DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

IV Legislatura | Pamplona, 22 de mayo de 1997 | NUM. 10

COMISION DE ASUNTOS SOCIALES

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. Dª BEGOÑA ERRAZTI ESNAL

SESION CELEBRADA EL DIA 22 DE MAYO DE 1997

ORDEN DEL DIA

— Comparencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar de la “Atención Primaria y Salud Mental” dentro del Plan Gerontológico.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 17 horas y 42 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar de la "Atención Primaria y Salud Mental" dentro del Plan Gerontológico.

Abre la sesión la Presidenta de la Comisión, señora Errazti Esnal, y cede la palabra a la señora Arboniés Bermejo (G.P. «Izquierda Unida-Ezker Batua de Navarra») (Pág. 2).

A continuación interviene el Consejero de Salud, señor Cervera Soto (Pág. 3).

Se suspende la sesión a las 18 horas y 34 minutos.

Se reanuda la sesión a las 18 horas y 51 minutos.

En el primer turno de intervenciones toman la palabra la señora Arboniés Bermejo y el señor Arteaga Olleta (G.P. «Convergencia de Demócratas de Navarra»), a quienes contesta, conjuntamente, el Consejero (Pág. 12).

En el segundo turno de intervenciones toma la palabra la señora Arboniés Bermejo (Pág. 16).

Se levanta la sesión a las 19 horas y 14 minutos.

(COMIENZA LA SESION A LAS 17 HORAS Y 42 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para informar de la "Atención Primaria y Salud Mental" dentro del Plan Gerontológico.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Errazti Esnal): *Señorías, comenzamos la sesión con la presencia del Consejero de Salud para que nos informe de la atención primaria y salud mental dentro del plan gerontológico. Vamos a dar la palabra a la señora Arboniés, puesto que es quien ha solicitado la comparecencia, y posteriormente seguiremos los trámites habituales. Señora Arboniés, cuando quiera.*

SRA. ARBONIES BERMEJO: *Gracias, señora Presidenta. Buenas tardes, señor Consejero. Le agradezco el esfuerzo que ha hecho de permitirnos iniciar la sesión antes de la hora. En nombre de nuestro grupo, le doy la bienvenida y le agradezco su presencia en esta Comisión para informarnos sobre las medidas de atención primaria y salud mental que su Departamento tiene previsto llevar a cabo hasta el año 2000 dentro del plan gerontológico.*

Nuestro grupo cree que el plan gerontológico, fruto del compromiso asumido por el Gobierno de Navarra ante este Parlamento para dar cumplimiento a una exigencia social, debe ser un compromiso del Gobierno en su conjunto y no solamente del Departamento de Bienestar Social. Este plan será un compromiso del Gobierno de Navarra en la medida en que sea asumido por todos los departamentos a los que sus acciones compromete, desde su planificación, presupuestación, ejecución, seguimiento y evaluación y, sobre todo, en la medida en que se clarifiquen los mecanismos por los cuales los diferentes departamentos logran coordinarse y trabajar de forma multidisciplinar para dar una respuesta global a una realidad tan compleja como es la tercera edad, inmersa en un proceso de transformación de la sociedad, con importantes necesidades de atención tanto sociales como sanitarias.

En este contexto, vemos el presente plan como un instrumento planificador y coordinador de políticas públicas para la tercera edad, y en este mismo contexto, señor Consejero, mi grupo quiere ser informado y al mismo tiempo que los demás grupos tengan conocimiento sobre las actuaciones de su Departamento en cuanto a puntos claves del plan gerontológico, programas, plazos de ejecución, presupuestos consignados, mecanismos operativos de coordinación con Bienestar Social que se hayan previsto desde su Departamento para cubrir el espacio sociosanitario en los siguientes puntos claves del plan gerontológico.

¿Cómo se va a extender el programa de atención a domicilio a todos los centros de salud, si dicho programa consta en la cartera de servicios de salud?, ¿cómo se va articular la atención domiciliaria a los ancianos residentes en apartamentos tutelados, con creciente dependencia física y psíquica y también en las pequeñas unidades de convivencia planificadas para mayores con distintos grados de demencia?, ¿qué apoyo se va a proporcionar desde los centros de salud y hospitales a los familiares en temas de tratamientos especializados, como accidentes cardiovasculares y procesos degenerativos mentales?, ¿con qué formación cuentan los profesionales de la salud para enseñar a los familiares a tratar al mayor que necesita de esos

cuidados especializados? En el plan se dice textualmente: "Parece necesario articular un programa específico en salud mental". ¿Existe este programa?, ¿qué línea presupuestaria?, ¿cómo se refleja en la cartera de servicios?, ¿cómo se va a desarrollar esta atención a la salud mental en los próximos tres años? ¿Existe una comisión técnica de coordinación con Bienestar Social para estas actuaciones? ¿Qué programa de atención a la salud mental está establecido para prestar asistencia especializada a los mayores con Alzheimer y demencias seniles en las residencias sociosanitarias? Igualmente, ¿qué programa va a desarrollar el Departamento de Salud para atender a los mayores con dependencias de origen físico o psíquico en los centros de día? ¿Qué recursos se van a poner para corregir la saturación de los servicios de rehabilitación?, ¿qué actuaciones se van a llevar a cabo en los próximos tres años?

Por último, señor Consejero, quiero referirme al motivo principal por el que se le ha solicitado su presencia aquí. Tenemos la percepción de un pobre e inadecuado desarrollo de salud en este plan, falta la concreción de actuaciones enmarcadas en un necesario espacio sociosanitario, que no vemos desarrollado en este documento. Espero que sea el mismo documento el que tienen usted y el señor Ayesa. A nuestro entender, este plan tenía que haber sido elaborado por una comisión conjunta o comisión técnica del ámbito sociosanitario. Tampoco veo que su Departamento esté presente en la comisión de seguimiento. Tampoco lo está el de Vivienda, y hace poco ha habido una duda, Vivienda decía que sí, que estaba en la comisión de seguimiento y luego hemos visto que no estaba en el plan, con lo cual, parece ser que se va a hacer alguna propuesta de resolución para que en el plan quede expreso que hay una coordinación entre departamentos.

Señor Consejero, espero que en su intervención usted pueda responder a estas cuestiones y, sobre todo, que sea capaz de establecer con claridad en qué medida su Departamento se ha implicado en la elaboración de este documento y se va a implicar en el desarrollo del plan gerontológico en los distintos niveles, especialmente en la concreción real de actuaciones que hagan percibir a la sociedad navarra que existe un compromiso político global de actuaciones para la tercera edad. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Errazti Esnal): *Eskerrik asko, Arboniés andrea. Kontseilari jauna, nahi duzunean, cuando quiera.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señora Presidenta. Señoras y señores Parlamentarios, siempre es un placer poder acudir a una Comisión en este Parlamento foral para expresar, al hilo de la petición que solicitan los grupos parlamentarios, cuáles son las líneas políticas de desarrollo en un caso concreto, como es el que justifica esta comparecencia. Esto es especialmente grato, no solamente por poder utilizar este foro privilegiado, sino también muy especialmente por poder conocer también en él las opiniones que los distintos grupos políticos pueden expresar y de esta forma enriquecer el trabajo propio del Departamento de Salud en este caso. Quiero también, por supuesto, saludarles en esta primera comparecencia que este Consejero tiene ante esta Comisión, de la que estoy convencido de que no será la última vez que pueda acudir y que, desde luego, será un foro adecuado para poder departir en este ámbito parlamentario en el sentido que antes les indicaba.*

Ciertamente, la solicitud de comparecencia recoge una propuesta mucho más escueta que la que la señora Arboniés ha hecho en el preámbulo que justifica, en el entender de su partido político, mi presencia aquí. Realmente, el hilo de las cuestiones que ha planteado la señora Arboniés en el inicio de su presentación son con un carácter mucho más exhaustivo que lo que meramente está indicado e indiciado por la propia Junta de Portavoces a la hora de propiciar esta solicitud de comparecencia. Voy a intentar, por supuesto, atenerme al guión que ha marcado la portavoz de Izquierda Unida, pero, en cualquier caso, entenderán ustedes que tal vez el turno de esta intervención tenga que ser un turno un tanto más general. Trataré, también, de combinar esa generalidad con la concreción de los datos solicitados y, en cualquier caso, estoy convencido de que si hay alguna cuestión que quede todavía pendiente, no sólo de esta intervención inicial, sino de las posteriores, al hilo de las preguntas concretas que se puedan plantear, estoy convencido de que a futuro, de una manera más concreta y a través de unos datos mejor extraídos de la actuación del Departamento de Salud, podremos dar satisfacción a estas cuestiones que se planteaban.

Como les decía, la comparecencia se titula: "Sobre actuaciones previstas por el Departamento de Salud para los próximos tres años en las actuaciones de atención primaria y salud mental dentro del plan gerontológico". Así está anunciada por la Junta de Portavoces de este Parlamento. Para introducir cuál es el parecer del Departamento de Salud, cuál es su posición dentro del desarrollo de este plan gerontológico, que sus señorías conocen, quisiera comenzar por ceñirme o por situarme dentro de tres ejes fundamentales, que me parece imprescindible, de inicio, que sean comentados dentro de la respuesta que se solicita. Por un lado, está el eje de lo que podríamos denominar el ámbito puramente sanitario, aunque, como luego veremos, los ámbitos que aquí se definen, tal vez de una

manera reglada y taxonómica, luego no se corresponden con la realidad de los hechos, pero podemos empezar por definir un ámbito puramente sanitario; después, podemos pasar a describir un ámbito puramente referido al bienestar social, por lo menos, al bienestar social tal y como se entiende administrativamente dentro del Gobierno de Navarra; y, en tercer lugar, un eje también importante, fundamental, al que hacía referencia la señora Arboniés en su intervención previa, cual es el ámbito de la propia acción del Gobierno y de la coordinación que los distintos departamentos tienen entre sí.

Comenzando por el ámbito que puedo considerar como más puramente sanitario, quiero decirles que en el entender del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra lo contenido en el plan gerontológico en los aspectos de salud está perfectamente ceñido y enclavado en el desarrollo del plan de salud de Navarra. Como ustedes saben, en el plan de salud se describían ya una serie de objetivos y se hacían una serie de indicaciones en la previsión de que el ámbito de la tercera edad, el ámbito de la vejez necesitaba una atención y una consideración especial de los sistemas sanitarios en su conjunto y muy particularmente del de Navarra. No voy a reiterarles en este momento todas estas cuestiones y consideraciones de orden demográfico, que seguramente ustedes conocen al hilo de la lectura del plan gerontológico que se les presentó, pero sí que quiero permitirme, de alguna manera, esbozar, aunque sea de una forma breve y sucinta, cuál es ahora mismo la circunstancia eminentemente médica, eminentemente sanitaria de la vejez en Navarra.

Podemos empezar por considerar, como les digo, de una manera breve y resumida, cuáles son los problemas de salud más prevalentes en la población mayor de 65 años en Navarra. Como ustedes posiblemente conozcan, estos problemas son fundamentalmente crónicos, casi todos ellos devienen en patología de carácter crónico, y en muchos casos es una patología generadora de incapacidad. Los principales problemas que aparecen en la encuesta de salud de Navarra, referido a los ciudadanos de Navarra mayores de 65 años, son los derivados del sistema osteoarticular, en concreto, se describe una prevalencia de cerca del 27 por ciento de las personas mayores de 65 años, seguido por la casuística derivada de la hipertensión, problemas de visión y problemas cardíacos. En cualquier caso, es una realidad, que este Departamento asume, el hecho de que existe ya una tabla, creemos que válida y completa, de la prevalencia de los problemas de salud en los mayores de 65 años, donde podemos describir, a título incluso cuantitativo y cualitativo, porcentual y realmente del valor que tienen estas patologías, cuáles son ahora mismo las principales afectaciones de las personas mayores de 65 años en nuestra Comunidad Foral.

Al hilo de la descripción puramente médica de estas patologías, podemos deducir, de una manera simple, sencilla y evidente, que la incapacidad que estas patologías acarrean es uno de los principales problemas que tienen las personas mayores de 65 años. La incapacidad es también mayor, como resulta obvio, en la población mayor de 65 años que en la población general, en concreto, en la población general se puede tasar en un 6 por ciento, cuando esa tasa se eleva al 19 por ciento en las personas de entre 65 y 74 años, y comienza a elevarse por encima del 22 por ciento en las personas mayores de 75 años. Esta prevalencia, dicho sea de paso, de las incapacidades o de los procesos incapacitantes es ligeramente mayor en los hombres con menos de 75 años y, en cambio, es seis puntos mayor en las mujeres que en los hombres mayores de esa edad, por tanto, ahí existe un punto de inflexión, que también creo que puede deducir alguna conclusión bastante obvia.

Esta incapacidad se plasma en la esperanza de vida a los 65 años. En esta edad, es decir, en las personas de 65 años, la esperanza de vida para los hombres es de 15 años más y para las mujeres de 19 años más. A su vez, de estos 15 años de promedio de los hombres, 5 los van a vivir con algún tipo de limitación, estadísticamente aparece este dato significativo, y en el caso de la mujer, de esos 19 años más que se prevén como esperanza de vida a partir de los 65 año, 6 pueden considerarse, estadísticamente, como probablemente incapacitantes.

Este es el aspecto de morbimortalidad de la situación del diagnóstico de salud de las personas mayores de 65 años, pero, como sin duda ustedes conocen, junto con este aspecto de mera descripción epidemiológica aparece cada vez más un aspecto importante, necesario de ser considerado, como es el de la propia percepción de la salud. Como ustedes conocen y resulta, por otro lado, obvio, la percepción de la salud es peor en las personas mayores de 65 años que en el resto de la población. En concreto, en Navarra, un 44 por ciento de los mayores de 65 años considera que su estado de salud no es bueno, frente a un 23 por ciento de las personas menores de 65 años que declaran esta situación. Esta situación, por cierto, es percibida peor, en el sentido de que tiene una tasa más alta, por las mujeres, en cualquiera de los grupos de edad, como se puede apreciar en los estudios que al respecto se han realizado.

Esta percepción del estado de salud, que, como les digo, arranca en esa tasa del 44 por ciento de personas mayores de 65 años que consideran que su estado de salud es peor que el del resto de la población, viene acompañada en el ámbito de la

tercera edad, como ustedes saben, de la existencia de pluripatologías, es decir, de enfermedades concurrentes, y también de determinados niveles de incapacidad, a los que antes hacía referencia.

Por tanto, la percepción que tienen las personas de la tercera edad, con respecto a la declaración de problemas de salud, es peor que la del resto de la población, de tal manera que un 59 por ciento de las personas mayores de 65 años declara, al menos, un problema de salud, frente a un 87 por ciento de las personas de entre 65 y 74 años y un 94 por ciento de los mayores de 75 de años. Por tanto, esta pluripatología aumenta, como es obvio, con la edad y siempre, dicho sea de paso, es ligeramente mayor en las mujeres. Se ve, por tanto, la importancia que adquiere la pluripatología, de lo cual luego podremos avanzar una deducción, creo que también obvia, en el ámbito de la propia asistencia geriátrica en las personas mayores.

Por completar los datos, les diré que aproximadamente un 41 por ciento de los menores de 65 años no declara ningún problema de salud, frente a un 13 por ciento de las personas que superan esta edad y llegan hasta los 74, y un 6 por ciento de los mayores de 65 años.

Junto con estos datos podemos encontrar, en un avance posterior, algo que también importa mucho a los sistemas públicos de salud, como es todo lo que respecta a la utilización de los servicios y de los medicamentos. También, como parece fácilmente deducible, el consumo de servicios sanitarios y de farmacia, de medicamentos, es mayor en todos los casos en las personas ancianas que en la media de la población. En concreto, les puedo citar que en nuestro sistema sanitario la media de consultas por habitante y año es de 11'2 consultas para los mayores de 65 años, frente a las 6 consultas de media que encontramos en la población general. La prevalencia de la hospitalización es de un 12'6 por ciento en los hombres y de un 8 por ciento en las mujeres mayores de 65 años, frente a un 6 por ciento que hallamos en la población total. Lo mismo ocurre con el consumo de medicamentos, creo que es una cifra por todos recordada, el 75 por ciento de los mayores de 65 años son habituales consumidores de medicamentos, frente a un 31 por ciento de los menores de 65 años, además, al igual que con la cantidad de problemas de salud, el número de medicamentos, la polifarmacia que se consume por parte de cada paciente es mayor a lo largo de la edad; un 60 por ciento de los mayores de 65 años consume 3 o más medicamentos, y casi la mitad de las personas entre 64 y 75 años consume, al menos, dos medicamentos, frente a un 11 por ciento de la población de menos de 65 años.

Con todas estas cifras, que, desde luego, no pretenden ser exhaustivas ni tampoco pretenden intoxicar el entendimiento de ninguno de ustedes, podemos deducir algunas cuestiones y consideraciones concretas. Se define, en términos epidemiológicos, un índice global de salud, dentro del cual se resume el estado de salud de la propia población objeto de estudio, junto con otros componentes como pueden definirse en la incapacidad y en los problemas de salud si son o no son crónicos. Las diferencias más llamativas a la hora de definir el propio estado de salud física las encontramos justamente en el valor, el factor, la diferencia entre la distribución por edad más que en otros factores como pueden ser la distribución por sexo o por condición o estrato social. La población mayor de 75 años es, en general, un 56 por ciento peor en cuanto a su estado de salud, considerando, como antes les decía, esta mezcla de factores y de indicadores al respecto, que en la población general. También encontramos aquí una cierta diferencia entre los hombres, donde encontramos una tasa del 60 por ciento, frente a las mujeres, que se encuentran justo en la media, en el 50 por ciento, a pesar de que los valores absolutos siempre son mayores en las mujeres.

Como les decía, en esta tasa, que es un indicador como otro cualquiera que los epidemiólogos en algunas ocasiones usan y, desde luego, sujeto a discusión, lo que posiblemente pesa más a la hora de determinar o no ese estado de salud es, lógicamente, el peso de la propia incapacidad y el peso de la cronicidad de los procesos. Sin embargo, encontramos también, y éste creo que es un dato esperanzador y por lo menos digno de ser valorado en igualdad con los anteriores, que, como contraste y frente a la salud física, existe también un índice de bienestar psicológico, que también en algunos estudios se ha definido y que también es algo que merece la pena ser estudiado. El objeto de este índice de bienestar psicológico es valorar la habilidad individual, no estamos hablando de las incapacidades o de las cronicidades de los procesos meramente considerados desde el punto de vista físico o incluso médico, sino en una circunstancia más aledaña a la subjetividad. Como les digo, en este índice de bienestar psicológico, cuyo objetivo es valorar la habilidad individual de afrontar las tensiones de la vida cotidiana, no encontramos, y por eso les decía que es un indicador realmente favorable, diferencias ni con respecto a la edad ni tampoco con respecto al género. Por tanto, podemos decir que hay una capacidad, no podemos definirla, desde luego, no seré yo quien la defina, si de origen antropológico o de origen social o de qué tipo de origen, pero sí que existe una capacidad creo yo que ilimitada del ser humano de adaptarse a sus circunstancias, de tal manera que en las encuestas referidas, esas encuestas que nos expresan ese índice de bienestar psicológico que antes intentaba definir, no encontramos diferencias con respecto a la edad ni con respecto a otras circunstancias de orden epidemiológico.

Tras este repaso, como les decía, sucinto y al mismo tiempo creo que en algunos casos expresivo de las circunstancias meramente médicas de nuestra población anciana, creo que hay que hacer referencia al segundo de los ejes, del que antes hablaba, cual es el eje del propio ámbito social en el plan gerontológico. Como les decía, el Departamento de Salud entiende que en el ámbito meramente sanitario los objetivos del plan gerontológico son perfectamente compatibles y además desarrollan de una manera exhaustiva los objetivos del plan de salud de Navarra. Nos encontramos, por tanto, en el ámbito social con un plan gerontológico que el Departamento de Salud valora como un interesante y valioso modelo de acción social para la tercera edad en la Comunidad Foral de Navarra. Lógicamente, podrán ustedes decir que un miembro del Gobierno de Navarra, que ha aprobado este documento, no puede decir aquí otra cosa, desde luego, eso es cierto, es una obviedad, pero también es cierto que desde el Departamento de Salud el saber encontrar un apoyo en una política coordinada, global y bien orientada en el ámbito de la tercera edad es también un modo de mejorar nuestra actividad sanitaria cotidiana.

Como les decía, en un plan gerontológico se pretende, como creo que todos ustedes estiman, planificar todas las circunstancias que concurren en el ámbito de la tercera edad, para concluir en un determinado modelo de acción social que definamos para nuestra Comunidad. Y aquí creo que hay que encontrar dos valores fundamentales a la hora de propiciar un plan gerontológico de este tipo. En primer lugar, el valorar la participación dentro de él de los distintos actores, de los distintos intervinientes, de los distintos ámbitos de referencia dentro de la tercera edad, por supuesto, los propios del bienestar social, también los ámbitos de la vivienda, los ámbitos de la salud y cualesquiera otros ámbitos que se consideren interesantes en esa coordinación que es debida. En segundo lugar, un plan tiene también una validez o un valor utilitarista, un plan también debe intentar, y ése es, desde luego, su fin último, concretar la adecuación de los medios que sean debidos par la asistencia a un problema concreto. Por tanto, también el Departamento de Salud, en un entorno de planificación, ve adecuado este plan gerontológico, porque va a permitir, tanto al propio Departamento de Bienestar Social como a otros departamentos en los cuales también encontremos intervención, planificar adecuadamente los medios humanos, materiales y de la propia sociedad a la hora de alcanzar estos objetivos.

Y enlazo con esta opinión con la última de las consideraciones iniciales, el tercero de los ejes, en el cual un plan de este tipo se debe mover. Antes les hablaba del ámbito sanitario, del ámbito social, y hay que hablar de manera obligada también del ámbito de la propia acción del Gobierno, algo de lo cual era apuntado también por la interviniente señora Arboniés a la hora de solicitar esta comparecencia y de hacer su preámbulo.

Este Departamento entiende que el Gobierno trabaja en este caso concreto bajo dos principios, que son dos principios esenciales para poder culminar con efecto el desarrollo de este plan. En primer lugar, es un principio de planificación. Como antes les decía, el Departamento de Salud entiende que un plan de este tipo debe ser capaz de ordenar los recursos disponibles, de ordenar las actuaciones disponibles para conseguir estas metas y, por tanto, es un elemento de planificación estratégica de la acción del Gobierno. Creo que todos ustedes saben que la Cámara de Comptos ha sugerido la realización de este plan. A alguno le podrá parecer curioso este hecho, el que un órgano que está vinculado en principio a la fiscalización económico-administrativa de los fondos públicos de Navarra sea el que en algún momento opine en favor de la realización de este tipo de planes. Lo lógico es que encontramos no solamente un interés utilitarista en el desarrollo de los planes –también existe este interés utilitarista–, sino que, sobre todo, nos indica la necesidad de una planificación de los recursos públicos. Por tanto, el primer principio con el que se actúa y desde el que se dislumbra este plan gerontológico por el Departamento de Salud es un principio de planificación efectiva.

Y en segundo lugar, un principio que también me permitiría enunciar como principio de coordinación. ¿Cómo define el Departamento de Salud o cómo se posiciona el Departamento de Salud en un principio de coordinación? Yo me permitiría definirlo con una frase: establecer la coordinación no es otra cosa que establecer la garantía de que por encima de los cambios organizativos, de las vicisitudes organizativas, de las realidades organizativas en las que un gobierno incurra van a prevalecer los objetivos que en el entender de este Gobierno y del resto de fuerzas políticas y de la propia sociedad navarra en su conjunto pretenden que sean los que desarrollen este plan gerontológico. Con esta manera eufemística de expresar esto que denomino el principio de coordinación, quiero tratar de ofrecer garantías y, desde luego, de quitar miedos sobre si el hecho de que exista, por un lado, un Departamento de Salud, por otro lado, un Departamento de Vivienda, por otro lado, un Departamento de Bienestar Social puede poner una mella o puede mermar el desarrollo efectivo, eficaz y eficiente de este plan gerontológico. En el entender del Departamento de Salud, mucho más allá de los organismos donde se quiera producir ese encuentro y de las comisiones que se quieran crear y de todos los mecanismos reglados y tasados de coordinación

que se quieran proveer, lo cierto es que el Departamento de Salud, en su conjunto, siente la obligación de trabajar también dentro del modelo que este plan gerontológico nos ofrece, porque es algo en lo que también tenemos que tomar participación. Quiero, por tanto, decirles que, con independencia de qué foros estime este Parlamento o estime el Gobierno que deban constituirse para hacer el seguimiento de este plan, lo que es cierto es que desde el propio momento de la aprobación y del aval que este Paramento dé a este plan gerontológico, el Departamento de Salud proveerá, en su caso, todos los mecanismos de coordinación que le permitan ofrecer su aporte dentro de este plan y también, por supuesto, incorporar su espíritu e incorporar su desarrollo en la actividad cotidiana.

En cualquier caso, me voy a permitir, si la cortesía parlamentaria no lo impide y seguro que no lo hace, de alguna forma expresar una inquietud o por lo menos una preocupación sobre el tenor literal de la petición de la comparecencia que se nos propicia esta tarde. En concreto, se dice expresamente que el Departamento debe informar de las actuaciones de atención primaria y salud mental dentro del plan gerontológico. Desde luego, quiero transmitirles que el Departamento de Salud no puede compartir un determinado sesgo en cuanto a que se olvidan dos elementos que nos parecen fundamentales en el ámbito de la atención a la tercera edad desde los servicios sanitarios. En la propuesta que se nos hace se dice la atención primaria y la salud mental, y hay dos elementos que son fundamentales y que se olvidan en este caso y que, por tanto, producen un sesgo, que, desde luego, no es el del Departamento de Salud, cual es el de la no consideración, en primer lugar, de la propia asistencia especializada, que también es un elemento fundamental enormemente valioso en el ámbito de nuestro sistema sanitario, que, además, en el ámbito de la tercera edad y más concretamente en el ámbito de lo que se denomina la geriatría ha tenido un desarrollo importantísimo en los últimos años.

La geriatría, prácticamente todos ustedes la han visto desgajarse de la medicina interna, es ya una especialidad con carta de naturaleza propia, porque se entiende que también desde el ámbito de la asistencia especializada se exige un conocimiento exhaustivo de la realidad de la tercera edad. La geriatría es una especialidad ya reglada y, por tanto, es una especialidad también digna de ser considerada dentro del ámbito que propone esta comparecencia. Por tanto, hay un olvido y un sesgo, que el Departamento de Salud quiere señalar, en cuanto a que se olvida la necesidad también de proveer una adecuada asistencia especializada en el ámbito de la tercera edad.

Pero, sobre todo, existe un sesgo importantísimo al dejar de definir también el valor que tiene la salud pública en el ámbito de la tercera edad. Este Departamento entiende que la salud pública, aunque, desde luego, se puede practicar también desde la instancia de la atención primaria y desde la instancia de la salud mental, es lo que podríamos denominar, en terminología educativa, una asignatura horizontal, es algo que debe ser dirigido desde la propia planificación sanitaria y desde los propios objetivos de salud, y, a partir de ahí, debe impregnar la atención primaria, la atención especializada, la salud mental y todas y cualesquiera actividades de un departamento de salud o de un sistema público de salud. Por tanto, entiendo que debemos complementar esa visión exclusivamente focalizada en la atención primaria o en la salud mental con estas otras visiones que creo que son mucho más productivas y, desde luego, aportan mayor amplitud al ámbito asistencial sanitario de la tercera edad.

Como ustedes conocen, existe una serie de páginas dedicadas específicamente al ámbito sanitario dentro del plan gerontológico, que no voy a repetir aquí. Desde luego, son unas aportaciones realizadas por el Departamento de Salud en coordinación con el Departamento de Bienestar Social, que no voy a volver a leer en este momento porque, desde luego, creo que son autoentendibles y creo que marcan con una definición concreta y precisa cuál es la aportación eminentemente sanitaria en este ámbito. Pero sí que creo que merece la pena hacer algún comentario respecto de alguna de las aportaciones que ahí se hacen por parte del Departamento de Salud.

Una de las cuestiones fundamentales, que es la que casi marca un prólogo de las actuaciones subsiguientes en el ámbito de la sanidad, es que la vejez, tal y como se define en el documento que ustedes tienen sobre su mesa, no es en sí misma una enfermedad ni es, por tanto, un problema concreto de salud, sino que debe ser considerada como un estadío más del ciclo vital. Esto supone, como se dice en el documento, que, desde la perspectiva de las políticas de salud, el abordaje de la vejez no ha de ser necesariamente diferente del establecido con respecto a toda la población de Navarra dentro del plan de salud, al que antes hacía referencia. Sí que es cierto, y eso es algo que, por evidente, no debemos dejar de considerarlo, la vejez, la ancianidad, la tercera edad puede marcar algunas limitaciones en cuanto al acceso de las personas que están incursas en esa edad a los sistemas sanitarios, a los recursos sanitarios, por tanto, sí que se debe considerar de una manera muy especial el resolver las diferencias en la equidad, en el acceso de las prestaciones derivadas de la incapacidad limitante a la que antes hacía mención, y también por el limitado valimiento que las personas de la tercera edad obviamente tienen.

Por tanto, y con la focalización de nuestra atención en estos dos aspectos deberemos concluir, y por decirlo en una sola frase, que no debemos medicalizar la vejez. Debemos entender la vejez en un sentido positivo, nunca en un sentido de zona de la vida en la cual esa pluripatología a la que antes hacía referencia y esos problemas de salud especiales tienen presencia inequívoca, esto no es cierto y, por tanto, no debemos entender a la tercera edad como algo susceptible directamente de ser medicalizado ni, por supuesto, institucionalizado.

Por tanto, el Departamento no comparte ningún modelo medicalizado, eminentemente centrado en lo curativo o simplemente el hecho de saber si una persona está o no está enferma, sino que nosotros entendemos que debemos promover, en todo caso, el valimiento personal y social en los ámbitos correspondientes. Debemos tener, por tanto, y como deducción de esto, una actitud de promoción de la salud mucho más allá de los propios objetivos de un plan concreto, este plan concreto está cifrado entre el año 1997 y el año 2000, debemos ser capaces de que, al hilo de esta reflexión, no solamente encontremos soluciones para esta generación, para esta cohorte de ancianos que ahora mismo tiene la sociedad navarra, sino también realizar todas aquellas actitudes de promoción de la salud que nos permitan tener en las futuras generaciones cohortes o estadios de vejez mucho más sanos que lo que ahora mismo tenemos.

Quedan enunciados, y no los voy a reiterar, esos principios en los cuales el Departamento de Salud y el de Bienestar Social pretenden asegurar la igualdad ante la salud con independencia de la edad, añadir años a la vida, añadir salud a la vida y añadir vida a los años, dentro de una filosofía que no dudo de que todos ustedes comparten.

Estas tres bases operativas, que antes les decía, pretenden, por tanto, lograr unos objetivos del propio sistema de salud basados en la promoción de la salud, en la reducción de los riesgos medioambientales y en la mejora de los sistemas de cuidados de salud. Creo que queda perfectamente detallado en el documento que ustedes tienen y han leído cuál es el entender del Departamento de Salud en esta materia, pero sí que quiero referirles o reiterarles o subrayarles algo que es especialmente importante y que concuerda con lo que antes les decía, es el valor que adquieren, especialmente para la tercera edad, actual y futura, todos los sistemas de salud pública en el ámbito de Navarra. Pretendemos, como es obvio, aumentar la esperanza de vida y pretendemos, también, disminuir el predominio de las enfermedades de carácter crónico y degenerativo que la tercera edad puede llegar a padecer.

Dentro de ello, y también hacía referencia la interviniente al principio, ha quedado ya modernamente definido lo que se considera como el espacio sanitario, que es, efectivamente, un espacio –así ha quedado dicho– que no corresponde ni a la asistencia sanitaria como sistema, es decir, a los sistemas públicos de salud, bien desarrollen su actividad en cuanto a las prestaciones o en cuanto a los programas de salud, que, como saben ustedes, son las dos ocupaciones o los dos grupos de ocupaciones a los que un sistema de salud se debe, ni tampoco corresponde a un sistema social, considerado dentro de un ámbito de institucionalización; sino que es un espacio, según entiende el Departamento de Salud, en el que se sitúa la persona, en el que se sitúan los casos, y los casos, por su propia esencia, son diversos. Cualquier consideración asistencial que merezca una persona en la tercera edad, como todos ustedes saben, tiene una consideración sanitaria, tiene una consideración social, tiene una consideración de integración o de adecuación social de la persona a su entorno, y tiene también unas circunstancias económicas, que deben ser consideradas de manera particular, personal y que deben entrar a definir un caso.

El modelo que se propone por parte del Departamento de Salud, y que es un modelo aceptado también por el Departamento de Bienestar Social, es un modelo que encontramos en las sociedades más desarrolladas y que se ha denominado, en concreto en la sociedad británica, como el de la gestión del caso. ¿Qué significa la gestión del caso? Significa, en primer lugar, por supuesto, la definición de ese espacio sociosanitario al que antes hacía mención; significa, también, algo que antes indicaba, como es el hecho de que el protagonista de cualquier actuación pública sea, por supuesto, el individuo; pero, significa, a nuestros efectos, algo que es importante entender y acabar alcanzando, que es la coordinación entre las administraciones. En concreto, y por ir a una cuestión entendible de manera directa, en cualquier ciudad, en cualquier localidad de Navarra podemos entender que coexisten prácticamente tres redes de asistencia social, la red propia del Ayuntamiento o de la Mancomunidad de Servicios Sociales que corresponda a ese territorio, la red propia del Departamento de Salud y la red propia del Departamento de Bienestar Social. Lo que tenemos que intentar y acabar consiguiendo en los próximos años y de una manera muy intensa, si queremos justamente propiciar este sistema de gestión de casos, es que esas redes, de alguna manera, se comporten como una cierta Administración única, de manera que las instituciones públicas, sean cuales fueren, las locales, las forales en su doble dimensión, acaben por acertar en la solución de los problemas del individuo, centrándole dentro de ese contexto al que antes me refería, y que podamos, también, adecuar de una manera perfecta los recursos de los que ahora mismo la Comunidad Foral dispone.

Por tanto, se han cifrado una serie de objetivos, que ustedes tienen delante, como son los propios de la promoción de la salud, los de la atención sanitaria y también los objetivos, aunque figuran en el último lugar, en la última hoja de la parte directamente aportada por el Departamento de Salud, del espacio sociosanitario. Necesitamos, por tanto, promover y proveer todo tipo de acuerdos y de convenios entre todas las administraciones que concurren en Navarra para facilitar que ese procedimiento de gestión de casos sea algo de real implantación y de efectiva utilización en el ámbito de la tercera edad.

Dicho esto, hay que aportar también otra visión que, desde luego, no es la exclusivamente presentada por el Departamento de Salud en las hojas que componen este plan gerontológico, sino que, ustedes habrán visto, todo el plan gerontológico se nutre de consideraciones de orden sanitario que también acaban por derivar en unas actuaciones concretas que también llevan una determinada puesta en práctica a lo largo de los próximos tres años. Quiero manifestarles, como resulta también obvio, que el Departamento de Salud comparte y, desde luego, propiciará y apoyará, dentro de lo que un plan significa, el desarrollo de todas esas otras cuestiones que, desde la óptica más propia del bienestar social, se pueden plasmar en un plan gerontológico. Pero sí que quiero referirles, y creo que posiblemente esto ayude a resolver alguna de las dudas concretas que inicialmente ha planteado la Parlamentaria Arboniés, cuáles son las actuaciones que podemos casi considerar como inminentes del Departamento de Salud en el ámbito gerontológico e incluso psicogeriátrico para los próximos años, me atrevería a decir que incluso para los próximos meses. Les debo citar cuatro cuestiones fundamentales, que trataré de resumir y dejar a su disposición para una posterior concreción.

En primer lugar, efectivamente, lo decía la señora Arboniés, el ámbito de la atención a domicilio. El Departamento de Salud se planteó para los Presupuestos del año 97 concluir, a través de un programa de salud, no a través de un sistema de prestación, que tiene otra consideración jurídica, el hecho de que pueda haber una disponibilidad completa y absoluta de sistemas de atención a domicilio del ámbito estrictamente sanitario para todas las personas de la tercera edad de Navarra. Este empeño o esta filosofía o esta directriz del Departamento de Salud se está elaborando ya de una forma más técnica y más detallada a través de un grupo técnico de trabajo del Departamento de Salud, donde se trata de evaluar el requerimiento que el disponer de manera completa y universal para Navarra de un sistema de este tipo nos va a hacer incurrir. Quiero decirles, además, que en el Presupuesto del año 97, y también, dicho sea de paso, gracias al pacto presupuestario que alcanzó Unión del Pueblo Navarro con el Partido Socialista, se pudieron incluir y respetar una serie de cantidades precisas como para poder aportar en la última mitad de este año 1997 un sistema ordenado, organizado, tasado, evaluado y, como les decía, con carácter universal de la atención a domicilio. La atención a domicilio tendrá, por supuesto, también una consideración específica referida a los centros de internamiento y pretende, como todos ustedes obviamente pueden deducir, encontrar una accesibilidad mejorada a nuestro sistema de atención primaria dentro del ámbito del desvalimiento en los domicilios, de las contingencias protegibles en este caso, y también de los centros de internamiento en los cuales puedan estar las personas de la tercera edad.

Hay otro proyecto también importante y que quiero anunciarles que está ya presto a ser desarrollado por el Departamento de Salud, quiero indicarles que prácticamente podía estar ya aprobado, pero hemos preferido, desde un criterio político de prudencia, esperar a ver qué daba de sí el debate sobre el plan gerontológico en este Parlamento para tomar las decisiones correctas y, por tanto, mejor entendidas por parte de los grupos parlamentarios, cual es el de la gestación, de manera ya organizada y uniforme, de una residencia psicogeriátrica en el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier, antiguo manicomio de Navarra. Pretendemos transformar el actual hospital psiquiátrico en una residencia psicogeriátrica. Realmente, incurrir en este empeño no es solucionar un problema de la noche a la mañana ni tampoco poder poner ya las bases de un nuevo recinto asistencial de un día para otro ni de un presupuesto para otro, sino que, por unas circunstancias que ahora les voy a detallar, este empeño posiblemente nos conduzca al inicio del siglo que viene.

Como ustedes saben, el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier es en la actualidad, y así se considera por el Departamento de Salud, un recurso casi residual dentro de nuestra oferta de servicios de salud mental, aunque lo cierto es que nos consume, aproximadamente, el 45 por ciento de nuestros costes de funcionamiento en la red de salud mental y reúne, aproximadamente, el 60 por ciento de los recursos humanos de la propia red de salud mental. Este proyecto de transformación del actual hospital psiquiátrico en residencia psicogeriátrica pretende, a corto plazo, adecuar el servicio prestado a la realidad actual de los internos del psiquiátrico, mayores con necesidades sociales y de cuidados, y, a medio plazo, buscar o aprovechar sus medios materiales y humanos para ofertar un servicio necesario a la sociedad navarra. Se pretende crear una residencia psicogeriátrica para

ancianos con demencias, Alzheimer y otros trastornos que conlleven un deterioro cognitivo.

¿Cuál es el proyecto, en definitiva? Es crear, en sintonía con este plan gerontológico que tenemos sobre la mesa, utilizando recursos materiales y humanos del actual hospital psiquiátrico, una residencia psicogeriátrica con un máximo de 150 plazas, según los criterios de funcionamiento definidos por el Departamento en coordinación con el de Bienestar Social, con unos baremos de acogida que permitan regular la demanda que puede acceder a esa oferta, que ciframos en 150 plazas, y que puedan regular también, como es lógico dentro del ámbito de la Administración Pública, unas tarifas.

Pretendemos establecer este hospital psiquiátrico transformado en residencia psicogeriátrica como un centro dependiente del Servicio Navarro de Salud, será el Servicio Navarro de Salud el centro proveedor, pero, lógicamente, deberá ser, por lo menos en una parte importante, el Departamento de Bienestar Social el centro contratador de esos servicios, dentro de esta separación entre la provisión y la contratación de los servicios sanitarios que en todos los ámbitos del mundo occidental se está desarrollando. Por tanto, la titularidad y la gestión seguirá correspondiendo al Servicio Navarro de Salud, que será el proveedor, y Bienestar Social será el comprador de los servicios que ahí se presten.

Actualmente, y ésta es la principal de las restricciones por las cuales no podemos actuar con mayor rapidez, hay algo más de doscientos enfermos, o, por denominarlos mejor, doscientos internos en el hospital psiquiátrico, de los cuales, el 75 por ciento tiene más de 65 años, y la previsión es que, simplemente por la consideración de la evolución que estas personas deben tener y que, lógicamente, deben seguir siendo acogidas en este centro, la residencia psicogeriátrica pueda ofertar su primera plaza en torno al año 2001. Lo cierto es que ya existe un pabellón psicogeriátrico dentro del propio recinto del hospital psiquiátrico, yo en varias ocasiones lo he visitado y quiero decirles que es muy difícil, incluso desde el punto de vista médico, poder separar o poder discernir o hacer un diagnóstico diferencial de las personas que están en lo que denominan el pabellón psicogeriátrico de las personas que están en el resto de los pabellones. Creo que, prácticamente, la situación de un interno en una u otra ala del hospital psiquiátrico casi responde más a motivos administrativos que a motivos de diagnóstico clínico. Por tanto, ya existe ese recurso, aunque sea en una manera poco reglada, pero, como les digo, se pretende que para el año 2001 ya podamos disponer por completo de este recinto como residencia psicogeriátrica.

En cualquier caso, sí que es cierto que hay que actuar ya y que hay comenzar por prever esta realidad. ¿Cuáles son las actuaciones previstas? En el Departamento de Salud tenemos, prácticamente en una fase final de desarrollo, un decreto por el cual podríamos transformar el hospital psiquiátrico en residencia psicogeriátrica. Debemos buscar adecuar esa definición jurídica del psiquiátrico con su actual realidad, que son los cuidados residenciales y sociales, y posibilitar su paulatina transformación en un recurso psicogeriátrico, definiendo, por tanto, unos perfiles de utilización por los usuarios y unas características del servicio, y regular las cuestiones a las que antes hacía mención. Este decreto está prácticamente para ser elevado al Gobierno en cualquier momento y, como antes les anticipaba, ese momento será cuando entienda el Gobierno que el Parlamento dará su visto bueno y su punto favorable a esta actuación.

Y a partir de ahí, hay que desarrollar o hay que continuar por desarrollar una política de personal, de reciclaje y de implantación de programas de las personas que deban prestar sus servicios en este renovado centro, y también una política de inversiones, donde lo que pretende el Departamento es ir adecuando un pequeño plan de inversiones para adaptar los pabellones en unas cantidades que pueden oscilar entre los quince y los veinte millones al año. Y quiero decirlo una vez más, y sin que desde luego vaya a ser la última, que la previsión de dotación presupuestaria para este año está perfectamente consignada, perfectamente incorporada a las líneas del Departamento y también perfectamente amparada por ese pacto político entre UPN y el PSOE, al que antes hacía referencia.

A la transformación del actual Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier en residencia psicogeriátrica se debe acompañar otra medida también necesaria, que el Departamento entiende que es una medida en paralelo, que no puede tomarse de una manera diferida ni distinta, cual es la de la integración, dentro también del recinto del actual hospital psiquiátrico, de un centro de día psicogeriátrico.

Un centro de día es algo, como ustedes conocen, distinto de lo que es una residencia psicogeriátrica en el sentido clásico. Lo que pretendemos es empezar ya a disponer de los recursos del propio hospital psiquiátrico de una manera más intensa, puesto que entendemos que posiblemente están infrautilizados. Y dado que lo que podemos denominar una oferta competa de vocación psicogeriátrica del actual Psiquiátrico San Francisco Javier no podrá realizarse hasta el año 2001, estratégicamente, el Departamento considera que es necesario un recurso psicogeriátrico que pueda ofertar plazas en breve tiempo, en el año 1997, si es posible. Se trata, por tanto, de crear un centro de día, que el Departamento estima en 30 plazas, en el centro de día psicogeriátrico del actual recinto del hospital

psiquiátrico. El Departamento entiende que se debe propiciar lo que estrictamente se considera como un centro de día, pero que también debe propiciarse algo que moderadamente se denomina como una clínica de memoria asociada, donde se desarrollen procedimientos de neuropsicología, detección precoz, asesoría a las familias y a los propios profesionales de los centros de salud en los problemas del Alzheimer, en los problemas de las demencias seniles o preseniles.

El Departamento estima que estamos en unas condiciones óptimas para poder incorporar en este mismo ejercicio presupuestario este recurso que les anuncio, y que tenemos una necesidad acuciante de este tipo de servicios, que el propio plan gerontológico detalla. Necesitamos encontrar la posibilidad de aflorar sinergias con el actual hospital psiquiátrico en cuanto a los médicos y a los sistemas de administración de los que ahora mismo dispone; creemos que podemos disponer de personal auxiliar y de acompañamiento reclutado a partir de la actual plantilla del hospital psiquiátrico. Además, la incorporación de este centro de día nos puede permitir ya la captación rigurosa de los futuros usuarios de la residencia psicogeriátrica. Sería la primera oferta pública que en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra se realizara de un centro de día de estas características, y realizaríamos también, dentro de la planificación de momento concebida, programas de festivos y de fines de semana y también ese plus de calidad, al que antes hacía referencia, de la clínica de la memoria.

La viabilidad económica o el desarrollo económico administrativo sería similar al que antes les citaba, se trataría de disponer de este centro como proveedor el Servicio Navarro de Salud y como contratador el Departamento de Bienestar Social, donde estamos convencidos de que podemos llegar a contratar, aunque sólo fuese a efectos internos administrativos, porque, lógicamente, el dinero de los contribuyentes tiene un único origen y un único fin, el de la contratación de las dos terceras partes de las plazas disponibles.

Estamos ya en disposición de firmar este decreto de trasformación, algo que consideramos prioritario, y también estamos en disposición de avanzar ese diseño funcional, incluso arquitectónico y de plantillas, que antes les decía, para que a finales del año 97 pueda, por primera vez en un servicio público en la Comunidad Foral, realizar esta oferta de un centro de día psicogeriátrico para las personas que tienen algunas patologías, desde luego, propias de la tercera edad, pero también para dar ese apoyo necesario y ampliamente merecido por sus familiares y cuidadores.

Existen también, como tercer hito en el ámbito más concreto de la asistencia puramente sanitaria o del bienestar social, unos programas que se están planificando en el Departamento, en concreto sobre la asistencia al enfermo con Alzheimer, al enfermo con demencia senil o presenil, y existen también, aunque es un ámbito no estrictamente referido al de la tercera edad, distintos avances de coordinación de servicios sociosanitarios para enfermos psíquicos, cualquiera que sea la patología que a este término de psíquico corresponda.

Y para finalizar, quisiera indicarles una cuestión que puede parecer poco relevante, pero que, desde luego, puede también dar de sí, y es que en el ámbito de la atención farmacéutica, el Departamento de Salud está estudiando la posibilidad, y a través del ulterior desarrollo legislativo veremos si ello es posible o no, de incorporar también una atención farmacéutica específica a los centros de la tercera edad, a aquellos centros de internamiento donde el Departamento entiende que puede disponerse ya de una red o por lo menos de unos sistemas a través de unos determinados botiquines farmacéuticos para la prestación de este servicio tan importante en el ámbito de la tercera edad, no tanto por motivos cuantitativos y de costes, sino, sobre todo, por esos aspectos cualitativos, a los que antes hacía referencia, en cuanto al consumo de fármacos que hay detectado en la tercera edad.

Esto es el grueso de la intervención que les tenía que transmitir esta tarde, al hilo de las cuestiones más concretas que la señora Arboniés ha presentado en su inicio, podríamos, lógicamente, extendernos de una manera más intensa y más detalla. En cualquier caso, quiero reiterales que más allá de cuáles sean esas comisiones técnicas o esos foros concretos reglados y tasados de encuentro entre el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social o de otros departamentos, lo que es cierto es que el Departamento de Salud entiende que este plan gerontológico es un plan aprobado por un gobierno, avalado, en su caso, por un parlamento y que, desde luego, significa y marca unas directrices en las cuales también desde el punto de vista sanitario hay que actuar y que, a partir de ahí, cualesquiera actuaciones del ámbito de la asistencia sanitaria, primaria, especializada, de salud mental, cualesquiera actuaciones del ámbito de la salud pública deben estar impregnadas por el espíritu y el entendimiento de este plan, que, como la propia indicación de su portada dice, es un modelo de acción social para la tercera edad, que, como les digo, el Departamento de Salud comparte en sus líneas de trabajo que a él correspondan y también valora, en cuanto al sistema y al proceso de planificación, que en el ámbito gerontológico de Navarra va a venir a significar este plan. Por mi parte, señora Presidenta, es todo en esta fase y, por supuesto, quedo a su disposición y a la de los señores Parlamentarios.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Errazti Esnal): *Eskerrik asko, Cervera jauna. Señorías, vamos a suspender la sesión durante diez minutos para que preparen sus intervenciones. Gracias.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 18 HORAS Y 34 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 18 HORAS Y 51 MINUTOS.)

SRA. PRESIDENTA (Sra. Errazti Esnal): *Señorías, reanudamos la sesión. Señora Arboniés, cuando quiera.*

SRA. ARBONIES BERMEJO: *Muchas gracias, señora Presidenta. El señor Consejero, desde luego, nos ha dado toda una clase, como diría yo, una descripción epidemiológica, pero también su intervención ha sido lo bastante larga como para entender que estábamos hablando con el Consejero de Salud; quizás a lo largo de su intervención y con una última frase me ha dado un poco el quid de la cuestión.*

El objetivo primordial del plan gerontológico es el mantenimiento del mayor en su propio medio, el que esté integrado el mayor tiempo posible, el que vaya o acuda a los recursos residenciales lo más tarde posible, y, entonces, claro, yo creo que la respuesta a todo este tema quizás esté en la tapa del libro; aquí dice "Un modelo de acción social para la tercera edad", y usted es el Consejero de Salud, con lo cual, quizás, o cambiamos el enfoque del plan gerontológico, porque es impensable que una tercera edad, que usted ha descrito muy bien desde el punto de vista sanitario, con una creciente cronicidad, con pluripatologías, con todo un deterioro que es lógico por el avance de la edad, y nos ha dicho además, y es verdad, nosotros en nuestro pedido de información no hemos tenido en cuenta toda una atención especializada que se debe dar, pero el objetivo de la comparecencia era precisamente el ahondar en esa atención, que debe estar insertada en un necesario espacio sociosanitario.

Otra cosa es que todavía le vamos a dar unos años para caminar y llegar a ese necesario espacio sociosanitario, que no solamente lo demanda la tercera edad, lo demandan colectivos como enfermos mentales. No podemos dividir a la gente o darle respuestas sesgadas, parceladas, porque las realidades son únicas, las personas son personas integrales, con unas necesidades globales en su misma persona, como individuos, eso ya se está haciendo en el resto de Europa, porque realmente lo que la ciudadanía demanda es una respuesta puntual a su cuestión. Nuestra intención al llamar al Consejero de Salud era para saber qué avances, qué medidas hay desde su Departamento para que el mayor pueda permanecer en su entorno, con lo cual, vemos que la atención domiciliaria, que ahora mismo depende de los equipos de cada centro de salud, es fundamental para que el mayor permanezca más tiempo con su familia.

También es fundamental que los equipos sepan transmitir a los familiares unas informaciones básicas para el tratamiento de estos mayores, que, aunque presentan pluripatologías, aunque presentan un principio de demencia senil, aunque presentan otro tipo de problemas físicos, sí que pueden permanecer durante unos años más con sus familiares. Y ése era el objetivo de su comparencia, o sea, el que nosotros no viéramos un cierto descuelgue de salud en este plan, como lo percibimos cuando compareció aquí el señor Consejero de Bienestar Social. Claro, si este plan es un modelo de acción social, usted tiene razón, desde el punto de vista sanitario nos ha dado su visión sanitaria de la tercera edad, las medidas que se pueden proporcionar, pero, aun así, nos ha hablado al final bastante extensamente de la residencia psicogeriátrica, que es necesaria, del centro de día, que es mucho más necesario, porque eso sí apoyaría a que ese mayor permaneciera en su entorno familiar durante más tiempo, con lo cual, yo, sinceramente, vuelvo a sospechar de si éste no será un plan de recursos residenciales y no un plan global de atención al mayor. Esa es la duda en su conjunto.

Se ha referido a tres aspectos, al ámbito sanitario, al ámbito de bienestar social, o sea, parcelamos esa realidad, o en su respuesta me la ha dado parcelada, o así lo he entendido yo y puedo estar equivocada, y también nos ha hablado del ámbito de acción del Gobierno, el cual parece ser que está impregnado en un espíritu, digamos, de colaboración, en que si aprobamos el plan gerontológico, pues, bueno, se llegarán a establecer los mecanismos de coordinación. Yo pienso que eso es paso previo. El tema está en que, como bien sabrá, desde el punto de vista sanitario es mejor prevenir que curar, es necesario que los mecanismos de coordinación se establezcan antes, porque, desde luego, la realidad de la tercera edad es muy compleja, es muy plural, y es una realidad sociosanitaria, porque necesita de medidas importantes del ámbito social, pero también de medidas muy importantes del ámbito sanitario, y eso no se puede separar.

Desde el punto de vista sanitario, me ha dado muchas explicaciones, pero, por poner un ejemplo, en el tema de salud mental, ¿qué atención se va a dar en las residencias sociosanitarias? y usted mismo ha dicho que en la tercera edad tienen una creciente incidencia las demencias seniles, el Alzheimer, o sea, yo cuando digo cómo se va a dar, pues soy una persona eminentemente práctica, no entiendo el plan teórico, digo si va a haber un equipo móvil, si se va a solicitar a través de las residen-

cias, con qué va a contar cada residencia, cómo se van a dar esos mecanismos, a eso me refería.

El mayor que vive solo, me da igual que sea en su propia vivienda o en una vivienda comunitaria o en un apartamento tutelado, va a ser un mayor también con un creciente grado de discapacidad, tanto a nivel físico como psíquico, ¿cómo se va a hacer eso?

Y otra realidad que está ahí, los servicios de rehabilitación están saturados, ¿qué previsión hay en lo referente a los servicios de rehabilitación?

Estas eran las cuestiones, no sé si bien o mal planteadas, pero que están a nivel de ciudadanía. Y si me puede contestar en el tema de la rehabilitación y en el tema de salud mental cómo se va a proporcionar esa asistencia, no solamente desde hospitales y residencias, sino también desde los propios centros de salud, donde acuden personas con familiares mayores que tienen problemas preseniles y necesitan, desde luego, una orientación práctica y una orientación especializada para cómo tratar a esos mayores. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Errazti Esnal): *Eskerrik asko, Arboniés andrea. Señor Consejero, ¿quiere contestar ahora? Bien. Señor Arteaga.*

SR. ARTEAGA OLLETA: *Muchas gracias, Presidenta. Señor Consejero, le agradezco toda su información. Quisiera hacerle algunas preguntas, porque me ha sido imposible captar todo el mensaje que usted ha planteado, quizás, por mi propia inexperiencia, tal vez, tendría que ser uno médico para entender todo este tipo de cosas. Pero, a nivel político, en cuanto al mensaje, yo sí que haría una serie de preguntas y me gustaría que algunas cosas en algún sitio quedaran reflejadas.*

En definitiva, dentro de todo este plan gerontológico, y hablando de salud mental, en el orden práctico, se ha de saber qué gente está implicada en Navarra en este tema, cuántos pacientes tenemos y en qué condiciones. Los propios familiares deberían saberlo. Como político, igual es un defecto que en estos momentos no lo conozca y estoy en la obligación de saberlo, pero me gustaría conocer qué personas están implicadas, qué atención tiene cada uno. Los planes son para que a quien se los vayan a aplicar conozca cuál es su situación real y qué les prometemos todos los políticos, porque, en definitiva, éste es un plan que lo vamos a aprobar nosotros. Estoy convencido, con distintos matices, de que todo el mundo va a aprobar el plan gerontológico, e, indudablemente, después, la obligación que tendrá la oposición será decirles a ustedes que vayan cumpliéndolo. Pero considero que una de las cosas importantes que se tiene que saber es fundamentalmente el número de afectados a la hora de reivindicar al Gobierno ayudas, el afectado debe saber que como él pues hay 1.500 personas, que ésta es su situación actual y éstas son las alternativas que en este caso le da el Gobierno para que pueda ir mejorando, y para que nosotros sepamos en qué medida podemos seguir exigiéndole al Gobierno para que vaya cumpliendo.

Lo digo en el sentido de que a veces se hacen los planes, que son tremendos, y que estoy convencido de que se hacen con la mejor voluntad por parte de todos, porque creo que todo el mundo al final persigue la mejora de todo este tipo de atenciones, pero una de las cosas que echaría en falta en este caso es que no se hiciera esto, es decir, la situación concreta en la cual estamos en Navarra en cuanto a gente en esta situación, que los familiares lo deben saber, tienen que saber qué ayudas y qué planteamientos de atención van a tener.

En principio, esto es lo que quería decir y luego, en la medida en que conozcamos su informe más detalladamente, podríamos concretar más en posibles comparecencias sobre cosas que quisiéramos que entraran, o, por lo menos, discutir la conveniencia de que entren o no. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Errazti Esnal): *Eskerrik asko, Arteaga jauna. Kontseilari jauna.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señora Presidenta. Si les parece, contestaré de una manera breve, porque, dicho sea de paso, es propósito del Departamento de Salud, y creo que se habló de ello en la última sesión plenaria de este Parlamento, propiciar una comparecencia en el mes de septiembre u octubre también para evaluar otros asuntos más relativos, desde luego, al ámbito de la salud mental estrictamente considerado, no solamente en el estadío de la tercera edad, y que, desde luego, va a intentar expresarlo también ante este Parlamento con algunos detalles mucho más exhaustivos de algunas de las cuestiones que se han tratado aquí por los dos intervinientes anteriores.*

En concreto, a la señora Arboniés, a la que, por supuesto, reitero la oportunidad que me ha brindado para poder comparecer aquí y para poder intercambiar opiniones, quisiera decirle y reiterarle, aunque, lógicamente, nos movemos todavía en un ámbito en el que habrá que demostrar las cosas, no solamente enunciarlas, enunciar este tipo de planteamientos creo que todos lo podemos hacer, no encontraríamos demasiadas diferencias entre unos partidos y otros, pero realmente el movimiento se demuestra andando y al final concretando los asuntos de la propia actuación política, pero le tengo que reiterar que cuando antes me refería a los ámbitos estrictamente sanitarios, de estricta consideración del bienestar social, etcétera, lo hacía prácticamente y simplemente a título de índice de una intervención, desde luego, entiendo que son unos ejes que, al final, confluyen en una determina-

da realidad, en un determinado volumen, que es polimorfo y que, desde luego, integra todos estos conceptos de una manera completa. No pretendo, de ninguna manera, separar las lindes de lo que tiene que hacer Salud y lo que tiene que hacer Bienestar Social, ni mucho menos llegar al absurdo de plantear ningún conflicto de competencias dentro de la propia Administración foral, lo que sí que pretendo es, de alguna manera, ser capaz de discernir, de definir y de diseccionar cuáles son los problemas estrictamente sanitarios o estrictamente del bienestar social, y tratar también de encontrar un entendimiento desde las distintas ópticas. Por tanto, le tengo que reiterar ante esta Comisión y ante todos ustedes que el entendimiento adecuado de este plan gerontológico por parte del Departamento de Salud significará la implicación del Departamento de Salud en su conjunto en todas las actuaciones para las cuales debamos intervenir.

Me preguntaba si las cuestiones que antes he citado, referidas fundamentalmente a la transformación del actual hospital psiquiátrico, podían de alguna manera mermar esta orientación. Tengo que decirle que no por dos cuestiones fundamentales, en primer lugar, porque no es, desde luego, uno de los principales recursos en los cuales el Departamento de Salud va a aportar su participación en el plan gerontológico. Es un recurso que es necesario; incluso, creo que el alcance desde el que se parte es un alcance limitado, les citaba las 130 plazas que entiende este Departamento que deben constituir esa residencia psicogeriátrica del actual hospital psiquiátrico y ese centro de día para aproximadamente treinta personas. Realmente es un alcance limitado, pero sí que es cierto que es un recurso que desde los medios públicos se debe proveer, porque, de hecho, se está incluso ya buscando y encontrando por parte de los ciudadanos a través de la provisión privada, y nosotros entendemos que, por un principio de universalidad y de equidad, también el sistema público debe disponer de estas instalaciones y de estos centros. No significa en absoluto derivar nuestras actuaciones hacia un modelo residencial o de internamiento, que, desde luego, no es el del plan ni tampoco es el del Departamento de Salud.

Pero, en segundo lugar, porque la parte fundamental de la aportación del Departamento de Salud no es ni siquiera ésta, con ser una parte importante, sino, que, desde luego, es la que antes les trataba de indicar más referida al ámbito de la salud pública, de la prevención de riesgos, de la prevención de la pluripatología que al final las personas de la tercera edad pueden llegar a tener y, desde luego, también esa aportación que queremos avanzar dentro de este plan de nuestra coordinación en el entorno de nuestras disponibilidades de la gestión de los casos, es decir, esa manera unitaria de entender esos problemas a los que antes la señora Arboniés hacía muy acertada referencia, en los cuales las personas necesitan una atención, necesitan cubrir unas necesidades y la Administración, en su conjunto, debe ser capaz de coordinarse y sobrevenir a esas necesidades.

Estos dos elementos me parece que son fundamentales, mucho más, incluso, que la propia transformación del hospital psiquiátrico u otros recursos de orden asistencial, residencial, de internamiento, que son en estos momentos necesarios, pero que, desde luego, no son los que más acento van a tener en el hacer del Departamento de Salud. De hecho, creo que ustedes saben perfectamente que el centro de día que se plantea para el hospital psiquiátrico es un centro de día que no solamente se refiere al cuidado de las personas afectas por una demencia senil, presenil o algún problema de daño cerebral, sino que, fundamentalmente, realizan una labor de formación de formadores, de apoyo a los cuidadores, de cuidado de los cuidadores y también, incluso, de liberarles en algunas épocas del año de un cuidado que, desde luego, es intenso y que arraiga un trabajo intenso en las familias, y que puede llegar a producir enfermedades, incluso, de orden familiar, no solamente de orden personal. Por tanto, el centro de día, si alguna virtud tiene y si alguna virtud se entiende en él es justamente la de propiciar la permanencia de la persona afecta de un tipo de patología de éstas que les citaba dentro de su propio entorno, dentro de su propia familia.

Sobre las dos cuestiones más concretas que citaba la señora Arboniés, el problema de los servicios de rehabilitación y los más estrictamente considerados de salud mental, quiero decirle que con los servicios y sistemas de rehabilitación, el Departamento, lógicamente, en el tenor de desarrollo de este plan gerontológico deberá proveer las necesidades que se vayan destacando en él. Nos damos cuenta, y esto es algo que entiende el servicio sanitario público de Navarra, pero que lo entienden todos los servicios sanitarios públicos occidentales, de que la evolución de la población hacia unas determinadas edades, en cuanto a que hay cada vez más personas mayores de 65 años, la longevidad es cada vez mayor, desde luego, exige una reconsideración general de todos los recursos aplicables y el entendimiento –que es el del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra– de que los gastos sanitarios, las disponibilidades de recursos en medios materiales y humanos cada vez ha de ser mayor y, por tanto, el Departamento de Salud, y así lo ha entendido el Gobierno en el último Presupuesto y espero que lo siga entendiendo en los sucesivos, desde luego, va a ser un Departamento que, aunque sólo fuere por la razón del envejecimiento poblacional, va a necesitar un incremento paulatino cada vez mayor respecto a otros departa-

mentos del Gobierno de Navarra. Esto es una evidencia que también, por cierto, y en otro ámbito, y sirva la anécdota, se está poniendo de manifiesto en ese debate sobre la financiación sanitaria al que asistimos en los últimos días.

Y sobre la sugerencia o aportación del Parlamentario señor Arteaga, de Convergencia de Demócratas de Navarra, creo haberle entendido que hacía referencia a un ámbito concreto, como es el de la salud mental o el de las personas que pueden estar afectas de algún tipo de problema de demenciación o problemas de senilidad desde el punto de vista de sus capacidades cognitivas. Como les decía antes, el Departamento pretende mostrar ante este Parlamento y recabar de este Parlamento su opinión allá por el mes de septiembre o de octubre sobre un plan mucho más general y completo de reestructuración, de reforma y de revisión de nuestro modelo de atención en salud mental. Creemos que en estos momentos ya es una buena oportunidad para reconsiderar cuál es el nivel de organización de la salud mental en Navarra, pero si sirve para esa reflexión posterior a la que el Parlamentario señor Arteaga hacía referencia, les diré que en lo que estrictamente se consideran como trastornos mentales, la prevalencia de este tipo de alteraciones en las personas mayores de 65 años es, aproximadamente, el 8'2 por ciento, si bien es cierto que es una prevalencia prácticamente estable, distinguimos en esto los trastornos mentales de lo que son otro tipo de problemas de orden degenerativo o de orden de demenciación, que, desde luego, tienen un incremento exponencial a partir de las edades altas de la vida, estos trastornos mentales, como les digo, se cifran en una incidencia del 8'2 por ciento en los grupos de entre 65 y 74 años y a partir de los 75 años, prácticamente, se queda estable.

En general, los estudios en el mundo occidental, incluso los propios estudios americanos, que además son concordantes con los estudios de los que aquí en el ámbito foral dispone, por ejemplo, el doctor Madoz, y aunque el dato sea un tanto alarmista, dicen que aproximadamente el 20 por ciento de la población, no considerando la población de la tercera edad, sino todo el conjunto de la población, se considera que aproximadamente el 20 por ciento tiene trastornos psiquiátricos diagnosticables. No quiere decir esto que ese 20 por ciento de población tenga algún tipo de alteración mental severa, sino todo lo contrario, en algunos casos este 20 por ciento está compuesto mayoritariamente por efectos leves, incluso en algunos casos transitorios del ámbito de la salud mental, podemos entender que este porcentaje es un porcentaje estándar para otras épocas de la edad y que, desde luego, requiere una atención dentro de nuestro sistema.

Y para finalizar, quiero recordar que, efectivamente, en el ámbito más concreto de la tercera edad, en el ámbito del daño cerebral o de los problemas de demenciación, se considera, y es una cifra fácilmente retenible, que en los 65 años, por ejemplo, los problemas derivados del Alzheimer es de aproximadamente un 5 por ciento, y que este porcentaje se incrementa prácticamente un uno por ciento anual, lo cual quiere decir que una persona con 70 años tiene casi un 10 por ciento de probabilidad de tener la enfermedad de Alzheimer, considerando, desde luego, no a la persona, sino al grupo poblacional al que está referida.

Al Alzheimer se le considera en el ámbito occidental como la epidemia silenciosa, puesto que en la medida en que avanza la expectativa de edad y de vida de las personas también avanza la tasa en la que nos encontramos el Alzheimer, y en este entendimiento de que efectivamente es una realidad a la que tenemos que dar una respuesta desde los sistemas sanitarios públicos, y que en algunos casos tenemos que saber encontrar incluso la realidad y la persistencia de esta enfermedad mucho más allá de su propia manifestación cotidiana, por eso esa denominación de la epidemia silenciosa, tenemos que orientar todos nuestros servicios asistenciales y preventivos a las enfermedades conexas con el Alzheimer y al propio Alzheimer, donde, dicho sea de paso, estoy convencido de que en los próximos años posiblemente la humanidad asista a unos hallazgos muy esperanzadores en estos ámbitos. No solamente hay que dar un mensaje pesimista en el sentido de que la población envejece, que cuanto más envejece más probabilidad tiene de padecer este tipo de patologías, desde luego, importantes para la propia persona, pero mucho más importantes para las familias y las sociedades, estoy convencido de que en los próximos años no solamente seremos capaces de asomarnos al entendimiento y al descubrimiento de la etiología del Alzheimer, algo que todavía se desconoce, sino que, sobre todo, podremos también ser capaces de encontrar algún tipo de tratamiento y algún tipo de terapéutica paliativa para este tipo de enfermedades, por tanto, hay que dar también un mensaje de esperanza y que, desde luego, estoy convencido de que el umbral del tercer milenio también va a sorprender de manera muy intensa a la humanidad en cuanto a los avances que se están realizando en estos ámbitos. Por mi parte, nada más. Señora Presidenta, muchas gracias, eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Errazti Esnal): *Eskerrik asko, Cervera jauna, gracias, señor Cervera. Menos mal que nos da usted esperanza, porque algunos estábamos haciendo cuentas a ver si estábamos dentro del 20 por ciento o bien todos los políticos ya configurábamos ese 20 por ciento al que usted hacía referencia, estábamos realmente*

preocupados, yo notaba ahí las caras..., en fin, me parece que hay alguna portavoz que quiere tomar la palabra otra vez. Señora Arboniés, cuando quiera.

SRA. ARBONIES BERMEJO: *Muchas gracias, señora Presidenta. Una última consideración, me alegro de que para septiembre u octubre piense comparecer con el tema de salud mental, porque sí que es verdad que puede que avancemos para el tercer milenio en lo que pueda ser una terapia para este tipo de enfermedades, pero también es verdad que mientras no avancemos en descubrir la cura o el tratamiento paliativo, como suelen decir los médicos, la enfermedad avanza.*

También es verdad que las sociedades occidentales tienen un avance en el deterioro de la salud mental en el conjunto de la población. Eso es así, con lo cual, yo me alegro de que en septiembre o en octubre usted comparezca y tengamos en cuenta en esa comparecencia a una franja de población muy importante y creciente que es la tercera edad, donde realmente coinciden varios tipos, digamos, de problemas psíquicos o de psicopatologías o como se quiera llamar, yo no tengo la terminología, pero me entiende.

También otra cosa que ha dicho; eso de proveer, me recuerda a aquello de Dios proveerá, entonces, en este plan, a tenor del desarrollo y de la evolución, veremos cómo damos respuesta al problema de la saturación, rehabilitación, a los problemas de salud mental, y se proveerá. Pero resulta que anterior a su comparecencia ha estado la Consejera de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda y ha hablado en dos o tres ocasiones del rigor presupuestario, entonces, claro, por un lado, las cosas avanzan, por otro, se proveerá, y, por otro lado, está el rigor presupuestario, entonces, a ver si somos capaces de conjugar todo esto, porque sí que es verdad, y a lo mejor a la hora de presupuestar hablamos o entendemos o queremos solamente entender de números, pero la gente está ahí con sus problemas y sus dolores muchas veces, y en ese rigor presupuestario yo casi pediría que se sea riguroso en otras cosas, pero no en temas de salud, de educación y de bienestar. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Errazti Esnal): *Muchas gracias, señora Arboniés. Si no quieren comentar nada más, vamos a levantar la sesión, agradeciendo antes al Consejero su comparecencia y a sus señorías el esfuerzo que han realizado toda la tarde. Se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESION A LAS 19 HORAS Y 14 MINUTOS.)