



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

V Legislatura

Pamplona, 28 de marzo de 2001

NÚM. 9

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. ALBERTO CATALÁN HIGUERAS

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 28 DE MARZO DE 2001

ORDEN DEL DÍA

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de los Consejeros de Salud y de Bienestar Social, Deporte y Juventud para informar sobre la elaboración de un Plan Foral de [Atención Sociosanitaria](#).
 - Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a crear una unidad de [toxicología clínica](#), presentada por el G.P. Convergencia de Demócratas de Navarra.
-

SUMARIO

Comienza la sesión a las 16 horas y 30 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de los Consejeros de Salud y de Bienestar Social, Deporte y Juventud para informar sobre la elaboración de un Plan Foral de Atención Sociosanitaria (Pág. 2).

Abre la sesión el Presidente de la Comisión, señor Catalán Higuera, y cede la palabra a la representante del grupo que ha solicitado la comparecencia, señora Torres Miranda (G.P. Socialistas del Parlamento de Navarra), a quien responden el Consejeros de Salud, señor Cervera Soto, y el de Bienestar Social, Deporte y Juventud, señor Ayesa Dianda (Pág. 2).

En el primer turno de intervenciones toman la palabra la señora Torres Miranda, el señor Puyo Rebollo (G.P. Euskal Herritarrok), la señora Arboniés Bermejo (G.P. Izquierda Unida de Navarra-Nafarroako Ezker Batua), los señores Basterra Layana (G.P. Convergencia de Demócratas de Navarra) y Aierdi Fernández de Barrena (G.P. Eusko Alkartasuna/Eusko Alderdi Jeltzalea-Partido Nacionalista Vasco) y la señora Rubio Salvatierra, a quienes responden conjuntamente los Consejeros de Salud y de Bienestar Social, Deporte y Juventud (Pág. 10).

En un segundo turno toman la palabra el señor Puyo Rebollo y la señora Rubio Salvatierra (Pág. 18).

Se suspende la sesión a las 18 horas y 8 minutos.

Se reanuda la sesión a las 18 horas y 13 minutos.

Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a crear una unidad de toxicología clínica, presentada por el G.P. Convergencia de Demócratas de Navarra (Pág. 19).

Para la defensa de la moción toma la palabra el señor Basterra Layana. En el turno a favor interviene el señor Puyo Rebollo. En el turno en contra toman la palabra el señor Viñes Rueda (G.P. Unión del Pueblo Navarro) y la señora Torres Miranda (Pág. 19).

El Presidente anuncia que ha sido presentada una enmienda *in voce* (Pág. 22).

Se suspende la sesión a las 18 horas y 30 minutos.

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

Interviene en el turno de réplica el señor Basterra Layana (Pág. 22).

Se procede a la votación de la enmienda *in voce* y se rechaza por 6 votos a favor y 6 en contra (Pág. 22).

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

(COMIENZA LA SESION A LAS 16 HORAS Y 30 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de los Consejeros de Salud y de Bienestar Social, Deporte y Juventud, para informar sobre la elaboración de un Plan Foral de Atención Sociosanitaria.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Buenas tardes, señorías. Damos la bienvenida a los Consejeros de Salud y de Bienestar Social, señores Cervera y Ayesa. Vamos a dar la palabra a la portavoz del grupo que ha tomado la iniciativa, señora Torres.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, Presidente. Buenas tardes, señorías. Agradezco la presencia de los Consejeros de Salud y de Bienestar Social, así como del Director General del Instituto Navarro de Bienestar Social.*

La petición de comparecencia que solicitó mi grupo con fecha 28 de septiembre del año 2000, hoy hace exactamente seis meses, pretendía entonces y pretende ahora conocer el plan de atención sociosanitaria, su elaboración y la fase en la que se encuentra, que surge a raíz de una moción socialista que se aprobó por unanimidad en sesión plenaria el 14 de marzo.

Posteriormente, ha habido sesiones de trabajo, en concreto con el colectivo de Anasaps, que aludía también a dicho plan. Se conocía más tarde por publicación en el Boletín Oficial de Navarra la convocatoria y el nombramiento de la plaza de coordinación para este plan, así como el cese de ese nombramiento.

Me gustaría también comentar, a modo de introducción, la comparecencia del Consejero de Salud que tuvo lugar hace unas semanas, para la explicación del Plan Foral de acción sobre el tabaco. Tengo que señalar la diferencia de tratamiento y de

atención que han recibido los planes de acción sobre el tabaco y de atención sociosanitaria.

Por una parte, sobre el plan de acción sobre el tabaco se ha informado varias veces de su existencia, de su trabajo, ha aparecido en los medios de comunicación, y para la redacción de este plan se creó una comisión de expertos que trabajó adecuadamente sobre el tema. Sin embargo, sobre el plan de atención sociosanitaria, nada se ha dicho de él ni desde Salud ni desde Bienestar Social ni mucho menos desde una coordinación interdepartamental. Llama la atención también que en la elaboración de este plan de atención sociosanitaria no hayan trabajado expertos como geriatras, psiquiatras, sanitarios o trabajadores sociales de la Administración.

Se pone, por tanto, de manifiesto que ha habido una cierta pasividad sobre el plan, que ha sido también criticado por diferentes colectivos y organizaciones, y creo que empezamos mal si este plan ya viene tarado. De todas formas, ha pasado bastante tiempo desde que se solicitó la comparecencia y estamos a disposición de que nos informe de cómo está este plan, en qué fase de trabajo, cuáles son las respuestas que han dado los diferentes colectivos y organizaciones y cuál es la opinión que tienen los Consejeros al respecto.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias, señora Torres. Damos la palabra a los señores Cervera y Ayesa.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Señorías, buenas tardes. Efectivamente, como decía la portavoz del grupo parlamentario socialista, no es nuevo para ninguno de todos ustedes la realidad de la necesidad de un plan de estas características, puesto que en algunas ocasiones ha sido objeto de consideración específica por la Cámara. Y precisamente porque no solamente forma parte de lo que la Cámara quiere establecer como documento estratégico en materia de atención sociosanitaria, sino porque así también lo asumió el propio Gobierno desde el inicio de sus funciones y de acuerdo con el programa electoral y de investidura que se presentó ante la Cámara, es por lo que, efectivamente, desde hace ya un tiempo tenemos un documento sobre la mesa, que es en estos momentos objeto de atención de esta Comisión.*

Por añadir algún dato informativo esencial, y sobre todo al hilo de lo que ha sido comentado por la portavoz del grupo solicitante de esta comparecencia, es por lo que tal vez tendría que comenzar por el final. Comenzar por el final en este caso significa fundamentalmente ponerles a todos ustedes en el conocimiento correcto de qué es lo que en estos momentos tenemos sobre la mesa, de qué es en estos momentos lo que constituye el plan de acción

sociosanitaria y también cuáles van a ser los pasos futuros y el proceso en el cual este documento está inserto. Porque, ciertamente, tendría que comenzar por apostillar la intervención de la portavoz del grupo socialista, que en estos momentos no existe un plan de atención sociosanitaria aprobado como tal plan por el Gobierno de Navarra, sino que por el contrario lo que existe en este momento es una aprobación inicial de un documento que como ahora comentaremos es fruto del trabajo de diversos estamentos técnicos de los departamentos de Bienestar Social y de Salud, y que este documento se inserta dentro de un proceso de participación, de un proceso de alegaciones, de un proceso de enriquecimiento de este documento-propuesta, que nos llevará en lo sucesivo a lo que sí se podrá considerar la aprobación final del plan de acción sociosanitaria en Navarra y también de la aprobación correspondiente de las dotaciones presupuestarias que tengan que soportar o que tengan que corresponder a este plan.

Por tanto, quiero indicarles, para comenzar, que estamos en esta comparecencia en un momento en el cual todavía se están valorando las alegaciones, las sugerencias, las aportaciones que se han presentado en un número superior a los tres centenares y que constituyen para nosotros como Gobierno, para ambos departamentos y para el Gobierno en su conjunto, un elemento esencial de enriquecimiento y de aportaciones al documento que desde el propio Gobierno se ha presentado.

Por tanto, quiero decirles que, recogiendo ese antecedente histórico de los dictámenes, los pareceres y los acuerdos de la propia Cámara parlamentaria y también de lo que fue la propuesta de investidura del Presidente Sanz en estas cuestiones, es con lo que les diré que, efectivamente, hubo una aprobación inicial del plan por parte del Gobierno de Navarra, que se hizo en el mes de junio del año 2000, y que posteriormente a esta aprobación no solamente se hizo una difusión a través de una rueda de prensa y se dio a conocer el contenido fundamental del plan, sino que es un plan del cual se hicieron un número importante de ediciones en papel, y que además también se publicó en Internet, de forma y manera que solicitamos en aquel momento, y creo que fue una solicitud exitosa en sus resultados, la participación de todos aquellos agentes asociativos o a título particular que en Navarra pudieran tener algo que decir sobre estas cuestiones.

Como digo, se han presentado más de trescientas sugerencias, alegaciones o comentarios a lo que es la estructura y el contenido del propio plan y en estos momentos estamos en una fase de valoración de todas esas propuestas, ideas, sugerencias, de todo ese nivel de enriquecimiento que también, evidentemente, puede y debe concordar con lo que sea la opinión de este Parlamento y de esta Comisión

concretamente en esta materia y que eso nos llevará, de acuerdo con un calendario y un cronograma que estaba previsto en el inicio y que se mantiene en sus términos generales, a la aprobación definitiva del plan por parte del Gobierno de Navarra, con una fecha máxima en junio del año 2001.

Posteriormente, este plan contempla también el desarrollo de una fase piloto, una fase en la cual se puedan establecer unas áreas concretas de actuación para valorar efectivamente si las propuestas del plan pueden ser eficazmente recogidas en la realidad de nuestros servicios asistenciales y sociales, que esta fase piloto se podrá desarrollar, evidentemente, a partir del verano, a partir del mes de julio, cuando este plan esté formalmente aprobado, que de la valoración durante unos cuantos meses de esta fase de pilotaje se podrá, por tanto, adoptar un posterior acuerdo del Gobierno de Navarra donde se aprobará el desarrollo concreto del plan en todo el territorio foral y se incorporará con conocimiento estricto de causa la correspondiente previsión de financiación y posteriormente, por tanto, podremos enfrentar la concreta ejecución del plan a partir del final de este año 2001.

Éste es un calendario que estaba, como digo, inserto y planteado desde la propia redacción del plan, tal y como todos ustedes conocen, en el cual, por tanto, como verán, estamos en un proceso dinámico, en un proceso de enriquecimiento de las aportaciones que inicialmente hacía el documento, y que esto significa, por tanto, y algo de esto supongo que interesará tanto a la portavoz socialista como al resto del Parlamentarios que, efectivamente, no sólo hemos presentado en público este plan, sino que lo hemos difundido muy específicamente a todos aquellos agentes asociativos y particulares que tienen algo y mucho que decir sobre estas materias y que, como digo, estamos todavía en una fase de enriquecimiento de la propuesta final del plan.

En cualquier caso, sería cuestión de que aunque consideramos desde el Gobierno que éste es un documento ampliamente difundido y suficientemente conocido por los agentes implicados y por todos los que de alguna forma están afectados por él es por lo que tal vez deberíamos en esta comparecencia resumir las líneas generales del plan, cuáles son sus motivos, cuál es la realidad que pretende atender y a partir de ahí poder responder a las preguntas que se puedan hacer.

Quiero decirles, para empezar, que se ha hablado mucho y durante mucho tiempo sobre lo que es la atención sociosanitaria, y ciertamente cuando se encomendó a diversos técnicos y directivos de los departamentos de Bienestar Social y de Salud la redacción de este plan, al primer problema al que se enfrentó, evidentemente, este grupo de trabajo es al de la estricta definición de lo que era la aten-

ción sociosanitaria. Se venía hablando muchísimo de la atención sociosanitaria en tiempos recientes, pero, ciertamente, no había habido, creemos, un adecuado nivel de definición de lo que se tenía que hacer en materia sociosanitaria, que es al final lo que ha acabado por componer y por amalgamar las acciones más operativas del propio plan.

Entiende este documento aprobado por el Gobierno que se requiere una atención sociosanitaria cuando concurren en un sujeto o en una persona concreta las circunstancias de enfermedad y de dependencia y, por tanto, hay una necesidad de simultanear en la actuación que esa persona debe recibir una serie de servicios sociales y servicios de salud o sanitarios.

Saben ustedes que los servicios sanitarios, de acuerdo con el ordenamiento jurídico español y concretamente foral, son unos servicios que gozan de la consideración legal de derecho universal, con unas características de gratuidad y que, por otra parte, sin embargo, la mayor parte de los servicios sociales, dentro también de la legislación aplicable tanto en Navarra como en el conjunto de España, tienen una condición de servicios vicariantes, que son prestados no sólo por el sector público, pero también por el sector público, con unas determinadas características en función de las prioridades que se establezcan, de los baremos y de las condiciones de acceso que se puedan establecer reglamentariamente y también, como corresponde, de acuerdo con la propia disponibilidad de recurso.

Por tanto, veíamos que son dos ámbitos de actuación pública, diría yo que dos ámbitos de actuación preferente de lo público, al entender de este Gobierno, y que, en todo caso, tenían unas circunstancias normativas, unas circunstancias de acceso, unas circunstancias de gratuidad o no distintas y tal vez complementarias.

Quiero también recordar a todos ustedes que, de hecho, en lo que tiene más que ver con lo sanitario, el Real Decreto 63/1995, que es el real decreto conocido coloquialmente como el catálogo de prestaciones, un real decreto que, no hace falta recordarlo, fue aprobado por el último gobierno socialista que hubo en España y que compone lo que es la cartera de prestaciones que la sanidad tiene que ofrecer a las personas dentro de ese ámbito de universalización y de gratuidad, se establece de forma concreta y explícita que la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose, en todo caso, la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales.

Por tanto, después de analizar cuál era el marco diferencial o el marco definitorio de lo que son, por una parte, las prestaciones sociales y, por otra parte, las prestaciones sanitarias es por lo que se pudo avanzar lo que tenía que ser el cuadro general de objetivos de este plan. Y dentro de los objetivos de este plan, objetivos que pueden enunciarse en un número superior a la docena, quisiera indicarles, y por no reiterar cuestiones que seguramente todos ustedes conocen, los principales de todos ellos.

En primer lugar, el plan se plantea delimitar y definir un modelo específico de atención desde un enfoque integral y globalizado para los colectivos de personas con enfermedad y dependencia, como antes aludía, y que, por tanto, estas personas presentan una necesidad a la vez sociales y sanitarias.

Por otra parte, el plan pretende abordar también una garantía de utilización exhaustiva y extensiva de los actuales recursos e instalaciones, donde, como bien saben todos ustedes, coexiste la labor, el trabajo y la competencia de diversas administraciones, de diversos departamentos en materia social, en materia sanitaria que entendía el plan que deberían ser coordinados desde los ámbitos municipales o desde las mancomunidades sociales de base hasta los ámbitos de los propios departamentos de bienestar social o de sanidad.

Asimismo, se pretendía, dentro de los objetivos del plan, desarrollar una red funcional de asistencia sociosanitaria, dotada de recursos ambulatorios, hospitalarios y residenciales de media y larga estancia y, además, fomentar con ello la creación de nuevas alternativas asistenciales.

Asimismo, pretende el plan adecuar y reordenar el sistema sanitario y de los servicios sociales para poder responder a las demandas y necesidades de la población de forma racional y eficiente.

También el plan se plantea alcanzar una suficiente coordinación del sistema de servicios sociales y del propio sistema sanitario que garantizara la continuidad de los servicios sociosanitarios entre los distintos dispositivos y niveles de atención.

Asimismo, impulsar programas de apoyo a las familias de los usuarios y promover la colaboración de las asociaciones de autoayuda y del voluntariado social con el fin de crear una red de cuidados informales; fomentar en el espacio sociosanitario la investigación, la docencia y la formación continua de los profesionales; definir un modelo de financiación de la atención sociosanitaria que garantizara la equidad y la solidaridad, así como la corresponsabilidad; promover en la población general un mayor conocimiento sobre los beneficios de la atención domiciliaria de los planes o de los colectivos objeto de atención en este plan; y

disponer de una estructura ágil para la coordinación sociosanitaria.

Asimismo, hay un tratamiento, dentro de los objetivos del plan, de lo que tiene que ver con lo normativo o con lo operativo, desde el punto de vista administrativo, y así, el plan propone actuaciones como la de la disposición de la normativa específica, de garantía de calidad de centros y servicios sociosanitarios, disponer de protocolos adecuados en los distintos niveles tanto del sistema sanitario como en el de los servicios sociales para garantizar la continuidad y la coordinación de los cuidados, como digo, como tratamiento administrativo o normativo de un objetivo general del plan, y, asimismo, como corresponde a cualquier plan avanzado en ésta o en cualquier otra materia, poder disponer de un sistema de evaluación de la calidad asistencial en los centros sociosanitarios.

Por tanto, después de definir el alcance o la ambición de este conjunto de objetivos, el plan se constituye en cuatro programas específicos que lo configuran y que lo desarrollan. Por una parte, hay un programa concreto de atención primaria sociosanitaria, cómo tiene que ser el desarrollo o la funcionalidad de la atención sociosanitaria en la atención primaria, cómo tiene que hacerse el ámbito de la gestión de las altas hospitalarias, que también tiene mucho que ver con el ámbito sociosanitario esa circunstancia antedicha de que concurre un proceso de enfermedad con un proceso de dependencia y, por tanto, de necesidad de apoyo social. El tercer programa se refiere a la atención sociosanitaria a las personas con enfermedad mental, algo también extensamente tratado por este Parlamento, y también un programa concreto de apoyo a las personas cuidadoras, dentro de lo que es una moderna manera de ver y de entender el conjunto de dispositivos, de personas y de actitudes que deben solidariamente tratar el abordaje de los planes sociosanitarios.

Sobre el primero de ellos, sobre lo que denominábamos en el texto Programa de atención primaria sociosanitaria, se planteaba también dentro del texto una serie de objetivos específicos, tales como garantizar a la población con conjunción de dependencia y enfermedad una asistencia sociosanitaria adecuada y coordinada, elaborar un sistema ágil de detección, atención y seguimiento de las necesidades sanitarias y sociales de la población residente en Navarra, garantizar una atención comunitaria sociosanitaria continuada y coherente a todas aquellas personas con problemas de autovalimiento que residan en su domicilio, garantizar también una atención adecuada a aquellas personas institucionalizadas y también simplificar el actual proceso de acceso a las prestaciones.

Precisamente dentro de este marco se plantea una serie no sólo de objetivos específicos sino tam-

bién de acciones concretas como, por ejemplo, la de difundir en las redes de atención primaria de Salud y de Bienestar Social las respectivas carteras de servicios y los servicios existentes en cada zona y su forma de acceso, tratando de simplificar el conocimiento de la red y, por tanto, el acceso a la misma. También el establecimiento de un responsable de información y asesoramiento en cada centro de ambas redes –repito, la red de atención primaria tanto de Bienestar Social como de Salud– para que, efectivamente, se pueda establecer esa función de información y de asesoramiento directo en aquel lugar en el que habitualmente se requiere el servicio. También el diseño de un impreso único de recogida de información sanitaria para el acceso a las prestaciones sociales, por tanto, tratar de incorporar una coordinación administrativa también dentro de lo que es el tránsito, así se puede denominar; de una persona dentro de los dispositivos sociales o sanitarios. También la organización de la atención sanitaria a residencias y centros de día por parte del propio Departamento de Salud y la creación de un núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria en cada zona básica de salud que, como bien saben todos ustedes, son 54.

Había un análisis del que no voy a ser exhaustivo respecto de los distintos dispositivos que se deben integrar en la gestión de los casos para la atención a las personas con problemas de dependencia en la propia Comunidad. Saben ustedes que existe en el entramado de servicios públicos, sociales y sanitarios en la Comunidad Foral distintos niveles de competencia y distintos niveles de pertenencia de estos servicios a distintas instituciones. Hemos hablado anteriormente de los servicios sociales de base, de los dependientes del Instituto Navarro de Bienestar Social y de los propios servicios que están asignados dentro de los centros de salud a cuestiones para el tratamiento o la gestión de los casos de personas con problemas de dependencia en la Comunidad. Por tanto, hay un planteamiento integrador de estos servicios, un planteamiento, como ven ustedes, de oficina única, un planteamiento en el cual se trata de facilitar el recurso más adecuado a la persona de acuerdo con un principio de simplificación en el acceso.

Como les comentaba anteriormente, también se establece en este plan lo que es un planteamiento concreto sobre la gestión de las altas hospitalarias. Es una realidad todavía hoy presente en nuestros hospitales la situación en la cual hay personas que son renuentes a que se les dé el alta hospitalaria cuando tienen luego que enfrenar ellos por su cuenta y a través de sus propios medios lo que es la convalecencia en un recurso que consideran que no está a su alcance y, en este sentido, se plantea dentro del plan general la ordenación de los recursos y de los servicios, la valoración de la implanta-

ción progresiva de nuevos servicios en estas materias, la creación de equipos multidisciplinares de gestión de altas hospitalarias, la protocolización de los circuitos de derivación, la designación de responsables de referencia de la continuidad de cuidados de los pacientes y también la colaboración con los núcleos básicos de coordinación de atención primaria.

También les comentábamos anteriormente que hay una definición y un desarrollo concreto de lo que son las necesidades sociosanitarias de los enfermos mentales y, en ese sentido, el plan hace unas propuestas yo creo que muy avanzadas y que podemos resumir en los siguientes puntos. Por una parte, dotar a este colectivo de un número de plazas de carácter residencial en distintas modalidades, que satisfagan las necesidades detectadas, cuestión ésta en la que, como todos ustedes saben, el Gobierno de Navarra no solamente está en estos momentos en la disponibilidad de plantear esto como una solución a un problema, sino que ya se ha avanzado y se han tomado ya decisiones relativas a la creación de esas plazas residenciales para personas con enfermedad mental.

También se plantea la reordenación de la prestación de servicios en el área ocupacional, incrementar el número de recursos en esa misma área, mantener el apoyo a la realización de actividades de ocio y tiempo libre e incrementar el número de personas que se benefician, ampliando las mismas a otras zonas de Navarra de las que actualmente lo disfrutaban, definir la atención domiciliaria a las personas con enfermedad mental, la elaboración y puesta en marcha de un proyecto para llevar a cabo en Pamplona y en otras zonas de Navarra esta experiencia pionera, como digo, de atención domiciliaria a personas con enfermedad mental y también a facilitar el ejercicio de la acción tutelar a las personas que en su caso lo necesitaran.

Hay una serie de acciones que están definidas en el plan en este ámbito de la atención a las personas con enfermedad mental, que se refieren a cuestiones, como antes comentaba, tanto desde lo que tiene que ver con el área residencial al área laboral ocupacional e incluso a esa función tutelar que también debe tener una consideración concreta, así como lo que corresponde al área de ocio y tiempo libre y al área jurídico legal.

Les decía que hay cuatro programas concretos que se establecen en este plan y el último de ellos, pero no lo último, se refería, como antes les he indicado, al programa de apoyo a las personas cuidadoras. En este sentido, se plantea dentro del plan establecer políticas prioritarias de asistencia y apoyo a las familias cuidadoras como parte integrante del plan de atención sociosanitaria, y sobre todo potenciar los programas de ayuda a los cuidadores que garanticen la suficiente información, for-

mación, asesoramiento, servicios de respiro, apoyos técnicos y ayudas económicas que faciliten la continuidad de su difícil y comprometida labor y, en consecuencia, a la propia permanencia de la persona dependiente en su entorno habitual, siendo éste el más deseado, a juicio de quienes conocen estos problemas, desde luego, el más beneficioso y seguramente también el que más retrasa o impide la institucionalización de estas personas.

A partir de las propuestas de este planteamiento general de objetivos y de estos programas operativos, el plan establece, evidentemente, una serie de elementos de coordinación y de dotación de funcionalidad a los objetivos previstos que significan fundamentalmente cuatro niveles de gestión y de coordinación. El primero, el que se refiere a una comisión técnica y de seguimiento del propio plan, que se basa precisamente en quienes han participado en su redacción y quienes tienen, evidentemente, la obligación administrativa y dentro del propio Gobierno de Navarra de hacer el correspondiente seguimiento y el correspondiente aporte de recursos y de medios para el desarrollo de lo que está previsto inicialmente en el plan. Asimismo, se ha planteado la creación de una figura de coordinador de atención sociosanitaria de Navarra, una figura que ha sido ya creada también a través de un acuerdo del Gobierno de Navarra y que se supone que tiene que ser una figura esencialmente valiosa precisamente para el desarrollo unificado de todas estas políticas de atención sociosanitaria que, como antes les decíamos, son unas funciones y unas capacidades que sobre todo tienen que ver con la coordinación de los distintos servicios ya presentes en el conjunto de la Comunidad Foral.

Asimismo, se pretende establecer, y así se plantea, un núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria en el sector de salud mental, entendiendo que hay una especificidad de estas necesidades, de estos requerimientos en el ámbito concreto de la salud mental y, por lo tanto, se pretende establecer también un nivel de control y de coordinación concreta dentro del ámbito de la salud mental y también desde el punto de vista territorial y, en cuarto lugar, un núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria en cada una de las zonas básicas de salud de Navarra.

Como ven ustedes, el esquema administrativo sobre el que se quiere funcionar es un esquema transversal, es un esquema en el cual se pretende que haya una dirección y un liderazgo del propio plan en el conjunto de recursos sanitarios y sociales de la Comunidad Foral, pero esto no impide que también haya una desagregación de distintos niveles de responsabilidad, que van desde esa figura del coordinador de atención sociosanitaria hasta lo que tiene que ver estrictamente con el ámbito específico de la salud mental hasta lo que tiene que

ver también con la implantación en el territorio, es decir, en las distintas zonas básicas, del conjunto de dispositivos, de recursos y de soluciones que el plan plantea.

También hay, evidentemente, una consideración sobre la financiación de este plan, y es una consideración sujeta a la fase de pilotaje, por tanto, a la fase de evaluación concreta de los requerimientos, que será la que se desarrolle a partir del verano en la Comunidad Foral y la que derive, por tanto, en una decisión concreta sobre la financiación y sobre los requerimientos exactos ya constatados de lo que este plan va a suponer para las arcas públicas.

En cualquier caso, se establece que hay un panorama de financiación que, evidentemente, tiene que ser un panorama plurianual desde el año 2001 hasta el año 2005, donde se deberá reevaluar este plan y que, efectivamente, la consideración concreta de las partidas presupuestarias se hará definitivamente tras la aprobación del resultado de la fase pilotada que este plan va a tener.

Pero al mismo tiempo el plan establece, evidentemente, un marco general de financiación. El texto que se ha presentado establece que se deberá financiar a través de las aportaciones correspondientes a diferentes departamentos: el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, y que además de esta financiación estrictamente pública, estrictamente a cargo del Presupuesto, no podemos ni en éste ni en ningún otro momento desdeñar las posibles aportaciones de otras vías de financiación, como son las iniciativas de la obra social de las cajas de ahorro, el planteamiento que se puede hacer en el ámbito nacional sobre el seguro de dependencia, un planteamiento realmente interesante y realmente garantista para el futuro en todas estas cuestiones, y también de lo que es ya una cuestión conocida por todos ustedes como Parlamentarios y que forma parte del desarrollo que el Gobierno quiere tener en estas materias, como son las medidas fiscales de apoyo a las familias cuidadoras de personas con dependencia.

En todo caso, quiero finalizar esta parte que me corresponde de la intervención reiterándoles que, efectivamente, en estos momentos disponemos de un texto, que creemos que es positivo en el sentido de que ha sabido suscitar aportaciones, expectativas, de que ha podido suscitar un debate y una serie de aportaciones que desde luego lo validan como texto, que desde luego reiteran el hecho conocido y argumentado en algunas ocasiones de que éste es el primer documento de estas características que se conoce en nuestro país. Evidentemente, los departamentos de Bienestar Social y de Salud hemos cumplido con nuestra obligación de coordinarnos y de trabajar conjuntamente en la resolución de una serie de problemas y de una serie

de planteamientos de futuro que tienen que ver con lo que, evidentemente, a los dos departamentos nos incumbe: con el espacio sociosanitario, y que, efectivamente, el Gobierno de Navarra tiene la mayor intención de reconocer cualquier aportación que se pueda hacer en esta materia y que, como digo, en estos momentos se está valorando después de que este plan se haya expuesto a la opinión pública y también muy específicamente a la opinión de los propios implicados en el mismo, de forma y manera que lo podamos enriquecer para su aprobación final.

En cualquier caso, estamos –creo que puedo hablar en nombre de ambos Consejeros– absolutamente esperanzados, en el sentido de que creemos que es un documento necesario de planificación y de desarrollo futuro, que, desde luego, responde a nuestras posibilidades y a nuestras necesidades y que, en cualquier caso, en una actitud de diálogo y en una actitud constructiva y de reconocimiento de las aportaciones positivas que se puedan hacer en esta materia por cualesquiera estamentos interesados, es en la fase en la que en estos momentos estamos, esa fase en la cual estamos valorando las aportaciones que se nos han hecho y que junto con las propias opiniones y aportaciones que se puedan hacer desde el ámbito parlamentario compondrán el texto final que se desarrollará en el pilotaje inicial y en sus efectos futuros a través de los correspondientes acuerdos de gobierno con el cronograma que antes expresaba. Por mi parte, esto es todo, Presidente. Muchas gracias.

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

SR. CONSEJERO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD (Sr. Ayesa Dianda): *Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señoras y señores Parlamentarios. El Consejo de Salud, señor Cervera, ha hecho una exposición de cómo está el plan en estos momentos. Pero hay que recordar que en el año 82 ya oí hablar del espacio sociosanitario, cuando asumí funciones en la ponencia de Sanidad de la Diputación Foral de Navarra, y a lo largo de estos años en mis distintas responsabilidades en el ámbito nacional, tanto en el Consejo Interterritorial de Salud como en el Consejo Interterritorial de Bienestar Social, he venido oyendo hablar numerosas veces de los planes sociosanitarios que realmente era un problema complicado, tiene dificultades evidentes, pero que hasta ahora ni en el Estado ni en Navarra se había plasmado en un documento como el que hoy tiene Navarra, y el Gobierno ya ha dado el primer paso para su aprobación.*

No voy a hacerles otro recordatorio exhaustivo del documento porque creo que el Consejero de Salud lo ha hecho perfectamente. Por lo tanto, quiero

decirles que suscribo desde la primera hasta la última de sus palabras puesto que este documento ha sido trabajado por los técnicos de ambos departamentos y creo que hay que decir que a plena satisfacción y sobre todo y fundamentalmente con un gran entendimiento por ambas partes.

Por lo tanto, me voy a referir a algunos aspectos. En primer lugar, comparto y asumo ese compromiso de garantizar una actuación exhaustiva de los actuales servicios sociosanitarios dependientes del departamento que tengo el honor de presidir. Y haré una relación muy sucinta de cuáles son en este momento los que disponemos en el departamento: ayudas extraordinarias para personas con dificultades de autovalimiento destinadas a resolver situaciones de emergencia; prestaciones económicas para balnearios, cuya finalidad es posibilitar un tratamiento médico adecuado e individualizado y fomentar la relación social de los usuarios; ayudas de asistencia especializada para personas minusválidas destinadas a posibilitar tratamientos ambulatorios de carácter rehabilitador en concepto de estimulación global de 0 a 3 años y el transporte derivado de los mismos; la logopedia; la psicomotricidad; la fisioterapia; prestaciones económicas para la movilidad de personas disminuidas para apoyar los medios de transporte; prestaciones económicas para estancias en centros ajenos de tercera edad y en centros ajenos destinados a personas con minusvalías psíquicas; prestaciones económicas a entidades para organizar programas de vacaciones para personas discapacitadas; subvenciones para funcionamiento y equipamientos menores y fomento de actividades recreativas y de ocio a través de las residencias, clubes y asociaciones sin régimen de concierto en el área de tercera edad; subvenciones a entidades y asociaciones para funcionamiento, equipamiento y actividades que atiendan a personas que padecen minusvalías en centros ocupacionales y asistenciales; servicio telefónico de emergencia dirigido fundamentalmente a personas mayores de 65 años y personas discapacitadas; instalación de teléfonos de texto para personas sordas o con dificultades en el habla; servicio de calificación y valoración de minusvalías –la calificación es un documento personal que tiene validez en toda España, que acredita el grado de minusvalía y que da acceso en la actualidad a diferentes prestaciones y servicios, según el grado y características de las mismas–; y, por último, programa de atención a domicilio, gestionado y financiado por el Gobierno de Navarra y los ayuntamientos, y que se dirige fundamentalmente a personas mayores o con discapacidad.

Para la coordinación de todos los servicios y la óptima utilización de estos servicios y el adecuado desarrollo de esa red asistencial que se extiende a todo lo largo y ancho de Navarra se hace necesaria

ria la reordenación del sistema de servicios sociales. La red de servicios sociales, como ustedes saben, tiene aproximadamente veinte años en Navarra, se ha ido extendiendo poco a poco y hoy está muy consolidada, se extiende a todo lo largo y ancho de nuestra Comunidad y maneja un número de recursos realmente importante.

Sin embargo, los problemas a los que debe hacer frente han cambiado. Podemos destacar, entre otros, los siguientes: nuevas situaciones de dependencia originadas por el envejecimiento de la población que las familias actuales no pueden resolver sin apoyo, nuevas formas de exclusión originadas por los rápidos cambios sociales y nuevas situaciones de riesgo para los niños que no se encuentran en una situación familiar sólida y estable.

Pero no sólo han surgido nuevos problemas, sino también nuevas oportunidades. El desarrollo socioeconómico de la Comunidad Foral hace que nos tengamos que plantear de modo razonable y realista nuevos objetivos, además del desarrollo de las ciencias sociales y aplicadas con nuevas experiencias, intervención y nuevos protocolos de actuación, que hacen, y hemos de reconsiderar, que esta red de los servicios sociales de base, en concreto, el plan de la reordenación de la atención primaria, haya de ser una realidad en el futuro.

Este compromiso que yo adquirí el año pasado, y cuyo primer borrador ha aprobado el Gobierno para seguir en este trabajo, está prácticamente terminado y tiene una coincidencia en numerosos aspectos en esta reordenación de los servicios de atención primaria con el plan sociosanitario. Y ésta no es casual porque se ha hecho por parte de los técnicos también en colaboración con el Departamento de Salud y, evidentemente, son dos planes que se solapan en muchos aspectos.

Pasaré a darles las líneas básicas que propone el plan de reordenación de la atención primaria de servicios sociales, que son los siguientes: organizar la red de servicios sociales de atención primaria en tres niveles, de modo que se garantice un mayor acercamiento de los recursos y centros al ciudadano; incorporar la dimensión del trabajo comunitario en todos los programas de atención primaria; renovar las fórmulas y métodos de trabajo para garantizar una mayor calidad en el trabajo social implantando la gestión de casos como modo habitual de atención; y, por último, definir el trabajo en torno a tres focos: atención a la familia, a la infancia y a la adolescencia; un segundo campo de trabajo incorporación social y laboral; y un tercer campo de atención a personas con dificultades de autovalimiento.

A partir de este aspecto, me ceñiré a las personas con problemas de autovalimiento, porque es lo que realmente va a entrar dentro del espacio socio-

sanitario. Este programa propone el mismo método de trabajo que el plan sociosanitario en cuanto a la gestión de casos. Este método debe permitir abordar positivamente algunas de las cuestiones siguientes: valoración única de cada caso en sus diversos aspectos, realizada por técnicos cualificados para analizar por una doble vertiente los aspectos sociales y sanitarios, lo cual debe exigir al mismo tiempo un diseño conjunto del plan de cuidados de cada caso, adaptándose de una forma flexible a las circunstancias cambiantes que en cada momento se pueden dar al tener una atención personalizada de los casos tanto en cuanto se refiere a los servicios sociales como al sistema de salud.

En este programa, en el cual se incluyen acciones de tipo individual y también acciones de tipo comunitario o colectivo, las acciones de tipo individualizado serán la prestación de cuidados domésticos y personales a la persona con problema de autovalimiento, atención domiciliaria cotidiana, atención domiciliaria de respiro concentrada en momentos puntuales determinados en personas cuidadoras que tienen que asistir en un momento dado y atención domiciliaria de urgencia que será limitada exclusivamente a períodos relativamente breves en los que haya que tener una atención especializada. Por ejemplo, es el caso que ha expuesto el señor Consejero de Salud, el regreso al domicilio tras una hospitalización, momentos de una crisis en un domicilio, después de la hospitalización, etcétera.

Las principales acciones dentro de este campo de atención individualizada son el acceso a ayudas técnicas mediante préstamo o apoyo para su adquisición, formación y orientación de las personas cuidadoras, y orientación también a aquellas personas voluntarias que trabajen en tareas de acompañamiento de las personas que se atienden en ese momento.

Las acciones de orden comunitario serán sensibilizar a la comunidad acerca de los problemas y dificultades de las personas dependientes, establecer redes de detección de casos de necesidad de atención y de contacto, favorecer el apoyo de redes informales extrafamiliares a las personas atendidas y facilitar el acceso a las mismas a actividades a la comunidad y crear estructuras de apoyo mutuo para las personas cuidadoras. Al mismo tiempo se está promoviendo ya y contribuyendo a organizar una red de voluntariado para el acompañamiento a personas que tengan dificultades de autovalimiento.

Es importante hacer hincapié en la formación de las personas cuidadoras y también en la necesidad de una estrecha colaboración a lo largo de todo el proceso y un mecanismo de coordinación entre los dos departamentos en lo acordado en el plan sociosanitario.

Antes de acordar esta redacción definitiva del plan de reordenación de atención primaria de los servicios sociales es conveniente también realizar una experiencia piloto. Esa experiencia piloto, que ha de ir coordinada con el plan sociosanitario y que, evidentemente, es necesaria puesto que no tenemos puntos de referencia ni en esta reordenación ni en la experiencia de un proceso sanitario en ninguna comunidad española y, por lo tanto, los recursos tanto humanos como económicos que el plan necesite, naturalmente, requieren, antes de tomar una decisión definitiva y saber por qué camino hemos de ir, hacer esta experiencia piloto que se va a hacer en dos unidades, en dos zonas básicas: una es la zona de Estella-Villatuerta, y otra es en las unidades de barrio de Rochapea, Chantrea y San Jorge, con lo cual, durante este año 2001 tendrá lugar esta experiencia piloto para adoptar una decisión definitiva a final de año de con qué recursos podemos contar, qué medios humanos requiere y qué necesidades podemos abordar y, por lo tanto, yo creo que ése es un tema fundamental para finalizar con el plan.

Creo que hay una dificultad y, evidentemente, hay espacios dentro del espacio sociosanitario en los que puede ser dificultoso determinar en qué espacio nos movemos en algunas situaciones, pero, evidentemente, pueden tener la seguridad sus señorías de que tanto por parte del Departamento de Salud como por parte del Departamento de Bienestar Social hay un plan que tiene de positivo que es el primer plan que se ha realizado en España, que es el primer plan en el que dos departamentos, el de Bienestar Social y el de Salud, se han puesto de acuerdo y que, evidentemente, las dificultades que el plan pueda acarrear a lo largo de su camino serán resueltas en este período en el cual todas las aportaciones que vengan en su exposición pública y este plan piloto va a llevar a que estas dificultades que pueda tener se resuelvan.

Creo que hemos dado un importante paso adelante y que esta colaboración estrecha entre el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social va a redundar en beneficio de todos aquellos ciudadanos que necesitan solucionar sus problemas desde el punto de vista sanitario y social, que muchas veces son aspectos que van muy unidos y que, evidentemente, hasta ahora la resolución se hacía cada uno por su lado, y también hay que decir que tenía un costo sobreañadido porque muchas veces se doblaba el servicio. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Catalán Higuera): *Muchas gracias a usted, señor Ayesa. No sé si algún portavoz desea que inter rompamos la sesión, si no, continuaríamos. Pues continuamos y tiene la palabra la señora Torres.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, Presidente. Agradezco la exposición y la información que*

nos han aportado sobre el borrador, que no plan de momento, porque no está aprobado, y que ya íbamos conociendo.

A esta portavoz y a su grupo les sigue llamando la atención, máxime cuando es un texto nuevo no en Navarra, sino en todo el territorio de España, cuando las palabras atención sociosanitaria se vienen empleando desde hace tiempo y ha sido de difícil abordaje, que no se haya contado con expertos para la elaboración de este plan, máxime cuando tienen mucho que decir, y así lo ha manifestado el Consejero de Salud, las personas que trabajan con esta población, que son las usuarias de la atención sociosanitaria. Les llama la atención que solamente se les remite una vez que se ha elaborado.

Y, desde luego, sobre la definición de texto positivo, esta portavoz hace la lectura contraria. Un texto que ha sido remitido a los colectivos y organizaciones, que han presentado alrededor de trescientas alegaciones al respecto, no sé si yo lo denominaría positivo cuando lo quieren modificar tanto. Habrá que saber también si esas alegaciones son de supresión, en todo caso, de adición, pero lo que sí les pediría a los Consejeros es que tengan en cuenta de verdad, que recapaciten sobre esas alegaciones que han hecho los colectivos y las organizaciones y que las tengan en cuenta en este borrador, que nuestro grupo ya ha estudiado y ha tenido también contacto, porque así lo han solicitado las diversas organizaciones, algunos colectivos y sobre todo muchos trabajadores sociales que estaban preocupados con este plan.

Y como problemas relevantes que hemos sonseado de la lectura, del estudio y de las aportaciones de estos colectivos que he comentado, quisiera destacar algunos como, por ejemplo, el poco rigor del estudio de las necesidades a las que hace referencia, que aquí en el borrador ponía en el año 2001, que el plan es tan solo una oferta de choque tendente a paliar la carencia de la situación actual de este tipo de recursos, pero que tampoco la solventa, y es necesario, a nuestro entender, una estimación de necesidades a medio y largo plazo. No existen unos estándares asistenciales a los que aspira a llegar nuestra Comunidad comarcalizados y territorializados. Por otra parte, tampoco está especificada una operativa de implantación y temporalización de estos estándares, no establece los recursos necesarios para lograr los objetivos de atención sanitaria de la población a la que va dirigido el plan, hay una tendencia a derivar a los ancianos y a los enfermos crónicos desde la asistencia sanitaria a la protección social que no es gratuita ni universal.

El tratamiento que se le da al programa de apoyo a los familiares y a los cuidadores, a nuestro entender es poco riguroso y, en todo caso, con una dotación insuficiente. No existe una determinación

del coste total de la propuesta, en cualquier caso, la estimación de las necesidades del plan de choque están calculadas a la baja. Tampoco está claro el modo de financiación, porque puede ser, como se ha comentado, a través de los Presupuestos Generales o de consorcios con las cajas o a través de un seguro, pero son de todas maneras medidas diferentes de distinto impacto sobre la equidad. Y, en cualquier caso, de verdad, a mi grupo le parece que este borrador de plan, porque, desde luego, no lo consideramos un plan, necesitaría unas rectificaciones para servir de base para la elaboración de un plan. Nos parece que es más un toreo de salón que una propuesta realista en la que no se ha empleado, a nuestro entender, el suficiente énfasis ni la suficiente voluntad política para desarrollar un verdadero sistema sociosanitario en todo el territorio de nuestra Comunidad Foral que, por otra parte, era la intención cuando presentamos la moción del desarrollo de ese espacio sociosanitario que, como bien comentamos, es difícil, porque a veces es difícil separar lo que es realmente una necesidad sanitaria de una social y por eso queríamos que hubiese ese espacio sociosanitario para que se englobara de forma integral a estos pacientes que requieren, y hay muchos, esos servicios sociosanitarios. Nada más y gracias.

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

SR. PUYO REBOLLO: Buenas tardes. Saludo la presencia de los señores Consejeros y de todo el mundo. La primera reflexión que se debería hacer, situándonos en el tiempo y retrotrayéndonos un año, por lo menos la sensación que tiene mi grupo es que en su día esto se presentó a bombo y platillo como un plan foral de acción sociosanitaria y ahora se ha convertido en un borrador, pero que lo cierto es, tal y como se presentó en prensa y la trascendencia que tuvo, que parecía que era un plan que se anhelaba, que de alguna manera había llegado, que era pionero en ese sentido, como ya se ha apuntado por parte de los señores Consejeros, pero que de alguna manera estaba aquí. Incluso me acuerdo de que en determinadas comparecencias de determinados colectivos vinieron y nos explicaron y nos dijeron todo lo benevolente que podía llegar a ser este plan y la necesidad de que hubiera un consenso entre todas las fuerzas políticas cuando aún no había un conocimiento ni parcial ni total de lo que era el plan.

En ese sentido, creo que se ha pasado de una percepción de tener un plan a tener un borrador del plan y, evidentemente, en eso hay muchos elementos que intervienen, entre ellos que a lo que se presentaba como la panacea resulta que le han salido 371 enmiendas desde diferentes ámbitos y, evidentemente, ahora eso se puede entender como un

elemento positivo, que lo es, en palabras del señor Consejero, por el interés que ha suscitado. Pues nos quedamos todos con esta alegría pero, desde luego, si yo hubiera sido uno de los redactores del plan lo cierto es que no sería motivo de alegría para mí el hecho de que a un plan le den la vuelta como se le da la vuelta.

Respecto al plan como tal, yo podría hacer una valoración, pero no porque lo conozca de manera oficial, evidentemente, porque es curioso, ya sé que es un borrador, que está en un proceso de tramitación, pero creo que por lo menos habría que haber tenido un poco más de tacto por parte del Gobierno y haber remitido ese borrador por lo menos a los miembros de la Comisión para poder hacer un seguimiento especial del tema, máxime teniendo en cuenta que ha habido una especial sensibilización por parte de este Parlamento. Aquí ya se ha comentado que la elaboración de este plan fue una petición que este Parlamento le hizo al Gobierno de Navarra. Se me podrá contestar que me puedo meter en Internet y sacarlo, como muchos hemos hecho, o pedir fotocopias a determinada gente para poder hacerlo. Pero oficialmente en esta casa ésta es la primera ocasión, la presencia de ustedes, en la que podemos hablar de lo que es el plan de atención sociosanitaria.

Por tanto, manteniendo esos ritmos, no voy a entrar a valorar el plan, porque después de estar con determinados colectivos de profesionales que están muy metidos en este mundo, lo cierto es que ellos mismos trasladan la sensación de que ahora mismo, tal y como está, el borrador del plan es un plan condenado al fracaso. Insisten mucho en que no define el espacio sociosanitario, insisten en que se carga los equipos de atención primaria, que se sustituye esa atención integral que era propia por un criterio meramente asistencial, incluso cuando hace referencia a la metodología de gestión de casos aquí se plantea que se desgaja lo social de lo sanitario, se ha comentado también por la otra portavoz que hay una sucesión muy intensa de derivaciones precisamente contraria a esa metodología. Se habla, insisto, por parte de los profesionales.

Como grupo político tengo que decir que hasta ahora no tenemos un criterio político, pero es un plan muy teórico, se habla de mucha coordinación y, de alguna manera, se ve poco viable. También se criticaba lo que es una falta de evaluación del plan y otros muchos aspectos. Por lo tanto, insisto, con el riesgo de incurrir en errores por no conocer el texto definitivo, creemos, en función de lo que hemos podido contrastar, que ciertamente tiene poco futuro. Lo decimos por las propias aportaciones que se están haciendo por parte de los profesionales, cerca de cuatro centenares son excesivas aportaciones, más que aportaciones parece que son excesivas pegas. Y luego ha habido una serie de

elementos que no se han comentado, por ejemplo, la poca vida en su puesto de coordinador de la persona que fue designada para coordinar el plan, que apareció y desapareció como el Gadiana, sin más. Luego, hay versiones también oficiosas de que el propio coordinador del plan no se lo creía y eso motivó que se fuera, pero no vamos a entrar en casuística. También, como comentaban muchos de ellos, se ha sido poco respetuoso en esa elaboración porque ni siquiera se ha querido recibir por parte de la dirección a profesionales de trabajo social que querían participar.

En cualquier caso, como en este momento soy un mar de dudas, quisiera, si pueden, teniendo en cuenta que hay un número importante de enmiendas presentadas, que indicaran por favor en qué sentido se han presentado esas enmiendas, qué es lo que mayor contestación está provocando entre el colectivo de profesionales, es decir, si va a haber voluntad por parte del Gobierno de incorporar esas enmiendas. Se ha apuntado la posibilidad de que sea remitido al Parlamento, pero quisiera saber en concreto si finalmente ese plan va a ser remitido al Parlamento para su debate y su posible mejora para que luego no tengamos que estar como con otros planes del Gobierno aquí en la eterna duda de si caerá o no caerá por esta casa. Gracias.

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

SRA. ARBONIÉS BERMEJO: *En primer lugar, saludo a ambos Consejeros y al Director General de Bienestar Social. Por parte de nuestro grupo, hacer una valoración política en estos momentos sería temerario, teniendo en cuenta que, como se ha dicho anteriormente, y es además algo que ha llamado poderosamente la atención, que en otras ocasiones se haya venido a la Comisión y se haya traído, por ejemplo, lo que los mismos Consejeros han dicho, que dispusiéramos de material, digamos, escrito, para que pudiéramos hacer una primera evaluación porque, evidentemente, este plan está en Internet, pero el Parlamento no tiene conocimiento de ninguno de los borradores que hayan transitado sobre el plan.*

Sí tenemos conocimiento, y no solamente por parte de los profesionales, que es una parte importante implicada, sino también por parte de diversos colectivos, de que se han presentado casi cuatrocientas enmiendas, lo que significa que el plan realmente necesita un abordaje desde su propia estructura, y llama poderosamente la atención que ni siquiera se haya dicho a quién va dirigido este plan, a cuántos colectivos, a cuántas personas en Navarra daría cobertura, su cuantificación. Sobre los recursos económicos, de lo único que tenemos conocimiento es de los cincuenta millones, que ni por asomo podríamos considerar como cobertura a

este plan que, claro, al final tiene que llegar a la experimentación porque no se lo creen ni los propios que lo han gestado.

Quedan muchas dudas, empezando porque no diagnostica la situación a la que va a responder, porque al final la sensación que se extrae de los borradores, que no sabemos cuántos habrá habido, empezando por el anteproyecto, es que se tiende a barrer una serie de colectivos de enfermos crónicos que presentan necesidades y problemas de autovalimiento y que al final van de ese espacio sanitario donde hay una gratuidad garantizada a otro espacio, que es el espacio social, el de prestación graciable, según disponibilidad de recursos y según la voluntad que haya en cada momento.

En relación con el espacio sociosanitario nuestro grupo ya pidió que hubiera una ley foral, porque creemos que se debe dejar meridianamente claro a qué población se dirige, de qué recursos estamos hablando, de qué respuesta, porque al final mucho me temo que los movimientos de profesionales que sí responden a variaciones que va a haber en la Administración no sea lo más llamativo en este sentido, sino que lo más llamativo sea que nuevamente aquella responsabilidad que se habla de compartir, y eso recuerda a la Comisión Especial que hubo en el Congreso en el año 97, que hablaba de la corresponsabilidad como si las familias que hasta ahora en el área mediterránea hemos sido las que hemos dado respuesta, con muchas horas a temas sanitarios y a temas sociales, pues tengamos que dar, al parecer, la misma respuesta o todavía más por los claroscuros que hay en este plan.

En ese sentido, nosotros pensamos que se debe ser cauto, que se debe empezar por diagnosticar la situación y decir con claridad con qué recursos vamos a contar, porque se ha dado el ejemplo de Salud Mental y la propia ley del 87 hablaba de la coordinación de los servicios sociales y sanitarios y ha resultado un rotundo fracaso y han sido necesarios trece años para tener atención domiciliaria, por ejemplo. Realmente, mucho nos tememos que al final los abuelos vayan a casa y de lo que se trate sea de sacar a una serie de colectivos de la atención sanitaria gratuita y colectivos desarrollaremos, haremos y contaremos con que esos, pero a la hora de la verdad, como no sea la hija, la nuera o la esposa, realmente nos quedamos otra vez como hemos estado hasta ahora. Eso es lo que no puede ser, y en ese sentido nos parece que no disponer de ninguno de los textos es un síntoma de grandes dudas y el hecho de ir a la experimentación realmente nos reafirma que las dudas y el resultado puede ser un proceso de maquillaje que puede quedar muy bien, pero luego resultados concretos ninguno.

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

SR. BASTERRA LAYANA: *Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, agradezco la presencia de los Consejeros de Bienestar Social, señor Ayesa, y de Salud, señor Cervera, y del Director de Bienestar Social, señor Alli.*

La verdad es que tampoco conozco el plan, pero no voy a ser tan pesimista como algunos de los portavoces que me han precedido. Parece que es un plan ambicioso y como es un borrador parece que tiene por lo menos trescientas enmiendas o propuestas, yo también creo que dentro de esas trescientas enmiendas o propuestas habrá muchas que serán repetitivas porque están creadas por diferentes grupos, entonces, a lo mejor son muchas menos y habrá que ver cuáles son las más importantes para tenerlas en cuenta.

No puedo hacer una valoración política de cómo va a ser el plan mientras no lo conozca, pero sí le puedo decir y adelantar que, desde luego, nosotros estamos dispuestos a colaborar y a trabajar para que se mejore el tema del plan sociosanitario de Navarra que con tantas ganas hemos pedido, porque creemos que si Navarra va bien aún puede ir mejor, si la dotamos de un buen plan sociosanitario aún puede ir mejor, no solamente para los que están en Navarra, sino incluso para los que puedan venir a Navarra, como son los inmigrantes. Creo que dentro de ese plan se puede recoger a todos. Lo que hace falta es dotarle de las herramientas suficientes, tanto técnicas como humanas y de manera especial económicas. Si este Parlamento está dispuesto a dotar, para que el plan camine y funcione, porque de nada sirve hacer planes si después nos los dotamos de fondos para llevarlos a cabo.

De todas maneras, si el Gobierno tiene voluntad política de llevarlo, nosotros estamos dispuestos a trabajar, a ver si por lo menos algún plan empieza a salir, a darle luz verde, porque de nada sirve crear planes y que después el Gobierno los deje dormidos en el sueño de la paz o los demás tampoco agilizamos las cosas para hacer. Por eso, mientras no veamos el plan, por parte de nuestro grupo no se puede valorar, pero sí estamos dispuestos a trabajar y a mejorar lo que podamos. Nada más. Muchas gracias.

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

SR. AIERDI FERNÁNDEZ DE BARRENA: *En primer lugar, también agradezco la presencia de los representantes del Gobierno ante esta Comisión. Nuestro grupo no va a evaluar en este momento ese documento o ese borrador del plan al que han hecho referencia porque, como se ha dicho también por otros grupos, no lo conocemos oficialmente, a pesar de que confiamos en que, efectiva-*

mente, ese conocimiento oficial se pueda producir en un tiempo no muy lejano.

Desde nuestro punto de vista, el procedimiento que han planteado nos parece que puede ser interesante, es decir, que, independientemente de la valoración que nos merezca el número de alegaciones o sugerencias que se hayan producido en este momento, establecer un sistema en el que, efectivamente, se establezca, como es el momento actual, un documento borrador para a partir de ahí hacer alegaciones, un documento provisional del que se hace en una experiencia piloto, y finalmente un documento definitivo, como procedimiento no nos parece desacertado, pero habrá que ver si ese procedimiento, que puede estar inspirado en la búsqueda de participación de los distintos agentes afectados, efectivamente, parte con esa filosofía y va recogiendo las propuestas que los distintos colectivos van haciendo en ese procedimiento.

A nosotros, obviamente, como grupo, nos van llegando sugerencias o alegaciones que se han ido presentando desde distintos colectivos. Se nos plantean dudas en relación, por ejemplo, con el tema de las enfermedades neurodegenerativas. Desde algunos puntos de vista se entiende que se aborda parcialmente este problema en enfermedades relativas a parkinson y alzheimer, dejando un hueco importante desde estos colectivos en lo que a la esclerosis tanto lateral como múltiple se refiere. Hay colectivos que señalan que este plan refuerza la perspectiva meramente asistencial de la atención sanitaria, que no contempla la integración de los profesionales de la asistencia social en el núcleo de coordinación sociosanitaria de las zonas básicas, que confunde las necesidades sociales con la provisión de recursos sociales.

En definitiva, nosotros entendemos que las 371 sugerencias, alegaciones o como lo queramos llamar que se han producido es un número muy importante, y nos gustaría conocer oficialmente el documento para poder fijar una posición definitiva, de manera que para esa aprobación provisional pudiéramos fijar la posición de nuestro grupo, y esperamos poder contar con ello próximamente. Muchas gracias.

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

SRA. RUBIO SALVATIERRA: *Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, agradezco la información de los comparecientes y, en segundo lugar, nuestro, al igual que otros de mis compañeros, mis discrepancias y, por lo tanto, mi crítica a este borrador y más en concreto a lo que creo que ha sido el proceso o actuación para la aprobación inicial, pues no olvidemos que este plan ha recibido una aprobación inicial por parte del Gobierno.*

En ese sentido, discrepando quizás un poco de lo que comentaba el anterior compañero y más en sintonía con otras intervenciones, creo que la aprobación inicial se ha hecho sin participación no tanto de agentes sociales exteriores, que siempre puede ser bueno que opinen, sino sin participación de quienes realmente están trabajando ya en el campo sociosanitario, de profesionales que están ejerciendo en los equipos de atención primaria una buena parte de las atenciones que se contemplan en este plan y sin participación, desde luego, de este Parlamento, que seguramente desde un punto de vista profesional hubiésemos podido aportar muy poco, pero sí hubiésemos podido aportar desde un punto de vista más político o social. En ese sentido, me hubiera parecido mejor otra elaboración, es una opinión y una crítica al respecto.

Por lo demás, las líneas fundamentales de crítica vienen apoyadas también en las alegaciones de distintos colectivos que en buena medida, en eso sí estoy de acuerdo, creo que podrían verse reducidas a un número bastante inferior, porque creo que hay cosas muy comunes que comparten, al menos entre aquellas a las que he podido tener acceso, algunos profesionales, en concreto, trabajadores sociales y algunos otros profesionales sanitarios y algunos sindicatos, que es de donde provendrían estas críticas, y creo que hay un buen número de ellas que son comunes.

Quizás una de las fundamentales sea que, al entender de los alegantes, se vulnera de alguna manera en la concreción del plan, no tanto en su filosofía sino en la concreción del plan, esa especie de concepción global o integral de la salud, esa especie de personas biopsicosociales que somos y, por lo tanto, teniendo en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud, ver de una manera más concentrada, de una manera más global e integral cómo prestar la atención desde las instituciones a las distintas problemáticas que puedan derivarse.

Ciertamente, yo añadiría que un plan sociosanitario debe contemplar no solamente esta concepción integral de la salud, sino que debe contemplarla de manera desigual ante la desigual situación que vivimos distintos sectores sociales. Antes se ha hablado de inmigrantes, puede ser uno de los colectivos que precisen de una atención desigual que de alguna forma sea más específica y prioritaria, y puede haber otros colectivos como enfermos mentales, enfermos crónicos y creo que filosóficamente sí entra ahí el plan, pero, sin embargo, en esa concreción tanto del número de personas que se dice que van a atender los distintos planes como a su vez por la derivación de servicios, creo que luego no se contempla, insisto, esto que comentaba.

Por otra parte, ya se ha dicho también por parte de algunos otros portavoces que la división del campo sanitario y social, que hasta ahora los equipos de atención primaria con mayor o mejor acierto y desde luego casi siempre con una buena dosis de voluntad vienen prestando de manera global y conjunta, creo que esa división puede tener una consecuencia, no sé si voluntaria o involuntaria en el plan, pero sí puede tenerla de hecho, de manera que el concepto de salud también se divide y aquello considerado estrictamente asistencial y sanitario en buena medida puede asegurarse para todos los grupos sociales, pero, sin embargo, aquello considerado social o graciable, por desgracia, es un concepto –hago un breve paréntesis en esto, recuerdo perfectamente la primera comparecencia del señor Consejero de Bienestar Social, cuando reclamábamos la atención de bienestar social no como graciable sino como derecho, él dijo compartirlo y además que era contemplado así, sin embargo, aquí, ahora cierro el paréntesis y vuelvo a esta concreción– que se contempla como graciable, no como derecho. Como derecho es lo sanitario y como graciable la atención social.

Por lo tanto, nos encontramos con una contradicción de ese espíritu y nos encontramos en la práctica con que eso graciable hace que, efectivamente, haya personas de determinados grupos, más propensos a ser excluidos o marginales, que ante la derivación e incluso ante la función de los voluntarios, de las familias cuidadoras, etcétera, que desde luego tienen trabajo para tiempo, pero función que se les asigna específicamente en el plan, puedan verse con unas mayores dificultades para llevarlo a cabo, porque necesiten que realmente sea muy institucional y, en fin, no queda claro. No niego que se pueda mejorar ni niego la voluntad, ya he dicho voluntaria o involuntariamente, pero que en todo caso a través, insisto, de esa división y de esas derivaciones no queda claro que estos grupos no vayan a sufrir de hecho el derecho para unas cosas y lo graciable para otras.

Puede darse, por lo tanto, una mayor exclusión de grupos excluidos y como por desgracia en estas cosas el balance definitivo no puede hacerse hasta que no se llevan años de experiencia, indudablemente, ahora para intentar aportar o enriquecer lo único que podemos hacer es mostrar nuestros temores, no podemos hacer otra cosa.

En todo caso, si no he entendido mal, si no, les pido por favor que me corrijan, parece ser que para junio de este año se pretende que esté aprobado el plan. ¿He entendido bien? Bueno, termino con esto, en el caso de que haya entendido bien, estamos en marzo y, lógicamente, si para junio se pretende que esté aprobado y hay tantas alegaciones, aunque puedan reducirse por ser algunas de ellas compartidas, me gustaría que especificasen un poquito más

cuál va a ser la respuesta que se va a dar a esas alegaciones o la metodología que se piensa llevar a cabo, y por último si la aprobación final se pretende hacer contando con este Parlamento o se pretende hacer mediante decreto. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Muchas gracias, señora Rubio. Para contestar tiene la palabra el señor Cervera.*

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Cervera Soto): *Gracias, señor Presidente. Intervengo a los efectos de contestar a algunas de las apreciaciones que se han formulado. Ha habido un común denominador en las intervenciones de los grupos parlamentarios en una referencia a lo que podríamos denominar la metodología que ha concluido con la redacción de este documento. A estos efectos, quisiera comenzar por responder a lo que ha dicho la portavoz del grupo socialista en el sentido de que si no hubiera sido más adecuado, metodológicamente entiendo, abrir inicialmente a la participación de otras entidades, universidades, colectivos, asociaciones, etcétera, lo que es la base inicial de redacción de este plan.*

Bien, ésta es una cuestión estrictamente metodológica. Efectivamente, se podía haber hecho de esa manera, esta construcción de un documento podríamos decir en auzolan, o se puede hacer de la forma que se ha establecido metodológicamente por parte del Gobierno de Navarra, que es encomendar la redacción a los servicios técnicos de los distintos departamentos, del Departamento de Bienestar Social y del Departamento de Salud, y posteriormente abrir esa fase de participación.

¿Por qué hemos creído que ésta era una metodología más adecuada que esa otra forma de funcionar en auzolan?, pues porque, efectivamente, este plan tiene un elemento muy fundamental, que es el del conocimiento de los mecanismos de coordinación de las actuales redes y de las actuales posibilidades que tiene la Administración. Éste es un plan que tiene en su frontispicio una misión de coordinación, de conjunción de intereses y de planificación eficaz y eficiente de las distintas redes que hay en estos momentos en la Administración Pública a todos los niveles, municipal y también del Gobierno de Navarra, y, por tanto, parecía muy adecuado que hubiera una propuesta inicial por parte de los técnicos y de las personas que precisamente conocen esta realidad. Entendemos que no habría sido operativo que esto se hubiera abierto inicialmente a una consideración más amplia por parte de otras entidades y por parte de otras asociaciones, que sí que tienen una participación y están llamadas a participar y a dar su opinión y su aporte a este plan en una segunda fase. Es decir, nos ha parecido que ésta era la metodología más adecuada porque, como digo, había que partir de una fase fundamental de diagnóstico, de lo que te-

nemos y de cómo podemos coordinar lo que tenemos, y también de cuál es la demanda de lo que tenemos y de lo que podemos tener en el futuro. Y eso es algo que, evidentemente, nadie conoce mejor que la Administración.

Por tanto, hemos preferido hacer esto de esta manera donde, efectivamente, y por responder también a unas apreciaciones de la señora Rubio, estamos en la disposición de que el Gobierno apruebe tres documentos. Uno, el que ya ha aprobado, que aunque ha cuajado la denominación de borrador, yo no quisiera que esta denominación encubriera un carácter de provisionalidad o de endeblez del producto, todo lo contrario, éste es un documento que se ha trabajado muy intensamente por parte de cualificados profesionales de la Administración y que, desde luego, tiene una solvencia muy grande, por tanto, aunque se le quiera denominar coloquialmente borrador, y seguramente yo lo habré hecho también así, lo cierto es que no se puede entender como un borrador en el sentido de que esté inacabado, es ya una propuesta. Por tanto, esto es lo que el Gobierno ha aprobado en el momento uno. En el momento dos tendrá que aprobar, y respondo a la señora Rubio, antes del mes de junio, la respuesta al conjunto de alegaciones que se han producido, por tanto, habrá un segundo documento que aprobará el Gobierno recogiendo todas esas aportaciones. Y habrá un momento tres, que será el momento en el cual el Gobierno apruebe el documento final, lo que se considerará finalmente el plan foral de atención socio-sanitaria, y que significará la valoración de operatividad de ese documento, después de la fase pilotada.

Por tanto, estamos en esa situación en la cual va a haber tres actos aprobatorios por parte del Gobierno hasta el propio final de la consideración del texto definitivo del plan foral de atención socio-sanitaria.

Y por no ocultar nada a nadie, quiero anticiparles en nombre del Gobierno que, efectivamente, estamos, evidentemente, dispuestos a atender a cualesquiera sugerencias, peticiones, aportaciones, ideas, cómo no lo vamos a estar si, como antes comentábamos, hay más de 370 alegaciones, si hay alegaciones a título individual de un trabajador social de un centro de salud de una localidad de montaña de un valle lejano, si hasta ese nivel ha llegado este plan y se ha posibilitado la participación no solamente asociativa o grupal o de los distintos colectivos, sino también de las distintas personas que conocen este tema. Por tanto, nosotros estamos como Gobierno en una actitud receptiva a lo que el propio Parlamento quiera establecer sobre esta materia, pero no le vamos a ocultar a nadie la realidad política, y la realidad política es que éste es un plan gubernamental, que lo aprobará el Gobierno, que no lo aprobará el Parlamento, tal y como

nosotros lo entendemos. Y así es como tenemos que plantearlo de una forma clara y diáfana desde el primer momento.

Quisiera también referirme a lo que ha sido leit motiv de varias de las intervenciones sobre si es positivo o negativo el dato de que este plan haya tenido de momento más de 370 alegaciones. Desde luego, a nosotros nos parece que de forma notoria esto demuestra que se ha pretendido hacer de éste un plan participativo, que se ha difundido, que se ha comunicado, que se ha trasladado a muchos interesados, si no, no hubiera sido posible, como digo, no solamente ese número en esas más de 370 alegaciones, sino también, como antes decía en un ejemplo tal vez extremo, que esto lo ha podido alegar y ha podido dar sus razones y su entendimiento del problema incluso cualquier trabajador, cualquier persona que esté prestando sus servicios en cualquier lugar de Navarra, en cualquier recurso y en cualquier servicio o departamento.

Quiero decirles, además, que esto que nosotros vemos como positivo, desde luego, lo vemos como demostrativo de que hemos querido hacer un plan abierto, un plan integral de cuestiones que se nos puedan plantear por cualesquiera interesados, además de todo ello, les quiero decir que de esas más de 370 alegaciones no hay ni una sola, y me las he leído todas, que diga que este plan no es un marco válido. Efectivamente, cada cual, cada profesional, cada asociación, desde su punto de vista, podrá poner el énfasis más o menos descalificatorio o más o menos aceptatorio de lo que es el contenido inicial que se les ha planteado en el texto, pero no hay ninguna alegación que diga que éste no es un marco válido, por tanto, nos parece que eso es algo positivo. Y no sólo no hay ninguna alegación que diga que éste no es un marco válido o un documento válido para el trabajo, sino que una parte importante de las alegaciones saludan positivamente que este documento esté sobre la mesa y que éste sea un documento ya de trabajo y que éste sea un documento que se pretende que sea un documento operativo para el futuro. Por tanto, nosotros estamos convencidos de que éste es el método adecuado y que, efectivamente, el plan ha tenido la difusión y la amplitud en la participación que nosotros pretendíamos.

Además, quiero decirles también que en lo que se refiere al propio Parlamento, efectivamente, no se ha remitido con carácter oficial, con un acuerdo diligenciado por el Secretario General de la Presidencia del Gobierno de Navarra. Efectivamente, esto no ha ocurrido así, pero éramos conscientes los Consejeros aquí presentes y el conjunto del Gobierno de que éste era un tema del cual tendríamos que hablar en Comisión, a petición de algún grupo parlamentario o en cualquier otro momento puesto que también era éste un tema tratado tradicional-

mente en tiempo reciente por el propio Parlamento y, en cualquier caso, quiero decirles, sin que me lo tengan que tomar a mal, que cada cual de ustedes determinará sobre su propio trabajo parlamentario los parámetros que quieran, es decir, si hay quienes creen que el trabajo del Parlamentario tiene que ser un trabajo llamémosle grupal, donde necesiten un oficio del Gobierno de Navarra al Parlamento como institución, remitiendo un determinado documento y que sólo mediante ese trámite se puede tomar consideración política de un acto político también de aprobación del Gobierno de Navarra de un documento, lo pueden entender así, pero quienes entiendan que la función del Parlamentario también tiene unos niveles de responsabilidad personal que pasan por informarse personalmente y conseguir el plan o pedirlo, hay también una posibilidad reglamentaria absolutamente clara y diáfana de solicitar cualquier tipo de documento y, por supuesto, Internet, entendido como una base de datos, es una base de datos más del trabajo parlamentario. Por tanto, no quisiéramos que nadie se escudara en eludir su responsabilidad por decir que se desconoce este plan a efectos parlamentarios porque, evidentemente, todos han tenido la oportunidad de conocerlo en su más mínimo detalle.

Quisiera también decirles que, efectivamente, este plan tiene que entenderse con una de sus características fundamentales, sobre todo para lo que es su futura presupuestación y los desarrollos que tenga que tener para el futuro, y es que éste es un plan transversal, es decir, éste es un plan que no aparece leit motiv, que no tiene, dijéramos, un principio y un final en sí mismo, sino que su principio es lo que ya está realizando el propio Gobierno de Navarra, los servicios y dispositivos públicos y el conjunto de dispositivos y servicios en materia de atención sociosanitaria y que es algo que ya existe, y que precisamente este plan trata de amalgamar, de organizar, de coordinar y de mejorar el conjunto general de las prestaciones de unos dispositivos que ya existen. Por tanto, es un plan transversal, es un plan que cuenta con los recursos y con los dispositivos y con los profesionales que ya existen y con los que en el futuro fueran necesarios, pero que, efectivamente, nadie puede tomar este plan como un plan que tendrá un principio y tendrá un final simplemente por ser considerado como plan, sino en lo que tiene que ver, como digo, con esa transversalidad que pretende alcanzar en el conjunto de las administraciones públicas y demás entidades que se desarrollan en estas materias.

Por eso quiero decirles que no podemos aceptar que el Gobierno no tenga énfasis y voluntad política de desarrollar estas materias, precisamente el propio plan creo que marca unos niveles de exigen-

cia muy avanzados, que no es de ninguna manera un toreo de salón. El toreo de salón sería, señorías, el que hubiéramos hecho un plan literario, un plan barroco, un plan con mucha literatura, y les aseguro que hubiéramos podido llenar tomos y tomos, pero, sin embargo, hemos preferido hacer un plan que tuviera en lo operativo su principal valor y, por tanto, éste es un plan que tanto como se conoce se puede exigir en su cumplimentación y, por tanto, de toreo de salón nada.

Por último, señorías, quiero aludir a una cuestión que ha sido enunciada tanto por la portavoz de Izquierda Unida como por la representante de Bazarre en el sentido de que nadie crea que este plan, precisamente por tratar de conjugar lo que son el conjunto de las prestaciones sociales y sanitarias, pretende de ninguna manera, como decía textualmente la señora Arboniés, sacar de la atención sanitaria gratuita determinados casos y derivarlos a la atención social que, como bien reconoce nuestra legislación, es una atención, efectivamente, graciable, sujeta a programas y sujeta, por tanto, a presupuestación y prioridades. Esto no es así, no sólo no es así sino que, por el contrario, lo que se pretende es dar una solución a la problemática que a veces se daba cuando existía un foso entre esos dos ámbitos y, por tanto, creemos que dar esa continuidad es todo lo contrario que eludir una responsabilidad.

Una de las cosas sobre las que tal vez más comúnmente se me requiere particularmente en el Departamento de Salud es la casuística que a veces se presenta de una determinada persona de la tercera edad que entra en un hospital por, por ejemplo, una rotura de cadera y que después de que se le opera y que se le tiene que dar ya el plan de alta, desde el punto de vista quirúrgico, recibo una llamada de un familiar lejano, habitualmente, no residente en Navarra que me dice que, por favor, por qué no le dejáis que esté algún tiempo más en el hospital, porque en estos momentos no sabe muy bien dónde ir y en su casa no estaba demasiado bien y a lo mejor nos planteamos buscarle un recurso. Ésta es una situación que, como les digo, señorías, es relativamente cotidiana en mi trabajo y prácticamente todos los meses hay alguna llamada de estas características. Bueno, pues precisamente lo que pretende este plan es que cuando se dé una circunstancia de este tipo no se tenga que recurrir a una llamada extemporánea a un consejero pretendiendo un favor para que una persona esté en un hospital más tiempo del que necesita. Ni qué decir tiene que la respuesta que tienen esas llamadas siempre es negativa, porque una persona tiene que estar en un hospital el tiempo que tiene que estar en un hospital, por muchísimas razones, desde luego, una de ellas es porque es un riesgo prolongar una estancia en un hospital de forma indebida por muchas cau-

sas y también, evidentemente, porque ese recurso sanitario tiene que ser utilizado o puede ser utilizado por otra persona que lo necesite.

Y precisamente, como les comentaba antes, y esto es simplemente un botón de muestra, lo que se pretende con este plan es que exista una estandarización también, por ejemplo, en los planes de alta hospitalaria, que no solamente tengan que ver con lo que es el plan de alta quirúrgico y de lo que esa persona tiene que hacer en términos de rehabilitación o de tratamiento o de mantenimiento farmacoterapéutico, sino que también tenga un plan de alta desde el punto de vista del recurso social necesario cuando esa persona necesite un recurso social.

Por tanto, es absolutamente falso que nosotros pretendamos sacar determinados problemas o determinadas casuísticas de la atención sanitaria gratuita, ojo, gratuita a efectos contables del paciente, desde luego, no es gratuita para la sociedad, y que esto lo queramos derivar a un sistema de beneficencia o de protección regulado a través de otros mecanismos. Esto no es así, esta concepción no es así y, desde luego, yo quiero reivindicar la propia valía del plan en términos de coordinación, en términos de integración de servicios y de dispositivos y, desde luego, en términos de mejora de las condiciones y de las circunstancias de los servicios que pueden asistir una necesidad social de una persona que tenga un padecimiento o una enfermedad.

Por último, simplemente quisiera agradecer especialmente al representante del CDN sus palabras y sus aportaciones y quisiera decirle además, y reconocerlo de forma fehaciente, que un primordio político de este plan, evidentemente, fue el acuerdo presupuestario que su partido y el nuestro desarrollamos en el último año del anterior Gobierno, en el que, efectivamente, una de las cuestiones que ustedes pusieron sobre la mesa era ésta y en el que pudimos pactar y concretar un texto político en el que se definían ya una serie de necesidades de abordaje desde el punto de vista político y que, efectivamente, como tal primordio político o como tal inicio político ha servido, evidentemente, para el desarrollo futuro de este plan. Por tanto, le agradezco sus palabras y reconozco, evidentemente, el mérito político y la ayuda política que también ustedes en esta materia nos han expresado.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): Muchas gracias, señor Cervera. Señor Ayesa, tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD (Sr. Ayesa Dianda): Voy a ser breve, porque la realidad es que el Consejero de Salud, Santiago Cervera, ha expuesto lo que era básico de las preguntas. Que un plan haya recibido 371 alegaciones, según he oído aquí porque la

coordinación no la llevo yo, naturalmente, no quiere decir que el plan sea malo, y algunos portavoces que lo han leído han reconocido que muchas tienen estudio similar, sino que el plan es abierto, todo el mundo puede opinar y, por lo tanto, mucha gente ha opinado y mucha gente quiere participar, con lo cual, el plan se ha abierto a esa participación, aunque, evidentemente, por lo que ustedes dicen, sus señorías no han recibido el documento.

Me voy a referir a un tema que han planteado tanto la señora Torres como la señora Arboniés como la señora Rubio: la derivación al campo de lo social de los problemas sanitarios. Vamos a ver, para dejarlo claro, yo creo que hay un espacio sanitario universal y gratuito, que, por lo tanto, afecta al cien por cien de la población, y hay un derecho social, reconocido en la Constitución, que no es un derecho universal y gratuito, que sólo afecta a aquellas personas que tengan necesidades y está en función de los recursos que cada ciudadano tenga. O sea, hay ciudadanos que tienen sus propios recursos y no necesitan los servicios sociales, y es un derecho de aquellas personas que tienen necesidades y no pueden subsanarlas que se les atienda desde la Administración en las necesidades que tenga en lo social. Creo que el plan no se refiere en ningún momento a graciable, sino que se refiere a que no toda la población tiene ese derecho con carácter universal.

Evidentemente, dentro de las prestaciones sociales hay que hacer un estudio, y esto también tiene sus dificultades, considerar dentro del sistema social y de los recursos sociales cuál es la parte sanitaria que, evidentemente, sí que es gratuita, y la que es social, y ahí, naturalmente, una de las dificultades que hay que solucionar es de tipo presupuestario y, evidentemente, en algunos casos estamos intentando llevarlo a buen puerto, a través de que se considera, por decir una cifra sin concretar, que un 30 por ciento de la asistencia que se le preste en una residencia a una persona mayor es asistencia sanitaria y eso no se lo podemos cobrar porque es gratuito —he dicho el 30 por ciento por poner una cifra, no la tomen como un dogma de fe—, y esa cantidad no se la podemos cobrar al mayor en una residencia o en una residencia de tercera edad, en una residencia de discapacitados o en cualquier sitio de nuestro sistema de prestación social.

Lo que no podemos cobrar es la asistencia sanitaria; y el derecho a la asistencia social está en función de su nivel de renta, de los bienes que tiene. Un señor que tiene un número de bienes determinado no tiene derecho a esa asistencia, tiene asistencia aquél que tiene necesidades, y la obligación está, creo que eso sí, señora Rubio, en que es un derecho que tiene el ciudadano con necesidades. Es un derecho, no es algo graciable, y además

realmente está regulado a través de la Administración.

El inmigrante sin papeles tiene una serie de derechos a la educación, a la asistencia sanitaria, y precisamente esta mañana presentábamos el primer estudio de la Universidad Pública según el cual el 99 por ciento de los niños que vienen con papeles o sin papeles están escolarizados. Y las necesidades que tienen los inmigrantes también se cubren por parte de los servicios sociales de base o por parte de las asociaciones que trabajan en el campo de la inmigración.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Muchas gracias, señor Ayesa. ¿Algún grupo parlamentario desea hacer alguna otra pregunta? Señor Puyo, tiene la palabra.*

SR. PUYO REBOLLO: *No voy a entrar a hacer alguna valoración sobre el plan, si acaso haré alguna aclaración con respecto a algunas consideraciones que han realizado los señores Consejeros. Creo que no se puede hablar de receptividad por parte del Gobierno a la hora de estudiar diferentes aportaciones y alegaciones cuando se rubrica esa afirmación diciendo que, evidentemente, no va a ser un plan que apruebe el Parlamento, por lo tanto, estamos ante la casi seguridad de que no se va a remitir al Parlamento para su debate. Es algo evidente y de alguna manera demuestra la capacidad receptiva que el Gobierno de Navarra va a tener con respecto a este plan y que además contrasta, curiosamente, con otro tipo de planes. Es decir, ayer mismo acabábamos el debate de las propuestas de resolución a un plan, el de la renovación de las bibliotecas escolares, iniciamos la legislatura con el transporte escolar, ahora está abierto el plazo para el tema del plan foral contra el tabaco, etcétera. Es decir, hay una total ambigüedad por parte del Gobierno a la hora de definir su actitud con respecto al tratamiento que se le tiene que dar a su capacidad, que, evidentemente, es una capacidad del propio Gobierno, pero, de alguna manera, contrasta mucho, dependiendo también del nivel de importancia que se le quiera dar al tema.*

También contrastan otros aspectos, aunque estén dentro del plazo de lo que se ha establecido por la propia metodología. Hablar de la receptividad transcurridos seis meses, porque creo que a finales de septiembre acabó el plazo para presentar alegaciones, sin que el Gobierno sepa todavía... Desde luego, habla de la voluntad que tiene de incorporar alegaciones, pero le hemos hecho una pregunta en concreto que decía precisamente que en qué sentido se han dado esas alegaciones y no ha habido contestación, por lo tanto, mucho me temo que responde a que no se sabe qué se va a hacer con el plan y qué se va a hacer con esas alegaciones.

Hay algo en lo que yo sinceramente me he sentido un poco aludido. Mi grupo se ha informado personalmente, claro que se ha informado. Cuando decíamos que no queríamos entrar a valorar políticamente el plan como tal era porque creemos que eso se tiene que dar en otro marco, que es en un marco de debate político si se posibilita ese marco aquí en este Parlamento, que no se ha posibilitado. Claro que nos hemos informado, desde principios de octubre estamos informándonos. Hay otras fuentes, sí hay enmiendas a la totalidad presentadas a este plan, de hecho, las han presentado varios sindicatos. Y hay otros aspectos que igual no tienen la forma de enmienda a la totalidad pero cuando te presentan un informe de cinco hojas en el que te tumban completamente el plan, como el que pueden haber hecho los trabajadores y trabajadoras sociales de equipos de acción primaria en Navarra, pues se podrá entender como enmienda a la totalidad o no. De alguna manera, insisto, mi grupo, y por cómo han hablado creo que el resto de grupos, todos se han informado personalmente, todos conocen el plan y todos están en capacidad de valorarlo, pero entendían que tendría que ser en un marco oficial, que, por otra parte, el Gobierno va a evitar que se dé. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Muchas gracias, señor Puyo. La señora Rubio tiene la palabra.*

SRA. RUBIO SALVATIERRA: *Voy a ser breve. Intervengo solamente para decir que considero que, efectivamente, un plan de esta envergadura sería mucho más, no sé si llamarle más democrático, porque es también democrático y legítimo que lo hagan de esa forma, pero más, en todo caso, que fuese tramitado en el Parlamento. Algunos de los grupos, desde luego yo personalmente, conseguimos el plan no a través de esta institución, sino precisamente a través de alguno de los organismos a los que se había enviado. Incluso he pedido el plan como tal en Archivo y Biblioteca y me han dicho que como está en fase de borrador no lo tienen, no lo pueden mandar. Pero, bueno, también es cierto que se podía haber hecho un escrito, esperar un tiempo a que lo manden y demás, pero si se quiere algo más ágil hay que hacerlo de esa manera.*

Entiendo que como Consejero de Bienestar Social usted se empeñe en hablar de derecho, señor Ayesa, pero creo que lo que le he comentado coloquialmente es una muestra de que la atención social no funciona así. O sea, que aquí haya inmigrantes sin papeles, sin regularizar, que, efectivamente, no tengan derecho, muestra que no hay tal derecho, como no era en su momento, efectivamente, para los inmigrantes sin papeles la tarjeta sanitaria, eso se regularizó como derecho, esto no. En todo caso, es un aspecto muy parcial, pero quería dejar constancia de ello.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Muchas gracias, señora Rubio. Agradecemos la información que nos han facilitado los señores Consejeros de Salud y de Bienestar Social y también agradecemos la presencia del Director General de Bienestar Social y hacemos un receso antes de continuar con el segundo punto. Muchas gracias.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 18 HORAS Y 8 MINUTOS.)

(SE REANUDA LA SESION A LAS 18 HORAS Y 13 MINUTOS.)

Debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a crear una unidad de toxicología clínica, presentada por el G.P. Convergencia de Demócratas de Navarra.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Señorías, se reanuda la sesión. Entramos en el segundo punto del orden del día, que es el debate y votación de la moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a crear una unidad de toxicología clínica, presentada por el Grupo Parlamentario Convergencia de Demócratas de Navarra. Para su defensa tiene la palabra el señor Basterra.*

SR. BASTERRA LAYANA: *Muchas gracias, señor Presidente. Nosotros hemos presentado esta moción porque en la VI Jornada Navarra de Emergencia se ha puesto de manifiesto que las intoxicaciones por medicamentos, sobredosis de droga y gases tienen muchos casos efectos mortales. Tanto es así que en España la segunda causa de muerte por intoxicación es la inhalación de monóxido de carbono.*

En Navarra se dan a lo largo del año 1.500 casos de intoxicaciones, excluidas las alimentarias, de las cuales un 20 por ciento suelen estar motivadas por medicamentos, por la ingestión de setas se dan unos 60 a 70 casos, unas 500 son las intoxicaciones etílicas. Estas cifras han ido en progresivo aumento en los últimos años. Estas intoxicaciones en algunos casos pueden llevar a la muerte y en otros muchos casos dejan secuelas que es preciso observar mediante un seguimiento adecuado. "En la mayoría de los casos cursan con un descenso en el nivel de conciencia que puede llevar a la persona a entrar en coma. Esta situación se produce porque falta oxígeno en el cerebro y también en otros órganos", dijo el doctor Pinillos –yo no lo digo porque no soy técnico en la materia–, médico de urgencias del hospital Virgen del Camino.

Ante una intoxicación, una de las cuestiones más importantes es la rapidez, pero tan importante

como la rapidez es el seguimiento y la coordinación del afectado por medio de especialistas. Las personas afectadas deben seguir un tratamiento después de la intoxicación, ya que en la mayoría de los casos se trata de personas jóvenes que pueden tener problemas a largo plazo si no hay un seguimiento adecuado.

En las jornadas antes referidas se puso de manifiesto que en Navarra no existe una unidad de toxicología clínica que haga un seguimiento de los más de 1.500 casos de intoxicaciones que se dan en la Comunidad Foral. Esta cifra, a nuestro juicio, justifica la creación de una unidad específica que atienda estos casos con personal exclusivo dedicado al seguimiento de los casos que se dan en Navarra, salvo que se nos asegure que nuestra petición exige un gasto desorbitado o no muy justificado o no sea un problema grave o muy grave. Entonces veremos si hay argumentos para que se pueda convencer a nuestro grupo para retirar esta moción o cualquier otra enmienda que se pueda hacer para mejorarla. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): Muchas gracias, señor Basterra. ¿Desea intervenir algún grupo parlamentario en el turno a favor de la moción? Señor Puyo, tiene la palabra.

SR. PUYO REBOLLO: Mi grupo en principio va a votar a favor. También es cierto que teníamos dudas sobre la última reflexión que ha hecho el señor Basterra, que nos gustaría conocer, pero, en principio, al margen de eso, mi grupo tiene previsto votar a favor, teniendo en cuenta que es una propuesta que se hace con un criterio evidentemente sanitario, por encima del político y que, en ese sentido, mi grupo no va a entrar a discutir desde ese tipo de criterios, sobre todo cuando son profesionales sanitarios quienes los mantienen. Entendemos que, en cualquier caso, de plantearse esta unidad de toxicología clínica iría en beneficio de la calidad de la atención y, evidentemente, sería un elemento importante que iría también en beneficio de lo que es el sistema sanitario público. Gracias.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): Muchas gracias. Hay una enmienda in voce de sustitución. Naturalmente, primero la tiene que admitir el representante del CDN, porque la moción es suya, pero como en este momento están haciendo copias, para conocer el texto concreto, vamos a hacer un receso de dos minutos hasta que traigan las copias para que sepan ustedes en qué consiste esa moción.

SR. VIÑES RUEDA: Señor Presidente, intervengo por una cuestión de orden. Yo no conozco el Reglamento con precisión, pero, evidentemente, estamos en turno de exposiciones a favor o en contra. Los Parlamentarios en el momento de intervención

harán las propuestas, quizá hacer nuevas mociones o nuevas enmiendas que serán admitidas a trámite, pero realmente cortar el proceso de a favor o en contra en este momento, sin más, para tener conocimiento de la enmienda, cuando a la señora Torres le corresponda intervenir, yo rogaría que sigamos, porque a lo mejor de las reflexiones que se hagan también la señora Torres puede reflexionar si procede o no presentar una enmienda. Con lo cual, solicito que se siga el proceso, a no ser que haya que admitir antes de los turnos la enmienda y entonces debatirla antes que los turnos a favor y en contra. Desconozco con precisión el Reglamento.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): Señor Viñes, ése era el criterio de esta Presidencia, naturalmente. La letrada me ha dicho que durante el debate. No impide en absoluto, pienso yo, que haya los turnos a favor y en contra, y una vez que tengamos la enmienda se decidirá sobre ello. Señor Basterra, ¿quiere decir algo?

SR. BASTERRA LAYANA: Señor Presidente, por una cuestión de orden. Pienso que es oportuno y que es bueno que se debata la moción tal como está, y yo quiero escuchar precisamente los turnos en contra para ver si me hacen cambiar o incluso retirar la moción. Si me convencen los que están en el turno en contra quizá no haga falta ni la aportación de la enmienda in voce. Por eso prefiero que siga el debate tal como está.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): Efectivamente, señor Basterra, usted lo ha dejado claro en su intervención. Entonces, continuamos con el debate. Estábamos en el turno a favor. ¿Algún otro grupo quiere intervenir en el turno a favor? ¿En el turno en contra? Señor Viñes, tiene la palabra.

SR. VIÑES RUEDA: Muchas gracias, señor Presidente. La moción presentada por el CDN proviene, sin duda, de las mismas fuentes de que disponemos nosotros, y es una rueda de prensa que hicieron unos señores de la Sociedad de Toxicología en Pamplona que se reunieron el 18 de noviembre. Uno de los representantes que había en Pamplona, el doctor Pinillos, que trabaja, efectivamente, como muy bien ha dicho el señor Basterra, en el servicio de urgencias entiendo que del Hospital de Navarra, pero sería poco relevante, en aquella rueda de prensa lanzó el guante de que sería bueno que hubiera una unidad de toxicología aunque, evidentemente, él no es especialista en toxicología clínica, ya que los señores Parlamentarios deben conocer que no existe tal especialidad, hay gente que tiene más o menos preferencia dentro de sus actividades profesionales hacia un campo u otro y, evidentemente, él se ha incorporado a una sociedad a la que le parece interesante la toxicología.

Eso fue un guante que tampoco creo que fuera en sí mismo, sino que evidentemente, obedecía a que en España hay una sociedad, que es la Española de Toxicología, en la que se propusieron intentar fomentar el desarrollo de una red de toxicología clínica en las distintas regiones y comunidades, porque, evidentemente, el grupo de profesionales que está ahí tiene interés en eso, que es hacerse mejores huecos o mejores status profesionales, evidentemente, si eso existiera. Pero que unos profesionales interesados digan eso no justifica en sí mismo la necesidad de que pueda realmente generarse o crearse.

Ya de los datos que ellos mismos dan, naturalmente en un intento de ampliar o poner diapason a su actividad o su afición hacia la toxicología, dicen que en Navarra los casos son quinientos étlicos – todos sabemos lo que es la intoxicación ética—o que hay setenta intoxicados por setas—como muy bien dice mi compañera, esos seguro que ya no se vuelven a intoxicar por setas, ya no vuelven a coger más setas— o que hay trescientos por medicamentos, por somníferos, por drogas, etcétera.

En sí mismo el volumen no parece que sea muy grande, y no justifica una especialidad, la prueba es que no se ha creado esa especialidad en España. De tal manera que en el conjunto de España sólo existen tres unidades de toxicología en tres cátedras para la docencia, que son la cátedra de Barcelona, la de Zaragoza y la de Valladolid, y el resto de las ciudades, de los hospitales públicos y de las cátedras ni siquiera tienen unidad de toxicología clínica, pero no sólo aquí en España, tampoco en París ni en Washington ni en ningún sitio, ¿por qué?, porque esto forma parte de la asistencia de urgencia, de los expertos que están en las urgencias y en las emergencias. Evidentemente, estas personas seguirán yendo a urgencias, y tanto en los servicios de urgencias, donde trabaja este compañero, como en las unidades de cuidados intensivos es donde se asisten. Bueno, si se dejaran de asistir ahí, se podrían atender en otras unidades nuevas con una duplicidad de gasto, de personal, etcétera, pero realmente ninguna organización se plantea que eso sea así. Por tanto, no parece que se justifique, a pesar de que, evidentemente, haya personas que tengan mayores intereses y quieran hacerse hueco, como decía antes, dentro de una especialidad que realmente no existe.

Por tanto, en el momento actual, todos los expertos o los que tratan las intoxicaciones son todos los que están y están todos los que son en los servicios de urgencia, en la medicina de familia o cuando realmente se les llama y en los cuidados intensivos. No se justifica, por tanto, en ningún hospital de toda España que se haya generado esto, incluso en comunidades o en ciudades con unos volúmenes

importantes de población y, por tanto, mayores intoxicaciones, que puede ser, naturalmente, toda Navarra, toda Cataluña, todo el País Vasco, los hospitales públicos, Galicia, Madrid, etcétera.

Luego hay otro tema que, evidentemente, es el coste. En sí misma no se justifica una organización con personal exclusivo, pero no vale la pena en ese sentido comentar o calcular el coste.

Por tanto, en este momento no hay dentro de los expertos de los sistemas sanitarios nadie que se lo plantee, nada más que los intereses de los que pueden estar reclamando, que ni siquiera los propios interesados pueden pretender conocer cuál sería el perfil de esa especialidad porque, evidentemente, eso nadie lo va a admitir y, naturalmente, dentro de los observatorios de los sistemas sanitarios de planificación, etcétera, en toda España tampoco hay nadie que participe ni haga planteamientos de este tipo.

Por eso, le digo al señor Basterra que está bien que hayan sido sensibles a una declaración, a una rueda de prensa, pero, evidentemente, es muy legítimo que la gente lance sus guantes y sus ofertas en rueda de prensa, desde el punto de vista profesional, pero no me parece suficiente responsabilidad por parte de un grupo político dar carta de naturaleza a una simple declaración de prensa, traer aquí al Parlamento cualquier noticia que pueda aparecer. Por eso creemos que bajo ningún concepto se justifica que se vaya adelante en la creación de una unidad de toxicología clínica.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Muchas gracias, señor Viñes. La señora Torres tiene la palabra.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, Presidente. En la misma línea iba a ir mi intervención, primero, manifestando que actualmente ya se tratan de manera adecuada y eficaz las intoxicaciones, que la mayoría de ellas son étlicas y por drogas, que en pocos casos suelen ser intoxicaciones de setas, pero que requieren en todo caso su tratamiento en primera instancia en urgencias y a raíz de ahí sigue una evolución, con un tratamiento eficaz y eficiente y con un seguimiento de los casos, ya sea después en los cuidados intensivos o en la planta de hospitalización o incluso en el alta.*

Por tanto, creo que ya se tratan de forma adecuada, con el personal adecuado y profesionalmente estas toxicologías, máxime cuando ya ha comentado también el portavoz que me ha precedido en la palabra que no existe una especialidad como tal. Cuando leía la moción que presentó el CDN no sabía realmente a qué se refería con lo de crear una unidad de toxicología, no sabía con qué personal especialista porque no existe esta especialidad, no sabía si iba a tener un laboratorio aparte o no, si iba a entrar en las urgencias o no, qué funciona-

miento iba a tener, porque no dudemos de la complejidad de los servicios que atienden estas enfermedades, no sólo del personal sanitario, que es mucho, en urgencias: médicos, enfermeras, auxiliares, como en intensivos, sino toda la complejidad de servicios y de infraestructuras que se necesitan, con lo cual, no sabía muy bien a qué se hacía referencia con una unidad de toxicología de esa magnitud para atender sobre todo los casos que no la justifican y, sobre todo, porque el coste que suponía, desde luego, afectaba seriamente a los presupuestos.

De ahí que yo presentara una enmienda in voce un poco en la línea de lo que he manifestado, que en todo caso se haga un estudio para ver si hay necesidad real de crear esa unidad de toxicología, así como saber qué coste iba a suponer, porque igual nos hacía cambiar a todos de opinión. Pero esperaré a que se manifieste el portavoz del CDN en cuanto a la moción o en cuanto a la aceptación de esta enmienda.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Muchas gracias, señora Torres. La enmienda in voce está sobre la mesa. ¿Algún grupo se opone a su tramitación?*

SR. BASTERRA LAYANA: *Señor Presidente, yo, desde luego, no me voy a oponer a la tramitación, la única cosa que pido es tres minutos de receso.*

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *De acuerdo, señor Basterra. Se suspende la sesión.*

(SE SUSPENDE LA SESION A LAS 18 HORAS Y 30 MINUTOS.)

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

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Reanudamos la sesión. Para la réplica, tiene la palabra el señor Basterra.*

SR. BASTERRA LAYANA: *Muchas gracias, señor Presidente. La verdad es que los argumentos que me han dado no han servido para convencerme de la retirada, porque creo que si aquí había por parte de un montón de señores una impaciencia en el tema, el señor Viñes aún me ha abierto más los ojos cuando ha dicho que en España también había unos profesionales que estaban intentando lanzar esa idea en las distintas comunidades autónomas, porque creen que es una cosa necesaria.*

He ido a consultar precisamente qué les parecía mantener la moción y me han dicho que no mantenga la moción sino que acepte la enmienda in voce porque creemos que si no conseguimos que se apruebe la moción, por lo menos si podemos conseguir que en el plazo de tres meses se realice un estudio, y tendremos la base para saber si los fundamentos que ha hecho el señor Viñes están dentro de la realidad o no y si es un coste de muy poco dinero y se puede llevar a cabo, adelante. De todas maneras, vamos a aceptar la enmienda en los términos que está presentada, que sería a cambio de retirar la moción y quedarse con esta enmienda in voce.

SR. PRESIDENTE EN FUNCIONES (Sr. González Mateo): *Muchas gracias, señor Basterra. Aceptada la enmienda in voce, procedemos a su votación. ¿Votos a favor? 6 votos a favor. ¿Votos en contra? 6 votos en contra. Ha habido empate. Me dice la letrada que votemos por segunda vez y si se produce el empate no queda admitida, quedaría rechazada. Votamos por segunda vez. ¿Votos a favor? 6 a favor. ¿En contra? 6. Al producirse por segunda vez el empate, la enmienda queda rechazada. No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión. Buenas tardes, señorías.*

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