DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura | Pamplona, 19 de junio de 2014 | NÚM. 74

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. JOSÉ ANTONIO RAPÚN LEÓN

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 19 DE JUNIO DE 2014

ORDEN DEL DÍA

— Presentación, por parte de la Consejera de Salud, del Plan de Salud de Navarra 2014-2020.

— Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a adherirse a la campaña de movilización internacional en favor del acceso universal a la anticoncepción, al aborto seguro y legal y a la educación afectivo-sexual para todas las mujeres presentada por los GP Socialistas de Navarra, Bildu-Nafarroa, Aralar-Nafarroa Bai e Izquierda-Ezkerra.

— Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a aplicar como uso compasivo el tratamiento para la hepatitis C, sofosbubir, en los casos autorizados por la Agencia Europea de Medicamentos y la Agencia Española de Medicamentos, presentada por los GP Socialistas de Navarra, Bildu-Nafarroa, Aralar-Nafarroa Bai e Izquierda-Ezkerra.

(Comienza la sesión a las 10 horas y 6 minutos.)

Presentación, por parte de la Consejera de Salud, del Plan de Salud de Navarra 2014-2020.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Buenos días, señoras y señores Parlamentarios. Damos inicio a la Comisión de Salud, que hoy tiene tres puntos, el primero de los cuales trata de la presentación, por parte de la Consejera de Salud, del Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Damos la bienvenida de nuevo a esta Comisión a la Consejera, que viene acompañada por la Directora General de Salud y por la Jefa de su Gabinete.*

En esta ocasión, por cuestiones de tiempo, la Consejera tiene el tiempo que necesite para exponer el Plan y después los portavoces tendrán un máximo de quince minutos para expresar sus opiniones al respecto. Comenzamos directamente. Señora Consejera, tiene usted la palabra.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Muy buenos días, señorías. El pasado 20 de marzo, presenté al Gobierno de Navarra el Plan Foral de Salud en su primer borrador para los años 2014-2020, que constituirá el eje central de las políticas de salud de nuestro sistema sanitario para los próximos años. Ese borrador fue elaborado por un total de setenta y dos profesionales, integrados en doce grupos de trabajo.*

Ese mismo día, se les remitió a todos ustedes el documento y anunciamos que, a partir de entonces, comenzaba un proceso de exposición pública durante el cual tanto los profesionales como los usuarios, en el portal del Gobierno Abierto del Gobierno de Navarra, en nuestro portal de Salud y en la Intranet sanitaria podrían plantear sus correspondientes alegaciones. Por supuesto, también ustedes, los diferentes grupos parlamentarios, fueron invitados a participar.

Quiero comenzar esta comparecencia agradeciéndoles a todos su implicación y su trabajo –a los que lo han hecho–, que nos ha servido para mejorar y completar un Plan de Salud que va a constituir el instrumento central de la planificación sanitaria de nuestra Comunidad.

En ese periodo de exposición pública, no solamente a través de las redes, sino durante el proceso participativo, hemos realizado un conjunto de sesiones de presentación del plan dirigidas a profesionales del sistema sanitario, a colegios profesionales, a asociaciones de pacientes, y se han realizado todos los esfuerzos necesarios para integrar sus aportaciones a fin de lograr que el documento que se presentara finalmente ante este Parlamento, el que hoy vamos a presentar, pudiera suscitar el consenso requerido en este tipo de instrumento de planificación estratégica.

Como pueden ver en la pantalla, hemos recibido, en los casi dos meses que ha estado abierto el proceso de participación, un total de 627 aportaciones, 115 procedentes de asociaciones ciudadanas y de pacientes, 216 de colegios y asociaciones profesionales, 93 de distintos grupos parlamentarios y 199 de profesionales y técnicos sanitarios.

Se han aceptado total o parcialmente la gran mayoría de ellas, concretamente el 72 por ciento, el 10 por ciento está en estudio, el 3 por ciento está fuera del alcance del Plan de Salud y, por tanto, no se han podido incluir, y solo un 15 por ciento han sido denegadas por las razones que a continuación explicaremos.

Las explicaciones sobre las propuestas que han sido aceptadas, las que no lo han sido o las que estaban en estudio también han sido debatidas posteriormente con los agentes y con las instituciones que habían realizado las aportaciones en distintas convocatorias que hemos tenido, en las últimas convocatorias y reuniones que hemos mantenido en las últimas semanas.

Por mi parte, nada más, les dejo con la Directora General de Salud, Cristina Ibarrola, que les va a presentar con mayor detalle cómo ha quedado configurado el Plan de Salud 2014-2020. Muchas gracias.

SRA. DIRECTORA GENERAL DE SALUD (Sra. Ibarrola Guillén): *Buenos días, muchas gracias. Voy a tratar de ser breve y no ser reiterativa y, para ello, vamos a centrar la presentación solamente en lo que han sido las incorporaciones nuevas al plan.*

Quiero, además, reiterar el agradecimiento a todas las entidades y profesionales que nos han hecho aportaciones porque, sin duda, es un documento complejo y el leerlo, el estudiarlo y el hacer aportaciones ya tiene mucho valor añadido para nosotros y entendemos que ha enriquecido el borrador del plan inicial.

Prácticamente el 66 por ciento de las aportaciones han sido de profesionales y el 34 por ciento de ciudadanos o grupos parlamentarios como representantes de los ciudadanos. Muchas de las aportaciones entendemos que ya estaban, algunas, en el plan inicial, pero quizás no con la suficiente visibilidad que les correspondía y ahora creo que se ha dado respuesta a prácticamente todas las que nos han llegado.

El 72 o 73 por ciento han sido aceptadas, un 55 por ciento totalmente, un 14 por ciento parcialmente y un 4 por ciento sí, pero en una fase posterior en el desarrollo. Algunas han quedado en estudio, y en estudio han quedado las que no pode-

mos decir que sí o que no en este momento porque requieren de un estudio posterior. Por poner un ejemplo, la prevención del glaucoma. Se ha recogido de forma más genérica como prevención de la ceguera de programas que tengan evidencia científica, pero el sí o el no a la prevención del glaucoma, hay que estudiar qué programas hay y si tienen evidencia o no, por poner un ejemplo de los que se ha dicho que no.

Fuera de alcance son prácticamente todos los que hacen referencia a la gestión pura y dura, por ejemplo, al gasto farmacéutico. Entendemos que en el plan no tiene que aparecer como tal el gasto farmacéutico, que es algo de gestión. Sí, en todo caso, algo de calidad de la prescripción o de uso racional del medicamento.

De las que han sido no aceptadas, que han sido un 15 por ciento, casi todas han sido por temas de reivindicaciones concretas de estamentos profesionales que entendían que solamente ellos podían hacer una actividad concreta, pero creemos que le hemos dado también respuesta. Por poner un ejemplo, de las 92 acciones concretas que han sido las no aceptadas, 53 de ellas, 53 de las 92 eran sustituir rehabilitación por fisioterapia. Hemos hablado con el Colegio de Fisioterapeutas y hemos dado y definido el papel que van a tener los fisioterapeutas en los programas de rehabilitación, que entendemos que es más complejo y que aborda, entre otras, la fisioterapia.

El mayor número de aportaciones ha sido al plan de acción. Después, a los instrumentos estratégicos y muchas al diagnóstico. En un principio, teníamos intención de que el diagnóstico fuera más resumido, que era alguna de las aportaciones que nos habían pedido algunas entidades, pero hemos tenido muchas aportaciones de muchos colectivos al diagnóstico y al final hemos considerado acortarlo un poco, pero no tanto como pensábamos porque creemos que a las entidades y personas que han hecho aportaciones al plan debíamos darles respuesta y ellos preferían que aparecieran sus aportaciones como tales.

Sobre las aportaciones, aquí tienen, por estamentos y por entidades, cuáles han sido aceptadas y cuáles no. Las menos aceptadas son las de colegios y asociaciones profesionales por lo que he comentado antes, por ejemplo, en el caso de la fisioterapia.

En esta diapositiva tienen el resumen total de las principales aportaciones por apartados del plan. No me voy a centrar porque luego voy a ir apartado por apartado, con lo cual, es un poco reiterativo. Solamente quiero decir, en esta línea general, que se ha hecho una revisión sistemática de todo el documento del plan desde la perspectiva de género, que era una de las aportaciones que nos habían solicitado.

En cuanto al diagnóstico de situación, se han actualizado los datos disponibles, que en el documento borrador aparecían datos más desfasados. Ahora se han actualizado. Se ha incorporado un apartado específico dedicado a las desigualdades en Salud. Se ha remarcado la importancia de los determinantes sociales como factores condicionantes de los resultados en Salud. Se ha sido más explícito en lo referente al problema explícito de la violencia de género. Se ha hecho alusión al principio de precaución sobre radiaciones de telefonía móvil, ya que no existen datos definitivos todavía. Y se han incluido, por ejemplo, la fatiga crónica y el síndrome químico múltiple como problema de salud emergente, que no estaba. Tienen más en las aportaciones.

En cuanto a principios de intervención, se ha incorporado el principio de la universalidad, en el que me voy a detener un poco más adelante, y se han reformulado tres de los principios que estaban contemplados inicialmente: el de Salud en todas las políticas y determinantes en Salud, al que se da mayor relevancia; el de intervención comunitaria y desigualdades en Salud, y se ha hecho una referencia más explícita al empoderamiento del paciente, que estaba recogido, pero tampoco de forma tan explícita.

En cuanto a la accesibilidad, aparece como principio de intervención el continuar garantizando la universalidad en la asistencia. Entendemos que es un requisito básico esencial para lograr buenos resultados en Salud y que, además, es una conquista social del sistema sanitario muy arraigada, concretamente, además, en nuestra Comunidad. La accesibilidad se entiende, además, como un compromiso de eliminar todo tipo de barreras: arquitectónicas, sociales, geográficas, lingüísticas, culturales, intelectuales, y aquí aparecen acciones que veremos más adelante, como, por ejemplo, mejoras en la accesibilidad de personas con discapacidad, de personas con sordera, etcétera.

Se ha dado más relevancia también a todo el tema de Salud en todas las políticas y a la importancia como factores determinantes en la Salud de muchos factores. Además de la edad y el sexo, factores genéticos, factores que tienen que ver con el estilo de vida personal, con las redes sociales y comunitarias y las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales. Esto tiene relevancia tanto en la mejora de los resultados en Salud como en reducir las desigualdades en esos resultados en Salud.

En cuanto a los objetivos, en los objetivos generales –pongo en rojo lo que tiene mayor relevancia–, se ha reformulado uno de los objetivos

que decía: equidad en los resultados en Salud, y se ha cambiado por reducir las desigualdades en los resultados en Salud, que nos parece que lo explicita de mejor manera.

En cuanto a los objetivos específicos, el resultado de revisar todas las aportaciones ha hecho que se eliminen 6 de los que había y se han incorporado 23 nuevos. Esto hace que, de un total de 87 objetivos específicos que aparecían en el borrador inicial del plan, ahora tenemos un total de 104 objetivos específicos.

Además, como más importante y aquí aprovecho para dar las gracias a todo el equipo técnico que ha trabajado en este documento porque incorporar todas estas aportaciones, estudiarlas todas y dar respuesta a las entidades ha supuesto un trabajo importante, han hecho un esfuerzo importante en concretar las metas de cada uno de los objetivos, de forma que el 78 por ciento de los objetivos específicos tienen una meta concreta definida: no reducir la mortalidad por cáncer de colon, sino reducir la mortalidad por cáncer de colon en un 5 por ciento; concretarla específicamente.

Los nuevos objetivos específicos aparecen en esta diapositiva. No voy a repetirlos todos porque, además, algunos se reiteran luego en las acciones, pero aparecen nuevos, por ejemplo, la evaluación integral de la fragilidad en mayores de setenta y cinco años, el número de sesiones y tanto por ciento de comités con participación en los que participan o ciudadanos o pacientes, la detección de maltrato y violencia en Atención Primaria y en Urgencias o la variabilidad en amigdalectomías e histerectomías.

Una de las acciones que tenemos que empezar a acometer es que los estudios de variabilidad en la práctica clínica nos dicen que, según los hospitales de toda España, según donde te atiendan, hay diferencias importantes. Por ejemplo, en histerectomías en partos sin riesgo, pasan de cuarenta y nueve veces más posibilidades de una cesárea que otra. Hemos intentado concretar metas concretas de objetivos específicos para reducir la variabilidad de la práctica clínica de alguna manera injustificada.

En cuanto al Plan de Acción, de las doce estrategias definidas como prioritarias del plan, se ha redefinido solamente, se ha denominado de forma diferente una de las que aparecían, que aparecía como prevención de la dependencia y ahora aparece como atención a la discapacidad y prevención de la dependencia.

Dentro de los programas, hay cuatro nuevos programas que se incorporan y cuatro programas que amplían el alcance que tenían. Los cuatro programas que se incorporan son el programa de intervención integral en desigualdad y riesgo psicosocial infantil, el programa de prevención y atención a la discapacidad sensorial, el programa de prevención y atención a la neumonía y el programa de atención a dolor agudo y posquirúrgico, que antes aparecía solamente el dolor crónico.

Programas que amplían el alcance inicial que tenían son los cuatro que tienen aquí: el programa de prevención selectiva en colectivos vulnerables, el programa de atención a la fragilidad y prevención de las complicaciones en los cuidados del mayor, el programa de atención y rehabilitación de la insuficiencia cardiaca y el programa de ejercicio terapéutico y rehabilitación funcional en el nivel primario.

Aparte de los programas, si entramos ya en las acciones clave de cada uno de los programas que aparecen en las distintas estrategias, se han incorporado ochenta y cuatro nuevas acciones clave. Voy a pasar las diferentes estrategias y solo voy a incidir en las que tienen más relevancia, pero en las diapositivas las tienen todas.

En la estrategia de promoción y prevención en los adultos, por ejemplo, acciones nuevas son el Observatorio de Salud para analizar las desigualdades en Salud y promover acciones de acuerdo a las desigualdades que se detecten, completar el despliegue y protocolo de detección e intervención frente a la violencia de género, el cribado y consejo personalizado en bebedores de riesgo desde Atención Primaria, la evaluación e intervención multifactorial y del entorno para la prevención de caídas o información a la población sobre los riesgos de sobremedicalización –en rojo les aparecen las más relevantes–.

En la estrategia de promoción y prevención infantil, dentro, también, de las que se han incorporado –aparecen ahí todas—, están: la promoción de la lactancia materna, la prevención de accidentes, el garantizar una nutrición suficiente y adecuada para la población más vulnerable, como es la población infantil o el apoyo a las madres y padres de niños con discapacidad.

Dentro de la estrategia de discapacidad y prevención de la dependencia aparece de forma específica ampliar el alcance del programa de ejercicio terapéutico y rehabilitación funcional en el nivel primario. Se entiende que desde Atención Primaria es desde donde se tienen que prescribir el ejercicio terapéutico y la rehabilitación funcional, con un grupo multidisciplinar e interdepartamental para definir bien esta cartera de servicios, con una planificación territorial conjunta y por zonas de salud y promoviendo la adaptación del hogar y el uso de servicios y productos de apoyo.

También tiene relevancia el programa de prevención y atención a la discapacidad sensorial, y aquí se recogen como acciones específicas: pre-

vención de la retinopatía y de otras causas de ceguera, como he comentado antes; el continuar desarrollando el programa de prevención de la hipoacusia, aquí se han venido trabajando algunas acciones como facilitar la citación por SMS o por e-mail a las personas con sordera, pero dentro de las aportaciones se recogía el poner en desarrollo o implantar una determinada plataforma de videoconferencia con traductor del lenguaje de signos. Si es esa o no es esa, ya se verá, por eso ha entrado en las de en estudio, pero sí facilitar acciones que mejoren en este sentido. Aparecen aquí otras también, como dar especial relevancia a la atención a la fragilidad en el cuidado del mayor o la historia clínica sociosanitaria.

Dentro del programa de prevención y atención al cáncer, se van a monitorizar tiempos desde la sospecha hasta el establecimiento del tratamiento. Aparece también como acción coordinar las visitas y asegurar la periodicidad de las revisiones. Le da especial relevancia también, dentro del autocuidado, a la autoexploración y a la detección de signos y síntomas que puedan hacer sospechar un determinado cáncer; la colaboración con las unidades de bioética en la toma de decisiones, el coordinar e implantar registros de cáncer tanto hospitalarios como algunos poblacionales, el desarrollar un trabajo de coordinación entre Primaria y Especializada para el seguimiento de personas supervivientes a cáncer que, afortunadamente, cada vez son más, y reforzar el apoyo psicosocial a pacientes y familiares de personas con cáncer en colaboración con las asociaciones de pacientes.

En la estrategia de salud mental se incorpora no solamente el trastorno mental grave que aparecía en el borrador, sino también ahora el trastorno mental menos grave. Dentro del trastorno mental menos grave hay dos acciones importantes nuevas que aparecen, una de apoyo a Atención Primaria desde Especializada para aumentar la capacidad resolutiva y resolver trastornos mentales que no tengan que llegar a Atención Especializada y definir un modelo de atención a los ciudadanos en problemas que no son problemas de salud mental, sino que son problemas vitales, adaptativos, emocionales, relacionales, que no requieren ni una intervención de especialista ni una medicalización excesiva de este tipo de disfunciones. También aparece la colaboración con las Unidades de Bioética en los procesos de incapacitación y una acción específica para la erradicación del estigma en patologías de salud mental, incorporando, además, aquí la perspectiva de género.

En estrategias de enfermedades vasculares y de diabetes se incorpora la prevención de la insuficiencia renal porque muchas de las insuficiencias renales son por causa de enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo muchas veces son los mismos, y el cribado de la enfermedad renal en población de riesgo, coordinar las visitas y asegurar la periodicidad… Perdón, que me he ido. Programa de atención y rehabilitación en la insuficiencia cardiaca de forma específica, que no estaba tan explicitado como acción en el borrador inicial.

En las enfermedades respiratorias, además de la incorporación de la neumonía, aparece también el incluir el ejercicio físico terapéutico y la adaptación al esfuerzo además de la rehabilitación respiratoria que aparecía en el borrador.

En paliativos y dolor, aparecen nuevas acciones, como por ejemplo, el programa de atención al duelo desde Atención Primaria, una promoción del voluntariado, la estrategia de autocuidados en procesos de dolor y un programa específico de atención al dolor en el ámbito hospitalario, con protocolos en todos los servicios que se muestren de forma explícita a todos los pacientes que ingresan en todos los servicios.

En la estrategia de urgencias vitales tiempodependientes, en la que se regulaban los códigos ictus y código infarto, aparece también la regulación del código de la parada cardiorrespiratoria y se deja la puerta abierta a la regulación progresiva de otros códigos de otras urgencias tiempodependientes, como pueden ser la sepsis, la hemorragia digestiva u otras que se puedan ir incorporando. Además, se definen explícitamente las funciones de la Dirección Técnica Única de Urgencias.

Paso ya al apartado de instrumentos estratégicos. Aquí hace una referencia a la estrategia de crónicos, que es una herramienta que va a ayudar a la implementación del Plan de Salud. Aquí hace una alusión a qué pacientes, además de aquellos estratificados dentro de la estrategia de crónicos, se beneficiarían también del programa proactivo de la estrategia de crónicos, que se definen explícitamente y que ya aparecían en la estrategia de crónicos. Con lo cual tampoco me voy a repetir.

Se da bastante relevancia y bastante importancia a los nuevos roles y perfiles profesionales. Sobre esto, hemos tenido bastantes aportaciones, fundamentalmente de colegios profesionales.

Dentro de los roles, uno de ellos es el nuevo rol y perfil en profesionales que tienen que ver con la rehabilitación. Como objetivo, se pretende generalizar, desmedicalizar y acercar la rehabilitación al entorno del enfermo y promover el ejercicio físico terapéutico y la rehabilitación funcional para quienes lo requieran como un elemento esencial de su plan terapéutico.

Esta rehabilitación tiene que tener diferentes ámbitos. Puede tener un ámbito ambulatorio, como es más frecuente ahora, pero también podría ser una rehabilitación a domicilio o una rehabili-

tación, por ejemplo, en residencias, una rehabilitación residencial.

La prescripción, como he dicho al principio, entendemos que debe ser desde el entorno de Atención Primaria y que el papel fundamental y proactivo tiene que ser de fisioterapia, pero se entiende la rehabilitación como un concepto más amplio que solamente la fisioterapia en sí.

También, además de los fisioterapeutas, se explicita la colaboración en programas de rehabilitación de otros perfiles profesionales como pueden ser los terapeutas ocupacionales o monitores que tengan que dirigir o controlar programas concretos de ejercicio y se incorpora, también, como acción la recomendación de la adaptación al hogar y del uso de productos de apoyo.

Otro estamento profesional cuyo rol se explicita y se define mejor en el Plan de Salud como ha quedado es el estamento de los trabajadores sociales. Se pretende promover la orientación biopsicosocial del Plan de Salud que, aunque ya estaba explicitada, se ha hecho más énfasis en el documento final. Tienen un papel importante en la valoración de todos los determinantes sociales, en la intervención en el riesgo psicosocial y en las desigualdades y en complementar las funciones que ya venían asignadas dentro de la estrategia de crónicos.

Como nuevas funciones de este perfil profesional están la atención preferente, sobre todo a la población infantil, que es la más vulnerable en riesgo psicosocial, tienen que ser el referente del equipo de Atención Primaria en toda intervención en riesgo psicosocial y en colectivos vulnerables, en intervención sociosanitaria en coordinación con Políticas Sociales, en discapacidad, salud mental, demencia y otras pluripatologías; y red social de apoyo y otros recursos comunitarios necesarios para la atención integral. Se define que pueden ser las gestoras de casos en determinados pacientes con especial vulnerabilidad y participarán también en los programas de capacitación y de apoyo a los cuidadores.

Aparecen también otros perfiles y estructuras profesionales aunque menos desarrollados que los de fisioterapeutas y trabajadores sociales, entre ellos los que tienen que ver con reforzar todo lo que son los servicios de apoyo psicosocial. Hay una referencia también explícita a todo lo que tiene que ver con la profesionalización de la gestión sanitaria y a la extensión e impulso de la hospitalización a domicilio con diversas modalidades, niveles y perfiles de pacientes en función de isócronas, pero extendiéndola se define que al 90 por ciento de la población navarra.

Se define mejor todo lo que tiene que ver con los pactos de gestión. Ya decíamos que una de las dificultades de la implementación de los Planes de Salud es la implicación de los profesionales. Con los pactos de gestión y promoviendo que los objetivos sean comunes y se hagan concretos en objetivos y pactos y cuadros de mandos clínicos, entendemos que esto puede tener el respaldo y la implicación de los profesionales.

El plan desarrolla algo más el tema de la gestión clínica que lo que lo había desarrollado el borrador inicial. Concreta algunas características básicas de cómo tiene que ser esta gestión, una autogestión progresiva definiendo unidades clínicas, pero dentro del sistema sanitario público, de carácter voluntario y orientada hacia la excelencia. No que tengan que entrar todos los centros, sino orientada hacia la excelencia.

Define las funciones de ese Consejo de Gestión Clínica que ya habíamos explicitado que se tenía que constituir y lo entendíamos necesario. Dentro de las funciones, hay algunas de acordar y pactar cómo va a ser y qué características va a tener el modelo de gestión o los sistemas de evaluación y la ponderación de cada una de las características de los pactos de gestión, así como el modelo y los criterios generales de incentivación.

Hay otras acciones y otras funciones informativas, como las propuestas de los objetivos específicos a incluir en los pactos, las propuestas específicas de indicadores de evaluación de los objetivos o la propuesta de incentivación a aplicar en cada evaluación.

La metodología seguirá el modelo de calidad del FQM, que ha sido también una aportación explícita.

En cuanto a sistemas de información, se da especial relevancia a todo el desarrollo de la Historia Clínica 2.0, que incorpora también la historia sociosanitaria, con controles de alarmas de ayuda al profesional, con panel de controles de casos y con cuadros de mandos tanto para gestores como cuadros de mandos clínicos que permitan navegar hasta la historia clínica de cada uno de los pacientes.

Se define también la implantación de una Central de Resultados con un espacio web en el Portal de Salud de forma que se puedan hacer públicos determinados resultados en Salud y la creación de un Observatorio de Salud en Navarra, Observatorio que definiría los ejes de desigualdad, identificaría las desigualdades territoriales que nos puedan dar pistas determinadas de si en una zona o en otra puede haber diferentes incidencias de determinadas patologías y estudiar el porqué, promover la inclusión de variables de estratificación social, estratificar a la población para identificar grupos sociales vulnerables, definir indicadores para medir la dimensión del impacto tanto en

determinantes sociales como riesgo psicosocial, maltrato, violencia, etcétera.

Un apartado que se concreta más es la necesidad de alianzas con colegios y con asociaciones profesionales. De forma explícita, entendemos que la alianza con el Colegio de Médicos y con el Colegio de Enfermería, para toda la planificación y el desarrollo de la gestión clínica es fundamental. Para ello, se promoverían acuerdos-marco con ambos colegios que impulsen y ayuden a divulgar los objetivos del Plan de Salud, al desarrollo de esa gestión, al desarrollo de los sistemas de autoevaluación y la acreditación de calidad en el desarrollo profesional y a la colaboración y coordinación, de forma más estrecha, en el Plan Plurianual de Formación.

Además de los pactos o los acuerdos-marco específicos con estos dos Colegios, de Médicos y de Enfermería, se explicita también la promoción y el impulso de acuerdos-marco o convenios con otros colegios profesionales que recogerían también el impulso y divulgación de los objetivos del Plan de Salud, la colaboración y coordinación en el Plan Plurianual de Formación y el desarrollo de los nuevos roles profesionales. Aquí hablamos fundamentalmente de Colegios de Fisioterapeutas, Colegios de Trabajadores Sociales, de Terapeutas Ocupacionales, etcétera.

Hacemos una referencia también explícita al Colegio de Farmacéuticos, porque entendemos que muchas de las acciones del plan se pueden beneficiar con una colaboración y una coordinación con los profesionales que trabajan en las oficinas de farmacia, en todo lo que tiene que ver con autocuidados, con promover estilos de vida saludables, autocuidados tanto en crónicos como en procesos agudos que tienden a la resolución espontánea sin medicalizar, en los programas de detección precoz, en información, recomendación y colaboración en esos programas que tengan evidencia y que se implanten desde el departamento; en identificar situaciones de fragilidad, en colaborar en el cumplimiento terapéutico y en la conciliación de la medicación y en prevenir errores de la medicación de los pacientes.

En cuanto a la formación, se explicitaban competencias técnicas de formación en cada una de las estrategias. Se incorporan algunas como la atención sociosanitaria, la simulación como metodología importante, innovadora, que asumirá retos importantes en formación de diferente índole.

Se hace una referencia explícita a la colaboración del personal sanitario jubilado en acciones de formación y se incorporan competencias transversales de formación que no estaban en el borrador del Plan, que tienen que ver con la comunicación con pacientes y ciudadanos, bioética, desigualdades en salud, comunicación y trabajo en equipo, gestión clínica, calidad, seguridad del paciente, liderazgo, motivación, etcétera.

En la participación ciudadana se hace un diagnóstico y un registro de la participación y colaboración de los ciudadanos. Se promueven también encuestas y la innovación desde la experiencia del usuario.

Hay un apartado nuevo que se ha incorporado al plan, de prioridades en investigación, que no estaba en el plan inicial. Se han explicitado cuáles tiene que ser las prioridades de investigación y, además de que toda estrategia de salud priorizada en el plan entendemos que debe ser una prioridad no solamente de acción, sino de investigación, aparecen otras como las que tienen que ver con la transformación del modelo, como la atención sociosanitaria y la estrategia de crónicos, todo lo que tiene que ver con genética y biotecnología, algunas específicas de gestión y otras nuevas con las acciones nuevas que se han incorporado como las de desigualdades en salud o enfermedades raras.

En el despliegue y responsabilidades se concretan las funciones. Habrá un representante de la ciudadanía en el Comité Técnico del Plan. Se asignan nuevas responsabilidades a los nuevos programas que no aparecían antes.

Y como difusión del plan, se hará, una vez aprobado –si se aprueba–, una edición divulgativa muy cortita para que la tenga todo el mundo, todos los profesionales, sería de unas ocho páginas, y un resumen ejecutivo un poco más extenso, de unas cincuenta páginas aproximadamente, además del plan. Está previsto también realizar un vídeo divulgativo con lo más transcendente y lo más relevante del Plan de Salud.

Entro ya en la parte del impacto económico del plan, en lo que me voy a detener un poco más porque era la parte que no estaba desarrollada en el borrador.

Hemos considerado que 6 de las 12 líneas estratégicas del Plan de Salud tienen una relación directa con la estrategia de crónicos. No podemos separarlas una de la otra y sería muy difícil hacer estimaciones de presupuestos separándolas. Con lo cual hemos decidido en el impacto económico incorporar el presupuesto que se había puesto en la estrategia de crónicos. Entonces, del total, se especifica cuál estaba en la estrategia de crónicos y cuál sería por encima.

También es complejo y resulta complicado hacer una previsión presupuestaria, porque no es propia de un Plan de Salud, de un plan tan estratégico. Más nos vamos a cuál sería un impacto económico que a cuál sería una previsión presupuestaria, que se trata de algo más propio de planes operativos y sujetos a responsabilidades de gestión.

Para el impacto económico, hemos desglosado el impacto por funciones, de manera que entendemos que se hace más visible y más relevante la importancia que se le ha dado a lo largo del plan a aspectos como la prevención y la promoción, la rehabilitación, la atención sociosanitaria, los sistemas de información o la formación.

En cuanto a los apartados en que aparece el impacto económico por años de forma explícita, en el apartado de promoción y prevención, se incorporan acciones como la prevención del cribado de cáncer de colon, el cribado de metabolopatías congénitas, la estrategia y programa de autocuidados, la escuela de pacientes, que aparece como nueva y no la tenemos, un programa de cáncer familiar, el impulso de programas comunitarios y de promoción de la salud o la reducción de las desigualdades. Esto implica de forma activa reforzar la estructura actual que tenemos de Salud Pública.

En el segundo apartado de ámbito asistencial se hace referencia, fundamentalmente, a todo lo que tiene que ver con la implementación con la estrategia de crónicos y también a mejoras en la atención a los pacientes con cáncer.

En el tercer apartado de rehabilitación se contemplan específicamente los programas de rehabilitación cardiaca y rehabilitación respiratoria, además de la puesta en marcha del programa de ejercicio terapéutico y de rehabilitación funcional.

En el apartado de atención sociosanitaria se contemplan el programa de convalecencia residencial, el programa de atención sociosanitaria domiciliaria y el programa de apoyo al cuidador.

Y en el apartado de sistemas de información, se contempla tanto el modelo tecnológico de la estrategia de crónicos como la evolución de historia clínica, la historia clínica sociosanitaria, el panel de gestión de casos, el desarrollo de sistemas de evaluación y de inteligencia sanitaria, los cuadros de mandos clínicos y de gestión, los registros hospitalarios, la puesta en marcha de la Central de Resultados y del Observatorio de Salud y de Equidad.

En investigación e innovación, este apartado contempla el programa de promoción de la investigación y proyectos de innovación dirigidos a mejorar la corresponsabilidad del paciente.

Por último, en el ámbito de la formación, se hace referencia al incremento de colaboración con los colegios profesionales en la formación, a nuevas acciones que aparecen en el plan y que van a requerir de forma obligatoria una formación específica a los profesionales y a una apuesta clara de la simulación como metodología docente.

Por último, en la evaluación de resultados, entendemos que este es un proceso totalmente dinámico. Muchas de las acciones que se han incorporado al plan han requerido la incorporación de nuevos indicadores para la evaluación final y conforme se vayan definiendo mejor algunas acciones, entendemos que aquí se podrían ir incorporando nuevos indicadores de resultados al plan definitivo. Esto es todo, muchas gracias.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *La verdad es que dado que en este mismo foro el equipo redactor ya explicó el contenido del plan, yo creo que fue a finales del mes de marzo o a principios de abril, hoy hemos querido centrarnos más en las aportaciones y en las modificaciones que ha habido sobre el texto inicial, en esas novedades que se han introducido tras el proceso de participación, que ha hecho que realmente el documento finalmente aprobado por el Gobierno y remitido a este Parlamento sea mejor que el documento anterior gracias, como decía, a las aportaciones y al trabajo de todas las entidades que han hecho esas aportaciones y también del equipo redactor incluyéndolas.*

Por resumir muy brevemente, el Plan de Salud 2014-2020 contempla muchas de las prioridades que ya estaban en el plan anterior. De hecho, un 80 por ciento siguen siendo de interés en este momento, pero como insistimos, este plan es cualitativamente muy distinto de los planes anteriores y también es muy diferente de otros planes que en este momento están vigentes en otras comunidades autónomas porque, por primera vez, se han formulado objetivos de resultados medibles mediante los correspondientes indicadores, lo que nos va a permitir monitorizar y evaluar la eficacia real del plan, pero en los resultados de salud de la población, no el número de acciones que se ponen en marcha, sino cuál es la incidencia que tiene en la salud de todos nosotros.

Afortunadamente, en este momento tanto la informatización del desarrollo de Historia Clínica y el desarrollo también de los sistemas de información clínica ya nos permiten evaluar resultados clínicos, y esa es la novedad o por eso es por lo que también se ha podido dar este giro cualitativo al Plan de Salud.

Conjuntamente con esto, el principal reto para nosotros es lograr que todos los profesionales conozcan y asuman como propios los objetivos de Salud y que haya una relación directa entre su día a día y los objetivos de Salud que están aquí descritos y que, como decía Cristina, son el ejercicio o el instrumento de planificación estratégica más elevada.

Esos objetivos que pretendemos alcanzar comportan los criterios para evaluar el grado de avance de lo que vayamos avanzando y para eso, como digo, es muy importante que todos los profesiona-

les conozcan este plan. Ese había sido uno de –si recuerdan cuando hablamos del diagnóstico en la primera presentación– los handicaps *o de los déficits que habían llevado a que gran parte de los objetivos en planes anteriores no se hubieran podido alcanzar. Por eso es importante el esfuerzo que en este caso vamos a hacer y que, con las acciones que también ha comentado la directora general, se quiere cambiar para que los resultados sean mejores.*

El Plan de Salud, por otro lado, no limita el radio de acción al sistema sanitario, sino que, como decía Cristina, también es algo muy importante el que contemplemos o que se contemple, a nivel de Gobierno, la salud en todas las políticas que influyen, al final, directamente en el nivel de salud y de bienestar de la población navarra. En ese caso son, desde luego, los ámbitos educativos y sociales en los que habrá una mayor incidencia, seguramente.

Quiero concluir diciendo que es una herramienta fundamental para nuestra Comunidad, que nos va a permitir mejorar la calidad asistencial que en estos momentos prestamos a los ciudadanos.

Por último, quiero agradecer de nuevo todas las aportaciones que nos han hecho y estamos a su disposición para las cuestiones que quieran plantearnos. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Iniciamos, pues, un turno de portavoces. Por parte de UPN, señor Pérez Prados, tiene la palabra.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días. Quiero saludar también a las personas que nos acompañan del Departamento de Salud, a la señora Consejera, a la Directora General del Departamento de Salud y a la Jefa de Gabinete, y, especialmente, agradecer toda la información que hoy nos trasladan sobre las aportaciones realizadas en este plazo desde la aprobación del plan y la remisión al Parlamento y la presentación en Comisión de Salud, así como la documentación que hoy nos han aportado de la presentación que se ha hecho en pantalla, que ayuda a seguir mejor todas estas explicaciones.*

De las mismas se deduce con evidencia la importancia de este documento que tenemos hoy, ya más completo que el pasado 26 de marzo, cuando se presentó, por parte de la señora Ibarrola y del señor Gabilondo, lo que era entonces el borrador del Plan de Salud 2014-2020.

Este agradecimiento que dirigía por la presentación hay que hacerlo extensivo a todos los profesionales, que han sido más de siete decenas: profesionales sanitarios, responsables del departamento, equipos de técnicos que han colaborado y han trabajado en la preparación y redacción de este plan.

Después de aquella presentación del día 26 de marzo en Comisión de Salud, se abrió un plazo de aproximadamente un mes para que participásemos desde los propios grupos parlamentarios en hacer cualquier sugerencia o alegación que tuviésemos a bien realizar.

Se han realizado, según nos comentaba, noventa y tres aportaciones desde el Parlamento, de las cuales se han aceptado, se han incorporado al plan aproximadamente el 80 por ciento. Son de agradecer, también, todas las explicaciones que nos han dado sobre esta serie de aportaciones que han sido aceptadas e incluso también de las que no han sido aceptadas y los motivos por los cuales no han sido aceptadas.

El hecho es que el plan, el borrador de plan que conocíamos queda hoy más completo, queda mejorado y de nuevo resalta la importancia del mismo. Es un plan ambicioso, es un plan bastante amplio y es un plan muy completo y como consecuencia de estas características, es un plan complejo de llevar a cabo. Para su implementación va a ser necesaria e imprescindible la colaboración de los propios profesionales sanitarios y va a ser también imprescindible su implicación, no solamente su colaboración.

Esta misma semana nos decían, nos comentaban aquí, en esta misma Comisión, representantes de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria que son conscientes –sobre todo cuando salen fuera de Navarra, a reuniones en otras comunidades con representantes de esta misma sociedad en otras comunidades– de que son unos privilegiados y se consideran privilegiados por estar trabajando en la sanidad pública en Navarra al compararse con el resto. Por eso es importante que esa concepción, ese reconocimiento se extienda también al resto de profesionales de la medicina aquí, en Navarra, para que respondan con esa colaboración y esa implicación.

En el borrador ya se contemplaban aspectos económicos, sobre todo relativos a lo que era la estrategia de crónicos y pluripatológicos. Hoy se nos completa con ese estudio del impacto económico global. Yo no sé si es presupuesto o no es presupuesto, pero, desde luego, para su desarrollo hasta el año 2020 va a tener que contar necesariamente con un soporte presupuestario y una partida que contemple, una parte de ese presupuesto, de los Presupuestos Generales de Navarra para que se dedique al desarrollo e implementación de este plan.

Hay también un aspecto importante que quería remarcar aquí y que incluso nos recordaban, no hace mucho tiempo, representantes de sindicatos, creo que eran de ELA y LAB, que pedían a este Parlamento que aprobase presupuestos. Yo creo que es un aspecto importante y que los mismos

representantes, muchos, también, que siguen las mismas estrategias y las mismas ideas de algunos de los grupos parlamentarios nos lo reclamen ya al Parlamento y a los cincuenta Parlamentarios que formamos parte en estos momentos del Pleno.

Ya sé que para algunos grupos parlamentarios esto tiene alguna desventaja en el sentido de que cada vez que viene aquí una asociación, una plataforma, una fundación, una representación a solicitar en el fondo ayuda, colaboración, subvención por parte del Gobierno, por parte de todos estos grupos parlamentarios que no están en estos momentos en el Gobierno, se les promete lo que piden y más. Pero esto es sencillo porque en esa promesa no va vinculado ningún compromiso de dónde se obtiene o de dónde se detrae para que se mantenga el equilibrio presupuestario en ingresos y gastos.

Pero es una responsabilidad –yo creo– de todos los grupos hacer ese esfuerzo de priorizar porque, efectivamente, los recursos son limitados y es un ejercicio de responsabilidad y de compromiso también con todos los ciudadanos a los que representamos hacer ese ejercicio de priorización y compromiso con los ingresos que se reciben en los Presupuestos Generales de Navarra y a qué gastos se van a destinar los mismos.

Con este plan no sé qué pasará a partir de ahora porque posiblemente ha previsto que la próxima semana, según tenemos en las previsiones del propio Parlamento, se traiga de nuevo a Comisión para su debate y aprobación, en su caso. Previsiblemente, vamos a tener un tiempo todavía los grupos parlamentarios para repasar de nuevo este plan con las aportaciones que ahora tenemos ante nosotros e incluso añadir alguna más hasta que llegue el momento de su debate y aprobación.

Lo que sí es cierto es que en la presentación del borrador, casi todos los grupos hicimos una valoración positiva del plan aunque en algunos de ellos se apuntaba que se iba a analizar con detenimiento con algunos de los profesionales de la salud más relacionados con estos grupos para ver si faltaba algo o qué faltaba y para aportarlo al plan. Se ponían algunos peros, especialmente en cuanto a la financiación y los recursos que se necesitaba dedicar al mismo, que se echaban en falta aunque, como digo, ya remarcamos desde nuestro grupo, también, que se incorporaban parte de los mismos como eran los relativos a los crónicos y pluripatológicos.

También se sorprenden algunos grupos de que estos presupuestos –nos decía el otro día la señora Ruiz– el Gobierno dice que están sujetos a la disponibilidad del Gobierno de Navarra, de los ingresos que se obtengan. Es que eso, se diga o no se diga, es así. Todas las presupuestaciones que se hacen están sujetas, efectivamente, a unas previsiones que se hacen de ingresos que, si luego fallan, habrá que ajustar ingresos a gastos necesariamente.

Resumiendo la intervención, quiero remarcar la importancia de este documento –decía– que tenemos en nuestras manos, en estos momentos. Todavía tenemos oportunidad –en mi opinión– de incorporar alguna aportación o sugerencia que creamos oportuno.

Y, simplemente, quiero desear éxito en la aplicación, desarrollo e implementación del mismo, de todas las medidas y acciones que contempla porque, en definitiva –y esto está implícito en todo el plan–, el éxito del mismo redundará, sin duda, en una mejora de la calidad, en un aumento de la calidad asistencial en el sistema sanitario de Navarra, que está dirigido única y exclusivamente, fundamentalmente, a todos los habitantes de nuestra comunidad que, efectivamente, recibirán este impacto positivo si se implementa y desarrolla con el éxito que todos deseamos. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Por parte del grupo socialista, señora Esporrín, tiene la palabra.*

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: *Muchas gracias, Presidente. Buenos días, señorías y todos los presentes. Quiero dar la bienvenida, una vez más, y agradecer la información de la señora Consejera y del equipo que la acompaña.*

Quiero decir que, efectivamente, es la segunda vez que se plantea este plan y lo que nosotros vamos a pedir es todavía un periodo, tampoco excesivamente largo, para presentar alegaciones, puesto que en principio era un borrador y ahora ya parece que es definitivo, con nuevas aportaciones que se han hecho desde asociaciones y colegios profesionales.

Nosotros queremos seguir trabajándolo y, de hecho, lo hemos facilitado ya a otros profesionales expertos en la materia que también nos darán su punto de vista. Con lo cual, esa va a ser un poco la primera petición.

Yo he de reconocer que no soy la portavoz habitual de esta Comisión y entonces yo no sé si en el anterior borrador que ustedes facilitaron estaba una valoración de los planes anteriores, pero pienso que eso sería conveniente si no se ha hecho de cara a ver los déficits que se han percibido o se han valorado, de alguna manera, aunque dicen que ahora aportan criterios de valoración. Estoy segura de que algún criterio de valoración habrá en los previos para poder valorar los déficits y poder corregirlos porque, efectivamente, es de lo que se trata, y de hacer un plan que sea, en efecto, bueno y eficaz para el futuro.

Yo echo en falta en este tipo de planes, porque a mí me parece que hay mucha literatura y poca realidad, quiero decir que está muy bien la literatura porque tenemos que saber qué objetivos tenemos, pero también tenemos que saber con qué contamos y con qué previsión de futuro vamos a contar. Me parece importante tener los planes –como he dicho– en cuanto a la teoría, pero luego la práctica es bien diferente. Y en la práctica, resulta que estas teorías, para llevarlas a cabo necesitamos profesionales, recursos humanos y recursos materiales.

Me gustaría saber si en el futuro el Servicio Navarro de Salud tiene previsto crear nuevas infraestructuras o no porque nos podemos plantear: ¿cuántos años hace que no ha hecho el Servicio Navarro de Salud un nuevo hospital con nuevas tecnologías en comparación con otras? Quiero decir que, al final, es verdad que esa… Y yo echo en falta el decir: vamos a contar con nuevas infraestructuras, con nuevas tecnologías. La tecnología en medicina evoluciona muy rápidamente y nos gustaría saber qué previsión tiene el departamento, si es que tiene alguna en esta materia.

Otra cuestión que también echo en falta, y ya se lo dije al doctor Lluch el otro día, es el aspecto sociosanitario. Efectivamente, cada vez se vive más, afortunadamente, pero es verdad que cuando se vive más son más las personas que tienen pluripatologías y las que tienen necesidades sanitarias y sociales. Cada vez las familias son más escasas, lógicamente, la familia no está tan pendiente de los dependientes –valga la redundancia– que tienen en el seno de la misma. Yo, ahí, considero que hay un gran déficit de atención sociosanitario que puede atender a estas personas de mayor edad con pluripatologías y que veo que en este plan tampoco se contempla. Sí que se contempla el envejecimiento, pero podemos incidir más en un envejecimiento saludable y en una atención más concreta a la tercera edad, que me parece muy importante.

Tampoco he visto una relación con la actual situación económica que, efectivamente, puede influir de alguna manera. El empleo, el desempleo, la previsión de futuro y sobre todo de ingresos económicos que también va a influir en la calidad de vida. Sabemos que hay personas que no están comprando medicamentos por el aporte que tienen que hacer. Hoy mismo venía Cáritas con ciento diez mil personas en nuestra Comunidad que están en una situación de gran dificultad. Somos seiscientos mil, con lo cual la proporción yo creo que es elevada, y este déficit económico y déficit de bienestar, desde luego, va a influir en la situación sanitaria de la persona.

Y otro aspecto que también echo en falta es la influencia medioambiental, de la situación medioambiental en la que nos encontramos y en el cambio climático: cómo puede influir, en el futuro, en la salud de las personas y cómo lo podemos evitar. Quizás este sería un aspecto que también podamos mejorar.

En cualquier caso, insisto, hemos repartido el documento entre personas expertas, vamos a esperar a sus aportaciones y, desde luego, las haremos llegar.

También quiero agradecer el trabajo que han hecho tanto los técnicos como las asociaciones y colectivos que han participado en este documento y agradecer la información una vez más. Pediremos la ampliación, por supuesto. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Ruiz Jaso, por Bildu, tiene la palabra.*

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. Egun on guztioi. Gracias, también, a la señora Ibarrola y a la señora Vera por las explicaciones. Como valoración global, y ya lo hicimos en la presentación del primer borrador, ya dijimos que era un plan teórico, una herramienta técnica que apuntaba en la buena dirección. Desde luego, ambicioso sobre el papel y hoy vistas las alegaciones admitidas y el sentido en el que van también nos parece que son interesantes.*

Pero, desde luego, al igual que ha comentado la señora Esporrín, necesitamos más tiempo para poder analizar en profundidad los cambios del primer borrador al segundo. Señora Vera, usted no sé cuántos meses o cuántos años llevan trabajando en este plan. No pretenderán que nosotras, en dos meses, podamos definir una estrategia para seis años. Si realmente para ustedes también es una herramienta estratégica, lo es para todos y para todas y para ustedes también, como ya dijeron en la primera presentación, es una herramienta que va más allá de legislaturas.

Por tanto, ahora, a final de legislatura, parece que tienen ustedes mucha prisa en presentar planes y planes, incluso los que ya nos presentaron el año pasado. Este año nos han vuelto a presentar otra vez el Plan de Crónicos y no presentan ni los que por ley tienen que presentar.

En cualquier caso, nosotros también entendemos que necesitamos más tiempo. Son reformas que en algunos casos son de calado y como herramienta estratégica vemos también carencias. Vemos que va en la buena dirección, pero también entendemos que si se abre un periodo, desde luego, la semana que viene no nos vemos y no vemos que hayamos tenido tiempo suficiente para proponer las propuestas de resolución que, al fin y al cabo, son enmiendas. Hemos tenido un periodo de alegaciones como cualquier agente, pero, al fin y al cabo, en este Parlamento es un plan que se tiene que votar y los grupos tenemos el derecho a presentar propuestas de resolución que son, al fin y al cabo, enmiendas que pueden incluir capítulos

enteros de las carencias que detectemos, etcétera. Por tanto, entendemos que necesitamos más tiempo y, aunque se acaba el curso, lógicamente, las prisas para estas cosas, y si las definimos como estratégicas, nunca son buenas.

Decía el señor Pérez Prados algo que ya iba a decir, desde luego que sí. Cuando hablamos de las palabras y hablamos de los papeles y luego pasamos a los hechos, llama la atención, sinceramente, cuando se remite el plan a este Parlamento y se nos envía el acuerdo de Gobierno, el primer punto: remitir el Plan de Salud al Parlamento de Navarra para su debate y aprobación. Las acciones previstas en el plan estarán supeditadas a la existencia de crédito presupuestario suficiente.

Hoy tampoco han hablado de eso. ¿Para siempre? ¿Para este año? Si hay existencia de crédito suficiente o no, en principio, lo deberían saber ustedes, y, desde luego, a qué se refieren en cuanto a prioridades porque eso tampoco nos lo han comentado. Sí que se pone la venda antes de la herida, es decir: vamos a aprobar un plan, pero que sepan y tengan muy claro que queda supeditado a la existencia. Lógicamente, será así, pero no entendemos muy bien el poner la venda antes de la herida, a qué se refiere en las diferentes fases de implementación que están estipuladas en el plan. Si es realmente una herramienta de trabajo, y así debería ser, una herramienta estratégica o ahora deprisa y corriendo antes de que acabe el curso nos quieren presentar algo para que se apruebe cuanto antes para hacer cosas, cuando muchos de los aspectos que están recogidos en este plan son programas que ya están en marcha. Por tanto, se unifican, bien, pero las cosas con calma.

Respecto al diagnóstico, y ya digo que nos falta por ver todavía la implicación y las aportaciones que se realizan y las diferencias que hay entre un borrador y otro, ya nos da la sensación –y creo que algunas de las aportaciones van en este sentido– de que hay datos de 2011 que probablemente han variado y que la situación económica y social probablemente no es la misma, y el impacto de las medidas de recorte también ha tenido incidencia.

Citaba también la señora Esporrín datos que hemos conocido estos días. Ayer mismo, cien mil personas en Navarra en exclusión social, cuarenta y tres mil de ellas en situación de exclusión social severa. En relación con ello, se ve que en los principios de intervención algunas alegaciones van en esa línea de desigualdades, de intervención comunitaria intersectorial. Eso sí queremos ver realmente cómo se ha reflejado porque sí se echaba de menos en el borrador un análisis más profundo de las implicaciones de la crisis económica sobre Salud.

Dentro de las carencias que comentábamos en la primera presentación, también hablábamos, cuando ustedes hablaban –y viene reflejado en el plan– de que la estrategia de Salud debe situarse a nivel de Gobierno basándose en la Declaración de Adelaida y de Salud en todas las políticas. Nos parecía y sigue pareciendo pobre e insuficiente la alusión que se hace a la labor interdepartamental exclusivamente o sobre todo con Educación y Políticas Sociales que, evidentemente, tienen una incidencia muy directa, pero entendemos que hay referencias muy cercanas, por ejemplo, en la Comunidad Autónoma Vasca, donde está establecido ya el Consejo Interdepartamental de Salud con el Lehendakari a la cabeza.

No voy a ser yo quien defienda ciertas políticas del PNV, pero es cierto que en la Comunidad Autónoma Vasca, para el Plan de Salud que se ha aprobado hace poco, se hizo realmente un Pleno monográfico por parte de todos, con intervenciones de todos los Consejeros a nivel de Vivienda, de Economía, de Empleo, etcétera. Cuando hablamos de situar Salud, en términos de Gobierno y de Salud en todas las políticas, entendemos que debe ir mucho más allá de la Educación y de Políticas Sociales.

Cuando hablamos de prevención, hablamos de autocuidados y hablamos de corresponsabilidad, evidentemente, eso tiene que ver también con la alimentación, tiene que ver con el ejercicio físico y, ante los datos que tenemos estos días, desde luego, dar consejos sobre alimentación a muchas personas que no se pueden permitir probablemente comer la fruta y la verdura estipulada. Si no se tiene eso en cuenta tanto en el diagnóstico como en las medidas a implementar, creo que no es un Plan de Salud, desde luego, que contemple la realidad social. Y vemos que dentro de las alegaciones a eso también se le da importancia y nos parece necesario e interesante.

También comparto algunas otras consideraciones que ha realizado la portavoz del Partido Socialista. Nos habla de recursos: recursos humanos y recursos económicos. No hay mención a los recursos humanos. Tenemos una plantilla en Osasunbidea en la cual el 50 por ciento de trabajadoras y trabajadores supera los 50 años de edad. El 21 por ciento supera los 55 años de edad. Cuando se está estableciendo un plan estratégico a seis años vista, desde luego, es un elemento a tener en cuenta. No hay medidas de renovación de plantilla y creo que, de aquí a seis años, es algo a tener en cuenta.

También está el tema de la salud laboral, que hoy, en una presentación tan amplia no nos ha dado tiempo a ver si en las aportaciones está recogido. El tema de la salud laboral se cita en el diagnóstico, pero nos parece que no se desarrolla suficientemente. Cuando se priorizan estrategias, por ejemplo, frente al cáncer o enfermedades cardiovasculares o de salud mental, etcétera, como no

lo pongamos en relación con riesgos laborales que son, precisamente, los que en muchos casos originan ese tipo de patologías, creemos que sí, se necesita un enfoque mucho más global y mucho más interrelacionado con salud laboral.

También al tema de atención sociosanitaria se dedica un apartado importante, pero sí que vemos como carencia una apuesta clara por la sanidad pública. Se habla de diferentes prestaciones, pero no se garantiza y, desde luego, no se plantea que esas prestaciones se puedan garantizar desde una estructura propia desde el ámbito público.

Respecto a los recursos económicos, hoy nos han dado ya una estimación económica, que parte de ella ya está recogida en el Plan de Crónicos, pero sí que nos parece que, en relación con los problemas que restan efectividad a los Planes de Salud, que ya se detectan y están incluidos en el borrador, de esos problemas que restan efectividad en la mayoría se dice falta de asignación de recursos. Ya lo comentábamos, también, en la anterior comparecencia. Literalmente: en la mayoría de las comunidades, el efecto de los Planes de Salud en la asignación de recursos es prácticamente inapreciable. Y aquí, dentro de la estimación que se ha realizado, no sé si llegará al 1 o 1,5 por ciento del presupuesto total de Salud. No sé si se han identificado y se ha hecho un esfuerzo por identificar en el borrador los problemas que precisamente son los que hacen inaplicables muchas veces los Planes de Salud, no sé si luego eso encaja muy bien con estimaciones económicas o con el impacto económico global que prevén ustedes.

También se decía textualmente que muchos Planes de Salud se han limitado a la parte teórica ya que no se han puesto los medios. Me remito al acuerdo de Gobierno, a poner la venda antes de la herida. Es cierto que hay muchas de las medidas que se pueden implementar que son organizativas, que no requieren o no requerirán, seguramente, de una partida concreta a nivel presupuestario, pero otras sí. Y desde luego, entendemos que, a priori, nos parece bastante escaso y nos parece que es un plan demasiado ambicioso para las prioridades que tiene este Gobierno.

En cualquier caso, y como reflexión final, quiero decir que seguimos pensando que va en la buena dirección, pero que una cosa son las palabras, una cosa es el papel, que lo aguanta todo y, desde luego esto, si no va acompañado de medidas concretas y no solo por parte del Departamento de Salud…

Nosotras sí creemos, realmente, que la salud se debe aplicar a todas las políticas, y ya preguntamos también sobre informes de impacto en la salud de las diferentes medidas que desde el ámbito público, desde el Gobierno de Navarra se vayan implementar. Eso, ¿cómo se va a concretar? En teoría sí, pero, ¿cómo se va a concretar? El Consejo Interdepartamental que se tiene que configurar ahora debe ir bastante más allá de la coordinación con el Departamento de Educación y el de Políticas Sociales, que son fundamentales, desde luego, pero no podemos hablar de política en la salud si se siguen tomando medidas a nivel de empleo, a nivel económico, a nivel de vivienda, a nivel de otras muchas políticas que, desde luego, van en detrimento de la salud de la población. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Fernández de Garaialde por parte de Aralar/Na-Bai, tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Gracias, señor Presidente. Buenos días a todos y a todas. Buenos días, señora Consejera y personas que le acompañan, y gracias por las informaciones que nos han dado. Evidentemente, este Plan de Salud es una herramienta estratégica, es una herramienta importante y por eso, como tiene que ir más allá de lo que puede ser una legislatura, entiendo que ustedes nos entiendan y comprendan que hay que dejarlo en las mejores condiciones posibles, sobre todo teniendo en cuenta que posiblemente ustedes no sean los que gestionen el Plan de Salud que salga de aquí. Entonces, evidentemente, necesitamos tiempo y dejarlo acorde a lo que creemos que tienen que ser nuestras aportaciones.*

Por supuesto, no voy a hacer una valoración de cómo ha quedado ahora mismo ni de las aportaciones que han hecho ni los cambios acordes a esas aportaciones ni por qué se han aceptado unas y no otras, evidentemente porque le creo, no tengo por qué no creerle, pero yo no tengo herramientas para poder juzgar por qué unas sí y no otras. Pero sí voy a hacer una nueva valoración del plan tal y como nos lo mandaron ustedes no hace mucho y cómo ha quedado definitivamente.

Me sorprende que dentro de la introducción se dice, entre otras cosas, que la formulación del Plan de Salud es, además, un mandato legal. No sé si me da risa o me dan ganas no sé ni de qué, porque, claro, que a ustedes les importen los mandatos legales; pone que es un mandato legal de la Ley General de Sanidad o de la Ley Foral de Salud, el traerlo al Parlamento. Entiendo que la Ley Foral de Salud no les importa nada porque como es una ley aprobada aquí, como otras tantas, ustedes las incumplen una detrás de otra, y lo que les importa es que sea un mandato de la Ley General de Sanidad, que las que vienen de fuera sí las cumplen todas. De ahí ese mandato y traerlo al Parlamento para su debate.

No me va a dar tiempo, evidentemente, a analizar todo lo que es el plan, pero sí que dicen uste-

des, y además lo comparto, factores determinantes de salud. Dentro de esos factores determinantes de salud se habla de los factores sociodemográficos, de los determinantes medioambientales e incluso se habla de los factores socioeconómicos.

Dentro de esos factores socioeconómicos se habla del nivel educativo, de la vivienda, del PIB, trabajo y condiciones laborales y de las desigualdades, dentro de los factores determinantes de salud.

Ustedes mismos, en el análisis que hacen, dicen que la pobreza extrema se ha duplicado, que el número de hogares sin ingresos se ha duplicado, que la tasa de desempleo se ha duplicado y afecta al 30 por ciento de personas inmigrantes. Si los factores socioeconómicos son importantísimos para los determinantes de salud y las políticas llevadas a cabo por el Gobierno, no por el Departamento de Salud, pero sí por el Gobierno, están contribuyendo precisamente a esas desigualdades, o sea, están yendo en contra de esa mejora en la salud para la población. Con lo cual es contradictorio y es la primera contradicción de lo que aparece en el plan con las políticas que están llevando por parte del Gobierno en su conjunto. Ya es la primera duda: si ustedes están haciendo un Plan de Salud o qué pretenden hacer.

También influyen los estilos de vida porque, como se dice, pueden ejercer un profundo efecto en la salud como determinantes del estado de salud y causa de las principales enfermedades crónicas. Aquí se habla de promoción de estilos de vida que, desde luego, desde nuestro punto de vista, siempre han sido escasos. Siempre ha sido escasa la política que han llevado ustedes en promoción de estilos de vida y en promoción de la salud. Y no solo han sido escasos, por lo menos desde la legislatura pasada y esta, han ido disminuyendo continuamente el presupuesto y las actividades en promoción.

Con lo cual compartimos que es muy importante la promoción en los estilos de vida y la promoción de la salud, pero las políticas que ustedes llevan son absolutamente contrarias. Entonces, coincidimos en la teoría, pero la práctica nos demuestra que ustedes no cumplen lo que en el papel ponen. Por ejemplo, tendríamos alimentación, actividad física, sobrepeso y obesidad, es decir, no va en esa línea lo que han ido haciendo hasta ahora.

Hablan de salud sexual y reproductiva, y vuelvo a leer lo que se dice en el plan: La OMS considera que en nuestro medio es insuficiente la educación sexual objetiva y sin prejuicios e identifica una carencia de servicios sanitarios pensados para jóvenes. Para 2015 propone una disminución de las infecciones de transmisión sexual y alcanzar una conducta sexual más sana. Una conducta sexual más sana no es la abstención, perdón, no hacer nada,. ¿Entendemos lo que es una conducta sana? Aquí no aparece nada, en el plan. No solo no aparece nada, sino que ustedes vuelven a ir al contrario de lo que dicen en el plan y a lo que dice la OMS. Con lo cual otro elemento de ir en contra de lo que aparece en el plan.

No voy a hablar de lo que dicen de estrés, de dependientes, etcétera, pero sí me voy a meter con salud laboral. En salud laboral el plan dice: el impacto de la crisis –cuando habla de ella– es no solo en los que pierden el trabajo, sino también en los que lo conservan. Hablan de la precariedad, el aumento del trabajo, el mayor control, que el deterioro de las relaciones produce estrés, trastornos musculoesqueléticos, ansiedad, depresión y siniestralidad. Frente a esto, aparte de las propuestas que hay aquí, que tampoco, desde luego, a mí me queda claro cuáles son para mejorar todo esto que ustedes reconocen como contrario a una buena salud, a mí sí me gustaría saber qué actitud van a tener ustedes, por ejemplo, con el tema de la reforma de la ley de mutuas, porque influye mucho.

Cuando tenemos una reforma de la ley de mutuas que lo que hace es dudar de la profesionalidad de los facultativos y lo que hace es dudar de aquellas personas que cogen las bajas y las tratan como defraudadores y cuando estamos hablando de que se va a aplicar una reforma en términos economicistas que no tiene como eje fundamental la salud, con el análisis que hacen ustedes aquí sobre la salud laboral y lo que está afectando ahora mismo la crisis en la salud laboral, nos gustaría saber qué van a hacer porque influye muchísimo en el devenir de este Plan de Salud.

Con la violencia de género estaremos expectantes. Bien cierto es que se está haciendo la ley, hemos participado, por lo menos en lo que se nos ha pedido, en el anteproyecto de la ley de violencia de género, y veremos en qué términos queda.

El plan también dice que los niveles socioeconómicos menos favorecidos presentan peores indicadores de salud y mayores tasas de mortalidad. Sí que nos gustaría saber qué medidas, desde el departamento y desde el Gobierno, van a hacer, si de verdad estamos hablando de un Plan de Salud, para que se mejore esto en aquellos niveles socioeconómicos menos favorecidos porque si presentan menos niveles de salud, algo tendrán que hacer.

Es importante la salud en todas las políticas, por supuesto. No solo creemos que es importante, sino que ya apoyamos una ley cuya filosofía era precisamente esto, que desde todos los departamentos se tuviera en cuenta la salud. No la están cumpliendo, vaya por delante que no están cumpliendo la ley de derechos y deberes, pero lo creemos no solo ahora, lo de la salud en todas las polí-

ticas, lo creemos ahora y antes. El problema es que compartimos otra vez la teoría con ustedes, pero no vemos las políticas para que realmente se haga esto. Lo que queremos de nuevo es concreción.

El nuevo modelo. Con el modelo actual sanitario estamos otra vez en las mismas, podemos compartir la teoría y muchos análisis que se hacen de qué es lo que hay que cambiar, qué es lo que no hay que cambiar, la fortaleza en la Atención Primaria, la medicalización que se está haciendo a las personas, es decir, que eso hay que derivarlo hacia no tanta medicalización. Compartimos los autocuidados, compartimos muchísimas cosas, pero tampoco van las políticas que ustedes hacen en esa dirección.

No están apostando por la Atención Primaria, no la están dotando de los recursos ni humanos ni de infraestructuras necesarios. Ustedes ven lo que están haciendo con la atención continuada y urgente. No van en esa línea las políticas que están haciendo, con lo cual ¿cuál es el modelo al que se refieren? ¿Qué modelo es el que están buscando, compartiendo con ustedes que hay que hacer un cambio del modelo actual? No sabemos a dónde quieren ir con ese modelo. El papel lo aguanta todo.

A mí me gustaría que nos explique, porque creo que si está en el papel, cuando hablan ustedes de los nuevos roles y perfiles, por ejemplo, en rehabilitación, los objetivos los compartimos: generalizar, desmedicalizar y acercar al entorno, etcétera, características del ámbito ambulatorio, domiciliario e institucional, fisioterapeuta de Atención Primaria, colaboración de terapeutas ocupacionales. Si ustedes ya lo han planteado, a mí me gustaría, y además, en el Plan de Crónicos también salen los distintos perfiles, que nos expliquen y nos detallen un poco más, por lo menos para saber a qué se están refiriendo, cómo lo van a hacer, porque si lo han planteado, no es que sea una lluvia de ideas, si lo han planteado es porque lo han analizado. Entonces, ¿cómo lo van a coordinar con lo que hay ahora mismo en Atención Primaria? ¿Cómo lo van a coordinar con Atención Especializada? Todo eso creo que no les cuesta mucho explicarnos hacia dónde van y qué pretenden, por ejemplo, con estos nuevos perfiles.

Potenciación de la salud pública. Me alegro. Me alegro de que piensen que hay que hacer una potenciación de la salud pública porque lo dicen, y volvemos a lo mismo, lo dicen, pero es que no han hecho eso. Por lo menos en los siete años que llevo yo en este Parlamento no lo han hecho. No han hecho eso, sino que cuando teníamos presupuestos, y está constatado, iban disminuyendo esas partidas, las de promoción de la salud y las de salud pública.

Participación y transparencia; claro que coincidimos. Pero me parece que con la que les está cayendo y con la que están recibiendo de cómo hacen las cosas, que ustedes digan que hay que hacer participación y transparencia, de acuerdo, perfecto, pero háganlo.

Formación. Ahora mismo, en formación no están haciendo la formación. Se están quejando todos los profesionales de la formación que están haciendo.

Investigación, lo mismo. ¿Qué tipo de investigación quieren? ¿Qué va a pasar con toda esa privatización de la investigación? ¿Qué van a hacer con la privatización de la investigación? ¿Qué van a hacer con el Opus y la investigación? Díganoslo.

También me gustaría, en el impacto económico, yo entiendo y además comparto que no puede ser cada partida específica de lo que se va a gastar. Eso lo comparto, pero que nos digan, por ejemplo, en rehabilitación, tanto dinero. ¿Qué estimación en personal, en necesidades? O, por ejemplo, en atención sociosanitaria: distintos programas. Especifíquennos, ¿qué previsión hacen, por ejemplo, en hospitalización domiciliaria? ¿Con qué criterios llegan a estas conclusiones de gasto? No es más que eso. Yo no pido que en cada programa –digamos– de las actividades que hay aquí, cada una esté especificada, pero sí por qué llegan a estas conclusiones. No es más que eso, pedir más concreción.

Con lo cual, insisto y acabo: nos parece que el plan hay que hacerlo. Creo que es importante y, además, estratégicamente y evidentemente, como es a más de una legislatura, creemos que hace falta tiempo para poder hacer esas aportaciones y ver qué plan dejamos porque, vuelvo a insistir, no creo que lo gestionen ustedes. A partir de ahí, compartimos en muchos casos lo que es la valoración, compartimos los análisis, compartimos lo que hay que hacer y lo que aparece sobre el papel y, en mucho de ello, muchas de las líneas, pero el global no. Yo todavía no tengo muy claro si por lo que apuestan es por la salud o por qué están apostando. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señor Martín, por el grupo Popular, tiene la palabra.*

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, buenos días. Buenos días, Consejera y señora Ibarrola, y gracias por la información que nos han proporcionado. Efectivamente, en el mes de marzo se nos presentó el borrador del Plan de Salud 2014-2020. Es obvio que la variación y la variabilidad de las características de la población y la variación de las necesidades en el ámbito sanitario hacen necesaria la elaboración de un Plan de Salud, un Plan de Salud que, como todos los planes, establece las líneas*

maestras de actuación y tampoco se pueden concretar hasta el último extremo todas las cuestiones que en él están recogidas.

Puede tener razón la señora Esporrín cuando habla de que los planes son mucha literatura y poca realidad. Las realidades, al final, al hacer el balance del plan se puede saber hasta dónde se ha llegado en esa realidad. Sin embargo, en este plan, que en su día ya dimos una valoración favorable al mismo, que contempla aspectos tan importantes como mejorar algunas tasas como la mortalidad evitable, una especial atención a la discapacidad y a la autonomía personal y una cuestión importante, desde el punto de vista sanitario, que es mejorar la calidad percibida. Decía que en este plan, a la hora de hacer balance, se ha introducido una novedad, que son los indicadores medibles, que son evaluados con un cronograma y por unos mandos intermedios y que, en definitiva, pueden hacer modificar o variar el rumbo de las acciones para conseguir el fin determinado.

Se nos ha presentado aquí, hoy, una serie de aportaciones, en total 627 aportaciones. Se ha admitido el 73 por ciento de ellas. En este sentido, nos gustaría, si nos pudiesen informar más concretamente, por escrito o verbalmente, de aquellas que han sido rechazadas. Se nos ha comentado que 53 de 92 ha sido por utilizar el término rehabilitación o fisioterapia, pero el resto nos gustaría saber en qué sentido y con qué fundamento se han rechazado esas aportaciones.

Me voy a limitar a hacer algún breve comentario de algunos aspectos que me han llamado un poquito la atención dentro de esta amplia información que se nos ha proporcionado.

Nos ha llamado la atención que se hayan ampliado los objetivos específicos de 87 iniciales a 104 y que de estos el 78 por ciento ya tengan unas metas concretas a conseguir. Esto es importante, junto con los indicadores medibles, para saber si determinadas acciones se están llevando a cabo según lo previsto o no.

Hay un tema dentro de los estudios de la variabilidad terapéutica que yo no sé si es erróneo o lo he entendido mal. Hablan de la variabilidad diagnóstica en amigdalectomías e histerectomías. Se han mezclado partos, ¿no serán cesáreas o histerotomías o serán las dos cosas? No sé si habrá aquí algún error en el asunto porque, efectivamente, en el tema del parto vaginal y la cesárea hay una variabilidad de un centro a otro y, dentro del mismo servicio, de unos médicos a otros hay una variabilidad terapéutica enorme.

Hay ochenta y cuatro nuevas acciones clave dentro de las dos estrategias. En el cáncer vemos muy bien que haya una monitorización de los tiempos porque ahora mismo existe, yo tengo la sensación subjetiva de que, en el ámbito que va desde la sospecha diagnóstica hasta la confirmación diagnóstica, hay establecidos unos circuitos rápidos y que funcionan bien, pero, sin embargo, hay fallo entre el diagnóstico o la confirmación del diagnóstico y la terapéutica definitiva, sobre todo cuando esta terapia es quirúrgica. Yo creo que ahí hay que vigilar más el tiempo entre el diagnóstico, la sospecha y la instauración definitiva del tratamiento.

Nos parece muy adecuado tener en cuenta, aparte del trastorno mental grave, el menos grave y trabajar sobre el estigma y sobre la perspectiva de género, que también es muy importante en el ámbito de la salud mental.

Indudablemente, las nuevas necesidades necesitan nuevas respuestas a estas nuevas demanda,s y con ello estamos de acuerdo en los nuevos roles y perfiles profesionales en el ámbito de rehabilitación, trabajo social e incluso se puede ampliar a otros ámbitos.

En cuanto a las estructuras, la extensión de la hospitalización a domicilio al 90 por ciento de la población nos parece que es introducir una nueva forma de asistencia que viene dada por la mayor demanda y longevidad de la población. También sería importante hacer referencia a las nuevas formas de hospitalización con las unidades de media y larga estancia y convalecencia, que también tienen mucho que ver, como ya comentamos el otro día, con la estrategia de crónicos.

Cuando hablamos de pacto de gestión, no puedo contener una sonrisa –sana– porque, vamos a ver, pacto de gestión: yo llevo escuchando y oyendo los pactos de gestión y la autogestión de las unidades treinta años. Está bien que se incluya de nuevo y a ver si de una vez por todas se consigue, pero para que se consigan estos pactos de gestión y para que se consiga la autogestión de las unidades clínicas, aparte de la evaluación, es necesaria una incentivación. Esto, realmente, y ustedes comprenderán y yo lo conozco desde dentro, es muy difícil con la relación laboral actual porque si no hay una parte de retribución variable unida a resultados, desde luego, no es fácil que esto llegue a buen término.

La introducción de nuevos sistemas de información, de las nuevas tecnologías en el control de los pacientes y la relación de los pacientes con el sistema de salud público, las alianzas con los colegios profesionales y todo lo que se realice en el ámbito de formación y participación ciudadana, desde luego, creo que será bueno para que este plan, que es un plan a seis años vista, acometa todos los retos que tiene por delante.

En definitiva, nosotros tenemos una valoración favorable de este plan, teniendo en cuenta que los planes de salud, como otros planes, establecen líneas de actuación, líneas de trabajo que, induda-

blemente, tienen que tener la flexibilidad suficiente como para que si a través de los indicadores se ve que se están desviando las acciones del objetivo previsto, se pueda modificar en tiempo y no haga falta estar en el año 2020 haciendo un balance y un resumen de las acciones conseguidas, que parece ser que en este plan está contemplado que se lleve a cabo así.

En definitiva, cuando se someta a debate y a votación ya valoraremos si tenemos que hacer algunas propuestas de resolución y, desde luego, lo que sí deseamos es que este plan, que ya digo que hacemos una valoración global favorable de él, se ejecute en el mayor porcentaje posible, si puede ser en el cien por cien. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora de Simón, finalmente, por Izquierda-Ezkerra, adelante.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Egun on, buenos días, señorías. Buenos días y bienvenidas, señora Ibarrola, señora Borruel y señora Vera. Muchas gracias por la exposición del plan y por el documento que nos han hecho llegar.*

Nosotros creemos que, al menos teóricamente, el plan responde perfectamente a lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Salud. Yo creo que han seguido perfectamente todo lo establecido en esta Ley de Salud. Entendemos que en principio es un buen plan porque es un plan que marca objetivos. Es un plan que dice hacia dónde tiene que ir Salud en los próximos años.

No obstante, creemos que está cojo. Pero está cojo porque la propia Ley de Salud considera un elemento imprescindible de este Plan de Salud o de cualquiera la estimación de los recursos necesarios para las acciones contempladas en el mismo. Esta es la misma crítica que hicimos cuando usted, señora Vera, bueno, ustedes, presentaron aquí el borrador y creemos que, en este sentido, puede ser una excelente declaración de intenciones, con sus cuestiones, que habrá que modificar, en todo caso, y modificaremos en su día, pero en general es una declaración de intenciones. Pero de las intenciones a los hechos va un trecho.

Hablaban aquí de documento literario. Yo no sé si es mucho darle la categoría de literario a este plan porque, entre otras cosas, no tiene por qué serlo. Pero yo entiendo, nosotros entendemos que un plan se hace para cumplirlo y entonces se quedará en literatura o se quedará en el escrito o no dependiendo de las intenciones que tenga el Gobierno de turno en desarrollarlo.

En este sentido, vemos que aquí hay un problema. Están ustedes proponiendo un plan para los próximos seis años cuando esta legislatura se han dedicado a recortar, y mucho, en todo el sistema sanitario público. Entonces, estos deseos de futuro se contradicen mucho con las políticas que ustedes han desarrollado.

Respecto a las listas de espera, tenemos unas listas de espera con las que no ha habido nada que hacer. Ustedes mismos han reconocido que no han sido capaces de abordar el problema en toda la legislatura.

Todo lo que se refiere a estilos de vida saludables, esa declaración de intenciones se contradice y se contrapone con la disminución drástica de recursos, por ejemplo, en todo lo relativo a los grupos de apoyo al consumo de alcohol y drogas o ludopatías.

Respecto a la discapacidad y dependencia, que además consideran como una estrategia prioritaria, ocurre lo mismo: toda una legislatura llena de recortes, recortes y recortes.

En cuanto a los recursos humanos, lo mismo, una declaración de intenciones estupenda, pero tenemos en Salud casi un 40 por ciento de la plantilla temporal. Y esto es lo que hay.

Respecto a los principios de intervención, es imposible, yo creo, no estar de acuerdo con lo que se propone en este plan al respecto. ¿Cómo vamos a estar en contra de que la salud tenga que abarcar o estar presente en todas las políticas? Ahí hay una clara descoordinación al respecto y, evidentemente, compartimos con ustedes que este es un reto de futuro. O la orientación sociosanitaria que tiene el plan. Es fundamental, pero estamos en las mismas porque estamos hablando de este tipo de cuestiones en un contexto que está marcado por recortes que nunca se han hecho.

Luego hay una cuestión que a mí me ha llamado mucho la atención. No sé si la ha comentado la portavoz de Aralar, pero me ha llamado a mí también la atención. En relación con el programa específico que hay de prevención de riesgos de embarazo y parto, hay un plan de mejora en diagnóstico prenatal y asesoramiento genético. Yo aquí ya sí que me he perdido porque me parece una incongruencia total lo que aparece en el plan con las dinámicas o posicionamientos o posiciones de Unión del Pueblo Navarro al respecto en relación con las respuestas sobre todo del PP. Pongo un ejemplo. El representante de UPN en el Congreso propuso no hace mucho que las embarazadas que fueran a abortar fueran obligadas a ver previamente la ecografía del feto. Yo no termino de entender que ocurran estas cosas porque sí que estoy de acuerdo con lo que dice el plan, pero no estamos de acuerdo, luego, con las acciones concretas.

El propio plan ya reconoce en los instrumentos estratégicos la falta de recursos, que yo creo que es lo fundamental que le falta a este plan porque sí

que han presentado aquí un impacto económico global solamente en relación con la estrategia de crónicos, pero incluso la cantidad, no sé si es que igual piensan ahorrar mucho de otra manera, pero tampoco vemos que esto garantice. Primero, ni se garantiza que se vaya a contar con esta cantidad; ustedes no lo pueden garantizar, evidentemente, pero no lo han garantizado en el tiempo que han estado en el Gobierno, como para garantizar qué va a pasar después. En todo caso, grosso modo, no parece una cantidad excesivamente amplia.

Los propios instrumentos estratégicos en el propio plan ya dicen que los planes de salud y la gestión carecen de coherencia, que hay una falta de asignación de recursos –ya lo hemos dicho– y que hay una carencia de instrumentos de evaluación continua. Sí que es verdad que este plan incluye indicadores medibles, que es un factor fundamental, pero vuelvo a decir lo que dije en la primera presentación del plan y a lo que ha hecho referencia también el señor Martín, que sería deseable concretar un poquito más cómo se pueden o se van a aplicar esos instrumentos de evaluación para poder hacer correcciones en el momento del desarrollo del mismo plan.

En todo caso, voy a terminar diciendo que aunque el plan, insisto, nos parece que recoge bastante bien lo que pueden ser las estrategias a futuro en relación con el sistema público de salud y la incidencia en la salud de la ciudadanía. Termino diciendo, como le decía al señor Yurs el otro día: yo no sé si esta legislatura va a pasar como la legislatura de la filosofía de la salud porque, aparte del contexto de recortes, es una legislatura que está marcada por planes, proyectos, grupos de trabajo, que no nos parece mal, pero nos parece que concreciones ha habido poquísimas. Concreciones a todas estas intenciones o buenas intenciones que ustedes tienen, pocas.

Por otro lado, si a esto unimos todo lo que ha habido de improvisación y precipitación que ha habido, por ejemplo, con lo de las cocinas, aquí hay algo que no cuadra. Para algunos elementos exigen mucho tiempo de reflexión y de estudio y otro tipo de decisiones las han tomado ustedes sin más. Y pongo el ejemplo de las cocinas porque creo que es flagrante.

Por lo tanto, yo lo que le pido, lo que le pedimos desde nuestro grupo hoy a usted es que pase de las declaraciones de intenciones a los hecho en estos meses que quedan de legislatura, por lo menos. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Antes de pasar a la réplica, hacemos un receso de cinco minutos.*

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 49 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 11 horas y 57 minutos.)

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Continuamos con la sesión de la Comisión de Salud y en esta ocasión, señora Consejera, tiene la palabra. Adelante.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Empieza tú y luego sigo yo.*

SRA. DIRECTORA GENERAL DE SALUD (Sra. Ibarrola Guillén): *Empiezo yo. Voy a intentar ser breve y a ver si doy respuesta a todas las cuestiones que han salido.*

Primero, querría reforzar el esfuerzo que se ha hecho desde el equipo técnico por incorporar todas las aportaciones que se han recibido al plan a lo largo de este tiempo. Y, por supuesto, el ofrecimiento tanto del equipo técnico como de mí misma para clarificar cualquier cuestión relativa al plan y cualquier explicación concreta que les parezca que no está suficientemente detallada en mi intervención de ahora para decir qué acciones sí, qué no, cuáles en espera, etcétera.

La evaluación del plan anterior, obviamente, se incorpora al Plan de Salud. Lo que pasa es que he centrado mi intervención solamente en las incorporaciones que se han hecho al borrador que ya se presentó en su momento y que tienen a su disposición. Además, saben, porque así lo hicimos saber, que hay un documento explícito y bastante extenso de la evaluación del Plan de Salud anterior 2006-2012.

La evaluación se realizaba, como en la mayoría de planes de salud, por las acciones implementadas y este plan lo que incorpora como realmente novedoso es la evaluación de resultados a través de indicadores. Por lo tanto, creo que hablar de teoría y práctica o hablar de filosofía cuando se ha intentado que todos los objetivos de este plan tengan indicadores concretos y, de los indicadores concretos, el 78 por ciento tienen metas de objetivos perfectamente definidas, creo que es bastante concreto y de filosofía tiene poco. Además, va directamente acompañado de un desarrollo que se está haciendo de todo un sistema de evaluación con cuadros de mandos de gestión tanto para gestores como para clínicos que van a hacer factible que esa evaluación sea posible.

Hay algunas cuestiones que desde el principio se quedó claro que están fuera del alcance de un Plan de Salud, más cuando entendemos que el Plan de Salud, efectivamente, transciende a las legislaturas y a los Gobiernos. El ponerse de acuerdo en cómo se hace determinada prioridad en Salud no es un aspecto que tenga que incorporar el plan.

En ese sentido, aspectos como inversiones en tecnología no caben en un Plan de Salud y en aspectos como lista de espera, se ha tratado de incorporar aquellos aspectos de lista de espera que tienen directos resultados en salud, como algunos aspectos de las urgencias tiempodependientes o los tiempos de espera, por ejemplo, en pacientes con cáncer. Otros aspectos que son puramente de gestión no tienen cabida ni en este Plan de Salud ni habitualmente en ninguno de los planes de salud que tienen que concretarse en objetivos de salud y resultados de salud.

Decir que la atención sociosanitaria no se ve en este plan, yo entiendo que igual no han tenido tiempo de leérselo en profundidad, pero, desde luego, es uno de los elementos más relevantes a lo largo de todo el plan y que impregna prácticamente todo el plan con programas perfectamente definidos de atención sociosanitaria domiciliaria, atención en convalecencia residencial. Se dotan de los elementos suficientes como para convertirse en verdaderas alternativas a la hospitalización. Entiendo que es un documento complejo, pero impregna muchísimas de las acciones que se contemplan a lo largo de todo el plan.

También se hace muchísimo hincapié en todo lo que tiene que ver con la situación social y económica. En función de eso, hay una acción de compromiso de creación de un Observatorio de Desigualdades en Salud y acciones concretas, con lo cual eso creo que también está perfectamente contemplado en el plan.

El 73 por ciento de las propuestas y aportaciones han sido admitidas y, además, se ha hablado con las personas que nos han hecho las aportaciones para decir cuáles sí, cuáles no, cuáles no así, pero sí de otra manera y, además, hemos llegado a entendimientos y acuerdos prácticamente con todos los que han querido sentarse a hablar con nosotros de las aportaciones, que han sido prácticamente todos.

De las propuestas que no se han aceptado, ya he dicho antes que han sido noventa y dos acciones. De esas noventa y dos, cincuenta y tres solamente significaban sustituir la palabra rehabilitación por fisioterapia, y además, los fisioterapeutas han quedado de acuerdo con la solución que hemos encontrado.

Hay algunos elementos que no creemos que no sean importantes, pero están contemplados en otros planes y no se han priorizado como acciones del Plan de Salud, como, por ejemplo, los trasplantes o lo que tiene que ver con medio ambiente, y había propuestas, por citar un ejemplo, una de contratar a un médico con nombre y apellidos concretos. Eso era una aportación. Lógicamente, a alguna de esas aportaciones, obviamente hay que decir que no.

La pobre alusión a Educación y a Políticas Sociales también me llama poderosamente la atención porque uno de los valores que más se cita a lo largo de todo el plan es la importancia de la Salud en todas las políticas. El Consejo Interdepartamental que ha citado en el País Vasco se cita expresamente aquí, y se decía ya desde el borrador del plan inicial que una de las acciones previstas era crear un Consejo Interdepartamental que contemplara todo eso, así que entiendo que igual se le ha escapado, pero, desde luego, está.

En cuanto a presupuesto, hemos hecho una revisión y un análisis comparativo de todos los planes de salud vigentes en todas las comunidades autónomas y tan solo dos planes de salud, en concreto, los de La Rioja y Castilla y León, citan algo de partidas presupuestarias o de impacto presupuestario, de impacto económico. La mayoría de los planes no contemplan esto en los planes de salud.

No obstante, nosotros hemos intentado hacer un ejercicio de ver qué acciones nuevas se citan aquí para hacer una estimación presupuestaria, que es muy complicado sacarla del presupuesto total del departamento porque, evidentemente, no vamos a poner aquí si ponemos como prioridad el cáncer todo lo que estamos destinando dentro del Departamento de Salud al cáncer, que es mucho. Aquí solamente hemos puesto lo que supondrían las acciones nuevas que no estaban en todo lo que es la atención sanitaria al cáncer o a otras patologías.

En concreto, muchas de ellas, además, por ejemplo, el desarrollo sociosanitario, ojalá esa partida que se contempla en desarrollar programas como el de convalecencia residencial o el de atención sociosanitaria domiciliaria, nos gastemos más dinero todavía del que hemos puesto en el presupuesto porque eso querrá decir que vamos avanzando hacia ahí como alternativas verdaderas a camas de hospitalización que, desde luego, tienen un impacto económico mucho mayor y no dan una respuesta tan adecuada como lo que se plantea aquí.

En recursos humanos, que se ha citado mucho, ningún Plan de Salud de todos los que hay vigentes en todas las comunidades autónomas, absolutamente ninguno, entra a detallar nada de plantillas ni de recursos humanos, absolutamente ninguno, porque son aspectos puramente relacionados con la gestión y no con definir los objetivos de Salud.

¿Programas detallados como el de rehabilitación? Si quiere, nos sentamos y le contamos hasta dónde llega. Luego, evidentemente, hemos empezado a hablarlo tanto con Primaria como con Especializada como con otros departamentos, pero

el detalle total, aunque estuviera, que todavía no está entero, no podría formar parte del plan porque entonces tendría el plan, en vez de doscientos folios, mil doscientos porque tendríamos que detallar absolutamente toda la concreción de unas acciones, que unas están más avanzadas y otras, lógicamente, menos, porque es un plan a seis años.

Decir que no apostamos por la formación, se puede decir. Se puede decir lo que se quiera, pero este año, en el plan de formación, en el Plan Docente del Departamento de Salud, se han duplicado las acciones formativas respecto a años anteriores. Se han incrementado el 70 por ciento los profesionales que van a acceder a alguna acción formativa del Plan Docente del Departamento de Salud y se ha incrementado el presupuesto de 155.000 euros a 255.000, que era exactamente la partida que aparecía en el impacto económico de la estrategia de crónicos. O sea que filosofía, no; realidad.

Se ha incrementado también la actividad investigadora y el tema del Instituto de Investigación Sanitaria, si llamamos a eso privatización; estamos trabajando en un proyecto junto con nuestros profesionales, que están totalmente de acuerdo, en su mayoría, con este proyecto y además están respondiendo de forma muy satisfactoria.

Por último, quiero decir que, desde luego, desde el departamento no tenemos prisa en aprobar planes por aprobar. Llevamos más de dos meses desde que se presentó el inicial y hemos recibido aportaciones de tres grupos parlamentarios. Ojalá hubiéramos recibido de todos.

Desde luego, nuestro ofrecimiento sigue en pie para que en las propuestas de resolución, ya que no hemos recibido ni enmiendas ni aportaciones de muchos de los grupos hasta ahora, que nos habría encantado poder analizarlas y tratar de incorporarlas como hemos hecho con el resto de entidades que sí que han decidido hacer aportaciones, ahí queda porque entiendo que más que prisa, quizás si tienen cosas que aportar, a lo mejor hemos desperdiciado más de dos meses cuando hasta ahora no nos había llegado ninguna. Muchas gracias.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Por cerrar alguna cosa. La verdad es que, al oír sus intervenciones, me da un poco de pena. No sé si realmente sabemos lo que es un Plan de Salud. Un Plan de Salud, sobre todo, habla de los "qués", de qué es lo que nos interesa a todos. Como ustedes han manifestado en casi todas sus intervenciones, en las cosas que ponen estamos de acuerdo, y se trata de debatir y de conseguir un plan, es decir, unos "qués" en los que, en la mayor medida posible, estemos de acuerdo. Los "cómos" seguro que son diferentes; los suyos, los míos y los de cualquier otra persona. Los "cómos" son los planes de gestión que en cada legislatura el equipo de gobierno que está en su puesto desarrolla de una manera o de otra. De lo que se trataba hoy era de hablar de los "qués", entiendo, y de debatir sobre los "qués". ¿Qué ocurre? Bueno, que yo entiendo que aprovechando que hablamos de los "qués" o aprovechando que hablamos del Plan de Salud, podemos hablar de todo: de listas de espera, de la crisis, de la temporalidad de nuestros trabajadores, que, por cierto, una vez más les digo que en ese 40 por ciento vuelven a contar a los que sustituyen a los de vacaciones, que no sé si quieren hacerlos fijos a los que sustituyen. Pero, bueno, de esto hemos hablado infinidad de veces y podemos hablar otra infinidad de veces más.*

Podemos aprovechar para hacer demagogia, que es lo que muchos o algunos de ustedes hacían en sus intervenciones cuando dicen que como ha bajado la cantidad absoluta de una partida presupuestaria es porque eso ni está priorizado ni nos importa en absoluto. Pues, bueno, realmente lo que da la medida de si algo nos importa o no nos importa es la prioridad o el peso porcentual que tiene. Y en eso se puede hacer un análisis un poquito más riguroso, porque en una época en que el gasto o el presupuesto ha bajado porque los ingresos han bajado se han tenido que reducir algunas partidas. Hablar de la ley de mutuas o de nuestro posicionamiento respecto de la ley de mutuas, que también lo hemos hablado aquí en otras ocasiones cuando de lo que estamos hablando es del Plan de Salud, pues, lo dicho, si ustedes quieren, obviamente, lo sacan en el debate, pero, realmente, yo creo que el debate hoy debería de ser otro, y era hablar, como digo, del plan, que son los "qués". En el resto ya sabemos que tenemos muchísimas cosas en las que no estamos de acuerdo, pero se trata de construir un plan que trascienda de una legislatura. Cuando haya otro equipo de gobierno lo llevará a la práctica de otra forma y hará sus planes de gestión y lo gestionará de otra manera, seguro que sí, porque cada uno lo hacemos de distinta forma.

Respecto al presupuesto, nuevamente lo mismo, y apuntando o apuntalando lo que decía la Directora General. Efectivamente, el presupuesto del Plan de Salud debería ser el presupuesto de todo el Departamento, lo que ocurre es que no sé si tiene eso mucho sentido, y lo que se ha tratado de hacer en este cuadro, puesto que su exigencia o su demanda en algunos casos era que tuviera una cuantificación, es cuantificar aquellas acciones que son nuevas, diferentes. Como decía Cristina, si estamos hablando de que el paciente oncológico o que la estrategia de cáncer es una de las priorizadas, no tiene mucho sentido que en este presupuesto del Plan de Salud incluyamos la remuneración de todos nuestros profesionales del área de Onco-

logía. Creo que no aporta mucho, por eso supongo que será que en ningún Plan de Salud se incluye un presupuesto. Nosotros hemos querido incluirlo en aquellas partidas o en aquellas acciones que eran diferentes.

Por concluir, aparte de lo que ha dicho la directora general, cuando ustedes hablan o cuando aprovechan este debate para criticar otras cosas, diciendo, por ejemplo, que no creemos en la participación, pues, miren, señorías, si estamos aquí después de tres meses, si hay seiscientas y pico aportaciones, es que eso es participación. Yo no sé cómo lo harían ustedes. Claro, sí que lo sé, porque ustedes no han querido participar; algunos de ustedes, otros sí. Entonces, es que eso es participación. Son tres meses en los que un montón de instituciones han participado, han mejorado el borrador inicial, como digo, con más de seiscientas aportaciones. Y ¿grupos de trabajo? Pues claro que hay muchos grupos de trabajo; para la implantación de la estrategia de crónicos, por ejemplo, los hay, y los debe haber, porque ustedes, que defienden tanto la participación, es mucho más fácil diseñar las cosas en un despacho uno consigo mismo y con sus conocimientos y ya está, y así se harían las cosas mucho más rápidamente, pero ustedes, que defienden tanto la participación, cuando el diseño de algo se hace con la participación de esos grupos de trabajo, normalmente esas cosas se dilatan un poquito más en el tiempo. Y a eso es a lo que lleva la participación, a que las cosas sean mucho mejores, a que luego, en la implantación, las cosas vayan mucho mejor, pero hasta que se comienza nos lleve mucho más tiempo a todos. Me extraña que ustedes, que demandan siempre tanto la participación, luego, sin embargo, no sean consecuentes, porque la participación lleva a esas cosas.

Respecto a la formación e investigación, quiero remarcar también lo que decía la directora general. Efectivamente, cuando nosotros decimos que priorizamos ambas cosas, es que estamos haciendo cosas priorizándolas, incrementando los presupuestos en formación, incrementando las acciones, tratando de hacer que haya más profesionales que participen, y así es como está ocurriendo, tanto en el área de la formación como en el área de la investigación, y haciendo que nuestros profesionales tengan, en estos momentos, un proyecto de investigación con cara y ojos en la sanidad navarra en el que pueden participar y en el que esperemos que, después de todo el tiempo de trabajo que nos está llevando, consigamos esa acreditación de un instituto. Nada más, muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Damos por finalizado este primer punto del orden del día, no sin antes decirles a los señores portavoces que les convoco, como Presidente de la Comisión, para tratar el asunto de los plazos para presentar propuestas o resoluciones. Saben que esa es una potestad que tiene el Presidente por sí solo, pero prefiero escuchar a los portavoces. Por tanto, suspendemos la sesión.*

(Se suspende la sesión a las 12 horas y 14 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 37 minutos.)

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Continuamos con la sesión, y, antes de pasar a las mociones, debo advertir y poner en conocimiento de sus señorías que la fecha para la presentación de nuevas aportaciones o propuestas de resolución al Plan de Salud 2014-2020 será –fecha límite– el día 10 de septiembre, miércoles, hasta las doce del mediodía.*

Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a adherirse a la campaña de movilización internacional en favor del acceso universal a la anticoncepción, al aborto seguro y legal y a la educación afectivo-sexual para todas las mujeres, presentada por los GP Socialistas de Navarra, Bildu-Nafarroa, Aralar-Nafarroa Bai e Izquierda-Ezkerra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Continuamos con el segundo punto del orden del día: Moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a adherirse a la campaña de movilización internacional en favor del acceso universal a la anticoncepción, al aborto seguro y legal y a la educación afectivo-sexual para todas las mujeres, presentada por el grupo socialista, Bildu-Nafarroa, Aralar-Nafarroa e Izquierda-Ezkerra. ¿Quién va a hacer la presentación de la moción? Señora De Simón, adelante.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Buenos días de nuevo. Gracias, señor Presidente. Traemos esta moción, entre todos los grupos que la firmamos, en un contexto muy especial. Es en el contexto de una campaña que ha lanzado Médicos del Mundo, de movilización internacional, no solo en este Estado, a favor, como usted ha dicho en la presentación, del acceso universal a la anticoncepción y al aborto seguro y legal y también a la educación afectivo-sexual. Volvemos a este tema en este momento porque en el mes de septiembre los derechos de las mujeres serán debatidos en una sesión especial en las Naciones Unidas. A nosotras y a nosotros nos parece que se está produciendo un grave retroceso, particularmente en el Estado español, y en todo el mundo, en todo lo relativo a la igualdad de género y, en particular, en todo lo relativo a todos los avances que se necesitan en*

relación con la promoción de la salud sexual y reproductiva, y también respecto a los derechos de las mujeres en este sentido.

La realidad es que, en lugar de avanzar, se retrocede. En el Estado español, tenemos encima de la mesa el proyecto de ley orgánica sobre la protección de la vida del concebido y los derechos de la mujer embarazada. Estamos convencidas y convencidos de que conducirá a muchísimas mujeres al aborto clandestino y, por lo tanto, a poner en riesgo sus vidas, porque estarán sometidas, si esto se aprueba tal y como está, a un aborto sin garantías sanitarias. En los países en vías de desarrollo, el otro día nos presentaba una representación de Médicos del Mundo un informe en el que se valoraba en cincuenta mil mujeres las que morían cada año como consecuencia del aborto clandestino. No deja de ser una contradicción, porque ya en 1994, como ustedes saben, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en la que participaron ciento setenta y nueve países, se comprometieron a garantizar a todas las mujeres el acceso a los servicios de planificación familiar y la atención a la interrupción voluntaria del embarazo. Se ha avanzado poco, más bien se ha retrocedido, y nosotros y nosotras creemos que en estos momentos está en juego una vez más el derecho a decidir de las mujeres sobre nuestra maternidad. Entendemos que hay que incidir en todos los aspectos preventivos y educativos y, desde luego, también avanzar en el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

Por esto presentamos esta moción, que tiene varias propuestas de resolución, que se centran en lo que he comentado al principio, en instar al Gobierno de Navarra y al Gobierno del Estado a que actúen a favor del aborto seguro, a favor de garantizar las medidas preventivas respecto a la anticoncepción y acceso universal a todas las mujeres, garantizar el aborto legal y la educación afectivo-sexual para evitar embarazos no deseados. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. ¿Turno a favor de la moción? Señora Esporrín, por el Partido Socialista, adelante.*

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: *Muchas gracias. Nosotros, desde luego, estamos a favor de que se mantenga la ley en las condiciones en las que se encuentra ahora mismo. Nos parece que, efectivamente, la nueva previsión que se plantea atenta fundamentalmente contra la salud de las personas que quieran ejercer su derecho legal a interrumpir el embarazo y, desde luego, nosotros apoyamos esta moción. Gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Ruiz Jaso, por Bildu, tiene la palabra.*

SRA. RUIZ JASO: *Gracias, señor Presidente. Egun on guztioi berriro. Es evidente que las mujeres seguimos siendo ciudadanas de segunda en muchos lugares del mundo. Nuestra maternidad, nuestra voluntad y nuestra salud siguen a expensas de otro tipo de intereses, en algunos casos religiosos, en otros casos producto de una sociedad patriarcal o de estructuras patriarcales. El Estado español, desde luego, no es ninguna excepción. Entendemos que en estos momentos se está gestando un grave retroceso después de décadas de lucha por los derechos por las mujeres y por nuestra capacidad de decisión, porque se está perpetrando, diría yo, un verdadero ataque a nuestra dignidad y a nuestros derechos. Ya lo he dicho muchas veces, lo que entendemos que debería ser una decisión privada que corresponde al ámbito exclusivamente privado, y aquí no hay nada más privado que el cuerpo de uno mismo, desde luego, pasa al ámbito público, donde son otros agentes externos los que deciden sobre ese ámbito privado. Y ni qué decir de otros lugares del mundo, de muchos países en vías de desarrollo, donde los derechos de las mujeres siguen, después de años y años, todavía pisoteados. Aquí hay un dato que aparece también en la exposición de motivos, no puede ser, no hay derecho a que más de cincuenta mil mujeres mueran cada año por interrumpir voluntariamente su embarazo de manera clandestina. No pueden decidir sobre su maternidad, no tienen garantizado, desde luego, el acceso a ningún método de planificación familiar y no tienen derecho a interrumpir su embarazo en condiciones de seguridad y, desde luego, se ven abocadas a la clandestinidad.*

A esa situación de vulneración de derechos que se arrastra se une en estos momentos que con el efecto, la excusa, casi, de la crisis, han disminuido de manera importante las ayudas para la cooperación al desarrollo y a muchos proyectos que también tienen que ver con facilitar el acceso a métodos de anticoncepción seguros y gratuitos a muchas mujeres en el mundo, y también a garantizar la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad.

Allá queda el compromiso del año 94 en la conferencia de El Cairo, que quería, precisamente, acabar con estas situaciones. En este contexto –ya se dice también en la moción– en septiembre se celebrará la sesión especial de la Organización de las Naciones Unidas sobre derechos de las mujeres y Médicos del Mundo, como agente que trabaja en este ámbito también, se ha implicado en una campaña internacional. Pensamos que el Parlamento de Navarra lo mínimo que puede hacer es, desde luego, instar al Gobierno de Navarra a que se adhiera a esta campaña y también instar al Gobierno de Navarra y al Gobierno del Estado a que sean agentes activos en Navarra, en el Estado

y en el resto de lugares del mundo para que esos derechos de las mujeres a la anticoncepción segura, a la interrupción voluntaria del embarazo segura se puedan dar. Como tantas otras cosas, queremos decir que también en este sentido dejémonos de hipocresías y cuando hay datos, y los repito, de que más de cincuenta mil mujeres al año mueren por interrumpir su embarazo de manera clandestina, digamos sí a la vida, pero también a la vida de estas mujeres y sí a la vida digna de las mujeres que ni siquiera pueden decidir sobre su maternidad.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Fernández de Garaialde, por Aralar/NaBai, tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Gracias, señor Presidente. Buenos días de nuevo a todos y a todas. Como dice la moción, es cierto que lo que está ocurriendo es un grave retroceso y un ataque a los derechos de la mujer y un ataque al derecho a decidir cómo, cuándo y con quién queremos tener nuestra sexualidad y cuándo queremos ser madres, etcétera, es decir, un ataque al derecho a decidir. Y es que últimamente creo que derecho a decidir son unas palabras que parece que cada día dan más miedo; el derecho a decidir de los pueblos, el derecho a decidir si se quiere monarquía o república, incluso el derecho a decir cuándo y cómo queremos tener nuestra sexualidad. Es decir, siendo la base de toda la democracia el derecho a decidir, evidentemente, se está actuando con unas actitudes absolutamente impositoras y dictatoriales, repito, dictatoriales, sobre las mujeres por parte del Gobierno de Navarra y por parte del Estado. Es decir, una absoluta dictadura, puesto que se resquebraja la base de la democracia.*

Aborto ha habido, hay y habrá siempre, lo que ocurre es que con los retrocesos que se están dando ahora se van a producir en muy malas condiciones higiénico-sanitarias. Eso va a suponer muerte para las mujeres, o incluso, más allá de la muerte, que queden en unas condiciones absolutamente reprobables y, además, va a haber una diferencia en el acceso al aborto dependiendo de la situación económica de las mujeres. Con lo cual va a existir siempre, pero van a existir dos realidades, es decir, que en función de la capacidad económica de las mujeres podrán acceder a una buena interrupción voluntaria del embarazo o no. Y esto es totalmente denunciable y, además, es que ahí se ve el trasfondo de que realmente no importa la vida de estas personas, sino que lo que importa son otras concepciones ideológicas y la presión que se está recibiendo por otros estamentos de derecha, extrema derecha y religiosos.

Pero, claro, cuando defendemos el aborto no nos quedamos única y exclusivamente en la defensa del derecho a decidir de las mujeres, sino que siempre hemos dicho que previamente hay que hacer una buena educación sexual, para que, en la medida en que esta sea así, disminuyan los embarazos no deseados. Y voy a volver a repetir lo que he dicho en la Comisión anterior, porque es lo que dice la OMS, que es insuficiente la educación sexual objetiva, y, sin perjuicios, identifica una carencia para jóvenes de lo que está ocurriendo por lo menos en Navarra. Incluso lo que dice es que el objetivo es la disminución de las infecciones de transmisión sexual y alcanzar una conducta sexual sana. Y esto es lo que propone la OMS no solo para Navarra, sino en el concepto del mundo, para las mujeres.

Con lo cual aquí hay dos cosas: una, qué es conducta sexual sana. Eso, evidentemente, tiene que tener un análisis y no nos podemos quedar con la actitud que está teniendo ahora mismo por lo menos en Navarra el Gobierno de Navarra. Por otro lado, si se pretende disminuir las infecciones de transmisión sexual y alcanzar una conducta sexual sana y se pretende disminuir los embarazos no deseados y el acceso a métodos anticonceptivos en las mujeres de todo el mundo, evidentemente, hay que hacer otra reflexión sobre qué es lo que está ocurriendo con las ayudas a la cooperación y cómo está influyendo la crisis y qué actitud estamos teniendo en la crisis para revertir estas situaciones. Por eso, evidentemente, firmamos la moción y vamos a apoyarla.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. ¿Turno en contra? Señor Pérez Prados, por UPN, tiene la palabra.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias. Bien, yo creo que es bien conocida la postura y la opinión de nuestro grupo en este tema. Vamos a votar en contra de los cuatro puntos de la moción. El primero es de apoyo a esta campaña internacional de movilización, que habla de tres conceptos: anticoncepción, aborto seguro y legal y educación afectivo-sexual, todo en un mismo saco. Claro, vamos a votar en contra, aunque en algunos de estos aspectos, por lo menos, sin profundizar, sin ver el desarrollo, estaríamos de acuerdo porque creemos que en estos momentos, por lo menos en el ámbito de nuestra Comunidad Foral, en el ámbito de España, en el ámbito de Europa y de los países del primer mundo, sí que se puede, y hay suficiente capacidad para ello, incidir mucho en la educación, en el conocimiento, en la prevención, para que ningún embarazo no deseado ocurra. Siempre –lo decía la señora Fernández de Garaialde– habrá, es muy difícil evitar todos los no deseados, pero hay que incidir mucho en esa educación. Estaríamos de acuerdo en medidas de prevención, de anticoncepción, etcétera, para evitar embarazos no deseados.*

Luego, el resto de puntos, los tres siguientes, ya se refieren, en concreto, a normativas tanto en el ámbito nacional como foral, teniendo en cuenta y acusando a los Gobiernos, cuando son los Parlamentos y las Cortes Generales, en nuestro caso, los que aprueban las leyes, y los derechos los dan las leyes, efectivamente, y respetamos todas ellas, nos gusten o no nos gusten. Lo que está claro es que el aborto libre y gratuito, tal como se predica en muchos de los grupos aquí presentes, no es un derecho natural ni es un derecho universal, ni está así reconocido por organismos internacionales porque le falta mucho fundamento ético y mucho fundamento moral.

Es cierto que en septiembre se va a tratar este tema en la ONU, en el marco de El Cairo 2020, y esperaremos a ver qué sale de ese debate, a ver si se incorpora, tal y como se predica aquí, a los derechos humanos o no, porque ya saben que no es un tema pacífico ni en nuestra Comunidad, como decía, ni en España, ni en Europa ni en el ámbito moral. Aquí tenemos un debate constante de ley de plazos frente a ley de supuestos. Convendría llegar a un acuerdo cediendo por parte de unos y de otros para evitar que cuando gobierne o tenga mayoría en las Cortes Generales un grupo apruebe su ley y cuando tenga mayoría otro, apruebe la suya en contra –se podría decir– de la mitad de la ciudadanía o de los ciudadanos que habitamos esta nación, sino llegar a un acuerdo.

Efectivamente, si recordamos la historia, el infanticidio estaba reconocido en la Edad Media hasta los seis o siete años, que luego se ha ido rebajando hasta un año y en algunos países todavía está permitido, y en algunas sociedades. Los avances científicos nos van reduciendo esos plazos, hoy nadie en España admitiría que se practique infanticidio desde el nacimiento, pero los avances científicos van retrasando esos plazos hasta que el feto o el ser humano es capaz de vivir sin ayuda del cuerpo de la madre, que ahora está en torno a los siete meses, seis-siete meses, que antes eran los nueve meses y, en fin, que la ciencia va avanzando y va acortando, por decirlo así, los tiempos del infanticidio. Es decir que no es un tema solo de la mujer. Dentro del cuerpo de la mujer hay otro ser y la ciencia nos irá dando respuestas de hasta en qué momento ese ser es capaz de vivir con ayuda –siempre externa, claro, también necesita, una vez nacido, la ayuda de otras personas para vivir durante muchos meses y tiempo–, pero hay dos cuerpos ahí, y ese yo creo que es el motivo de estas discrepancias en la sociedad y en las personas que componemos esta sociedad.

Yo creo que debemos ir con mucha precaución, buscando consensos que respeten los derechos de todos y que tengan en cuenta, sobre todo, los criterios médicos, criterios científicos, para acercar posturas y aprobar alguna norma que, sin satisfacer a todos, nos permita ese consenso deseado que estaría bien lograr en nuestra legislación. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Por el grupo Popular, señor Martín, tiene la palabra.*

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Gracias, señor Presidente. Voy a intentar ser breve. La posición del Partido Popular respecto al aborto ya es bien conocida y no la vamos a repetir. Por lo tanto, vamos a votar en contra de esta moción. En esta moción, y en las intervenciones de los portavoces que me han precedido, se menciona el informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este es un informe que tiene ciento noventa y cuatro páginas y, desde luego, en ningún momento se alude al aborto como un derecho. En el capítulo 7 del informe, que se refiere a derechos reproductores y salud reproductiva, en el punto 7.6 se habla de salud materno-infantil y se habla de prevención del aborto. En el 7.10 del informe de la Conferencia de El Cairo se habla de necesidades de capacitación, asistencia técnica y suministro de anticonceptivos a corto plazo de los países: Al mismo tiempo, esos países deberían dar más prioridad a los servicios de salud reproductiva, incluida una amplia gama de medios anticonceptivos, y debería encarar la práctica actual de recurrir al aborto para la regulación de la fecundidad mediante la satisfacción de la necesidad de las mujeres de esos países de contar con una mejor información y más opciones. En el punto 7.24 se dice que los Gobiernos deberían tomar las medidas oportunas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, que en ningún caso debería promoverse como método de planificación de la familia.*

Y ustedes ya me dirán si decidir sobre la maternidad a través de la actuación o ejecución del aborto, utilizando este método, no es utilizarlo para planificar la familia.

Y en el punto 8.25 se dice que en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad de aborto.

Por lo tanto, el informe de la Conferencia Internacional define la salud sexual y reproductiva y los derechos de salud sexual y reproductiva y de una educación acorde a ello, no habla del aborto como derecho. Por lo tanto, señorías, derecho a una educación sexual y salud reproductiva sí, como así lo ratificó España en la 57 sesión de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de Naciones Unidas en Nueva York en marzo del 2013, que dice en uno de sus apartados: "Promover y proteger los derechos humanos de

todas las mujeres, en particular su derecho a tener control y decidir sobre libertad y responsabilidad, sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, entre ellas la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia, y aprobar y acelerar la aplicación de leyes políticas y programas que protejan y permitan el disfrute de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, en especial sus derechos reproductivos", de conformidad con el programa de acción de la Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de Pekín, que tuvo lugar en el año 95.

Por lo tanto, señorías, nuestro voto es en contra de esta moción, porque sí, creemos que tiene que haber una educación sexual acorde y mantener unos derechos reconocidos sexuales y reproductivos, pero el aborto no es ningún derecho. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora De Simón, ¿para replicar? ¿No? Bien. Entonces, pasamos directamente a la votación. ¿Votos a favor de la moción? 8. ¿Votos en contra? 7. Queda aprobada la moción que acabamos de debatir.*

Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a aplicar como uso compasivo el tratamiento para la hepatitis C, sofosbuvir, en los casos autorizados por la Agencia Europea de Medicamentos y la Agencia Española de Medicamentos, presentada por los GP Socialistas de Navarra, Bildu-Nafarroa, Aralar-Nafarroa Bai e Izquierda-Ezkerra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *En el tercer punto del orden del día tenemos el debate y votación de una moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a aplicar como uso compasivo el tratamiento para la hepatitis C, sofosbuvir, en los casos autorizados por la Agencia Europea de Medicamentos y la Agencia Española de Medicamentos, presentada por el grupo socialista, Bildu-Nafarroa, Aralar-Nafarroa Bai e Izquierda-Ezkerra. Además, se han presentado dos enmiendas* in voce*, por parte del grupo socialista una, y la otra por parte de UPN y PP. No sé si quieren un receso para analizar las dos enmiendas. ¿Sí? Hacemos un receso de cinco minutos.*

(Se suspende la sesión a las 13 horas.)

(Se reanuda la sesión a las 13 horas y 3 minutos.)

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Continuamos con la sesión y el debate de esta moción del tercer punto del orden del día. Entiendo que nadie se opone a la tramitación de las dos enmiendas* in voce*. Por numerarlas, diremos que la número 1 es la presentada por UPN y PPN, que es de sustitución; y la número 2, la presentada por el grupo socialista de Navarra, que es de adición. Para hacer la presentación, en primer lugar, de la moción, señora Ruiz Jaso, tiene la palabra, adelante.*

SRA. RUIZ JASO: *Pues muchas gracias, señor Presidente. La semana pasada tuvimos la oportunidad de tener una reunión con la asociación ATEHNA, que es la Asociación de Trasplantados y Enfermos Hepáticos de Navarra, acompañados de la asociación SARE, de apoyo a personas con VIH o con sida, y nos dejaron un* dossier *muy amplio sobre la problemática y la situación que padecen los enfermos de hepatitis C. Estamos hablando de una enfermedad muy grave que tiene implicaciones muy importantes en la vida de las personas enfermas, desde luego, y también en el sistema sanitario. Yo creo que la exposición de motivos es clara, se hace un repaso histórico a las diferentes medicaciones, a las diferentes terapias que se han aplicado hasta ahora, y hasta el año 2011 se han aplicado diversos tratamientos, entre los cuales es reseñable, desde luego, la triple terapia, que es la que se está aplicando actualmente, que ha elevado la tasa de curación hasta unos términos ya aceptables, pero que tiene un inconveniente, y es que los efectos secundarios son muy, muy agresivos. Tampoco estamos hablando de un tratamiento que sea barato, ya que, según los datos que nos facilitaron, estamos hablando de un coste por paciente más o menos de unos treinta mil euros. Además, parece que la eficacia tampoco es la que se esperaba, a pesar de que ha elevado la tasa de curación.*

Desde finales de 2013, se aprobó en Estados Unidos una nueva medicación, sofosbuvir, que creo que en la resolución de la moción está mal escrito, porque es la primera con be y la segunda con uve, en la exposición de motivos está bien escrito, que alcanza ya una tasa de curación entre el 90 y el cien por cien, y que tiene, además, escasos efectos secundarios. ¿Cuál es su inconveniente? El precio abusivo, estaríamos hablando casi del doble de lo que cuesta actualmente la triple terapia, que es la que se está aplicando de manera generalizada.

Aquí estamos, una vez más, ante la mercantilización del derecho a la salud. Parece ser, además, que entre el Ministerio de Sanidad y la empresa, el laboratorio que tiene la patente de este medicamento, se ha intentado negociar, pero parece que entre la avaricia de los laboratorios y ante los intentos de negociación, el Ministerio de Sanidad, hasta ahora, al menos, ha desistido en el empeño, y tenemos una situación que creemos que es dramática, y no solo aquí, en muchos lugares del mundo también, ya sabemos que hay medicaciones que por falta del dinero... No hay derecho a que la

gente no pueda curarse, desde luego, por un tema económico, porque no se puedan pagar medicamentos. Entonces, entendemos que la obligación de las Administraciones Públicas es garantizar el derecho a la salud.

En este caso, además, hay un precedente, y es que la Agencia Europea de Medicamentos y posteriormente la Agencia Española de Medicamentos han aprobado la aplicación de este tratamiento en lo que ellos llaman uso compasivo, que son tres casos concretos. Estamos hablando de personas con cirrosis que tienen riesgo de descompensación o están en peligro de muerte en doce meses, ya diagnosticadas así por los profesionales médicos; el segundo caso es el de personas que se encuentran en lista de espera para trasplante, para conseguir llegar a este sin el virus y así no contagiar el nuevo injerto, porque, claro, personas con hepatitis C que son trasplantadas, ese nuevo órgano, si no se ha erradicado la enfermedad, también va a acabar infectado por la hepatitis C. Por lo tanto, la aplicación de este tratamiento facilitaría, posibilitaría que el trasplante fuera realmente efectivo y que su nuevo órgano no fuera infectado una vez más por la hepatitis C. Y el tercer caso sería el de personas trasplantadas en riesgo de descompensación o peligro de muerte en un plazo de doce meses.

Del Sistema Navarro de Salud no hay datos oficiales, los hemos solicitado, pero, según estas asociaciones, estaríamos hablando de que en la Clínica Universidad de Navarra, en estos momentos, habría seis casos en estos supuestos, para uso compasivo, y en la sanidad pública, en principio, no hay datos oficiales, pero ellos calculan que no pueden ser muchos más. Estoy hablando para estos tres casos concretos. Podríamos estar hablando de en torno a una docena de casos, entre doce y quince casos. También incluimos personas coinfectadas con VIH, cuyos profesionales médicos, además, nos comentaron que la principal preocupación en personas, incluso con VIH, con hepatitis C, desde luego, lo que agrava más la situación de estas personas no es tanto el VIH, en estos momentos, sino la hepatitis C.

Por tanto, entendiendo que desde la Agencia Europea de Medicamentos se ha aprobado este uso compasivo, entendiendo que la Agencia Española de Medicamentos también lo ha aprobado, las comunidades autónomas, y en este caso Navarra, deberían aplicarlo, porque, además, desde una óptica incluso de coste-efectividad, estamos hablando de pacientes crónicos que en la mayor parte de los casos tienen que acabar siendo trasplantados, con todo el coste que ello conlleva. Y esa cronicidad y esos tratamientos, que son muy caros y, desde luego, los trasplantes, también, a la larga, la curación sale mucho más barata que esa cronicidad y que esos tratamientos y esos trasplantes posteriores.

En cualquier caso, a la vista de las enmiendas, agradecería al señor Martín una aclaración sobre la enmienda que ha presentado, porque ayer mismo me llamó el presidente de ATEHNA y me habló de informaciones contradictorias. Parece ser que en el Consejo Interterritorial de los últimos, si no es el último, se ha hablado entre las comunidades autónomas, en boca de la Secretaria General de Sanidad, de Pilar Farjas, de que las comunidades autónomas aprobaron aplicarlo ya como uso compasivo y que en junio o en julio, posteriormente, quizás, iban a solicitar la compra –dentro de las comunidades autónomas– como medicamento extranjero, que es lo mismo que usted pone. Por tanto, si tiene alguna información extra, le agradeceríamos que nos la diera. En cualquier caso, esta es la información que la asociación ha recibido a nivel estatal, pero por parte del Gobierno de Navarra y del Departamento de Salud se está negando este extremo. Por tanto, si el representante del Partido Popular nos puede dar más información, lo agradeceríamos.

En cualquier caso, y a la vista de que las peticiones son las que entendemos que son de justicia, dentro de los casos autorizados por la Agencia Española de Medicamentos también, creemos que garantiza un derecho básico para casos muy concretos. En el segundo punto, planteamos que el Gobierno de Navarra sí valore la posibilidad de otro tipo de casos que no están incluidos en este uso compasivo, pero que sí prevendrían, desde luego, que se cronificara esta enfermedad en pacientes con cirrosis joven, por ejemplo.

Entonces, respecto a las enmiendas –y ya me voy a posicionar–, ante la incertidumbre y las informaciones contradictorias, la enmienda del Partido Popular la admitiríamos como enmienda de adición, en ningún caso de sustitución, y con la enmienda del Partido Socialista, entendiendo que es añadirla al primer punto de la moción original, desde luego, no tenemos ningún problema. Nada más, espero que el señor Martín nos dé la información de que disponga. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Pasamos al debate de las enmiendas. Para defender la primera enmienda, presentada por UPN y el Partido Popular. Señor Martín, tiene la palabra.*

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, Presidente. Buenas tardes de nuevo. En primer lugar, queremos decir que, desde luego, a nosotros nos preocupa la inquietud que puedan tener estos enfermos, que tienen una enfermedad crónica y hasta ahora prácticamente incurable y degenerativa, hasta llegar a necesitar, en el mejor de los casos, un trasplante hepático. Desde luego, nos*

preocupa y entendemos la preocupación que ellos tienen por ver una salida y una luz al final del túnel de su enfermedad crónica.

Cuando nos presentaron esta moción para firmar, la primera pregunta que me hice yo fue: ¿sabemos lo que hace el Servicio Navarro de Salud? Sabemos que este medicamento está recientemente –a finales del año pasado– aprobado para determinadas indicaciones en uso compasivo, pero ¿sabemos si ha habido rechazo por parte del sistema sanitario público, del Servicio Navarro de Salud, a las solicitudes de los especialistas? ¿Tenemos información de la Administración sanitaria de si este medicamento se ha denegado en algunas situaciones y en qué situaciones de ha denegado? Ante la duda, yo lo que solicité es que se llamara a la otra parte también para recibir información de en qué situación estábamos.

Nosotros hemos tenido noticias del Departamento de Salud de que dentro de aproximadamente dos o tres semanas este medicamento ya se podrá adquirir a través de medicamentos extranjeros. El uso compasivo de un fármaco se utiliza cuando se aplica a un proceso para el cual no está aprobada su aplicación, su indicación. No es este el caso, en este caso se aplica en uso compasivo porque se aplica en programas específicos, pero ya la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha aprobado determinadas indicaciones por las que se aplique este medicamento, con lo cual, cuando ya esté comercializado, aunque no sea en España, se podrá adquirir a través de medicamentos extranjeros y siempre con el informe correspondiente del médico en cuestión. Por lo tanto, en ese sentido va dirigida nuestra enmienda. Será un medicamento que no se utilice por uso compasivo, sino a través de medicamentos extranjeros hasta que se comercialice en España, y siempre justificado por un informe del especialista correspondiente.

A nosotros nos parece que, tal y como está redactado el primer punto de la propuesta de resolución, esto es un protocolo asistencial y yo creo que esta Comisión y este Parlamento no deberían hacer protocolos asistenciales, sino instar al Departamento a que haga caso de las solicitudes de los especialistas, que son los que realmente entienden y valoran el uso y los costos-beneficios de una determinada medicación, sobre todo cuando esta es de nueva aplicación. En ese sentido también va el segundo punto, instar al Gobierno de Navarra a valorar la posibilidad de incluir entre las personas susceptibles... Hombre, lo que tenemos que hacer es instar al Gobierno de Navarra a que haga caso expreso a las indicaciones que el especialista correspondiente, en un determinado caso, puede solicitar de un medicamento que, o se comercialice en España o, si no, se adquiera a través de medicamentos extranjeros, como se han dado muchos casos a lo largo de la historia y como se siguen dando en la actualidad. Y esa es nuestra enmienda. Si se acepta nuestra enmienda de sustitución, que ya hemos visto y hemos escuchado que no, votaríamos a favor y, si no, nuestro voto será de abstención. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Esporrín, para defender su enmienda, tiene la palabra.*

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: *Muchas gracias, Presidente. En ese sentido, nosotros queremos decir que los colectivos específicos, ya no de enfermedades, sino de cualquier otra materia, es verdad que al final hacen un papel de actividad, nos incentivan a trabajar todavía más en algunas materias, en algunas materias que la Administración, en muchas ocasiones, resulta que, con su pesada maquinaria, lo resuelve de una manera más lenta. Ellos, lógicamente, como afectados por la hepatitis C, están muy al día de todos los medicamentos —ojo, no digo que los profesionales no lo estén— y es verdad que en sus reuniones plantean actividades más concretas y, en ese sentido, cuando nos trasladaron el* dossier *de información, pues es verdad que valoraron que, efectivamente, esta medicación es muy cara, pero también, como se ha dicho con anterioridad, el trasplante hepático, que es la única opción, hoy por hoy, viable en un paciente que no resuelve la hepatitis C, también es carísimo. Es verdad que cuando sabes de un medicamento que puede resolver el 90 por ciento de los casos de hepatitis C, es muy tentador y, lógicamente, yo comprendo que vengan a pedirnos que, por favor, les ayudemos a que esta dinámica se agilice y que se pueda poner en marcha lo antes posible. Sabemos de la dificultad económica de este medicamento y sí que es verdad que los medicamentos, cuando ya llevan un tiempo en el mercado, a los diez años pueden aparecer genéricos y baja tremendamente en el precio, pero es verdad que si en esos diez años se te desarrolla la enfermedad o no encuentras un trasplante o te mueres pues esa persona ya no tiene posibilidades.*

En definitiva, lo que queremos es ayudar a estas personas y, en un principio, no es que nos parezca mal la enmienda que proponían UPN y PP, pero es verdad que dicen "instamos al Gobierno a considerar". Nos parece que si es algo que realmente está demostrado, más que considerar tenemos que actuar directamente, y por eso no queremos que esta enmienda sea de sustitución para la que nos había propuesto el colectivo de ATEHNA. Por otra parte, también es verdad que consideramos que, además del protocolo, en el que ya está establecido en qué casos está indicado que se utilice, que está aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos y la Agencia Española de

Medicamentos este fármaco, no nos parece mal que, desde luego, sea el especialista que conoce la historia de los pacientes el que deba indicar en qué casos es adecuado utilizar este medicamento o no. Por eso, lo que proponíamos era que al final del punto 1 se añada "cuando sea indicado por el especialista del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea". En ese sentido es nuestra enmienda, respetando la moción que ha planteado el colectivo, pero añadiendo la especificidad de que sea indicado por el especialista. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Siguiendo por los portavoces de los grupos que han presentado la moción, señora Fernández de Garaialde, por Aralar/Na-Bai, tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Gracias, señor Presidente. Evidentemente, nosotros también vamos a votar que sí. Quiero incidir un poco en lo que se planteaba en la moción y lo que creo que, en parte, es un poco triste, de todo este debate. Es decir, estamos hablando de una enfermedad, la hepatitis C, que cronifica en un porcentaje muy alto, además, si no con una cirrosis y, si no, el último paso es el trasplante hepático. Con lo cual, frente a toda esta situación, nos encontramos con la existencia de una nueva medicación que cura a estos pacientes con hepatitis C en un 90 por ciento de los casos, con escasos efectos secundarios. Además, es un medicamento aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos para su uso compasivo, aprobado por la Agencia Española del Medicamento para tres casos concretos, que son los que pone en la moción. A continuación, nos encontramos con qué es lo que impide, por lo menos hasta ahora, la utilización de este medicamento, y no es otro más que un tema económico.*

Las personas que estuvieron reunidas con nosotras nos hablaban de un coste económico de cincuenta mil o sesenta mil euros. Aquí, evidentemente, se pueden poner muchos debates encima de la mesa, si es caro, si no, la crisis, etcétera, pero es evidente que esto tiene otras dos versiones, y es el ahorro posterior, que evita trasplantes, que también cuestan su dinero, o incluso el propio tratamiento que tienen que recibir estos pacientes, puesto que estamos hablando de una enfermedad crónica, y qué duda cabe de que lo más importante es que estamos hablando de la curación de pacientes frente al costo económico, que es lo que debería primar en cualquier Administración Pública, es decir, insisto, la curación de estos pacientes.

Luego hay otro debate que subyace a esta moción y que probablemente no sea el momento adecuado para hacerlo, pero sí que lo quiero plantear muy grosso modo, y es la actitud de los laboratorios ahora, en estos momentos, con este medicamento, o incluso cuando introducen medicamentos nuevos de dudoso beneficio sobre los ya existentes; no de dudoso beneficio, sino que el beneficio sea mayor sobre los fármacos existentes y que incluso muchas veces ni siquiera están basados en la evidencia, pero lo que sí que hacen es imponer esos criterios para beneficio propio de ellos; o incluso actitudes que han tenido los propios laboratorios con fármacos, por poner un ejemplo, para tratar el VIH en países en vías de desarrollo. Entonces, creo que merece una reflexión importante también la actitud que tienen los laboratorios, y merece una reflexión también qué se hace desde la Administración frente a la actitud de estos laboratorios.

En cualquier caso, más allá del debate de cómo se acepte la enmienda de sustitución propuesta por el Partido Popular y por UPN, sí que es cierto que nosotras, lo de poner que se insta al Departamento de Salud a considerar la adquisición, creemos que queda muy ambiguo y que deberíamos ir un paso más allá y no solo a considerar, porque sabemos cuál es la actitud o cómo puede interpretar esto el propio Gobierno de Navarra. En cualquier caso, apoyaremos, evidentemente, la moción con la enmienda presentada por el Partido Socialista. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora De Simón, por Izquierda-Ezkerra, tiene la palabra.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Nosotros, como no puede ser de otra manera, apoyaremos esta moción, ya que así la hemos presentado. Ya se ha dicho casi todo, entonces resaltaremos lo que es fundamental para nosotros, y lo fundamental es incorporar el tratamiento para la hepatitis C, esta nueva medicación que se ha comprobado que tiene unos resultados óptimos. Es una manera de actuar antes de que la enfermedad se cronifique, que es lo que suele suceder en muchísimas ocasiones. Por lo tanto, con esta nueva medicación se está actuando para prevenir trasplantes que tienen un coste infinitamente superior al que pudiera ser el precio de esta medicación, que ya de por sí es alto. Por otro lado, sería una medida para curar a muchos enfermos y muchas enfermas. Por lo tanto, qué menos que que el Departamento de Salud incluya este tratamiento, siempre, desde luego, bajo prescripción facultativa. Nada más y gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señor Pérez Prados, el único portavoz que queda por intervenir, adelante.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias. Además, no sabemos si a favor o en contra, porque todavía se está debatiendo la enmienda presentada, a ver en qué queda.*

Vamos a ver, tal y como está redactada la enmienda, independientemente del añadido y tal, hay algún aspecto aquí, desde nuestro punto de vista, técnicamente, no puede hablarse de uso compasivo. Yo he ido al decreto y al concepto de esta definición, y el uso compasivo es la utilización de un medicamento antes de su autorización –aquí en España– en pacientes que padecen una enfermedad crónica o gravemente debilitante o que se considera que pone en peligro su vida y que no pueden ser tratados satisfactoriamente con un medicamento autorizado. Es decir, el uso compasivo es la utilización de un medicamento que está en fase de investigación. El medicamento de que se trate deberá estar sujeto a una solicitud de autorización, de comercialización, además de estar en fase de investigación, o bien debería estar siendo sometido a ensayos clínicos. Es decir, los medicamentos en uso compasivo están en fase de investigación y se suministran a cargo del laboratorio, es decir, sin coste alguno para el paciente o para el Sistema Nacional de Salud o para el Servicio Navarro de Salud.

En el caso del fármaco sofosbuvir, estamos hablando de importación, no de uso compasivo de un medicamento extranjero, ya que, aunque todavía no está comercializado en España, sí que se trata de un medicamento comercializado en otros países. Actualmente, el Ministerio de Sanidad está realizando una serie de actividades en relación con nuevos medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C, que parecen más seguros y eficaces que los que se están utilizando actualmente y están comercializados en España. Por ejemplo, negociación de precio, todavía no se ha llegado a un acuerdo, pero se sigue negociando el precio y las indicaciones en las que se financiará. Otro aspecto es la redacción del informe de posicionamiento terapéutico –IPT– para estos medicamentos. Estos informes se realizan en un grupo de trabajo coordinado por el Ministerio, pero donde están todas las comunidades autónomas, y entre ellas la Comunidad Foral de Navarra, y se establece en este informe la posición del medicamento en la terapia y priorización de las indicaciones con objeto de orientar tanto al Ministerio en su decisión final y fijación de precio como a los clínicos. El Ministerio de Sanidad ha indicado en este informe de posicionamiento que el sofosbuvir puede estar preparado, efectivamente, como se anunciaba, para principios del próximo mes.

Además, parece claro en estos momentos que las presiones que puedan recibir los Gobiernos para iniciar los tratamientos con estos productos que están en fase de negociación de precio, por muy razonables que estas presiones sean, solo fortalecen la postura del laboratorio y quitan fuerza al Ministerio para lograr un precio más razonable. Estamos de acuerdo con las afirmaciones que hacía la señora Fernández de Garaialde en ese sentido, sobre los a veces abusivos precios de estos laboratorios. Nos consta que en algunos países este mismo medicamento se está comercializando por parte de los laboratorios a un precio que es la cuarta parte del que quieren implantar aquí, en España.

Por eso hemos redactado esa moción, donde ya no se habla de uso compasivo, sino del concepto más adecuado, que es el tratamiento como medicamento extranjero, que recomienda también ese informe de posicionamiento hasta ahora. Nos parece una postura más sensata, estaríamos igual abiertos a cambiar algo en la redacción, si lo consideran oportuno, pero nos parece, como decía, que en estos momentos estamos un poco a la espera, que sigue existiendo el compromiso entre el Ministerio y las comunidades autónomas de armonizar la autorización de estos nuevos productos, por lo que lo más coherente parece esperar a ese informe de posicionamiento terapéutico y adecuar las solicitudes de este medicamento a las indicaciones señaladas que, como decía antes, se prevé que a principios o a mediados del próximo mes estén ya acabadas.

En fin, según cómo quede, decidiremos nuestro voto, que en principio es contrario a la redacción actual, pero esperamos a la aclaración sobre la aceptación definitiva o no de nuestra enmienda con alguna modificación. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Ruiz Jaso, para hacer la réplica, adelante.*

SRA. RUIZ JASO: *Gracias, señor Presidente. Aquí, después de arduas negociaciones, lo primero que queremos aclarar... Preguntaba el señor Martín si se conocía algún caso. Yo, por la información que nos trasladó la asociación, en principio se ha solicitado un uso y por parte del Sistema Navarro de Salud se ha denegado, que tengan constancia en la asociación.*

Entonces, yo creo que no es tan difícil llegar a un acuerdo, yo creo que podemos hacer algo que nos satisfaga a todos y, desde luego, el objetivo es que cuando un especialista quiera prescribir este tratamiento por indicación clínica, desde luego, y en casos autorizados, lo pueda hacer sin encontrarse con la barrera de la Administración, y parece ser, y por la información que tiene el señor Martín, si dentro de un par de semanas se va a poder comprar este medicamento como medicamento extranjero, que coincide también con la información que ayer mismo nos llegaba de la asociación, no tenemos problema en admitir la enmienda que han redactado, siempre que quede más explícitamente la acción que debe llevar a cabo el Gobierno de Navarra. Entonces, proponemos que quede redactada de la siguiente manera, admitiendo la enmienda de sustitución: "El Parla-

mento de Navarra insta al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra a aplicar el sofosbuvir –es decir, no a considerar la adquisición, sino a aplicar el sofosbuvir– como medicamento extranjero con el informe de posicionamiento terapéutico para el tratamiento de la hepatitis C cuando lo solicite el especialista para los casos autorizados por la Agencia Europea de Medicamentos y la Agencia Española de Medicamentos".

Ya hemos dicho en la primera intervención que no estamos hablando de una cantidad de casos tremenda, sino que estamos hablando de casos concretos. De momento, la asociación tiene constancia de una denegación, pero el objetivo es que en los casos autorizados y ante situaciones como las que hemos relatado, un especialista que realmente crea que ese tratamiento va a curar o va a tener, desde luego, una incidencia directa en la calidad de vida de sus pacientes, lo pueda prescribir con esa libertad. Luego, aceptando esa enmienda, quitaríamos el segundo punto de la moción original, pero sí que nos gustaría mantener el tercero. Simplemente es un trámite formal de remitir el acuerdo tanto al Ministerio de Sanidad como al Gobierno de Navarra, desde luego, al Departamento de Salud y a las Agencias del Medicamento. Si les parece, podemos hacer dos puntos. El primero, tal como hemos dicho, y resumo ya, la enmienda de sustitución modificada en los términos en los que he comentado, y mantenemos el tercer punto de la moción original. Si hace falta ahora un pequeño receso para hacer una nueva in voce, *o está claro y se queda estipulado tal como se ha leído.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Si ustedes lo tienen claro... Entiendo que ha sido negociado, por consiguiente, estarán todos de acuerdo. Lo que yo no tengo claro es qué hay que votar ahora, si la moción o la enmienda. La enmienda. Vale. Como se mantiene también el punto número 3 de la moción, lo lógico sería votar la moción admitiendo la enmienda de UPN-PPN.*

SRA. RUIZ JASO: *Sí, si me permite, la enmienda de sustitución del Partido Popular y de UPN sustituiría a los puntos 1 y 2 de la moción original.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Modificada, bien. Entonces, admitiendo la enmienda de sustitución modificada en los siguientes términos: "El Parlamento de Navarra insta al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra a aplicar el sofosbuvir como medicamento extranjero con el informe de posicionamiento terapéutico para el tratamiento de la hepatitis C cuando lo solicite el especialista para los casos autorizados por la Agencia Europea de Medicamentos y la Agencia Española de Medicamentos". Esto viene a sustituir a los puntos números 1 y 2 de la moción. Y el punto número 3 quedaría como está. Entonces, votamos la moción al completo. Pasaría a ser el punto 2. Vale. Entonces, votamos la moción completa con las modificaciones que hemos explicado. ¿Votos a favor? Por unanimidad, queda aprobada la moción con las modificaciones especificadas y que los servicios técnicos se encargarán de poner en orden. Gracias a todos por el trabajo de esta mañana, que ha sido bastante intenso. No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.*

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 35 minutos.)