró en un momento tan propicio como fue en la proximidad de las anteriores elecciones generales, cuando cualquier excusa y cualquier motivo parecía el adecuado para instalar un cierto debate y una cierta polémica pública que, desde luego, creo que no se corresponde con la racionalidad de las actuaciones del Departamento de Salud en esta materia.

De alguna forma, estoy convencido de que esta comparecencia no se hubiera solicitado en el momento presente, ya que el Departamento de Salud ha hecho público, y también lo ha podido trasladar a las partes concernidas, el trabajo que está realizando en este sentido, y que ahora explicaré ante sus señorías, y el Departamento de Salud ha dejado siempre claro que es el primer y mayor interesado en la construcción de un nuevo centro de salud en Barañáin y ha sido su primer y principal impulsor. De hecho el Departamento de Salud fue el que solicitó hace dos años la cesión de una parcela para construir un nuevo centro sanitario tras evaluar las necesidades asistenciales previsibles y la evolución de la demanda sanitaria.

Por nuestra parte, en el Departamento de Salud entendemos que en ningún momento se ha actuado en contra, por supuesto, de ningún criterio que recoja en estos momentos la legislación foral sobre materia sanitaria, sino que, por otra parte, se han seguido una serie de criterios de planificación profesional basándonos en el estudio y en el análisis de varios informes técnicos que obran en el departamento.

Estos criterios, evidentemente, no pueden hacer otra cosa que perseguir una atención sanitaria de mayor calidad para los vecinos de Barañáin y para los ciudadanos que siendo de Pamplona habitan en Echavacoiz norte o sur, puesto que esta planificación que propusimos las entidades locales nos permitiría aproximar estos vecinos a la zona más cercana a su lugar de residencia en cuanto al recurso sanitario que se les ofrecía.

El Departamento de Salud considera que Barañáin debe contar con dos centros de salud que bien pudieran estar integrados en una única zona básica que, por tanto, estaría gestionada por un único equipo directivo. Entendemos que crear sectores en la zona no sólo perjudica el principio de libre elección del ciudadano, sino que además puede generar desventajas organizativas y de coordinación entre el personal sanitario al no estar integrado en un mismo espacio.

Una vez realizada la correspondiente emulación o trabajo de planificación sobre lo que era en estos

momentos la realidad poblacional y de las necesidades asistenciales de Barañáin, nos pusimos a trabajar en cuanto a que ello había que trasladarlo a una normativa, y, tal y como está establecido en la actual legislación foral, trasladamos una propuesta de normativa a las entidades locales afectadas en la materia como resulta preceptivo.

Nuestras decisiones, por tanto, en esta materia no son en estos momentos de ninguna forma definitivas; todavía no se ha firmado ninguna propuesta de decreto foral elevado al Gobierno de Navarra, de forma y manera que todavía no hay una decisión tomada, pero sí que hemos avanzado esa decisión con el concurso de la opinión de las entidades locales que han sido consultadas en la materia, como está establecido en la propia legislación foral. Por tanto, tenemos el primer elemento de juicio basado en esos estudios técnicos que siempre hemos intentado acompasar, además, con el propio consenso que podamos tener con las entidades locales a través de la preceptiva audiencia de los órganos de representación de las partes interesadas o afectadas por la alteración de la demarcación territorial.

Quisiera citarles brevemente una serie de antecedentes sobre esta cuestión. Les diré que la Ley 22/85, de zonificación sanitaria de Navarra, constituye en su momento la zona básica de Barañáin, esa zona básica se implanta en 1986 con una población de 14.370 personas, que se ha incrementado hasta llegar a ser de 21.462 en estos momentos. El crecimiento de la población ha culminado al haberse completado todo el terreno disponible para la edificación.

En el año 1981, seis años después de la Ley de zonificación sanitaria, se proyecta el centro de salud de Barañáin. Se somete a varias remodelaciones para adecuar el espacio disponible a las nuevas necesidades de espacios y se genera el correspondiente edificio.

En el año 1988 la Dirección de atención primaria plantea construir un nuevo centro de salud. Son siete años después y lo hace después de valorar el incremento poblacional que registraba Barañáin.

En 1990 comienza la construcción de Echavacoiz norte, que, como bien saben ustedes, es un territorio perteneciente al municipio de Pamplona pero que físicamente se encuentra separado nada más que por una calle de lo que es el macizo de construcción de Barañáin. Son mil viviendas separadas, como digo, de Barañáin por una avenida, y que pertenecen, en principio, por el alcance territorial de donde estaban construidas, a la zona básica de salud de Zizur-Echavacoiz.

Entendemos, por tanto, que para esas viviendas en su momento el recurso sanitario más cercano es el consultorio de Echavacoiz sur al máximo de su

capacidad y que está ubicado en una bajera cuya ampliación es imposible. Por tanto, se barajaron dos posibilidades: la primera, adscribir Echavacoiz norte a Barañáin, contemplando la construcción de un nuevo consultorio para esta zona de Echavacoiz norte afectando a esas mil viviendas. Se hicieron informes técnicos en los años 92, 96 y 98 y el Servicio de planificación y evaluación del Departamento de Salud realizó estos informes a la vista de la situación de desbordamiento por el aumento de la población del centro de salud de Barañáin y de las necesidades de resolver la atención sanitaria del nuevo asentamiento de Echavacoiz norte. Se hizo en su momento una propuesta que consistía en construir un consultorio nuevo manteniendo la zona básica en Barañáin y adscribir a Barañáin sólo Echavacoiz norte. Sin embargo, esto, como luego veremos, se desechó a la vista de las dimensiones y de las realidades que se consideraron posteriormente.

Se hizo en su momento —y estamos hablando como digo de hace unos años— el primer proyecto de decreto foral a raíz de un informe de julio de 1998. Además de otros cambios de zonificación se planteaba adscribir Echavacoiz norte a Barañáin y todo ello con la consulta preceptiva a los ayuntamientos y a los consejos de salud implicados, de orden y manera que las alegaciones presentadas nos indicaban lo siguiente por aquel entonces: por una parte, el Ayuntamiento de Barañáin se negaba a la inclusión de Echavacoiz norte en tanto no se dispusiera de un centro de salud suficiente, lo cual parece absolutamente lógico. El Consejo de Salud de Barañáin se niega y solicita al mismo tiempo un nuevo centro de salud, lo cual parece también lógico. El Ayuntamiento de Pamplona mantenía la unidad de barrio en una única zona de salud autónoma o dependiente de Barañáin. El Ayuntamiento de Zizur Mayor, también implicado, puesto que era la parte que se pretendía desgajar de lo que era la anterior zonificación, solicitó ya en su momento excluir Echavacoiz de la zona básica de Zizur. El Consejo de Salud de Zizur-Echavacoiz solicitó la anexión de todo Echavacoiz a Barañáin, e incluso hay una iniciativa del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida en enero del 99 donde se realiza una pregunta parlamentaria que, a la vez que pregunta, argumenta su opinión contraria a la división del barrio de Echavacoiz y pregunta acerca de si se ha considerado la posibilidad de que se atienda todo Echavacoiz en una única zona básica.

En cualquier caso, después de esta realidad que, como digo, nos pone de manifiesto la opinión de las entidades en estos momentos implicadas, ayuntamientos o consejos de salud, se plantea una solución que parece más acorde con la lógica de las opiniones de estas partes implicadas, y así se plantea a los propios ayuntamientos adscribir todo

*Echavacoiz a la zona básica de Barañáin. Se plantea posponer esta adscripción, además, a la puesta en funcionamiento del segundo centro de salud, y, por lo tanto, entendemos y entendíamos y seguiremos entendiendo que con ello dábamos cumplimiento a lo que habían sido las alegaciones tanto del propio Ayuntamiento de Barañáin en el año 98 como del propio Consejo de Salud de Barañáin, donde decían que no se debería modificar la adscripción de la zona básica hasta tanto en cuanto no estuviera construido un nuevo centro de salud, que, vuelvo a reiterar, constato que es un centro de salud en estos momentos necesario para esa población.*

*Por tanto, se pospuso en esa normativa que se envió a las entidades locales para que argumentaran lo que tuvieran a bien argumentar, que se pospondría esa adscripción a la puesta en funcionamiento del segundo centro de salud que pretendíamos ubicar en el propio municipio de Barañáin. Fue así como en el mes de febrero de este año se envía a todos los ayuntamientos, concejos y consejos de salud afectados esta propuesta.*

*A esta propuesta se presentan una serie de alegaciones. El propio Ayuntamiento de Pamplona valora los cambios correctamente y estima positiva la propuesta que se les hacía. El Ayuntamiento de Barañáin, por su parte, rechaza la adscripción a través de un acuerdo de pleno, que considero que es un acuerdo declarativo y político, es decir, creo que no es un acuerdo que esté basado en la evaluación y la contingentación de una determinada realidad que se pueda circunscribir a números y parámetros objetivos, sino que es un documento, una alegación que parte de un acuerdo de pleno, por supuesto perfectamente legítimo, pero yo creo que con unos parámetros de decisión que, desde luego, no eran los que tal vez las cifras hubieran indicado. El Consejo de Salud de la zona básica de Zizur-Echavacoiz aprueba o se muestra favorable a esos cambios que se proponen, y el Consejo de Salud de la zona básica de salud de Barañáin no se pronuncia en este procedimiento.*

*Con esto les quiero indicar, señoras y señores Parlamentarios, que, efectivamente, hemos trabajado en dos propuestas, o por lo menos en el Departamento de Salud constan dos propuestas distintas, y, en todo caso, hemos mantenido el procedimiento que consiste en evacuar consultas a las entidades locales y a los propios consejos de salud para, cumpliendo la ley y cumpliendo también la lógica, tratar de incorporar sus apreciaciones en este tema.*

*En estos momentos lo que más nos preocupa en el Departamento de Salud es la situación que se refiere a la posible construcción del nuevo centro de salud Barañáin II, y eso es así porque al margen de lo que entiendo que sigue siendo una disquisi-*

*ción de orden administrativo y de planificación, cual es lo que se decida sobre la zona básica, hay una realidad muchísimo más patente para los propios ciudadanos, que es que el actual centro de salud es un centro congestionado y es un centro que necesitaría tener un complemento en otro centro de salud también en Barañáin. En este sentido llevamos haciendo unas gestiones más de dos años, y desde hace más de dos años personas del Departamento de Salud hemos tenido la oportunidad de acudir a Barañáin a buscar materialmente solares o lugares en los cuales pudiera hacerse una edificación que respondiera a lo que eran en estos momentos los estándares de calidad constructiva y de singularidad constructiva que tienen los centros de salud en Navarra.*

*En el año 98 el propio Ayuntamiento de Barañáin ofreció unas bajas, pero entendía el Servicio Navarro de Salud a través de sus servicios técnicos que esas bajas, aunque tenían los metros suficientes como para poder alojar un centro de salud, realmente no cumplía con las expectativas en las cuales los ciudadanos navarros están adecuadamente instalados, que es que cuando se pretende edificar un centro de salud se pretende que haya una edificación singularizada, una edificación en un entorno adecuado y que, por tanto, el centro de salud Barañáin II tuviera una calidad constructiva y un entorno urbanístico similar al que tienen tantos y tantos otros centros de salud en la Comunidad Foral.*

*Posteriormente incluso se barajó la posibilidad, y así se trasladó al Ayuntamiento de Pamplona, de edificar un centro de salud en un solar dotacional de Echavacoiz norte, pero al final se llegó a una solución que propuso el Ayuntamiento de Barañáin, que era la que ustedes conocen y ahora concretaré algo más respecto a la recalificación y a la utilización de terrenos del antiguo centro de cálculo de la Caja de Ahorros de Navarra.*

*Por lo tanto, creo que se constata esto que les comento de que la Dirección de atención primaria y todo el Departamento de Salud han mantenido sucesivas negociaciones para conseguir la cesión de un solar adecuado y finalmente parece haberse llegado a un acuerdo respecto a uno. Es decir, se ha podido localizar uno, que es el que corresponde al nuevo proyecto de urbanización del antiguo centro de cálculo de la Caja de Ahorros de Navarra.*

*Pero quiero decirles, señoras y señores Parlamentarios, que a fecha de hoy no consta la cesión de este terreno. No tenemos este terreno y, por tanto, no podemos completar y proseguir lo que es nuestra pretensión de construcción de un nuevo centro de salud en Barañáin. Este es un elemento, evidentemente, limitativo. Nosotros no podemos encargar un proyecto sobre un terreno del cual no somos titulares y, como digo, a fecha de hoy toda-*

vía no se ha producido esta cesión que tiene que ser el primer elemento en la sucesión de actuaciones que al final nos conduzcan a tener un nuevo centro de salud en Barañáin, como desde luego es nuestra voluntad y nuestro propósito.

El programa funcional del nuevo centro necesario para encarar el anteproyecto de la obra está hecho, es decir, sabemos qué necesidades tendría que cubrir ese centro. Sabemos, por tanto, qué requerimientos de espacio y de dimensión tendría que tener ese centro pero desde hace medio año el Departamento de Salud, a pesar de que solicitó a la Comisión de Urbanismo del Ayuntamiento de Barañáin las condiciones concretas topográficas de edificación del centro, todavía no las ha recibido, por lo que no se ha podido encarar el anteproyecto. Hay una serie de datos de población que creo que han sido ya elocuentemente comentados, el hecho de que tenemos una evolución de cuál es la población tanto de Barañáin como de Echavacoiz norte. Ya se ha dicho que en el año 1991 en Barañáin había 17.000 personas; en el año 2000 hay más de 21.000 personas, y en Echavacoiz en el año 1991 había 3.500 y en estos momentos en Echavacoiz norte hay 1.782 y en el total de Echavacoiz hay 4.697.

Por tanto, sabemos perfectamente dimensionar la plantilla que sería necesaria para cubrir esta población y, por tanto, la definición de los espacios que fueran necesarios para habilitar este nuevo centro de salud. Y pensamos en el departamento —y por eso hicimos esa propuesta que conocen los ayuntamientos y seguro que también sus señorías— que de los datos que tenemos en estos momentos tanto de población como de plantilla se desprende que, en términos cuantitativos, es imposible o muy difícil la re zonificación de Barañáin y Echavacoiz contemplando una futura expansión territorial que perjudique la calidad sanitaria de su población, más bien al contrario. Por eso precisamente es por lo que hemos hecho la propuesta que hemos cursado a los ayuntamientos y a los consejos de salud de las zonas: para asegurar en todo momento una asistencia sanitaria de calidad.

Pensamos que el segundo decreto, es decir el que incorpora Echavacoiz a la zona básica de Barañáin, es el que mejor nos presenta la posibilidad de adscribir esa población y que, en cualquier caso, el Gobierno de Navarra, el Departamento de Salud no pretende realizar este cambio de adscripción, es decir, no pretende modificar la zonificación sanitaria hasta la puesta en marcha de un nuevo centro de salud. Ciertamente, si hemos cometido en este caso algún error habrá sido el de actuar con una anticipación cercana a los dos años, puesto que dos años antes de poder tener en marcha el nuevo centro de salud, y sigue retrasándose no porque así lo quiera el Departamento de

Salud, sino porque no se dispone de la parcela, como digo, dos años antes hemos puesto ya en marcha la capacidad normativa para modificar la zonificación sanitaria.

Por tanto, señorías, y a modo de conclusiones les diría que entiendo que ni el Ayuntamiento de Barañáin en su declaración política, en su acuerdo de pleno, ni creo que tampoco en este caso en las apreciaciones públicas del Partido Socialista existe razón, ya que en este proceso, paradójicamente, la falta de realización material del segundo centro de salud depende única y exclusivamente de dicho consistorio, del Ayuntamiento de Barañáin y del incumplimiento de sus obligaciones, al no haber procedido todavía a la cesión de ninguna parcela, a pesar de que ha justificado la operación urbanística del antiguo centro informático de la Caja de Ahorros precisamente en la posibilidad de generar un solar para esta finalidad.

No voy a hacer ningún comentario adicional respecto a la situación en la cual este convenio urbanístico está, pero sí que quiero recordar a todos ustedes que lo que justificó esa operación urbanística era en primera instancia poder habilitar un terreno hábil para la construcción de un centro de salud, terreno que hay que reconocer que no existía en otra localización topográfica del municipio de Barañáin. Sin embargo, por los problemas que ustedes conocen tanto como yo, todavía ese convenio urbanístico no ha permitido que lo que se suponía que era su pretensión inicial, es decir, ceder al Gobierno de Navarra una parcela, se haya producido.

Por tanto, entiendo y esto no quiero que se tome como una crítica ventajista, sino creo que sólo como una descripción de la realidad, que el Ayuntamiento de Barañáin es el que está demorando la construcción de un segundo centro de salud, porque no ha posibilitado todavía la cesión de la parcela para comenzar el proyecto y la construcción del edificio, a pesar de que la solución que parece que va a ser la que al final se adopte es una solución que está ya decidida desde hace más de un año.

Por tanto, quisiéramos indicarles también, señorías, que en nuestro entender hay que distinguir absolutamente la decisión de construir el segundo centro de salud —que es una cuestión que ya se ha decidido y que nos parece que es absolutamente perentoria esta decisión de construir un segundo centro de salud, y creo además que es lo que realmente interesa a los ciudadanos— de lo que es la propia modificación de la planificación sanitaria y la zona básica, y especialmente sobre lo que se refiere a la adscripción de Echavacoiz. Resulta un engaño a la opinión pública, y así lo dijimos cuando tuvimos que responder, les recuerdo, en campaña electoral a lo que se había dicho al res-

pecto, mezclar y confundir esos dos términos. Es perfectamente posible dentro de nuestro ordenamiento jurídico la existencia de una misma zona básica con dos centros sanitarios diferentes, como parece lógico en este caso. Lo realmente importante es hacer posible la construcción de un nuevo centro de salud, como pretende el Departamento de Salud y no el concepto administrativo de la planificación de la zona básica sobre lo que versa la interpelación parlamentaria.

En cuanto el Ayuntamiento de Barañáin haga efectiva la cesión del solar, y como les comento, cuando quiera es tarde ya, el Departamento de Salud encargará el anteproyecto de construcción del centro cuya partida está contemplada en los presupuestos de este año y que incluso se puede perder si el consistorio de la zona no cumple con sus responsabilidades o, por lo menos, con lo que asume como responsabilidad desde la argumentación política. Llama la atención, por tanto, que dicho ayuntamiento, que muestra su rechazo a la propuesta de reordenación sanitaria entendiéndola que la población de Barañáin ya es suficiente para que tenga una reordenación propia de su término sin adscripciones de barrios de Pamplona, sea precisamente el que esté negando esta posibilidad de construir una infraestructura sanitaria necesaria para la población. Es más, no desea precisamente que el barrio de Barañáin se mezcle con el de Pamplona, como parece indicar su acuerdo de pleno. Y es una actitud realmente sorprendente cuando con motivo del establecimiento de un gran centro comercial en esa área se ha mostrado especialmente interesado en que Barañáin se convierta en un centro de atracción comercial y de polarización con un discutible beneficio económico encargado de nutrir a las zonas limítrofes.

Por tanto, aquí creo que la versión o la visión comarcana o comarcal de la realidad de la conurbación de Pamplona pues realmente parece que contrasta en un caso y en otro. Hay que ser, por tanto, consecuentes con las actuaciones y no regirse sólo por intereses mercantilistas, sino también cumplir con la obligación de satisfacer la demanda de servicios del ciudadano, servicios que, como se está demostrando día a día, son compartidos en su gran mayoría por los vecinos de Barañáin y Pamplona por el natural devenir de sus comportamientos.

Es evidente, por tanto, que no se pueden establecer barreras donde los propios ciudadanos las están eliminando y mucho menos en la situación en la cual antes les decía que se encuentra Echavacoiz norte, separado solamente por una calle de lo que es la urbanización del término concreto de Barañáin. Por tanto, les reitero que nuestra decisión de construir un nuevo centro de salud es firme, y creo que esto es lo que realmente interesa a los ciudada-

nos, y que esta decisión nos permitirá una atención sanitaria de mayor calidad y con una mejor cercanía en la parte sur y este de la localidad. Además nos permitirá incrementar los recursos sanitarios de Barañáin para adecuarlos mejor a las necesidades de una población creciente o por lo menos muy distinta en sus términos generales de lo que era hace unos años; nos permitirá además aumentar el grado de libertad de los usuarios a la hora de acceder al médico; y además nos permitirá mejorar la atención sanitaria del ciudadano que siendo de Pamplona habita en Echavacoiz norte o sur dotados de una mejor infraestructura y de unos mejores servicios.

Ésta es la propuesta, por tanto, que contempla el anteproyecto de decreto foral que se remitió a las entidades locales y a los consejos de salud de las zonas básicas. Reitero que todavía el Gobierno de Navarra no ha adoptado ninguna decisión al respecto. La decisión la tendrá que elevar al consejo de gobierno el Consejero de Salud y se tendrá que plasmar en un decreto foral, y que ese decreto foral evidentemente todavía no está aprobado, está en fase de redacción y que para poderlo redactar adecuadamente no solamente tendremos en cuenta las opiniones de los ayuntamientos y de las zonas básicas concernidas, sino que también, con la oportunidad que nos da esta comparecencia en este Parlamento, seguro que también podremos incorporar y escuchar los argumentos que los grupos parlamentarios quieran expresar en esta materia. Gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señor Cervera. Tiene la palabra la señora Torres.

SRA. TORRES MIRANDA: Gracias, Presidente. Agradecemos las explicaciones que nos ha dado el Consejero, y le diremos que, lejos de una manipulación política, este grupo socialista sólo ha hecho de una forma correcta atender a una preocupación que tenía el grupo municipal socialista y también el Ayuntamiento de Barañáin, debido a que se envió un proyecto de decreto foral por la reordenación de la zonificación sanitaria. Entiendo que la propuesta ya está decidida, que no cabe ninguna otra propuesta, aunque nuestro grupo entiende que hay otras posibilidades, que hay otras alternativas que se podrían discutir si existiera una voluntad política. Creemos que Echavacoiz se podría al menos atender creándose una zona básica de salud, porque Echavacoiz tiene todavía grandes expectativas de crecimiento; no es una población de segunda, y creíamos que la atención sanitaria estaría mejor contemplada de esa otra forma, pero también hay otras alternativas.

No ha contestado a la pregunta sobre la negativa de creación de dos zonas básicas de salud, que nuestro grupo entiende que es importante el plante-

amiento porque no hay una zona básica de salud en Navarra con dos centros de salud y, además, sí que hay dentro de la misma localidad, como puede ser Tudela o San Juan, dos zonas básicas de salud.

Entendemos que ya está la decisión tomada, que no cabe ninguna alternativa y así se lo trasladaremos a los vecinos de Barañáin. Gracias, Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Gracias, señora Torres. ¿Portavoces que desean intervenir? Señor Puyo, tiene la palabra.

SR. PUYO REBOLLO: Muy breve porque creo que a pesar de que el señor Consejero haya dicho que va a tener en cuenta las opiniones de los grupos parlamentarios, nuestro grupo lo pone un poco en duda, no por lo que pueda opinar nuestro grupo sino por lo que puedan opinar los demás, teniendo en cuenta un poco cómo es el talante del señor Consejero en este tipo de cuestiones.

Por lo que he podido entender parece ser que si no hay un segundo centro de salud en Barañáin resulta que es por culpa precisamente del Ayuntamiento de Barañáin, que creo –y, si no, ya me corregirán– que de manera unánime y mayoritaria se pronunció en favor de la solicitud, que, por otra parte, tenemos que anunciar que nosotros hacemos nuestra también, de la creación de dos zonas básicas cada una con su propio centro de salud, su propio consejo de salud y su propia organización. Compartimos ese criterio y lo que no compartimos es pretender echar fuera y pretender decir que el principal problema ahora es que no se ha cedido la titularidad del solar para decir que se está frenando, de alguna manera, la posibilidad de poder hacer el propio centro de salud. En lo que parece que todo el mundo coincide es que Barañáin necesita dos centros de salud pero no si tiene que ser compartido o no.

De alguna manera, sí que hay algo que me ha llamado la atención, y es que el señor Consejero se ha dedicado a criticar la decisión tomada por el Ayuntamiento de Barañáin cuando en su solicitud de reorganización sanitaria ha dicho que eso no era posible porque iba a mermar la calidad de la atención sanitaria en vez de ir en beneficio de una mejor atención, y a mí hay algo que no me cuadra. Y es que si el principal problema ahora de la atención sanitaria en Barañáin es precisamente que hay una masificación, el principal problema de la masificación es que va en detrimento de la calidad de la atención sanitaria, el hecho de que tenga que haber dos zonas básicas de salud en Barañáin, que tenga que haber dos centros de salud en Barañáin supondría que habría un descenso importante de lo que es la población a atender, por lo tanto, si la masificación desaparece como tal, lo lógico es pensar que va a mejorar la calidad de la atención

sanitaria. Usted ha pasado de puntetas sobre ese aspecto. Creo que ha dicho que eso se había valorado por parte de salud a la hora de desestimarlo y a la hora de decir que iba en detrimento de la calidad en la atención sanitaria. A mí me gustaría, si quisiera, que redundase un poco en lo que son los argumentos que ha mantenido.

Creo que con eso sería suficiente, porque tampoco es cuestión aquí de expresar... Lo que sí me gustaría, porque no tengo los datos y si los tuviera le agradecería que me los diera, es saber cuál es la cantidad actual de médicos de atención primaria que están adscritos ahora mismo a la zona básica de Barañáin, y lo mismo con el tema de ATS, pediatras y trabajadores sociales. Es para ver si precisamente se cumple la legislación tal y como se marca. Gracias.

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

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: Muchas gracias, señor Presidente. Saludamos al señor Consejero. Efectivamente, como ha dicho, nuestro grupo con respecto a este tema formuló una pregunta a principios del año pasado, cuando ya nos habían llegado preocupaciones procedentes de Echavacoiz donde la población estaba siendo atendida dividida en dos centros, Echavacoiz sur estaba siendo atendida a través de Zizur, y en Echavacoiz norte no estaban de acuerdo con que fuera Barañáin, con que se repartiera el barrio de Echavacoiz en dos zonas de atención, y se consideraba, como ha dicho antes el Consejero, que había dos posibles soluciones. Está claro que por la población que hay ahora mismo en Barañáin, 21.462 personas, más la población flotante que habría que considerar, porque no hay que olvidar que Barañáin en determinada época del año, que es toda la época que funciona la Universidad, la población es mucho mayor de lo que se refleja, y esa población tiene un número importante y de todas formas, como decía, queda claro la necesidad de que haya dos centros de salud, dos centros de atención. No tengo yo tan claro en estos momentos si la división administrativa, y creo que tampoco sería el momento, fuera en dos zonas de salud, pero sí es cierto que son dos centros de salud por lo menos en Barañáin.

Y hay otra cuestión que queda ahí, y había una opinión que así se nos manifestó a nuestro grupo, que eran partidarios de que Echavacoiz tuviera su propio centro de salud, que entonces atendía a mucha menos población y yo recuerdo ese centro, que atendía a mucha menos población que la que ahora tendría que atender, eso también es cierto. Pero esa opinión que nosotros tenemos en cuenta y que se nos dieron bastantes argumentos coincidiría con la necesidad de que Barañáin tuviera dos cen-

*tros de salud, que es obvio, y que Echavacoiz tuviera su propio centro de salud, que había entidad, que había población para ello. A nosotros, y ya que usted en esta Comisión quiere conocer la opinión de los grupos, nos parece que esto sería perfectamente posible y deseable y que urge. Se ganaría en atención porque parte de la calidad entra en el número de personas que se tenga que atender, y a falta de más datos ahora mismo, ya hace años que Barañáin está colapsada a nivel de atención sanitaria, eso es obvio, esta portavoz salió de allí hace siete años y ya entonces había colapso conque me imagino ahora lo que pueda haber allí.*

*Yo creo que decir, y tampoco tengo más conocimiento, que Barañáin es quien está demorando..., que si la falta de ese solar... Ya ha dicho eso el Consejero en otras ocasiones con referencia a otros centros de salud, yo creo que urge, y en ese sentido los que tenemos representantes en el Ayuntamiento de Barañáin ya buscaremos a ver hasta qué punto esto es así, porque me extraña ya que es el primer interesado en cubrir a su población como es debido. Y nuestra opinión es que es obvio que Barañáin necesita esos dos centros pero también Echavacoiz podría tener su propio centro de salud, y así yo creo que la calidad en la atención sería mejor y ganaría la población. Nada más.*

**SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera):** *Muchas gracias, señora Arboniés. Señor Basterra, tiene la palabra.*

**SR. BASTERRA LAYANA:** *Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, le agradecemos al señor Cervera su información y le diremos que, al principio, tampoco me ha parecido bien que haya tratado de manipulación política lo que se ha llevado a cabo, aunque haya sido por parte del Partido Socialista o el grupo que lo pueda sustentar. Le tengo que decir, señor Cervera, que quizá si el grupo de UPN no se hubiera olvidado de las listas de Barañáin, pues a lo mejor este problema habría estado, si no solucionado, casi solucionado. No digo que usted no haya trabajado, pero yo pienso que a lo mejor no se ha hecho todo el esfuerzo que habría que haber hecho. Y, desde luego, lo que no puedo compartir con usted es que tenga la culpa el ayuntamiento, o que no se haya hecho por parte de la comisión de urbanismo, cuando sabe usted muy bien que en el pacto que había en el año 1999 del CDN con ustedes había una partida presupuestaria para hacer ese centro. Nosotros tenemos responsabilidad política, la teníamos entonces en la comisión de urbanismo y la tenemos hoy en la misma persona, y no me cabe la menor duda de que ha hecho todo el esfuerzo que ha tenido que hacer para esto. Entonces yo creo que se trata de tirar balones fuera echando la culpa unos a otros y los otros a unos.*

*Me parece bien eso que ha dicho de que va a negociar con las entidades locales, pero yo apuesto por lo que ha dicho la señora Arboniés, que se pongan ustedes en contacto con ellos, que solucionen cuanto antes el tema de la parcela, que sea la parcela idónea, pero, desde luego, que a esa población, que sabe usted muy bien que está subiendo a pasos agigantados, de las que más crece en Navarra, se le dé esa solución que parece ser o nosotros por lo menos apostamos por la solución por la que apuesta el pleno del ayuntamiento, esté UPN, no esté, esté en la comisión de gobierno el PSOE o no esté. Nosotros confiamos en las personas que están allí, que son las que ha elegido el pueblo de Barañáin —y a las que en un momento dado ustedes no dieron el apoyo—, esas personas que están llevando las riendas de ese barco, que son los independientes con la comisión de gobierno que han realizado.*

*Entonces, señor Cervera, le tengo que decir que si ha hecho esfuerzos, le pido que haga un poco más todavía y a ver si llegan a esa solución cuanto antes, porque yo creo que eso va pareciendo un poco la oveja negra dentro de lo que puede ser la cuenca de Pamplona, con el tema del bien llamado o no bien llamado El Corte Inglés o lo que pueda venir aquí, que ahora es el centro otra vez, entonces a ver si solucionan ustedes eso. No porque sea Barañáin más pequeño que Pamplona vayan esperando siempre a que Pamplona haga las soluciones para que Barañáin vaya después a la retaguardia. Muchas gracias.*

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

**SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto):** *Muchas gracias. Al hilo de las intervenciones, quisiera recalcar de nuevo algunos asuntos. Cuando hablamos de Echavacoiz, la denominación es igual pero no es nada comparable Echavacoiz norte con Echavacoiz bajo, aunque se llame igual, de forma y manera que Echavacoiz norte con lo que ha crecido en los últimos años pensamos que puede tener un referente de centro de salud perfectamente donde se pretende construir, que es en el centro antiguo de proceso de datos de la Caja de Ahorros de Navarra. Realmente si valoramos eso en términos de cercanía tenemos que reconocer que esos edificios están muy cercanos a donde debe ser el emplazamiento del nuevo centro de salud. Por tanto, esto justificaría el que se construyera un centro de salud exclusivo para Echavacoiz nuevo, porque, ciertamente, si se hiciera en Echavacoiz nuevo ese centro de salud, tendríamos también que proyectarlo y ponerlo a disposición de la población de Barañáin, que en estos momentos está deficitariamente suplida en centro de salud, porque se ha quedado pequeño el que hay. Por tanto, la disquisición de si se hace donde lo pensamos hacer, que es en el*

*antiguo centro de cálculo de la Caja de Ahorros, o haberlo proyectado en un dotacional, que sí existe en Echavacoiz norte, realmente es una disquisición a mi modo de ver absurda, porque es una disquisición que tiene más que ver con el linde administrativo de cada una de las dos poblaciones que sobre lo que es la realidad que percibirán los ciudadanos, que es la mayor o menor cercanía, la mayor o menor vinculación territorial de un centro de salud a unos edificios y a unas poblaciones.*

*Por tanto, se planteó hacer el centro de salud en el solar del antiguo centro de cálculo de la Caja de Ahorros de Navarra porque se sabía que por su situación geográfica perfectamente era un centro capacitado para dar una buena accesibilidad y una gran cercanía a Echavacoiz alto, puesto que es solamente cruzar al fondo de la calle donde se encuentra ese centro de salud. Por tanto, yo quisiera reiterar a sus señorías que no nos fijáramos tanto en lo que es estrictamente el linde administrativo del municipio, que lo que nos tiene que interesar es dónde están las personas y dónde hay que poner los recursos sanitarios para esas personas. Y digo que los dos Echavacoiz, a pesar de que se llaman igual, son bien distintos porque Echavacoiz bajo sí que es una población y una parte urbana que, desde luego, tiene una problemática bien distinta de la de Echavacoiz alto. A tal efecto es por lo que el Departamento de Salud mantiene y mantendrá la necesidad de que ahí exista un consultorio. No se plantea en ningún caso eliminar ese consultorio, porque, aunque fuéramos a tener un mayor centro de salud al fondo de la cuesta, arriba, eliminar ese consultorio sí que mermaría la capacidad de esas personas de acceder a un recurso sanitario donde lo han tenido siempre. Por tanto, daríamos servicio a Echavacoiz bajo a través de un consultorio que seguirá teniendo presencia y al mismo tiempo podremos construir un nuevo centro de salud arriba, en la meseta, de forma y manera que pueda abarcar poblaciones de Barañáin y de Echavacoiz alto. Porque quiero recordarles, señoras y señores Parlamentarios, que, efectivamente, lo que aquí nos tiene que importar es que pueda haber un nuevo centro de salud con espacio suficiente como para que pueda haber nuevos profesionales. El problema es que ahora aunque, efectivamente, por lo que ahora comentaré sobre la dimensión de las plantillas, estamos muy justos en Barañáin, no tenemos sitio para poder alojar a nuevos profesionales de la sanidad para que presten su trabajo a la población. Realmente no existe y, por tanto, el factor limitativo sigue siendo el que no tenemos un segundo centro de salud a pesar de que nosotros deseamos construir un segundo centro de salud. Éste es el principal factor limitativo, y esto es lo que realmente afecta a los ciudadanos, no tanto el hecho de que se establezca una zona básica o no.*

*Porque quiero recordarles que la adscripción o el cálculo del número de médicos o de enfermeras que tiene que haber para una población es algo que no depende de que exista o no una zona básica, depende simplemente de la población, puesto que así está recogido en la legislación en cuanto a los ratios que la legislación propone sobre presencia de profesionales de la salud respecto de poblaciones.*

*Quisiera decir también que, efectivamente, en estos momentos la plantilla que existe es una plantilla justa y es una plantilla que está profundamente limitada porque no tenemos el nuevo centro de salud donde podamos ampliar esta plantilla. Por tanto, si construimos un nuevo centro de salud, ampliaremos la plantilla. Y mientras no tengamos un nuevo centro de salud, no podremos ampliar la plantilla. ¿Cuál es en estos momentos la plantilla? En Barañáin hay nueve y medio médicos generales, once enfermeras o enfermeros, cuatro pediatras, siete administrativos, un celador y un trabajador social. Y en Echavacoiz prestan sus servicios en el consultorio que ya existe dos médicos, dos y dos tercios de personal de enfermería, dos tercios de pediatra, administrativo y medio, dos celadores y se comparte el trabajador social con Barañáin.*

*Quisiera indicarles para finalizar que yo no sé si, en el caso de que mi partido hubiera presentado la lista, habría resuelto algo. Lo que sí sé es que el anterior alcalde, que era de UPN, como todos ustedes saben, se tomó mucho interés en este tema, y personalmente nos acompañó en visitas donde estuvimos buscando emplazamientos posibles para el centro de salud de Barañáin II. Él fue el que planteó la posible solución que nos parecía muy satisfactoria, la de poder urbanizar, a efectos de construcción de un centro de salud, lo que era el terreno del antiguo centro de cálculo de la Caja de Ahorros de Navarra. Lo que sí que le digo, señor Basterra, es que de momento no consta que se haya cedido ese terreno, y, por tanto, si no se nos ha cedido ese terreno, nosotros no podemos hacer nada más, con independencia de la broma que usted quiera realizar de las listas de Barañáin o no. Y con independencia incluso de las responsabilidades que ustedes tengan como partido político en los concejales que tienen en el Ayuntamiento de Barañáin.*

*Lo que sí que les reitero es que, si no se ha producido esa cesión, no es porque nosotros no la hayamos solicitado. La hemos solicitado de forma reiterada, pero si no se ha producido, tendrá usted que pedir explicaciones a quienes usted tenga como referencia política en ese ayuntamiento. Y, desde luego, el Departamento de Salud otra cosa no puede hacer que esperar ya con anhelo a que esa cesión se produzca y podamos empezar a proyectar el nuevo centro de salud. Porque lo que sí*

*que creo, y usted podrá ver y reconocer, es que, a pesar de que la operación urbanística se justificó para poder aflorar un terreno para construir un centro de salud, lo cierto es que ese terreno ni siquiera está cedido al Gobierno de Navarra, y sin embargo ya han empezado las obras de las viviendas que se van a construir en ese terreno. Por tanto, pida usted las explicaciones que correspondan en su ámbito de referencia política dentro del Ayuntamiento de Barañáin, pero desde luego no pretenda endosarnos al Departamento de Salud absolutamente ninguna responsabilidad que no sea la que se deduce de la reiterada solicitud que hemos hecho a ese ayuntamiento de que se nos ceda esa parcela para que, por lo menos, podamos mandar a los topógrafos, a los proyectistas, hagamos al anteproyecto y a partir de ahí podamos construir un centro de salud, que ya le aviso que, desde luego, en el estado actual de situación de esta cuestión, aunque mañana se cediera esa parcela, no menos de dos años se tarda en construir ese centro de salud y en equiparlo.*

*Por tanto, cualquier día que pasa tendrá usted que solicitar las correspondientes explicaciones a quien usted crea conveniente pero no al Departamento de Salud, que en esta materia ha tenido una actitud absolutamente proactiva. Quiero incluso recordar que uno de los subdirectores de atención primaria del Servicio Navarro de Salud era el anterior director del centro de salud de Barañáin, y, desde luego, por conocimiento claro de la realidad ha sido una de las principales aportaciones a la hora de que el propio Departamento de Salud tomara esta actitud proactiva. Pero pida usted explicaciones, señor Basterra, de por qué a pesar de que toda esa recalificación se justificó para darnos una parcela para poder construir un centro de salud, por tanto, un dotacional de cara a los ciudadanos, resulta que ya se están construyendo las viviendas y respecto al centro de salud todavía no tenemos ni siquiera la capacidad de mandar un topógrafo para que empiecen a hacer los estudios previos al anteproyecto porque no se nos ha cedido esa parcela.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias, señor Cervera. Yo no sé si hay alguna petición de segundas intervenciones. Señor Basterra, tiene la palabra.*

SR. BASTERRA LAYANA: *Muchas gracias, señor Presidente. Le dejaré bien tranquilo al señor Cervera y le diré que no se preocupe que voy a pedir lo que me está diciendo usted y después ya veremos a ver si tiene razón usted o tienen razón ellos.*

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

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *Sí, muy breve. Respecto a Echavacoiz, le diré que no es solamente un tema administrativo. Esta portavoz pudo saber o pudo recabar opinión sobre por qué se hablaba de tener un centro de salud y no un consultorio tal y como ahora mismo funciona; y que a la hora de las urgencias la gente tiene que ir a Zizur es más un tema social, una problemática de partir un barrio en dos, que en sí la gente ya consideraba que había un distanciamiento y además parece que había unos intereses de que la gente de Echavacoiz norte no se mezclara con la gente de Echavacoiz sur.*

*Se lo digo tal cual se me transmitió, que tampoco era un tema puramente administrativo, sino también un tema que tenía un cariz social de intento de reunificación o, por lo menos, de integración de lo que puede ser un barrio que de esta forma rompería en dos. Nada más.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias, señora Arboniés.*

### **Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la situación actual de las listas de espera.**

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias, señora Arboniés. Acabado el primer punto del orden del día pasamos al segundo: Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar sobre la situación actual de las listas de espera. Para presentar la iniciativa planteada tiene la palabra la portavoz del Partido Socialista, señora Torres.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, señor Presidente. Mi grupo solicitó la comparecencia del Consejero de Salud para que se nos informara de las listas de espera que padece nuestra Comunidad. Es cierto que esta petición fue motivada por toda la alarma social que se produjo a nivel nacional, una alarma considerada en algunos foros de interesada o intencionada para desprestigiar la sanidad pública con respecto a las listas de espera. Señor Consejero, mi grupo, preocupado por la situación y lejos de hacer demagogia con este tema, solicitó, como también lo hizo con el tema de siniestralidad laboral en su día, su comparecencia para que nos informara de la situación.*

*La población demanda servicios sanitarios de calidad. Nuestros ciudadanos tienen buen concepto de la sanidad pública en Navarra desde hace tiempo, pero bien cierto es que las listas de espera empeoran el grado de satisfacción y la imagen que tienen sobre nuestra sanidad. Las listas de espera inquietan, desazonan y preocupan y, además, fomentan de forma brutal la sanidad privada. Por tanto, mi grupo desearía conocer los datos referentes a las listas de intervenciones programadas, ya*

sean de primeras visitas o de revisiones, así como las listas de pruebas diagnósticas por especialidades y centros hospitalarios y nos gustaría también conocer qué sistema de medida de las listas de espera se utiliza en cuanto a su cuantía y tiempo.

En definitiva, qué entiende la Consejería o el Departamento de Salud por estar en lista de espera, si solamente lo entiende para aquellas personas que están citadas o también para aquellos pacientes que, aunque no tengan una fecha determinada para su consulta, su prueba diagnóstica o su intervención, están esperando a ser citados. De momento nada más. Muchas gracias, señor Presidente.

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

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): Gracias, señor Presidente. Les agradezco mucho a los proponentes de esta comparecencia tanto el tono empleado en la solicitud de mi presencia aquí como también la evidente actualidad de este asunto, que creo que merece muy mucho la iniciativa parlamentaria de tratar de compartir esta Comisión con todos ustedes hablando de las listas de espera.

Realmente quisiera indicarles, señoras y señores Parlamentarios, que, como algunos de ustedes recordarán, el año pasado, concretamente el 23 de marzo, hubo también en esta sala una comparecencia sobre este mismo motivo, y como quiera que en aquella comparecencia hubo, por una parte, una aportación de datos referidos, evidentemente, al año 99, y, por otra parte también, un sentido y un criterio argumentativo general sobre las listas de espera, no quisiera reiterarles en esta comparecencia cuestiones que ya fueron expuestas con anterioridad, habida cuenta de que hay cuestiones que tienen que ver con las líneas de gestión que se llevaban a cabo en el año 99 y, evidentemente, se continúan en este año 2000, de forma y manera que pudiera resultar esta comparecencia poco menos que una copia de aquélla, con la salvedad hecha de que los datos, evidentemente, se han modificado, como luego les explicaré.

Pero, en cualquier caso, sí que me parece correcto y adecuado, sin reiterar aquellos argumentos y aquella expresión política de lo que entendemos que es la gestión de las listas de espera, hacer una reflexión y una introducción previa a cuál es en estos momentos en la sanidad moderna la consideración de la lista de espera, que tiene mucho que ver con lo que se nos solicita en la comparecencia, y, posteriormente, dar alguna expresión concreta de cuáles son en estos momentos nuestras líneas de gestión sobre la materia y las cifras que están disponibles a 1 de junio, porque precisamente hemos podido llegar a tiempo para

poder cerrar la estadística del mes de mayo y darles la información más actual de la que disponemos.

Permítanme por ello, señoras y señores Parlamentarios, señor Presidente, decirles que recientemente, y aunque parece que esto no tiene que ver sí que tiene mucho que ver, se ha celebrado el 50 aniversario de la creación de Servicio Nacional de Salud Británico, National Health Service, y con tal motivo se ha producido una revisión con perspectiva histórica de la evolución, situación y perspectivas del modelo, modelo Servicio Nacional de Salud, como el que también existe en nuestro país. Sin pretender, por tanto, dar por válidos ni extrapolar los análisis que para este caso se puedan realizar, creo que sí que es posible e incluso deseable tomar en consideración algunos aspectos que, comunes a todos los sistemas públicos de salud, se han puesto de manifiesto y que pueden ser de utilidad para nuestra específica situación en Navarra.

Así, cuando hace medio siglo se planteó la creación de una gran organización dotada de medios e infraestructuras para abordar la provisión de servicios sanitarios para toda una nación se partía de tres postulados. Por una parte, la demanda de servicios sanitarios se suponía finita, lo cual implicaba que, una vez cubiertas las demandas o carencias explícitas de una población en un momento dado, se consideraba posible alcanzar una situación de equilibrio entre estas demandas y la propia oferta de servicios. Por otra parte, también se asumía hace cincuenta años que la salud era un bien superior vinculado de forma directa y fundamental al acceso a los servicios sanitarios y que, como tal bien superior, no podía estar supeditado a consideraciones sobre el coste de tales servicios. Y al mismo tiempo, y como tercera cuestión, se postulaba que todos los pacientes debían ser tratados por igual y que, en coherencia con la consideración de que la salud no tiene precio, no era aceptable introducir en el modelo mecanismos de diferenciación de las demandas asistenciales en función de otros criterios tales como la importancia o gravedad relativa del caso, debiendo garantizar la mejor de las actuaciones posibles para todos ellos.

El transcurso del último medio siglo ha puesto en evidencia tanto el enorme avance experimentado por los sistemas públicos de salud como lo que de erróneo o inviable se contiene en aquellos postulados. En primer lugar, la demanda de servicios sanitarios, con una perspectiva histórica, se ha mostrado con un comportamiento real absolutamente divergente del equilibrio en relación con la oferta y la demanda. Esta divergencia tiene múltiples causas. El consabido envejecimiento de la población y, particularmente, el avance tecnológico han mostrado un efecto real sobre la demanda que, probablemente, eran impredecibles en aquel

tiempo. También el hecho de que, en términos prácticos, la financiación pública mediante impuestos configure un acceso universal percibido, a nivel individual, como gratuito por parte de los ciudadanos y, por tanto, configura un modelo en el que el precio no es un elemento relevante para el demandante. Todas estas circunstancias, objetivables, evidentemente, desde un punto de vista técnico, tienen una derivada, que entiendo que es de naturaleza ética, cual es la que está presente en todos los sistemas sanitarios públicos, y que se resume en la capacidad ética de gestionar el equilibrio o desequilibrio entre los conceptos de demanda, necesidad y oferta.

En el ámbito concreto de los servicios sanitarios públicos, la gestión de esta situación sólo puede hacerse desde un esquema de valores éticos tanto individuales como sociales y, en este plano, la responsabilidad, y con frecuencia el conflicto, recae de manera muy directa en los profesionales, pero no sólo en ellos ya que también gestores y políticos tenemos una responsabilidad específica que asumir.

Cuando, como en los últimos días, un episodio concreto llama nuestra atención sobre el modo en el que esta situación se gestiona no estamos sólo ni principalmente ante un problema de recursos o de técnica de gestión, estamos sobre todo ante un problema ético y de valores. Sobre cómo se está abordando este plano en la Comunidad Foral de Navarra trataré más adelante y quisiera simplemente citar estas palabras para considerar y situar este problema en sus precisos términos.

En segundo lugar, y respecto del segundo de los postulados objeto de revisión, la salud como bien superior ajeno a consideraciones sobre precios y costes, es posible comprobar cómo la natural evolución de los sistemas, inevitablemente sujetos a restricciones de medios, tiende a relativizar este postulado en una doble dirección. De un lado, la revisión de actuaciones a la luz de la evidencia científica produce un efecto colateral sobre los costes ya que no toda actuación posible puede ni debe ser realizada sólo porque existan los medios para ello, sino que es necesario evidenciar sus efectos reales. Es la llamada medicina basada en la evidencia, con lo que se introduce un primer elemento de modulación de las actuaciones que, de otro lado, se complementa con la progresiva adopción del criterio de coste-efectividad, que debe estar presente en toda actuación responsable en relación con el empleo de los recursos. Estas consideraciones, como tendremos oportunidad de ver más adelante, tampoco suelen ser ajenas a la cuestión cuando se pretende abordar la actuación sobre las listas de espera.

Y el tercero de los postulados, el que en esta perspectiva histórica se ve rebatido por los hechos,

es el del tratamiento igualitario y no discriminado, frente a todas las demandas asistenciales. En este sentido hace tiempo que el principio de equidad se asume como la expresión de un criterio selectivo en el que ante distinta evaluación de la necesidad se articulan distintos niveles de respuesta. De esta manera el principio de equidad se traduce en el tratamiento igual de las situaciones iguales y el tratamiento diferenciado de las situaciones diferentes. Nuevamente, el caso de las listas de espera no puede ser ajeno a este principio.

Por tanto, tal vez sea necesario aclarar que el concepto y la función de las listas de espera no es algo exclusivo ni particular de los sistemas sanitarios. Todas las empresas, y en este sentido el sistema sanitario público también es una empresa, ya sean públicas o privadas, sanitarias o no sanitarias, tienen una capacidad limitada de producción de bienes y de servicios y unas necesidades de programar su actividad sujetas a barreras de tiempo y espacio que las tecnologías ayudan a salvar pero que no es posible eliminar.

Uno de los factores diferenciales esenciales, que señalo porque a la hora de abordar este problema tal vez falta un poco de rigor metodológico, es que en general la demanda de servicios asistenciales no es anticipada. Es decir, cuando alguien desea hacer un viaje puede prever esta eventualidad y realizar una reserva anticipada que el tour operador evidentemente incentiva, ya que le es de utilidad para programar sus actividades, pero, por el momento, hoy no es posible solicitar la consulta de traumatología en previsión de que el menisco se me vaya a romper el mes que viene. Junto a esta circunstancia se produce otra, común a todas las empresas de servicios, cual es que no es posible acumular existencias de servicios, es decir, si hoy una consulta o quirófano no tiene actividad para realizar no será posible producir actividad y guardarla en un almacén. Estas dos circunstancias provocan que, en todas las empresas de servicios y particularmente en las sanitarias, la eficiencia de la organización y los costes unitarios dependan en gran medida de una adecuada programación de las actividades que posibilite un alto grado de ocupación de los recursos ya que de otro modo se deja de ser competitivo en costes y, por tanto, en equidad.

Por ello podemos afirmar que, en primer lugar, la programación de las actividades es un elemento muy relevante para obtener un adecuado rendimiento en las organizaciones de servicios, también en las sanitarias. Y, en segundo lugar, que la programación de las actividades es particularmente difícil en las actividades de servicios sanitarios, como antes les decía.

Centrándonos en el caso español, el peso de mantener los dispositivos pesados para la atención de urgencias y de emergencias es asumido casi en

*exclusiva por el sector público que, de hecho, compromete en este área de no-programación, es decir, de lo que viene dado por la propia urgencia y la emergencia sanitaria, recursos que superan el 50 por ciento de su capacidad instalada. Ésta sería la cifra de ocupación de camas de un hospital derivada de ingresos a través de urgencias, mientras que, como bien saben ustedes, el sector privado, con toda la lógica del mundo del sector privado, tiende a minimizar tales dispositivos para centrarse en las actividades programadas, más gobernadas y rentables.*

*El hecho de que estos recursos alcancen tal dimensión no obedece, como a veces se señala, a que existen listas de espera que encuentran su vía de escape a través de la propia urgencia, sino a que, además, se están administrando riesgos reales que se intentan minimizar a través del sobredimensionamiento general de los recursos. En todo caso, destinar estos recursos a la actividad programada sería más eficiente, pero al coste de asumir un mayor nivel de riesgo y esto es algo extremadamente difícil de asumir tanto por profesionales asistenciales como, evidentemente también, por los gestores y los políticos.*

*El resto de la capacidad instalada en términos de servicios sanitarios queda disponible para las actividades programadas y resulta obvio que en este sector la programación implica necesariamente la espera, y desde el momento en el que ha de gestionarse esa espera es cuando surgen las listas, así como los criterios con los cuales éstas han de manejarse.*

*Resulta bastante claro que esta lógica de gestión empresarial no puede ser asumida por un sistema sanitario público que se trate como tal, por que dejaría de ser sistema, sanitario y público, siendo, por tanto, necesario desarrollar, explicitar y consensuar un sistema de valores, criterios y compromisos que sirvan como referente para gestionar esta situación, de tal forma que tanto profesionales como gestores, políticos y, por supuesto, también los pacientes tengan unos referentes suficientes para desarrollar su actividad y comprender y gestionar el alcance y las consecuencias de los compromisos del sistema frente al paciente individual y también frente al conjunto de la colectividad.*

*Desde esta perspectiva, por tanto, la espera es un elemento más a gestionar en cualquier organización que preste servicios sanitarios con criterios de racionalidad, y salvo que se plantee sobredimensionar los recursos del sistema para que, de modo análogo a como ocurre en la urgencia, estén en permanente situación de disponibilidad ante la eventual aparición de una demanda, la cuestión a plantear y resolver no es otra que si las demoras en la prestación de la asistencia son razonables o*

*aceptables y si tales demoras están siendo gestionadas con criterios profesionales adecuados y transparentes, es decir, conocidos y aceptados por todas las partes implicadas y sin perjuicio del principio de equidad y del derecho a acceder a los servicios asistenciales en tiempo y forma, derecho que no puede entenderse desvinculado de la realidad social y económica de la sociedad en la que se plantea ese derecho.*

*En ningún momento, por tanto, pueden confundirse ni tratarse de forma indistinta los valores y criterios de actuación ante supuestos o situaciones que entrañen riesgo vital inmediato o graves repercusiones sobre la salud del paciente frente a aquellos supuestos en los que el tiempo de demora puede y debe ser gestionado, y esto tiene mucho que ver con las denuncias que han aparecido en los medios de comunicación y que traen todo este tema al debate público respecto de si determinados casos en situación de espera asistencial están generando esos riesgos vitales inmediatos o incluso graves como pueden ser el propio fallecimiento, de acuerdo con lo que se ha trasladado por parte de algún jefe clínico en algunos medios de comunicación.*

*Evidentemente, cualquier planteamiento para abordar la cuestión de la gestión de las demoras en el acceso a la asistencia sanitaria ha de partir de la premisa de que las situaciones que comprometen la vida o entrañan grave riesgo para la salud deben tener un tratamiento adecuado y, por lo tanto, diferenciado de aquellas en las que no se da tal circunstancia. De forma coloquial en algunas ocasiones hemos dicho que lo que debe importar en la lista de espera no es sólo el número de la lista de espera sino la realidad concreta de los casos que esa lista de espera contiene y que, desde luego, son casos heterogéneos frente a la presunta homogeneidad que nos daría una determinada cifra estadística.*

*Nuestros valores y principios, por tanto, en todo este contexto ético y de la organización de los servicios sanitarios son los siguientes. En primer lugar, quiero decirles que entendemos políticamente que el modelo debe diseñarse y funcionar de tal manera que pueda dar una respuesta adecuada y suficiente a las situaciones que entrañen riesgo vital inmediato y también grave perjuicio para la salud del paciente. En este caso, como en todos, la seguridad al cien por cien, en todo lo que tiene que ver con la medicina ni existe en el plano teórico ni es posible tampoco en la gestión práctica, por lo que resulta inexcusable asumir un cierto nivel de riesgo que, en todo caso, deberá estar dentro de los márgenes de tolerancia que la realidad técnica, económica y social determinan. Creo que en este punto la realidad del sistema navarro cumple, pero nadie puede asegurar que el riesgo es igual a cero.*

*El modelo, como segundo postulado, debe diseñarse y funcionar de tal manera que la gestión de la espera, en aquellos casos en que es técnicamente posible, se realice con criterios de equidad y de racionalización del funcionamiento del modelo y nunca con criterios de estricto orden de llegada o como mecanismo de racionamiento de los servicios sanitarios. Equidad –les decía– implica tratar cada caso según su necesidad, con igual pauta ante casos iguales pero con pauta distinta ante casos distintos, lo cual implica que el criterio de orden de llegada a la lista es sólo uno de los posibles, pero caben otros tales como la edad del paciente, su situación laboral o su situación económica o familiar. Este principio es tan fácil de enunciar como difícil de objetivar, pero no por ello debe ser considerado como menos real.*

*En tercer lugar, como tercer postulado, el modelo debe diseñarse y funcionar sobre la manifestación y aceptación explícita de prioridades, límites, compromisos y garantías aplicables al conjunto de las prestaciones en general y a los criterios y límites aplicables a las esperas en particular. Aquí es seguro que nos queda mucho por avanzar, pero creo que no se ha valorado ni política ni socialmente el avance real que la introducción de una garantía sobre demora máxima quirúrgica de 180 días en el Servicio Navarro de Salud implica. Se puede hacer más y lo haremos a corto plazo si nos dejan, pero podemos decir sin triunfalismo que en la gestión de las esperas quirúrgicas no hay nadie que en este país esté como está la Comunidad Foral de Navarra.*

*En cuarto lugar, el modelo debe diseñarse y funcionar asumiendo que los recursos son limitados e inferiores a las necesidades expresadas, es decir, a la demanda. Nuevamente me encuentro argumentando obviedades, pero es que parece que en algunas ocasiones, en algunos argumentos que ha veces se oyen sobre las listas de espera realmente no se quieren asumir como tales obviedades. Esto viene a cuento de que me acuerdo a veces de la alegría con la que en algunas ocasiones se toman decisiones sobre lo que podemos denominar la cartera de servicios en la sanidad, por ejemplo, operaciones de cambio de sexo, o la propia financiación de las utilidades terapéuticas bajas, que, desde luego, a veces preocupan al gestor, y esto es evidente, pero que, por otra parte, se ocultan al ciudadano. Quiero decir con esto que no es demagogia, no pretendo que lo sea, afirmar que cuando alguien decide incluir entre las prestaciones por ejemplo la posibilidad de que el sistema realice intervenciones de cambio de sexo existe ya implícitamente un juicio de valor sobre su necesidad, existe, además, un coste de oportunidad en tanto en cuanto, evidentemente, no se destinan esos mismos recursos, por ejemplo, a la cirugía cardíaca y, ade-*

*más, se transfiere un riesgo, se quiera o no, ya que alguien deberá esperar más de lo que lo haría con otra decisión distinta. Y no se le plantea muchas veces al ciudadano que estas decisiones no son gratuitas, las decisiones relativas a las cuestiones, por ejemplo, que antes citaba, puesto que no son gratuitas ni para el que paga impuestos ni tampoco para el paciente que usa el sistema.*

*Una discusión sería seguida de un pacto de alto nivel político, como el que en algunas ocasiones he propugnado en esta misma Comisión, sobre las prestaciones del sistema y la mayor o menor espera, es un atributo relevante sin el que no se puede definir una prestación y realmente sería algo que nos haría mucha falta.*

*Quisiera, señorías, después de toda esta excursión conceptual, responder a algo que seguro que ustedes quieren saber, y es: ¿en qué se concretan nuestros planteamientos a nuestro nivel de actuación? Queda claro que este es un proceso en el que sistemáticamente se viene trabajando desde hace años, por lo menos desde que soy titular del departamento, y es un proceso que obedece a nuestra realidad y que no guarda relación con episodios más o menos coyunturales, como el surgido con la cirugía cardíaca. Quiero decir con esto que el trabajo sobre las listas de espera es un trabajo constante, corriente del propio sistema y que no tiene que ver con salir al paso de determinadas coyunturas mediáticas como las que nos han ocupado durante las últimas semanas.*

*Por tanto, en primer lugar, y dentro de nuestro planteamiento general de actuación, les diría que posiblemente, y como también anticipaba la pregunta de la portavoz del grupo socialista, realmente, sobre lo primero que teníamos que trabajar era sobre el nivel de la información disponible para luego poder operar sobre ella y, de alguna forma también, sobre ese trinomio responsabilidad-objeto-información. Por tanto, tanto en una secuencia lógica como cronológica ésta ha sido nuestra primera línea de actuación.*

*En nuestro caso la primera circunstancia relevante apreciada a la llegada al departamento fue que los hospitales de Pamplona se habían focalizado en la gestión del quirófano y la urgencia y se estaban desvinculando cada vez más de la gestión de la actividad de consulta externa, transfiriendo al Centro Príncipe de Viana de especialidades la planificación y el control de este tipo de actividad. Reubicar esta gestión y esta responsabilidad en el correspondiente hospital no fue tarea fácil y exigió reorientar la propia dirección del Centro de consultas, establecer una nueva ordenación de los referentes poblacionales de las especialidades de cada hospital para buscar un equilibrio entre éstos y las propias plantillas y servicios que contenían y, además, hacer entender a los gestores de los centros*

que además de las guardias y los quirófanos debían gestionar el área de consultas externas. Para esto fue de gran utilidad el instrumento de los contratos de gestión.

Establecer los objetivos en relación con las listas de espera, tanto quirúrgicas como de consultas, también fue considerado como una decisión con alcance estratégico. Tradicionalmente los objetivos en esta materia se establecían en relación con la situación de partida del año anterior y trataban de mejorar, más o menos, la situación inicial. Frente a esto se plantearon objetivos con carácter de permanencia, estableciendo el número de pacientes que son asumibles en espera como un porcentaje de la capacidad de producción. Así, se estableció que el objetivo de pacientes en espera de una primera visita no deberá superar el 5 por ciento del total de visitas realizadas en un año y el número de pacientes en espera de intervención quirúrgica no superará el 12 por ciento de las intervenciones que realizamos en un año. Y estos referentes se mantienen a lo largo del tiempo como objetivos generales de número de pacientes en espera.

Como tercera actuación de choque inicial se asumió una profunda revisión del sistema de información y de la calidad de la misma. Se escribieron glosarios de términos, esto es algo importante, está presente en los contratos de gestión que se firman con los centros hospitalarios y viene a responder a lo que era también una inquietud del grupo que ha solicitado en esta comparecencia puesto que en algunas ocasiones los hospitales manejaban con ciertos distintos sobre realidades idénticas y, por tanto, una de las cuestiones fundamentales fue definir perfectamente qué se entiende por persona en lista de espera, qué se entiende por espera, cuál tiene que ser la estandarización de la espera, etcétera. Se escribió por tanto un glosario de términos que están presentes en los contratos de gestión y puedo poner al alcance de sus señorías, de forma y manera que se persiguió de manera activa la aflojamiento de todas las listas de espera quirúrgicas y de primeras visitas que a veces permanecían ocultas en poder de los facultativos de cada servicio, que en algunos casos eran muy relevantes, estableciendo un nuevo sistema de información sanitario de Navarra, el llamado SISNA, que era tal vez más rudimentario que el anterior pero razonablemente más fiable y eficaz que la agregación estadística que teníamos hasta ese momento.

Es de señalar que la actuación en cuanto a las listas de pruebas complementarias no fue ni tan intensa ni tan generalizada ya que persisten dificultades organizativas, y luego comentaré alguna. No obstante se actuó sobre las pruebas que consideramos más sensibles pero con menor grado de éxito, razón por la cual continuamos incidiendo sobre éstas con planteamientos como el de las reso-

nancias magnéticas. Los refuerzos y los esfuerzos de gestión y la existencia de un programa específico con presupuesto destinado a las listas de espera, junto con un tratamiento sistemático de este apartado dentro de los contratos de gestión, configuran en estos momentos un escenario en el que estamos convergiendo en el objetivo de espera quirúrgica. En estos momentos estamos en el 13 por ciento de espera en el mes de abril, y también se mantiene en el mes de mayo, frente a un objetivo del 12 por ciento. Y en el que tenemos más dificultades para converger es en el objetivo de listas de espera de primeras visitas, estamos en un 8 por ciento frente a un objetivo del 5 por ciento. La mejora en ambos casos es sensible, pero la capacidad del sistema para alcanzar y sostener los objetivos establecidos parece factible en el área quirúrgica pero no tan asequible en el área de consultas, lo cual plantea estrategias de actuación distintas, que luego citaré.

Dando datos ya concretos sobre el área quirúrgica les diré que en estos momentos en el área quirúrgica el objetivo cuantitativo es que haya menos del 12 por ciento de la capacidad, es decir, menos del 12 por ciento de los enfermos esperando sobre el conjunto de la capacidad. De manera que en el mes de mayo de 2000 había en espera quirúrgica 4.052 personas y en el mes de mayo de 1999 había 3.591 personas. Sin embargo, antes les citaba el hecho de que una comparecencia similar a la actual tuvo lugar en el mes de marzo del año 99 y como quiera que el estándar estadístico es el mismo me voy a permitir comparar también con la situación que teníamos en el mes de marzo del año 99, de forma y manera que en aquella comparecencia les decía que en aquel momento había 4.670 personas en espera quirúrgica frente a las 4.052 que hoy están presentes en nuestro sistema. En cualquier caso, de estas 4.052 personas en espera quirúrgica el 88 por ciento, es decir, más de 3.500, esperan menos de 90 días y, por tanto, configuran ese porcentaje de espera en la red del 13 por ciento.

Quiero indicarles además un dato que es harto significativo y es que el número de intervenciones realizadas en la red de Navarra hasta el último día del mes de mayo del año 2000 ha sido de 17.005 intervenciones quirúrgicas y que en el mismo periodo de año pasado se realizaron 15.583 intervenciones quirúrgicas. Por tanto, hemos hecho, aproximadamente, 1.400 intervenciones quirúrgicas más en cinco meses respecto de las que se hicieron el año pasado. Por tanto, se ha incrementado el 9'12 por ciento nuestra capacidad de realizar intervenciones quirúrgicas y esto configura que en estos momentos la espera media es de 52 días para la intervención quirúrgica, aunque, como luego les diré, para nosotros el concepto y la estadística de espera media es posiblemente el menos

significativo de todos, nos importa más la espera máxima, por tanto, las colas que aparecen en la estadística y que esa espera media que en estos momentos es de 52 días era de 63'5 días el año pasado en la comparecencia. Quiero decirles además que el objetivo de que ningún paciente espere más de 120 días, que es un objetivo de gestión, hoy creo que se encuentra casi adecuadamente cumplimentado puesto que solamente 77 pacientes superan estos 120 días de espera. Por eso les decía antes que más que la espera media lo que nos importa es la espera máxima, que realmente es el indicador real de lo que está ocurriendo. Por tanto, solamente 77 pacientes esperan.

En cuanto a la aplicación de la garantía jurídica, que se formalizó a través de una orden foral, a partir de los 180 días, les quiero decir que hoy tenemos 35 pacientes, de acuerdo con la estadística, que superan esos 180 días, pero ninguno de ellos ha reclamado la ejecución de la garantía ya que están siendo gestionados de modo individualizado y en la mayor parte de los casos la demora es por circunstancias ajenas al hospital. Pueden ustedes entender que en un conjunto de aproximadamente 4.000 pacientes es muy lógico que aparezcan 35 pacientes a los que no es posible localizar, que a lo mejor se han trasladado de domicilio, que se han podido trasladar de Comunidad, y, por tanto, estos 35 pacientes, aunque tendrían el derecho a acogerse a la normativa que en estos momentos está vigente sobre haber superado esos 180 días, o bien no tenemos razón de esos pacientes, como digo seguramente por una razón de cambio de domicilio, o los propios pacientes no quieren la ejecución de esa garantía y simplemente prefieren acudir al recurso que se les ha ofrecido particularmente. Quiero indicarles además que esa garantía jurídica de los 180 días no es sólo la posibilidad de dar un recurso alternativo a partir de los 180 días sino que esa orden foral, como antes les decía, creo que no bien valorada, realmente estaba marcando todo un régimen de tratamiento administrativo de los casos, de forma y manera que era el ciudadano el que tenía que tener una información perfectamente a su alcance y perfectamente organizada sobre las pautas y sobre los plazos de su proceso, como se hizo en esa orden foral.

Por tanto, y como resumen de lo que es nuestra apreciación sobre lo que ocurre en el área quirúrgica, les diría, señoras y señores Parlamentarios, que yo creo que la situación es tal que creemos que en estos momentos no hay necesidad de ningún tipo de medida generalizada de carácter extraordinario, es decir, apertura de quirófanos por las tardes. Periódicamente, a veces, surge la necesidad en algún servicio concreto de programar actividad quirúrgica de tarde y esta programación de tarde se realiza con normalidad dentro del ámbito de

cada centro previa aprobación de la Dirección de Atención Especializada. Quiero decirles que en estos momentos no hay ningún programa de tarde, ni en realización ni previsto, aunque sí que les quiero indicar que no es necesario actuar a través de un plan de choque para abrir los quirófanos por la tarde porque si es necesario abrir algún quirófano por la tarde evidentemente eso parte de las propias exigencias de cada uno de los servicios que están ajustadas al contrato de gestión y que se realiza sin mayores alharacas.

En segundo lugar, quisiera decirles que estos objetivos que les presento y su alcance a través de la estadística entendemos que no son coyunturales sino permanentes y conocidos por los gestores y los profesionales, únicamente se ajusta anualmente el número de pacientes en función de la actividad realizada en el año anterior.

En tercer lugar, la puesta en marcha de la garantía sobre demora máxima exigió un periodo de preparación previa de unos seis meses y, una vez establecida, es un sistema que permite y exige al mismo tiempo la revisión sistemática y personalizada de cada uno de los pacientes en esta situación, como antes les decía.

En cuarto lugar, les quiero indicar que el concepto de garantía jurídica tiene un alcance mayor del que se podría extraer en una primera lectura. No se trata de afirmar que todo paciente visto en menos de seis meses es un caso bien tratado, al contrario, la garantía se plantea sin perjuicio de la responsabilidad profesional y legal de tratar todo caso en el plazo debido, pero fija un referente claro que permite a los distintos niveles de decisión apreciar el estado real de la situación en su conjunto y de cada caso concreto. Es en esto más que en el efecto imagen en lo que reside el potencial y, al mismo tiempo, la dificultad de esta medida.

Y, en quinto lugar, les diré que el concepto de garantía jurídica tiene otra virtualidad y es que limita la discrecionalidad y constituye un mecanismo necesario, aunque no suficiente, para que el efecto de racionalización de la actividad perseguido con sus listas de espera no se transforme indirectamente en un mecanismo de racionamiento, en el cual, evidentemente, no podemos situarnos. Señalo esto porque, por experiencia, se sabe que este tipo de medidas se prestan a la demagogia fácil y, a veces, conviene evitar una carrera con las garantías en la que cada uno diga "pues yo más".

En el área de consultas externas les diré que, como antes indicaba, el objetivo cuantitativo es que menos del 5 por ciento de los pacientes estén en espera respecto del conjunto de actividad de la red. El índice de este objetivo del 5 por ciento se sitúa en estos momentos en el 7 por ciento, y eso representa a 17.416 pacientes que están en espera para

ser vistos por un especialista. El objetivo de la espera media trazado para este ejercicio es de menos de 21 días, quiero decirles que son días naturales, y que este objetivo está casi alcanzado puesto que hoy se sitúa en los 22 días. El objetivo de gestión de que ningún paciente espere más de 45 días está casi alcanzado puesto que en estos momentos de esos 17.000 solamente hay 1.061 pacientes que están en esta situación, por tanto un 5'8 por ciento del total y además estamos planteando en el departamento establecer una garantía jurídica, al igual que lo hicimos con la actividad quirúrgica, que sea ejecutable a partir de los 60 días en espera de consulta. Hoy tenemos 460 pacientes de más de 60 días y la formalización de la garantía jurídica es un proyecto en fase de ejecución pero que, como se verá, entraña medidas preparatorias, entiendo que necesarias, de un mayor alcance

Sí que quisiera decirles que, efectivamente, en estos momentos hay en espera para primera consulta 17.416 pacientes. El año pasado por estas mismas fechas había 19.895, por tanto, se han reducido en más de 2.500 pacientes respecto al mismo día del año anterior. Pero, además, quiero decirles que estos pacientes eran 21.795 en el momento en el cual tuve la comparecencia que antes citaba. Por tanto, desde aquella comparecencia hasta ésta hemos pasado de 21.795 a 17.416. ¿Cómo se consigue esto? Sobre todo se consigue realizando más actividad, como es lógico, y quiero indicarles que el número de primeras consultas que se ha realizado en la red en los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo ha sido de 115.875 primeras consultas y que en el mismo periodo del año pasado eran 107.801. Por tanto, se han hecho prácticamente 10.000 consultas más en el mismo periodo de tiempo, en estos cinco meses, y, por tanto, se han incrementado estas consultas el 7'49 por ciento. Es cierto que se ha realizado en alguna ocasión algún programa extraordinario de consultas, con el mismo criterio que antes les decía para las intervenciones quirúrgicas, pero estas consultas han sido escasamente unas 5.600 y, como les dicho, en estos momentos la espera media para consulta especializada es de 22 días, que es prácticamente la cifra objetivo y esta cifra era de 33'9 días el año pasado cuando comparecí ante ustedes.

Por tanto, quiero decirles que sobre todo aquí, en el campo de las consultas, la experiencia demuestra que el volumen de la demanda de primeras visitas crece en una manera que aún no podemos gobernar. En el primer cuatrimestre de este año la demanda de primeras consultas en especial ha crecido un 9'8 por ciento sobre el mismo periodo del año anterior y a pesar de que la oferta se ha incrementado en un 6'5 por ciento, el resultado es que las personas en espera han aumentado

en estos cuatro meses, aunque los datos han mejorado mucho respecto de los del año pasado, que ya eran buenos respecto de la serie histórica de los años anteriores.

Tradicionalmente, por tanto, la respuesta ante estas situaciones ha sido incrementar la oferta, es decir, los recursos, pero ésta es una dinámica que no se puede asumir indefinidamente, por lo que el objetivo tiene que ser desarrollar mecanismos que permitan equilibrar oferta y demanda, actuando sobre ambos y no sólo sobre el lado de la oferta. La gran variabilidad, además, de la práctica clínica, observada en términos de porcentajes de derivación a consultas especializadas por parte de los distintos equipos de Atención Primaria, nos respalda en la tesis de que la racionalización de la demanda es posible y también es ética.

En esta situación, abordar la introducción de una garantía jurídica sobre demora máxima en consulta especializada sin desarrollar mecanismos que permitan identificar y actuar sobre las demandas no justificadas puede tener efectos impredecibles y muy probablemente perversos, por lo que, esta actuación, aun necesaria, debería ser objeto de una preparación adecuada, preparación que ya ha sido iniciada y que seguirá, salvo mejor criterio, la siguiente pauta. En el caso de las consultas externas, con carácter preliminar ya se han adoptado medidas prácticas. Se han desarrollado sistemas para conocer con precisión el origen de las demandas de consultas externas según el centro y el facultativo que las solicita y estos datos comienzan a circularse por la organización, de momento por la direcciones y subdirecciones y posteriormente estarán disponibles para los profesionales de primaria y de especializada. Asimismo, se está informando desde hace aproximadamente un año y con periodicidad quincenal a todos los médicos de Atención Primaria sobre cuál es la lista de espera de cada facultativo especialista.

Esto forma parte de nuestro modelo de libre elección del facultativo que se ha desarrollado en la última parte de la anterior legislatura y tiene una importancia esencial, es decir, nosotros no podemos mentir ni engañar sobre las listas de espera, no podemos generar estadísticas falsas, porque estas estadísticas no sólo sirven para que el Consejero se pueda poner una medalla o pueda salir en el periódico o venga a la Comisión a decir cómo están las cosas, sino que nosotros utilizamos la estadística para que los propios médicos de Atención Primaria junto con el paciente puedan elegir aquel especialista que menos demora o que más seguridad les ofrezca, por tanto, nuestra estadística no es una estadística voluntarista ni pensada para el lucimiento sino que es una estadística utilizada para la gestión y para la adecuada derivación de los propios casos a través de la atención

primaria. Y esto es una realidad, como les digo, desde hace un año.

Al mismo tiempo se han impulsado mecanismos de relación previos al abordaje de una mayor coordinación, tales como nombrar especialistas coordinadores para la relación con primaria o automatizar en gran medida el intercambio de informes, sobre todo desde especializada al médico de cabecera, tanto de informes de consulta como de alta hospitalaria y, más recientemente, estamos planteando la normalización de la consulta telefónica entre los médicos de primaria y sus especialistas de referencia, entre otras cosas. Al mismo tiempo se están desarrollando las infraestructuras y los sistemas de información que permitan la gestión regulada de las citas de atención especializada desde los propios centros de atención primaria.

Como verán, señorías, el objetivo último de todas estas medidas preparatorias y de otras en curso de ejecución es desarrollar un mecanismo efectivo de coordinación entre primaria y especializada, tendente a gestionar de una manera lógica los dos lados de esta ecuación: la demanda, desde el nivel primario; y la oferta, desde el nivel especializado. La dificultad principal de este planteamiento es doble. Por un lado, es exigente en recursos organizativos e infraestructuras de comunicaciones y sistemas informáticos, y, por otro lado, hay que manejar el proceso con extremo cuidado pues no puede ser ni parecer que todo lo que se persigue sea meter presión en el nivel primario para que se derive menos, lo cual, evidentemente, no vamos a permitir.

En este marco, las estrategias de acción —y con esto voy terminando— con realizaciones prácticas relevantes previstas para este mismo año pueden resumirse de la siguiente forma. En primer lugar, para este ejercicio pretendemos la aplicación de mecanismos de autorregulación de la oferta y la demanda, basados en la formalización de compromisos anuales entre primaria y especializada acompañados de mecanismos de ajuste presupuestario según los cuales, y con cautelas, el dinero siga al paciente. En segundo lugar, el establecimiento de un sistema de autogestión regulada de las listas de espera y citaciones para consultas de especializada por parte de los centros de salud. En tercer lugar, el establecimiento de un sistema de control de las tasas de derivación ajustadas por perfiles poblacionales y de objetivos de convergencia para detectar y actuar sobre las tasas no explícitas tanto por exceso como por defecto. Por tanto, deberemos promover consensos internos entre ambos niveles para reducir la variabilidad de la demanda y primar la consecución de objetivos y no sólo la actividad. Y en cuarto lugar, pretendemos revisar el enfoque de los programas extraordinarios de actividad para la reducción de las listas

de espera implicando en su planteamiento y decisiones tanto al personal de primaria como al de especializada. A todo esto, y unas cuantas medidas más, lo llamamos plan de coordinación entre niveles y tiene un alcance que trasciende las propias listas de espera, si bien no se debe ocultar que éstas son una parte significativa dentro del planteamiento global y no puede ser de otra manera. El efectivo desarrollo de este sistema se considera conveniente antes de abordar el tema de la garantía en consultas externas que, en mi opinión, debería articularse como proyecto de legislación.

Por tanto, señorías, y a modo de epílogo, quisiera decirles que el asunto es, efectivamente, complicado. Muchas cosas se han hecho y se están haciendo y probablemente la experiencia nos conduzca a planteamientos aún no desarrollados, pero hoy por hoy, y en mi opinión, el mayor riesgo es que clínicos por una parte, gestores por otra y políticos por otra empecemos a echarnos la pelota de las listas de espera unos a otros, con los ciudadanos como espectadores atónitos. Tal como yo lo veo los clínicos piden dinero a los gestores y a los políticos, los políticos pedimos resultados a los gestores y a los clínicos, los gestores piden dinero y compromiso a todos y mientras tanto el ciudadano se tiene que estar preguntando si esto es tan caótico, lo digo a la luz de las informaciones que han aparecido en los medios de comunicación, como aparenta, ya que, en términos generales, el ciudadano dice estar satisfecho con su sistema de salud cada vez que hacemos una encuesta de satisfacción.

Mientras tanto, los países con los que nos comparamos gastan más que nosotros, tanto en términos absolutos como relativos, y no pueden presentar resultados claramente mejores que los nuestros. Ésa es también una realidad y si no que pregunten cuál es la demora para una prótesis de cadera en el Reino Unido, o cuál es el gasto por habitante y año en Francia o en Alemania. Por tanto, entiendo que es tarea de todos discutir y definir seriamente las prestaciones del sistema, pero, no sólo las prestaciones sino, sobre todo, sus atributos de calidad, hoy tenemos un mero enunciado en el que cabe casi todo y en el que el concepto de calidad, en el cual se incluye la espera, no aparece por ningún lado. Al mismo tiempo estamos comprometidos en establecer sistemas transparentes y consensuados de priorización, tanto con base clínica como contemplando otros factores sociales que deben tener una consideración específica a la hora de la priorización, lo que les comentaba de lo heterogéneo dentro de lo aparentemente homogéneo que es la estadística de la lista de espera. Y no parece, además, justo que dejemos este peso sólo en el lado de los clínicos ya que aquí están presentes también otros factores como la limitación de medios y la propia

gestión de riesgos. Y, al mismo tiempo, tenemos que empeñarnos en definir los tiempos de espera que socialmente consideremos aceptables, en este caso el criterio técnico es sólo un referente pero al final la decisión fundamentalmente es de naturaleza política, y determinar el grado de prioridad que se otorga a quienes superen dichos plazos, prioridad que sólo sirve si se basa en un sistema de garantías formales—como hemos pretendido hacer y seguir desarrollando— y ejecutables que no se puede improvisar.

Y por último, quisiera decirles que también tenemos que empeñarnos todos en tener todo esto como una tarea diaria de todos y no actuar sólo de forma reactiva porque un señor ha salido en un periódico a contar una situación concreta que debería ser investigada con mayor seriedad antes de tocar generala y poner en pie de guerra a toda la garnición. Gracias, señores Parlamentarios.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señor Consejero. No sé si necesitan unos minutos de receso. Si no es así, tiene la palabra la señora Torres.

SRA. TORRES MIRANDA: Gracias, señor Presidente. Me parece que el señor Consejero tiene la sensación de que las listas de espera en Navarra no son preocupantes y que los tiempos de espera son buenos. Desde luego, algo se ha mejorado, pero, como bien ha comentado también, queda todavía trabajo por hacer y mi grupo entiende que hay que aportar recursos necesarios para solucionar este problema de las listas de espera, que es necesario, sin duda, contar con los facultativos para mejorar también la gestión.

No ha contestado qué criterios siguen para la medida de las listas de espera en cuanto a cuantía y tiempo, no sabemos todavía qué significa para esta consejería estar en lista de espera. Mi grupo quiere que las listas de espera sean transparentes y públicas, que todo ciudadano pueda tener acceso a esa información. No ha respondido literalmente a las preguntas que le hemos hecho, tanto orales como por escrito, y mi grupo quiere que se le aporte esa información detallada, aunque sea por escrito.

Por otra parte, es público, y así lo ha manifestado también el señor Consejero en ciertos medios de comunicación, el ofrecimiento al Insalud para atender en nuestra Comunidad a pacientes de otras comunidades gestionadas por el Insalud. Nuestro grupo quisiera conocer algo más sobre esa información, es decir, cómo piensa llevarla a cabo, en qué hospitales, con qué profesionales, con qué jornadas de trabajo y si cree que va a afectar a la prioridad en la atención de los ciudadanos navarros, porque desde mi grupo estamos de acuerdo con la solidaridad también, pero solidaridad tam-

bién con nuestros vecinos. Es decir, cómo se solucionará ese ofrecimiento, en qué camas van a ingresar si precisan de Unidad Coronaria para que no perjudique a los navarros, máxime cuando la experiencia indica la dificultad que existe por falta de camas para trasladar a pacientes desde hospitales comarcales, como es el ejemplo de Tudela, a los hospitales terciarios cuando se necesitan de la Unidad Coronaria.

Mi grupo entiende, señor Consejero, que hay que trabajar, como ha dicho antes, que no ha aportado los datos que le hemos pedido, pero que en ese trabajo por mejorar estas listas de espera, y ya he dicho, como he dicho también en la petición, sin demagogia, mi grupo estará dispuesto a trabajar para intentar solucionarlo. También quiero recordar que en la beca Mikel Larumbe mi grupo gestionó que se aportaran me parece que eran 5.000.000 para que se dedicaran al estudio de las listas de espera y nos gustaría conocer también cómo está esta situación. Nada más. Gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señora Torres. ¿Qué Parlamentarios desean intervenir? Señor Viñes, tiene la palabra.

SR. VIÑES RUEDA: Yo no quiero dejar pasar por alto la exposición del Consejero. Me parece una exposición técnicamente correcta y conceptualmente excelente de lo que realmente tiene de dificultad, pero no sólo de dificultad sino de enjundia, toda la problemática de un sistema público, de lo que representa y significa la lista de espera, las formas de abordarla, las formas de resolverlas, el nivel de cómo se está resolviendo. Yo creo que ha sido una exposición que vale la pena elogiarla.

Yo, simplemente, sugeriría a la señora Torres que los segundos turnos o respuestas fueran en función de la exposición del señor Consejero y no fuera una segunda tanda de preguntas ya preparadas, porque, evidentemente, es muy difícil hacer una comparecencia para tres. Si realmente quiere preguntas concretas puede ser una pregunta escrita, si lo que está preguntando son números y datos que sea una pregunta escrita y, naturalmente, tengo que manifestar mi sorpresa de la dinámica de una excelente exposición que se ha hecho de las listas de espera desde el punto de vista conceptual, las tareas que se están realizando me parecen excelentes y creo que es merecedor de felicitación el Servicio Navarro de Salud por todo lo que se está haciendo y logrando en punta de resolver realmente los problemas de la complejidad que es, en un sistema público universal y equitativo, la gestión de las listas de espera. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señor Viñes. Señor Puyo, tiene la palabra.

SR. PUYO REBOLLO: Buenas tardes. Yo sí que quiero agradecer, como el señor Consejero ha definido, esa excursión conceptual que ha hecho, sobre todo en la primera parte de su intervención. Además creo que hay que reconocer que no le falta razón y que todos los grupos compartiremos su criterio a la hora de afrontar el problema de las listas de espera de que, efectivamente, hay que establecer una serie de criterios de equidad. Eso yo creo que todo el mundo lo compartirá y que nadie puede entender que hacer frente a lo que son este tipo de asistencias vaya a ser en función de quién coge número y en función de ese número, como en la carnicería o como en la pescadería, se le atiende. Eso yo creo que todo el mundo lo comparte.

Lo que sucede a la hora de poder definir cuál es la postura del grupo respecto a la información que nos ha dado el señor Consejero es que hay cierta dificultad a la hora de sacar ahora una conclusión directa, sobre todo porque son datos que se van moviendo, son cantidad de datos, muchos de ellos estadísticos, los que ha comentado el señor Consejero y que van cambiando de aquí para allá. De alguna manera el estudio comparado y, sobre todo, lo que te pueda permitir interiorizarlos permita a posteriori sacar una conclusión mucho más detallada de lo que ha sido la comparecencia.

Pero sí creo que es imposible dejar de hablar de una sensación a la que ha hecho referencia el señor consejero cuando ha dicho que sería caótico que la ciudadanía asistiera como espectadora a un cambio de pelota entre gestores políticos y clínicos. Esa sensación caótica no la produce el hecho de que pueda haber cierto debate en los medios de comunicación, que pueda haber ciertas declaraciones de determinados clínicos o que pueda haber ciertas iniciativas que toman determinados grupos. La sensación caótica se da cuando a una persona en junio del 99 le manda hacer una resonancia, cuando le llega la citación para tener esa resonancia es el día 4 de abril y cuando le citan para hacer la resonancia es el día 26 de abril. Eso es lo que genera de alguna manera esa cierta sensación de desconfianza o de desasosiego o de alarma social –una palabra que está muy a la moda– entre la propia ciudadanía. Eso es, no tanto el ver si se discute o no se discute en el Parlamento entre políticos, entre gestores o clínicos sino precisamente el paso de la cita.

Los números muchas veces se dice que cantan, es cierto, pero si los mueves mucho los números lo que realmente hacen más que cantar es bailar, sobre todo bailar en la mente de las personas y éste es el caso. Aquí se habla de medias, se habla de tiempos máximos, incluso se utilizan términos

semánticos, impresiona menos hablar de 120 días que hablar de 4 meses, ésas son técnicas que está reconocido que son técnicas de marketing, lo mismo que 180 días no da la sensación de que son 6 meses, sobre todo cuando estamos haciendo referencia a este tipo de cosas.

Y yo creo que hay una serie de cosas que hay que tener en cuenta y, como nos comentaba la señora Torres, efectivamente, ha habido mejoras sobre todo en lo que es el descenso de las listas de primera consulta, eso es algo que nadie puede negar, lo que pasa es que cuando se dice que han descendido las listas de espera en esa primera visita puede ser una realidad, pero el principal problema que ahora mismo se está dando y el que crea mayor desasosiego precisamente en la ciudadanía es a partir de esa primera visita. Es algo que no se ha comentado aquí, pero a partir de la primera visita, las visitas de seguimiento, las visitas de revisión o las visitas de tratamiento que se tienen que dar de alguna manera han quedado un poco en el aire, cuando ahí sí que es cierto el problema de las segundas visitas. Hay visitas de seguimiento como dermatología que según los datos que tengo yo te vas hasta 6 meses, en vascular te puedes ir hasta un año, en neumología hasta un año y por no entrar a hacer un repaso completo de todas las especialidades. De alguna manera ésa es la sensación que hay.

Y, luego, hay otra realidad y es que el hecho de que se vaya dando mayor salida a lo que son consultas de primera visita lo que está haciendo, pues –to que no se toman medidas para solventar lo que son las listas de espera en la segunda visita, es, precisamente, engordar ésas de segunda visita, y en la medida en que engordan ésas listas de segunda visita o posteriores, lo que está sucediendo es que está generando mayor desconfianza y mayor desasosiego en la ciudadanía.

Como conclusión, yo comparto que es un tema difícil y que seguramente cualquier gestor en salud, por mucha buena voluntad y por mucha prioridad que tenga en el gasto social, por mucho que quiera, es un tema difícil a la hora de atacarlo. Sí se puede resolver por la vía fácil, es decir, hablar de mayor contratación, y ése es un aspecto que no hay que olvidar, pero yo creo que también habría que empezar a hablar de una mayor dedicación. No quiero poner en la picota, evidentemente, a nadie, pero empieza a dar la sensación de que el hecho de que las listas de espera engorden puede ser utilizado en algunos momentos como un elemento de presión de determinados clínicos frente a Osasunbidea, incluso alguno –esto ya son comentarios personales y, evidentemente, no se van a poder refutar nunca en otro sentido– hasta se siente especialmente orgulloso de tener mayor lista de espera, porque eso deja muy claro ante la ciudadanía la capacitación pro-

fesional que tiene. Habría que ver en alguna cuestión, precisamente en el tema de la dedicación, cuánto trabaja la gente y cuántas horas de consulta dedican al día. Estoy seguro de que hay algunas especialidades que podrían dedicar más tiempo del que dedican a la consulta, pero como quiera que el objetivo de la comparecencia de hoy era conocer precisamente esos datos y, como al principio he comentado, es imposible hacer ahora aquí una valoración a priori pues, de alguna manera, para posicionamientos posteriores o posibles iniciativas que pueda haber con este tema nos daremos un tiempo para interiorizar todos esos datos y ya veremos qué depara el futuro. Gracias.

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

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: Gracias, señor Presidente. En primer lugar, quiero agradecer también la exposición del señor Consejero, que, tengo que reconocer, que me ha parecido brillante en el sentido de que nos ha llevado a todos a hacer una reflexión. Yo creo que aquí se ha tocado un tema bastante importante que es la naturaleza ética. Cuando hablamos de que el sistema sanitario es una empresa o se le puede considerar una empresa, yo creo que es una empresa con mayúsculas, pues to que tiene que garantizar unos derechos que tienen los ciudadanos y ciudadanas como es la atención de la salud. En ese sentido comparto muchas de las reflexiones que se han hecho aquí. Evidentemente, hace 50 años no existían los avances tecnológicos que hay ahora ni el tipo de población que había entonces es el que tenemos ahora. Ahora hay en la población una prevalencia de personas mayores, cada vez es mayor la tasa de personas mayores y hay una prevalencia también de enfermos crónicos que tienen una expectativa de vida más larga, evidentemente, hace cincuenta años probablemente se hubieran muerto en cinco años y hoy tenemos personas en Europa que a pesar de tener sida viven diecisiete y no sé si más años, porque, conforme se va avanzando, las expectativas son mayores. Y, por contrapartida, tenemos a África o a América Latina, donde la gente se muere de sida al cabo de uno o dos años. ¿Qué quiere decir esto? Que en Europa somos capaces de invertir más dinero de lo que es capaz de invertir América Latina o África. ¿Qué pueden significar todas estas cosas? Que hay una eutanasia activa y que a veces la falta de recursos o cómo se utilizan puede conllevar una cierta eutanasia pasiva, la cual muchas veces ignoramos, de la cual tampoco vamos a asumir responsabilidades directas, pero que en ese conjunto de reflexiones a las que nos ha llevado es algo que tenemos también que reflexionar.

En este sentido, cuando se ha hablado de las listas de espera se han dado bastantes datos y la

primera sensación es de que se ha mejorado, nos consta. Porque los políticos también somos ciudadanos de a pie y acudimos al médico o tenemos gente en nuestra casa con la que también lo hacemos. A veces algunos dominamos, por desgracia, hasta cuatro o cinco especialidades, porque tenemos que acudir a ellas y sabemos que en las primeras consultas sí que se ha mejorado, en alguna ocasión se lo he reconocido públicamente.

Pero hay un tema que nos preocupa especialmente, que es la espera a partir de esa primera consulta y cuál es la espera que en estos momentos se está barajando en determinadas especialidades. Ha hablado aquí de dermatología, también del tema de alergias. La alergología es una especialidad en la que ahora mismo hay un colapso, y ¿eso de qué viene? pues de que hay una progresión en la población, se está hablando de que el 25 por ciento de la población navarra es candidata a tener problemas de alergia, con lo cual es una especialidad en la que se sabe y se puede prever que va a haber una mayor demanda; yo no diría demanda, yo diría necesidad de acudir a esa especialidad. Con lo cual, una previsión significa, y usted lo sabrá mucho mejor que nosotros, determinar las especialidades en las que vamos a necesitar más especialistas.

Y quiero hacer otra reflexión. Hace veinte años se decía: tenemos más médicos que no sé dónde. Un día los formamos, pero esos médicos no tuvieron salida en ese momento y hoy están, quizás, de telefonistas. Resulta que ahora los necesitamos, pero los hemos perdido. Así que donde nosotros observamos un problema bastante agudo y que requiere solución es en la priorización de estos enfermos crónicos, enfermos que tienen unas revisiones, que van a los especialistas. Los especialistas, con buen criterio, determinan en algunos casos revisión en un año, al año siguiente vuelves y te indican revisión dentro de seis meses. ¿Qué ocurre? Que ese paciente se va a casa. Hay una pregunta que quiero hacerle, que la ha hecho la señora Torres y es la que yo también le pido que nos conteste, ¿qué se consideran personas en espera? Esa persona se va a su casa sabiendo que dentro de seis meses tiene que tener una revisión porque así lo ha dicho su especialista, sin embargo, pueden pasar los seis meses —y eso ha ocurrido y lo sé porque lo he vivido—, el año, y al cabo de catorce meses, esa consulta llega, tras acudir a Atención al Paciente, llega la famosa carta donde te dicen el día tal a tal hora y, además, acudes a esa hora pase lo que pase porque, si no, estás otros ocho meses esperando. Y es ahí donde está el problema: cómo valoramos o cómo valoramos, tanto los gestores como los especialistas e incluso los políticos, qué riesgos corre esta población que tiene que acudir a una consulta de revisión o que tiene unas

*pruebas pendientes. Porque los diagnósticos, y eso los que están en medicina lo saben, van variando, y no tenemos siempre ni la misma gravedad ni el mismo diagnóstico, hay una progresión. Es ahí donde yo creo que está el quid de la cuestión, en esa población crónica que tenemos que requiere unas consultas de revisión, revisión que a veces los facultativos determinan con buen criterio cuándo debe ser. Pero esa revisión no se está dando ni en el plazo ni en el 30 por ciento más del plazo, y le puedo decir que revisiones anuales, como, por ejemplo del 98 al 99, se acaban realizando, y lo he vivido, en mayo de 2000. Eso es así y eso es lo que preocupa, qué riesgos asumimos.*

*Vamos a comentar qué es lo que ha ocurrido en el Reino Unido. En el Reino Unido ha bajado la tasa de cura del cáncer. ¿Por qué ha bajado? Porque ha habido un empeoramiento del sistema público sanitario. ¿Cuál es el reflejo de ese empeoramiento? El reflejo de ese empeoramiento es que un sistema que era eficaz empieza a no ser eficaz, que personas que tenían un pronóstico de cura resulta que no lo tienen, que, incluso, se mueren. Yo me atrevo a decir que en estos momentos no podemos hablar de riesgos vitales, que en Navarra se está en mejores condiciones, y es que tenemos todo para estar en mejores condiciones, la realidad social y económica de Navarra nos permite avanzar mucho más, y, si no me equivoco, estábamos con un objetivo de llegar al 6 por ciento a la sanidad pública y probablemente haya que dedicar más recursos a la sanidad pública porque tenemos una curva poblacional que lo demanda así. Entonces asumamos esa responsabilidad.*

*Por parte de nuestro grupo estamos dispuestos a asumir ese mayor gasto sanitario porque es necesario, porque la población nos lo está demandando. Y no es hablar de alegría, porque cuando aquí se ha hablado de las operaciones del cambio de sexo, me figuro que los que están enfermos del corazón no tienen nada que ver con los quirófanos donde se hacen estas operaciones a nada que tengamos de conocimiento, es decir, no es cuestión de alegría sino de que en estos momentos, por el tipo de población que tenemos –y se está dando eso, Consejero, se está dando y todos tenemos conocimiento de ello– el que puede se va a la consulta de oftalmología y, algo más grave, se va de su médico especialista correspondiente en la Seguridad Social a la consulta de oftalmología privada, cosa que no se daba desde hacía muchos años. Hemos vuelto a esa vieja historia y, además, luego, no sé cómo consiguen incluso ser operados rápidamente. No queremos volver a lo que ocurría hace unos años, cuando las personas con más medios económicos se iban a la consulta privada de su especialista de la pública.*

*Cuando usted ha hablado de las garantías jurisdicas ha dicho que ninguna persona ha reclamado su ejecución. Con toda sinceridad, tenemos un buen concepto en Navarra de la sanidad pública y esta portavoz, como la que más, si le ocurre algo acude a la sanidad pública, porque confiamos en ella y porque sabemos que tiene un buen sistema. Evidentemente, hay que aportar más recursos a este sistema y ése es el compromiso que yo creo que tenemos que asumir, el de una mayor aportación económica a la sanidad, porque la población lo está demandando. No es cuestión de alegría sino de reconocer las necesidades y en esto hay que saber priorizar. Para nosotros el gasto sanitario, como el educativo, es prioritario. Aunque en estos momentos es mucho más prioritario el tema de salud que el de educación, por existir un descenso de la natalidad. Muchas gracias.*

**SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera):** *Muchas gracias, señora Arboniés. Señor Basterra, tiene la palabra.*

**SR. BASTERRA LAYANA:** *Muchas gracias, señor Presidente. La verdad es que ha sido este segundo punto un punto muy bueno, de guante blanco, diría yo, para lucirse por el trabajo que ha realizado por la demanda parlamentaria que ha tenido con el tema de las listas de espera. Yo creo que lo está haciendo bien, y bien ha dicho usted, además, que, aparte de lo que se está trabajando, aún hay una demanda superior, que el 9 por ciento es superior con todo lo que ha ido rebajando el lado contrario. Pero tengo que decir que me ha sorprendido y querría que me explicara esas palabras que ha dicho de que harán todo lo que puedan si les dejan. Yo no sé si es por el montaje económico o si tiene por ahí no sé a quién que le puede frenar un poco, porque no se preocupe, si es por el tema de presupuesto, puede contar con nosotros en ese aspecto, que siempre hemos sido muy sensibles al tema de que había que rebajar las listas de espera.*

*Otra cosa que le tengo que decir también es que me ha gustado que haya dicho que no se puede mentir en el tema de las listas de espera, para que haya libertad en el paciente para poder elegir. Eso es como cuando uno va a Leclerc y ve que tiene cuarenta carros en una fila y en la otra no ve más que dos, y entonces elige la segunda para terminar cuanto antes. Entonces, es bueno para el paciente saber qué demanda hay en éste y qué demanda hay en el otro para poder elegir. Nos parece muy bien.*

*Y luego, referente a la demanda, pues está claro, y ya lo ha dicho la portavoz Arboniés, que cuando se vive muy bien nadie se quiere poner enfermo y menos morir. Entonces, hay gente que en cuanto le duele no sé qué, dice: voy a ir al médico por si acaso. Eso no pasaba antes. Yo me acuerdo que de chaval te podías hacer cualquier cosa y no ibas ni siquiera a ponerte la inyección antitetá-*

*nica ni mucho menos. Te hacías, y a seguir adelante. Hombre, todos queremos que vaya mejor, por supuesto, y que todo lo que han rebajado en 2.500 pues que se siga rebajando cuanto más, mejor. Entonces, como le digo, yo creo que ha sido un segundo punto de guante blanco para lucirse usted y el departamento y me parece muy bien. Y todos estos datos que ha dado aquí nos gustaría que nos los hubiese dado a los grupos parlamentarios por que seguro, señor Consejero, que usted vendrá otra vez con este tema no sé cuándo; posiblemente el año que viene. Entonces se podrá cotejar lo que se ha dicho hoy, que ya estará en el Diario de Sesiones, pero bueno. Muchas gracias.*

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

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Soy yo quien les agradece el tono empleado. Creo que esto ha sido muy buen colofón del periodo de sesiones en el trabajo de esta Comisión, y ojalá sea también un adecuado presagio de lo que puede ser el siguiente periodo.*

*Sobre esto último que decía el Parlamentario señor Basterra, quisiera indicarles que el nivel de datos que tenemos es abrumador y que no he querido incorporar excesivos datos más que los que nos parecían especialmente relevantes en el texto que les he leído. Pero dispongo aquí de otro tipo de datos que desde este mismo momento pongo a su disposición –si les parece, los puedo facilitar a los servicios de la Cámara– para que les den una concreta visión, incluso, si quieren, para que puedan tener su correspondiente seguimiento documental en lo sucesivo y que también responde a lo que la señora Torres comentaba y que, efectivamente, ha sido una de las carencias de las palabras que yo les decía. Tenemos todos los datos de listas de espera por hospitales y por servicios; tenemos toda la evolución de los últimos meses. Creo que hay suficiente número de datos y, desde luego, tienen aquí todo el referente estadístico que necesitan.*

*Quisiera decirles, además, que incluso si quieren ustedes establecer algún tipo de sistema de control adicional al que existe, nosotros, por supuesto, colaboraremos absolutamente, de la misma forma que el Parlamento recibe para equis tiempo el resumen de la licitación en obras públicas, si por un mecanismo similar de derivación documental ustedes quieren tener los datos actualizados de las listas de espera, pues, evidentemente, seguro que nos ayudan a mejorarlas, porque, efectivamente, y con esto quiero también responder a alguna de las cuestiones que se han dicho, no decimos nunca que no sean preocupantes ni que sean buenas nuestras cifras. Decimos que son unas cifras que mejoran y que, evidentemente, porque*

*nos preocupan nos ocupan y precisamente por eso les relataba cuáles son las líneas de gestión que emprendemos en esta materia.*

*Por supuesto que estamos por la transparencia de los datos y ya entrego al Presidente el conjunto de datos que desagregan absolutamente toda la información de la que disponemos. Al mismo tiempo quisiera indicarles dos cuestiones más de forma concreta. En primer lugar, sobre el ofrecimiento que se ha hecho a otras comunidades, el ofrecimiento tal y como se ha trasladado al Insalud consiste no en proporcionar recursos asistenciales indiscriminados, sino específicos en el área del corazón, de la cirugía cardiovascular, y ello por dos razones. Primera razón, porque evidentemente había en estos momentos una alarma social respecto de lo que eran las operaciones cardíacas, y, en segundo lugar, porque tenemos trabajando el área del corazón del Hospital de Navarra que hay que reconocer, y esto lo dicen los propios clínicos que ahí trabajan, que está en estos momentos trabajando por debajo de sus posibilidades. Así como les decía que no es conveniente tener recursos ociosos, en este caso hay unos recursos que se pueden utilizar de una forma más intensiva. Esto, ¿por qué? Porque, por ejemplo, el nivel de operaciones extracorpóreas que se realiza en esa unidad en estos momentos no llega a los dos centenares al año y se considera que para acreditar un servicio y, por tanto, para que ese servicio tenga una adecuada calidad, es necesario superar las 250 intervenciones al año. Por tanto, los propios clínicos son los que han puesto de manifiesto esta situación y el ofrecimiento que se ha hecho al Insalud es que podríamos hacernos cargo, con la correspondiente contraprestación, de todos los pacientes que en estos momentos viven en La Rioja, puesto que los pacientes de La Rioja, al no contar con un servicio propio, son derivados habitualmente a Madrid o al Hospital de Valdecilla, que, por otra parte, tiene enormes problemas por el desprendimiento que tuvo sobre su bloque quirúrgico.*

*A los navarros nos interesa mucho poder proyectar nuestra sanidad en algunos casos concretos más allá de Navarra. Y si nosotros logramos hacer que la población de La Rioja sea población referenciada al área del corazón en cirugía cardiovascular del Hospital de Navarra, no sólo ganaremos las contraprestaciones que, evidentemente, tendrá que poner el Insalud sobre la mesa, sino, sobre todo, ganamos otra cosa que es muy importante para los pacientes navarros, y es que, al haber mayor número de casos, por lo tanto, al superar las 250 intervenciones extracorpóreas al año, ganaremos la posibilidad de acreditar ese servicio como servicio docente, y al mismo tiempo tendremos una garantía de que al manejar mayor casuística se estará, por tanto, generando una mayor*

calidad. A veces, no. En la mayor parte de los casos, la calidad en sanidad depende también del número de casos que se consideren. En el criterio de un planificador estricto nunca hubiera habido un servicio de cirugía cardiovascular en el Hospital de Navarra, porque para 530.000 habitantes no se define como necesario, se define para poblaciones superiores a los 750.000, pero, evidentemente, Navarra quiere contar con ese servicio, cuenta con ese servicio, y nosotros no sólo queremos contar con ese servicio, sino progresar, y, por tanto, hemos hecho un ofrecimiento para que de una forma no coyuntural, sino permanente, podamos aceptar a los pacientes de La Rioja, porque esto es beneficio - so y correcto para nuestros propios intereses.

Quisiera decirles también otra cuestión, y es que la señora Arboniés citaba el hecho de que haya algunas especialidades en los que, efectivamente, la demora se percibe de una forma más intensa. Citaba la alergología. Quiero decirle que la alergología fue objeto de un programa extraordinario durante todo el año pasado. De hecho, en la información que pongo a su disposición figura el dato de que el año pasado por estas fechas había más de 2.500 personas esperando para ser recibidos por un alergólogo, y en estos momentos son poco más de 500. Es decir, se ha reducido a una quinta parte, evidentemente, con unos programas extraordinarios, con contratación especial de profesionales y esto, evidentemente, se hace en este momento pero tampoco tenemos la seguridad de que esto vaya a ser necesario durante mucho más tiempo.

Y quisiera decirle que, efectivamente, hay otras especialidades donde las cosas realmente cada vez detectan más demanda, por ejemplo, la dermatología, donde, efectivamente, los dermatólogos tienen cada vez más un componente estético en su actuación. Cada vez hay una demanda mayor, a veces por cuestiones antes consideradas estéticas. La dermatología en algunas ocasiones presenta unas cifras poco explicables, y lo mismo ocurre con la oftalmología, puesto que se recurre habitualmente en Navarra al oftalmólogo del servicio sanitario público para, en algunas ocasiones, cuestiones de graduación de la vista, por ejemplo. Hay servicios de salud en España, como, por ejemplo, el vasco o el andaluz, por citar el más al norte y el más al sur, además gestionados políticamente por distintos gobiernos, que han decidido dar a los ópticos y optometristas la posibilidad de concertar la graduación de la vista para los propios pacientes de los respectivos sistemas sanitarios. Es algo que en este momento no estamos planteando pero que ha sido una solución de escape para que los oftalmólogos se dediquen a la patología ocular y no a la graduación de las dioptrías correspondientes.

Y quisiera decirles que, efectivamente, hay un problema en las resonancias. Son unas pruebas que

cada vez se indican más. ¿Por qué? Había quien decía que cualquier domingo por la tarde después de que cualquier futbolista en cualquier campo de fútbol haya recibido un golpe, la noticia de la noche en los espacios informativos es que no sé qué futbolista está en esos momentos haciéndose la resonancia en la clínica Mapfre, entonces, realmente, se ha generado una sobredemanda. De hecho, en la red pública hay un solo aparato. Cuando se compró este aparato se dijo que era suficiente para un millón de personas, en estos momentos no sólo no es suficiente para 530.000, sino que no es suficiente trabajando mañana, tarde, noche, domingos y festivos. Es decir, trabajan todas las horas del año y, sin embargo, no es suficiente. Y, efectivamente, hay una demora en algunos casos preocupante, de cuatro, cinco, seis meses. Hay una contratación prevista en estos momentos para localizar un nuevo aparato de resonancia nuclear en el centro de especialidades General Solchaga. Va a ser un aparato que se va a adquirir a final de año y en General Solchaga se va a disponer de un aparato de resonancia para que pueda hacer pruebas diagnósticas específicas. Ven ustedes que aquí, además, hay un criterio que es el de tratar de no concertar estos servicios con lo privado, como se hace intensivamente en otras comunidades, como, por ejemplo, Valencia. Aquí pretendemos poder gestionarlo desde nuestros propios medios, y, en cualquier caso, a final de año habrá un nuevo aparato en General Solchaga que es un aparato abierto, hábil para la atención ambulatoria de las resonancias.

Y, por último, coincido con la señora Arboniés en que tenemos delante de nosotros la importante decisión de valorar cuánto más vamos a dedicar a la sanidad, a la salud. Y, efectivamente, esto es algo importantísimo y hay una serie de circunstancias que la propia señora Arboniés argumentaba y que, desde luego, son cruciales en este momento. Y yo quiero decirles, señoras y señores Parlamentarios, que, efectivamente, a la hora de definir cuántos recursos más vamos a dedicar de ahora en adelante a la sanidad pues son ustedes los que tienen la principal capacidad, puesto que, evidentemente, son ustedes, como se lo he dicho en muchas ocasiones, los auténticos dueños del presupuesto. Yo por mi parte les propongo una reflexión para el verano y más que una reflexión incluso una posible actuación, convengan o traten de argumentar a sus propios partidos políticos que a lo mejor deberíamos todos nosotros instalar un lema que diga: el dinero de la A-15 para la sanidad. Porque si estamos hablando de priorizar dentro de la sanidad ¿por qué tenemos que asistir en la Comunidad Foral al debate de la dedicación de decenas de miles de millones de pesetas a comprar el asfalto para que lo disfruten los conductores que tengan que disfrutarlo y no priorizar también dentro del conjunto de

las políticas públicas esas importantes cantidades económicas a lo que realmente afecta a la integridad, a la equidad y a la solidaridad de las personas, que es la sanidad? Me presto a hacer la pancarta. Estoy dispuesto a salir a la calle con ella. El dinero de la A-15 para la sanidad.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señor Consejero. No sé si alguien desea intervenir en un segundo turno. Si no es así, con la sensación y el criterio defendido por los diferentes grupos del trabajo bien hecho, y en este caso acabando el periodo de sesiones en el que hemos tenido la última comparecencia del Consejero de Salud, agradeciendo su presencia y sus explicaciones, y con la última reflexión que manifestaba, que es una cuestión a analizar en los próximos meses, y en esa línea vamos a suspender la sesión única y exclusivamente dos minutos, les ruego a sus señorías que no se muevan de sus asientos, tiempo suficiente como para despedir al señor Consejero, agradeciendo, una vez más, su presencia y sus explicaciones. Se suspende la sesión.

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 18 HORAS Y 35 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 18 HORAS Y 36 MINUTOS.)

**Debate y votación de la moción presentada por Convergencia de Demócratas de Navarra por la que se insta al Gobierno de Navarra a presentar en el plazo de seis meses a esta Cámara legislativa un plan de prevención de drogodependientes en las empresas de Navarra.**

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Se reanuda la sesión para abordar el tercer punto del orden del día, la moción presentada por Convergencia de Demócratas de Navarra por la que se insta al Gobierno de Navarra a presentar en el plazo de seis meses a esta Cámara legislativa un plan de prevención de drogodependientes en las empresas de Navarra.

Para su defensa tiene la palabra el portavoz de Convergencia de Demócratas de Navarra, señor Burguete.

SR. BURGUETE TORRES: Gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. Es cierto que la siniestralidad en Navarra va en aumento desgraciadamente, y basta con remitirnos a los datos presentados por el Instituto Navarro de Salud Laboral al finalizar el año 99 o iniciado ya el año 2000, en el que se ponía de manifiesto que en el año 99 había habido 2.413 siniestros más que en el año anterior y que, incluso en el primer trimestre del

año 2000, había habido un 20 por ciento más de siniestros que en el mismo periodo del año anterior, y esto demuestra una vez más, y ya se ha puesto de manifiesto en diferentes ocasiones en este Parlamento, que la siniestralidad laboral es una asignatura pendiente a la que, por diferentes razones, por diferentes motivos, hasta este momento no se ha sabido hincar el diente ni resolverla y aminorar esas escalofriantes cifras y esos escalofriantes datos. En este sentido, el sector que más accidentes y más alto grado de siniestralidad ha presentado habitualmente y sigue presentando en este momento es el de la construcción, lo cual indica cuál sería el sector sobre el que más incisivamente sería necesario actuar.

A juicio de Convergencia, es necesario extremar la precaución, aumentar los mecanismos de control, invertir en medios materiales y en medios humanos y también mejorar el marco normativo mediante un desarrollo por parte del Gobierno, que yo creo que en este momento ya se está echando en falta, de la Ley de prevención de riesgos laborales. No hay que olvidar que, incluso en una respuesta a una pregunta parlamentaria del grupo Convergencia, se ponía de manifiesto que es cierto que había que avanzar en el desarrollo normativo de la Ley de prevención de riesgos laborales y se ponía de manifiesto que no se dotaba a los diferentes departamentos de los suficientes medios para poder cumplir esa normativa, con lo cual entendemos que ahí también habría que avanzar, pero no sólo eso, nosotros también entendemos que puede haber una relación estrecha entre la siniestralidad y los accidentes y el uso de sustancias o de drogas, y en este sentido, entendemos que es necesario, imprescindible tal vez, como un paso previo, la elaboración de este plan de prevención de drogodependencias con el objeto de informar y de prevenir a los trabajadores de las empresas sobre el uso de diferentes drogas, y, cuando hablo de diferentes drogas, estoy hablando de alcohol, de tabaco no tanto, porque compartimos el plan elaborado por el Gobierno y entendemos que es un buen plan y que puede avanzar en resolver ese conflicto, pero también hablamos de otras sustancias que habitualmente se suelen consumir y cuyos efectos pueden, por un lado, perjudicar la calidad de vida del trabajador y, por otro, incluso también pueden aumentar las tasas de accidentes.

Nosotros entendemos que todas las medidas van a ser insuficientes y por eso creemos que este plan de prevención de drogodependencias puede, por un lado, reducir la tasa de accidentes y, por otro, mejorar la calidad de vida del trabajador, del sufrido trabajador. Por ello nosotros hemos presentado, con la mejor voluntad de avanzar y aportar nuestro granito de arena, esta moción, una humilde moción instándole al Gobierno a que, en el plazo de seis

meses, en el mes de mayo eran seis, hoy pueden ser cuatro o diez, porque yo creo que en este momento, aunque es urgente la intervención, un mes más o menos no supone ningún problema, presente un plan de prevención de drogodependencias que afecte a las empresas de Navarra con el objetivo de hacer ver la problemática que puede implicar el consumo de drogas, su posible relación con los siniestros laborales y el deterioro que sufren los trabajadores por el uso de drogas como el alcohol y otras sustancias.

Es cierto que en este momento esta moción podría –y yo avanzo también cuál sería nuestra posición– derivarse hacia la Comisión especial sobre la siniestralidad, porque nosotros entendemos que puede haber una relación directa entre la siniestralidad y el uso de drogas, pero también entendemos que no pasa nada porque haya ya una voluntad expresa y manifestada mediante el apoyo a esta moción para que el Gobierno vaya trabajando ya, si no lo está haciendo, en avanzar en un plan en el que se recojan los argumentos que hemos esgrimido y que, por supuesto, pueden ser mejorados con diferentes aportaciones.

En cualquier caso, nuestra voluntad es avanzar, aportar nuestro granito de arena en intentar resolver, por un lado, el alto grado de siniestralidad, el alto grado de accidentes laborales y, por otro, intentar mejorar la calidad de vida del trabajador. Ése fue el objetivo que nos llevó a presentar esta moción. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias, señor Burguete. De acuerdo con el Reglamento, abrimos un turno a favor y un turno en contra de la moción. ¿Portavoces que deseen intervenir en el turno a favor? Señor Puyo, tiene la palabra.

SR. PUYO REBOLLO: Seré muy breve porque parece ser que todo el mundo tiene prisa. Nosotros vamos a votar a favor, sobre todo, de lo que es la propuesta de resolución, que, de alguna manera, lo que plantea es la prevención ante una situación de riesgo. En ese sentido, entendemos de manera correcta fomentar la elaboración de una serie de planes que precisamente vayan orientados hacia la prevención. Lo único que queríamos señalar, en función de lo que se puede leer en la exposición de motivos, es que a nosotros nos ha parecido que está excesivamente argumentada, pues cuando se habla de siniestralidad laboral alguno podría entender, de lo que es la lectura de la moción, que prácticamente está fundamentada en el consumo de drogas, cuando precisamente la mayor causa de la siniestralidad laboral es la precariedad, que precisamente es la que luego puede posibilitar o condicionar un mayor fomento del consumo de drogas, las precarias condiciones en las que tienen que desarrollar determinadas personas su trabajo.

Sí que queremos aclarar, a la hora de dar nuestro apoyo a la moción, que nosotros apoyamos una propuesta de resolución que hable de un plan de prevención, lo digo porque, cuando se habla de que las empresas tendrán que ser vigilantes y tendrán que actuar en caso de que haya un consumo diario de drogas, no queremos que se confunda nuestro voto con otras cosas como que las empresas se dediquen a hacer labores represivas o labores prohibitivas en torno a este tema, puesto que lo que consideramos es que aquí hay que afrontar finalmente un debate global sobre el tema del uso y consumo de drogas más que entender que tenemos que estar parcheando con determinadas situaciones precisamente este tema.

Al hilo de esto sí que me gustaría resaltar que a uno se le queda la duda de dónde queda precisamente el Plan foral de drogodependencias, puesto que en este periodo de sesiones es la segunda iniciativa que se trae con el tema relativo a drogodependencias, y se sabe que ese plan foral está ahí pero, desde luego, no es que sea un elemento de vida activa a la hora de buscar soluciones sobre este tema. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señor Puyo. Señora Arboniés.

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: Aunque no he asistido a la defensa, me iba a manifestar en relación con el contenido de la moción, que vamos a apoyar, entendiendo lo que ha dicho también antes el señor Puyo, que hace falta marcar todo esto en un ámbito mucho más amplio, y yo creo que aquí cabe ya la propia revisión del Plan foral de drogas que, como todo, hay que adecuarlo a la realidad que tenemos y, en todo caso, que esto no signifique que las empresas tengan que hacer esa labor digamos no sé si de vigilancia de lo que consume cada cual en el ámbito laboral, pero cuando estamos enfrente o al lado de las construcciones –pues estamos rodeados de construcciones por todos los lados– sí que llama la atención, y concretamente, el otro día estaba viendo el consumo que se da a veces excesivo de alcohol, y vi a una persona que en concreto era un chaval joven subiéndose y puestas: con lo que has almorzado y encima de ese andamio, pues una se imagina... Y es una reflexión de esto y de algo que se viene presenciando. Es algo que hay que prevenir y las empresas también tienen que tomar buena nota de estas cosas, sin que con ello se llegue a excesos de vigilancia pero sí que hay que establecer unas mínimas normas. En otros países se va muchísimo más lejos en el ámbito laboral, y, desde luego, sería inconcebible en algunos sitios que yo he conocido que la gente pudiera beber en horas de trabajo tan alegremente como se bebe aquí, y eso también hay que tenerlo en cuenta.

*Yo creo que hay que poner una medida y bueno es que entremos en un tema que aquí todavía no se ha discutido abiertamente pero que se debería discutir sobre el consumo de sustancias en el ámbito laboral y más en algunos ámbitos que conllevan riesgos. En este sentido, vamos a dar el apoyo a la moción.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias, señora Arboniés. ¿Turno en contra? Señor Garijo, tiene la palabra.*

SR. GARIJO PÉREZ: *Muchas gracias, señor Presidente. La propuesta de resolución de la moción que presenta Convergencia de Demócratas de Navarra no tiene relación con los argumentos expuestos en la introducción de la misma. Se comienza, por una parte, hablando de la alta siniestralidad laboral de Navarra, continuando con la escasa aplicación de la Ley de prevención de riesgos laborales y la Ley foral de contratos de las administraciones públicas de Navarra. Se continúa manifestando la inadecuación entre crecimiento económico y normas de seguridad en el trabajo. También se insiste en la necesidad de incrementar los medios materiales y humanos de la Inspección de Trabajo, que, por cierto, dependen orgánicamente de la Administración general del Estado. También se habla de un desarrollo normativo especialmente en relación con los contratos en las administraciones públicas. Y luego, por sorpresa, se habla de consumo de drogas, como alcohol, tabaco y otras sustancias y su relación con los siniestros laborales.*

*Me parece que en todo esto hay mucha confusión y que se ha perdido un poco el norte. Aunque bien es verdad que en algunos accidentes de trabajo ha podido existir algún problema de alcohol u otras drogas como última causa desencadenante, no se puede olvidar que en la mayoría de los casos no se da tal situación. Los problemas son mucho más profundos con una serie de concausas, entre las que preponderan la falta de cultura preventiva y la no integración de la prevención en la vida diaria de la empresa.*

*Les voy a citar algunos de los resultados de un informe de septiembre de 1999, del Instituto Navarro de Salud Laboral, basado en el seguimiento de cerca de 1.400 empresas navarras en tres fases y durante dos años. Apenas el 34 por ciento de las empresas tenían un compromiso escrito de la dirección con un plan preventivo. Sólo un 43 por ciento tenía definida alguna modalidad organizativa de la prevención. La evaluación de riesgos la había iniciado la mitad de las empresas, pero de forma total sólo el 28 por ciento. El 40 por ciento había adoptado medidas preventivas, mientras que apenas alcanzaban el 21 por ciento las que habían planificado la actividad preventiva. Curiosamente, apenas el 22 por ciento disponía de un método siste-*

*mático de investigación de accidentes, y sólo en el 24 por ciento se desarrollaban acciones formativas para los trabajadores específicas para los riesgos de su puesto de trabajo. Como se puede ver, las carencias encontradas eran sobre aspectos básicos de la prevención que no se relacionan para nada con las drogodependencias.*

*Aún hay otro estudio que quiero considerar, ya de ámbito estatal, que es el programa INVAT, realizado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Se han encontrado cinco factores muy importantes normalmente combinados y que explican el 70 por ciento de los accidentes del país. Hay un componente social y organizativo presente en todos los accidentes con independencia del sector económico en el que ocurre. También hay otro componente, que es la organización de la prevención, presente en todos los accidentes investigados. Y hay un tercero, que es componente técnico, que incide de manera muy especial en la siniestralidad del sector industrial. Y no podía faltar otro componente relacionado con el espacio y superficie de trabajo, que se encuentra principalmente en los accidentes del sector agrario y de la construcción. El quinto y último factor está constituido por la presencia de agentes biológicos y seres vivos que se dan con frecuencia en el sector agrario. Como hemos podido comprobar, el factor error humano del trabajador no se encuentra entre estos cinco componentes principales, aunque sí está presente en diversos accidentes. Y de este porcentaje se supone que la mayoría de los trabajadores no tendrán problemas de tabaco, alcohol u otras drogodependencias.*

*En estos momentos querer intentar relacionar los siniestros laborales con las drogodependencias, aunque puede ser cierta en algunos casos, es muy peligroso, dadas las condiciones de la prevención de riesgos laborales en España y en Navarra en particular. Los problemas son mucho más profundos e inciden en la propia empresa, en su cultura, en su organización y en sus prioridades.*

*A veces se ha comparado los accidentes de trabajo con los de tráfico, y ello es falso salvo en escasas coincidencias. Permítanme el siguiente ejemplo: en el accidente de trabajo intervienen diversos agentes y factores. La vía, de propiedad pública, ha mejorado mucho, a pesar de existir algunos puntos negros. La máquina, o sea, el vehículo cada vez es técnicamente mejor, los fabricantes van incorporando mayores medidas de seguridad, y el conductor y el propietario es responsable de su mantenimiento y revisión, incluida la famosa ITV. La formación cada vez es mejor y los requisitos exigidos por la Administración Pública para conceder el carnet de conducir son más exigentes. Las normativas, por supuesto, se han ido modernizando. Por tanto, queda gran parte de responsabi-*

lidad en el conductor que debe estar en las mejores condiciones. Al influir tanto el factor individual la presencia del alcohol se relaciona con bastantes accidentes de tráfico. Con los accidentes de trabajo no sucede esto. El lugar de trabajo y las máquinas y equipos empleados son propiedad del empresario. Los procedimientos de trabajo los impone el empresario, incluida la organización del trabajo y sus ritmos. La formación e información del trabajador es responsabilidad del empresario también. Con estas reglas de juego el trabajador tiene un campo de acción más limitado y se le podrán exigir responsabilidades si no cumple con sus deberes, incluidos los preventivos, pero la empresa, a su vez, debe cumplir con todas sus obligaciones.

El día que podamos hablar de drogodependencia será porque el marco general de la prevención ha mejorado muchísimo. Por tanto, el texto de la propuesta de resolución no puede aceptarse en los términos redactados pues induciría a error, y, lo que es peor, desviaría esfuerzos y recursos hacia objetivos que deben ser prioritarios en salud.

Otro tema es que la población laboral como un colectivo más al igual que el escolar, el universitario, el de la tercera edad u otros sea un grupo más de actuación del Plan foral de drogodependencias dentro del campo de la salud pública. De hecho ya están contempladas actuaciones en el mundo laboral dentro del plan foral sobre el tabaco, incluso ya está previsto en el artículo 38.2 del Reglamento de los servicios de prevención que el servicio de prevención colaborará en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por las administraciones públicas competentes en materia sanitaria.

Por todo ello, de forma secundaria y sin olvidar que su fin primordial va dirigido a la prevención de riesgos laborales y a la vigilancia de la salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes a su trabajo, esto se debe hacer dentro de los planes forales de drogodependencias y tabaco, no en la prevención de riesgos laborales, aunque en algunos casos pudiera tener una influencia indirecta y ocasional, por lo que lo planteado no incide sobre las verdaderas causas de la siniestralidad laboral. Así mismo, las secciones pretendidas ya se contemplan en el Plan de salud laboral de Navarra, en el Plan foral de drogodependencias y en el plan de acción sobre el tabaco. Por todo ello votaremos en contra de la moción que presenta Convergencia de Demócratas. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): Muchas gracias a usted, señor Garijo. Señora Torres, tiene la palabra.

SRA. TORRES MIRANDA: Gracias, Presidente. Señorías, es cierto que las cifras, los datos obtenidos sobre siniestralidad laboral son desalentadores y muy preocupantes, y debido a esa

preocupación por el tema de la salud de los trabajadores, por los accidentes de trabajo, mortales, graves y leves y por las secuelas que ocasionan a todos los niveles, físicas, psíquicas y sociales, mi grupo socialista solicitó la comparecencia conjunta del Consejero de Salud y de la Consejera de Industria, Comercio, Turismo y Trabajo para que explicaran las medidas y actuaciones que se iban a llevar a cabo junto con el Instituto Navarro de Salud Laboral debido a la información obtenida del plan de seguimiento de implantación de la Ley de prevención de riesgos laborales, de donde se desprende que más de setecientas empresas navarras habían desoído las propuestas en materia de prevención de riesgos laborales.

Queremos añadir que no estamos de acuerdo y que no compartimos lo expuesto en la exposición de motivos de la moción, donde se dice que la aplicación de la Ley Foral de prevención de riesgos laborales no parece que haya solucionado el problema. Nosotros seguimos pensando que el mejor instrumento para prevenir la siniestralidad laboral es esta ley, que es buena, pero siempre que se lleve a cabo, siempre que se crea en ella y se aplique en serio, y lo que ha ocurrido es que no se ha cumplido, pero es más, es tanta la preocupación por solucionar este problema, son tantas las ganas y el afán que el Partido Socialista tiene de trabajar con seriedad en dar soluciones que este grupo tomó la iniciativa de crear una comisión especial precisamente sobre siniestralidad laboral y actualmente está pendiente su constitución el día 30 de junio, e incluso se ha desarrollado un plan de trabajo de actuación. Lo comento, señorías, porque el que hoy actúa de portavoz del CDN no suele ser Parlamento habitual en esta Comisión y a lo mejor, como bien reconocerá, no estaba enterado de todos los pasos que se habían dado.

Después de esta aclaración, diré que apostamos por la Ley de prevención de riesgos laborales y que me imagino que el CDN habrá presentado esta moción porque tiene datos relevantes que nos gustaría que aportara para nuestro conocimiento, ya que la exposición de motivos poco tiene que ver con la propuesta de la moción, y tal como está planteada, se desprende, a nuestro entender, una imagen negativa de los trabajadores que no compartimos.

Existe también un plan foral de drogodependencias, el cual se ha comentado bastante aquí ya por otros portavoces, que no solamente es terapéutico, sino que hace especial hincapié en la prevención como mejor forma para curar, pero creemos que esa prevención en la drogodependencia se debe realizar de una forma integral y globalizada y no sólo con parches.

Y, por último, me gustaría decir, aunque así lo ha reconocido también el portavoz del CDN, que

*esta moción tenía más lógica de ser tratada en la Comisión especial de siniestralidad laboral, pero también le aclararé y adelantaré la postura de mi grupo de votación en contra precisamente por lo que he comentado antes, porque está por la labor de una atención preventiva, integral y globalizada y no por sectores. El objetivo que se deriva de la propuesta de realizar un plan de prevención de drogodependencia en las empresas es hacer ver la problemática que implica el consumo de drogas sobre la posible relación, y digo posible porque lo pone entre comillas, o no con la siniestralidad laboral. En todo caso, el objetivo, a nuestro entender, sería disminuir la siniestralidad laboral. Entonces, veo que está mal redactada y de todas formas creemos que el planteamiento es incorrecto. Tenemos instrumentos, tenemos leyes y tenemos planes y además luego tendremos también el plan*

*foral sobre el tabaco. Lo importante es que se lleven a cabo, que se apliquen con seriedad en la práctica y no en la teoría para cumplir realmente con el objetivo de disminuir la siniestralidad laboral. Nada más. Gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señora Torres. Como no quiere utilizar el señor Burguete el turno de réplica, pasaremos directamente a la votación. ¿Votos a favor? ¿Votos en contra? Señorías, queda rechazada la moción por 3 votos a favor y 9 en contra. Sin más asuntos que tratar y recordándoles a sus señorías que mañana a las 12 de la mañana hay una convocatoria de una sesión de trabajo de la Comisión de Sanidad de forma conjunta con la Comisión de Asuntos Sociales, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESION A LAS 18 HORAS Y 57 MINUTOS.)