



DIARIO DE SESIONES
DE LAS
CORTES DE ARAGÓN
COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

Comisiones. Serie A: Comparecencias
Número 175 — Año 2003 — Legislatura V

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. JOSÉ ANTONIO GARCÍA LLOP

Sesión núm. 54

Celebrada el miércoles 12 de marzo de 2003

ORDEN DEL DÍA

- 1) *Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.*
- 2) *Comparecencia del consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales, a petición propia, al objeto de presentar el plan de atención temprana.*
- 3) *Debate y votación de la proposición no de ley núm. 9/03, sobre protocolos de enfermería, presentada por el G.P. Popular.*
- 4) *Debate y votación de la proposición no de ley núm. 20/03, sobre las unidades de fisioterapia, presentada por el G.P. Popular.*
- 5) *Debate y votación de la proposición no de ley núm. 24/03, sobre protección de menores, presentada por el G.P. Popular.*

6) *Debate y votación de la proposición no de ley núm. 31/03, sobre el desarrollo del plan de urgencias y emergencias de Aragón y la extensión de la red de vehículos de transporte sanitario urgente, presentada por los GG.PP. Socialista y del Partido Aragonés.*

7) *Ruegos y preguntas.*

Preside la sesión, celebrada en el palacio de la Aljafería, el Ilmo. Sr. D. José Antonio García Llop, acompañado por el vicepresidente de la comisión, Ilmo. Sr. D. Antonio Borraz Ariño, y por la secretaria de la misma, Ilma. Sra. D.ª María Trinidad Aulló Aldunate. Asiste a la Mesa el letrado Sr. Alonso Ortega.

Comparece ante la comisión el consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales, Excmo. Sr. D. Alberto Larraz Vileta.

SUMARIO

Comparecencia del consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales al objeto de presentar el plan de atención temprana.

- El consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales, Sr. Larraz Vileta, interviene 3566
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición del G.P. Chunta Aragonesista 3568
- La diputada Sra. Costa Villamayor fija la posición del G.P. del Partido Aragonés 3569
- La diputada Sra. Mihi Tenedor fija la posición del G.P. Socialista 3570
- La diputada Sra. Plantagenet-Whyte Pérez fija la posición del G.P. Popular 3571
- El consejero Sr. Larraz Vileta contesta 3572

Proposición no de ley núm. 9/03, sobre protocolos de enfermería.

- La diputada Sra. Juarros Lafuente, del G.P. Popular, defiende la proposición no de ley 3573
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición de su grupo 3574
- La diputada Sra. Costa Villamayor fija la posición de su grupo 3574
- La diputada Sra. Pons Serena fija la posición del G.P. Socialista 3574
- Votación 3575
- La diputada Sra. Juarros Lafuente explica el voto de su grupo 3575

Proposición no de ley núm. 20/03, sobre las unidades de fisioterapia.

- La diputada Sra. Juarros Lafuente defiende la proposición no de ley 3575
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición de su grupo 3576
- La diputada Sra. Costa Villamayor fija la posición de su grupo 3576
- La diputada Sra. Pons Serena fija la posición de su grupo 3577
- Votación 3577

Proposición no de ley núm. 24/03, sobre protección de menores.

- La diputada Sra. Juarros Lafuente defiende la proposición no de ley 3577
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición de su grupo 3578
- La diputada Sra. Costa Villamayor fija la posición de su grupo 3578
- La diputada Sra. Mihi Tenedor fija la posición de su grupo 3579
- Votación 3580
- La diputada Sra. Juarros Lafuente explica el voto de su grupo 3580

Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

- El Sr. presidente da por leída el acta, que resulta aprobada por asentimiento 3580

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Buenos días, señorías.

Vamos a dar comienzo [*a las diez horas y cincuenta minutos*] a la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales.

En primer lugar, lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior, que, como es costumbre, lo haremos al final de la comisión.

Y pasaremos al segundo punto del orden del día: la comparecencia del consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales, a petición propia, al objeto de presentar el plan de atención temprana.

Bien venido, consejero, y tiene la palabra.

Comparecencia del consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales al objeto de presentar el plan de atención temprana.

El señor consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales (LARRAZ VILETA): Gracias, presidente. Gracias, señorías.

En primer lugar debo decirles, como siempre, que estoy encantado de venir a exponerles algunos de los planes que tiene el departamento, y, dado el momento de la legislatura en el que nos encontramos, nos ha parecido pertinente, por cerrar todo lo que tiene que ver con la dependencia, aunque, como verán, es un plan sencillo, no tan complicado como los planes que hemos presentado aquí en otras ocasiones de salud mental o de la dependencia, de urgencias y emergencias, más complicados; este es un plan más sencillo, pero que complementa todo lo que han venido legislando sus señorías —como luego verán cuando lo expliquemos— y que naturalmente nos parecía interesante e importante hacerlo.

Quiero también, además, felicitar al presidente por este nuevo servicio audiovisual magnífico y que nos permite a todos expresarnos también con un poquito más de sencillez y de comprensión para todos.

En primer lugar nos gustaría decir a qué llamamos atención temprana; pues, en primer lugar, sería prevenir y compensar las desventajas de niños y niñas que vienen con discapacidades o con riesgo de padecerlas, no solo con discapacidad sino con riesgo de padecerla, y aquí incluiríamos un montón de nacimientos que, por razones múltiples (que serían muy variadas), presentan cualquier tipo de discapacidad, desde muy graves, como puede ser algún niño sordo-ciego, por ejemplo, que es una discapacidad tremenda, y que exige un trabajo importante y precoz, hasta cualquier niño que tenga una leve discapacidad, que, con una pequeña ayuda, les permite ir al mismo nivel que va cualquier tipo de niños.

También llamamos atención temprana, naturalmente, a las actividades de detección precoz —importantísimo— y rehabilitación y tratamiento de lo que se detecta; la detección precoz es importante, puesto que influir en el desarrollo de un niño desde muy temprano, naturalmente, ayuda a que la discapacidad se recupere o se llegue al nivel posible para recuperarlo.

Llamamos también atención temprana a las medidas de apoyo, de asesoramiento y de formación familiar, porque el problema, cuando una familia detecta que tiene un niño con una discapacidad, que se origina en la familia, es importantísimo, y su entorno sufre un *shock* que necesita de asesoramiento y de formación familiar, puesto que tanto la madre

como el padre, unido al apoyo que se le puede dar desde la atención temprana, consiguen, naturalmente, potenciar o hacer sinergia de lo que hacen con lo que hacen los profesionales.

Llamamos también, naturalmente, por fin, atención temprana a las actividades que se realizan durante el embarazo y los seis primeros años de vida. Tan importante es el trabajo que se pueda hacer cuando nace un niño y se detecta que tiene una dificultad, como durante el embarazo con las mujeres, pues ya saben ustedes los problemas del bajo peso que tenemos cada vez más, y coincide que en Aragón tenemos un núcleo de investigación del bajo peso, que supongo que lo conocerán ustedes (está ubicado en el Miguel Servet) y que nos han presentado en muchas ocasiones dificultades o problemas que podemos trabajar en programas de prevención. Yo creo que próximamente, si tenemos la oportunidad, la comunidad autónoma tendrá que poner en marcha programas de prevención tanto de la osteoporosis, desde niños, como el bajo peso en el embarazo.

Los antecedentes de este programa de atención temprana los conocen sus señorías. Debo decir que existe un libro blanco que sacó el Ministerio ya hace un tiempo sobre la atención temprana y en el que nos hemos basado, naturalmente, para trabajar este plan de atención temprana en la comunidad autónoma, pero nosotros tenemos, como antecedente propio, el plan estratégico de atención a la dependencia de Aragón, del 2001 al 2006, que en la próxima comisión nosotros les explicaremos hasta dónde hemos llegado en esta legislatura y qué es lo que nos falta para continuarlo. Contempla en su introducción la elaboración de un plan que defina el itinerario de inserción de todas las personas con discapacidad, y qué mejor que comenzar desde el nacimiento de los niños para hacer estos itinerarios de personas con discapacidad.

Fruto de esta planificación que hemos trabajado es este plan de atención temprana, que es de prevención, de detección precoz y tratamiento a menores de seis años con diferentes discapacidades, como el concierto en el que se han transformado los convenios que teníamos con la Federación de disminuidos psíquicos, que es en la que hay el mayor número de personas implicado y el mayor número de entidades que están incluidas, el concierto de plazas residenciales y ocupacionales, o la elaboración de itinerarios de inserción y la comisión mixta de seguimiento. Y, por fin, el plan de infraestructuras, mediante el que trabajamos con todas las entidades que se dedican, y, naturalmente, con las propias infraestructuras que tiene el departamento.

Como antecedente también está la Ley de Salud, que aprobaron también sus señorías, y, como ustedes conocen perfectamente, con la aquiescencia de todos los grupos parlamentarios, la Ley 6/2002, de 15 de abril, en la que, en su artículo 30, se incluye, entre las actuaciones de asistencia sanitaria, la atención temprana. Lo mismo que la Ley 12/2001, que también aprobaron sus señorías, de infancia y adolescencia en Aragón, cuyos artículos 32 y 34 se refieren al tratamiento precoz de enfermedades y a la rehabilitación como derechos específicos de los menores dentro del derecho que tienen a la protección de la salud.

¿Cómo está la situación actual de los recursos de atención temprana en la comunidad autónoma? Tenemos en primer lugar lo que tiene que ver con la atención primaria de sa-

lud, la detección que se pueda hacer a través del programa del niño sano que llevan en toda la comunidad autónoma los pediatras de los centros de salud con las atenciones que hacen a los niños desde que nacen hasta una edad muy elevada, a los que se van haciendo revisiones continuas, y desde ahí se pueden detectar deficiencias, o desde los servicios sociales de base, que existen en todos los municipios de toda la comunidad autónoma, en los que también se pueden canalizar deficiencias que observen, porque muchas veces también hay deficiencias sociales, no solamente orgánicas o biológicas.

Y también desde los servicios de educación, porque el Departamento de Educación también tiene sus especialistas en la atención temprana de disfunciones o dificultades, en cuanto al seguimiento de las materias que se dan desde educación a los niños, pues también pueden detectar los propios maestros o los enseñantes dificultades para seguir el ritmo de los niños normales.

Lo mismo ocurre en la atención especializada; a través de la genética, de la atención en los hospitales, la pediatría hospitalaria, también se pueden detectar y se trabaja con los niños que tienen dificultades; con los equipos psicopedagógicos que hay en educación, desde el centro base, que es de donde se evalúan niños con discapacidades y con los que también se trabaja, y desde las propias asociaciones. Cada vez más en Aragón proliferan las asociaciones de padres con niños con dificultades, que son ya múltiples y muy variadas, y con las que trabajamos. Naturalmente, este programa de atención temprana ha sido trabajado con especialistas de todo tipo, con asociaciones (probablemente no con todas, pero con una gran parte de asociaciones) y con especialistas —como digo— de estos problemas.

¿Cuáles son los objetivos estratégicos del plan? En primer lugar, prevenir la aparición y el progreso de discapacidades y minusvalías: cuanto antes se detectan, naturalmente, mucho mejor. En segundo lugar, promover todas las posibilidades de desarrollo e integración que el niño necesite, y, naturalmente, es importante —como digo— que se llegue, con el trabajo de todos los profesionales, tanto educadores como con la familia, al máximo de posibilidades de desarrollo de los niños, por muy dificultosa y complicada que sea la discapacidad que presente.

En tercer lugar, actuar sobre la familia, como ya hemos dicho antes, y sobre la comunidad. El entorno del niño o de la niña es importantísimo para sacar adelante las dificultades que pueda tener, y, naturalmente, la tranquilidad que da el conocimiento del problema que presentan los niños o las niñas a la familia, el conocimiento, solamente conocer, saber perfectamente qué es lo que tiene y las posibilidades que tiene de integrarse ya tranquiliza a la familia, aun con la preocupación que naturalmente deben tener sobre la dificultad que se ha presentado.

Y, por fin, coordinar todos los recursos y disciplinas de la atención temprana, porque debo decir que en la comunidad autónoma disponemos de un buen nivel de dispositivos para la atención temprana, que, naturalmente, siempre tiene algún punto que mejorar, naturalmente que sí, pero que, comparado con las cosas o los dispositivos que aparecen en otras comunidades, podemos sentirnos no tranquilos, porque yo creo que debemos seguir trabajando, pero sí conformes con el ni-

vel que tenemos, que no es malo, aunque yo creo que sí que le falta en parte coordinación.

En la población diana se incluye en este programa a todos aquellos niños y niñas que son menores de seis años, a todos en los que se detecta un tipo y grado de deficiencia, aunque no conlleve la condición legal de minusvalía (que, por cierto, me parece que en la publicación en el boletín hay que hacer alguna corrección en esta frase), y en los que se detecten riesgos de presentar alguna deficiencia motriz, sensorial o cognitiva, si no se les proporciona alguna atención específica en los primeros momentos de su vida.

Sobre la población diana esperada en Aragón, el trabajo fundamental que se tiene es una encuesta de discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, esto es, el número de problemas o de déficit esperados. En la comunidad autónoma serían un poquito más de mil, alrededor de mil doscientas treinta y cuatro, de los cuales serían mil menores de seis años, y van desde algunas muy complicadas, como puede ser la ceguera, hasta algunas que pueden ser menos complicadas, que son la mayoría, y que son situaciones en las que necesitan menos cuidados o trabajo que, por ejemplo, la ceguera: el ejemplo que estábamos poniendo.

Los ámbitos de actuación serían —es bastante sencillo— la prevención, detección precoz o temprana, el diagnóstico, la valoración y la orientación del problema; los tratamientos de la atención temprana, que consistirían en rehabilitación de neuropediatría, trabajo social, estimulación precoz, pedagogía, logopedia, psicomotricidad, fisioterapia, psicología y psicoterapia y terapia ocupacional —como ven ustedes, de esto hay servicios, tanto en los servicios sociales como en los servicios sanitarios—, y, por fin, la información y orientación general que serviría para los familiares.

La cartera de servicios, en el área sanitaria, está compuesta, en primer lugar, por los servicios de obstetricia, la planificación familiar o el control sistemático del embarazo, que ya se hace en toda la comunidad autónoma, y que tiene una serie de protocolos (que no nos vamos a extender aquí, porque serían bastante largos), que permiten planificar o controlar sistemáticamente los embarazos en las mujeres, y que nos sirven, naturalmente, para preparar las dificultades que pueden surgir en los diferentes controles.

Los servicios de genética. En Aragón tenemos la suerte de tener unas unidades de genética que están conectadas con redes de investigación. Yo creo que es un área que es especialmente puntera en la comunidad autónoma, y en ella se incluye el consejo prenatal, que nos puede permitir también el prevenir nacimientos con dificultades.

El servicio de pediatría, tanto de atención primaria como de especializada, que hacen los estudios y los exámenes del recién nacido. Como ustedes saben, tenemos lo que ya les he comentado en primaria, el programa del niño sano, que permite un control exhaustivo, a veces muy exhaustivo, de los niños que nacen, las orientaciones a la familia, los programas del lactante, las vacunaciones infantiles, que están perfectamente establecidas y que vamos variando, ya saben ustedes que vamos variando los calendarios vacunales dependiendo de cómo tenemos las diferentes vacunas que van cambiando, etcétera; el control de los hábitos alimentarios (asunto muy importante, sobre todo en los niños), y la prevención de riesgos domésticos e infantiles: saben ustedes que no hace mucho sacamos un programa de prevención de riesgos domésti-

cos, de los accidentes domésticos infantiles, que sus señorías conocen.

Los servicios de oftalmología, otorrino y cirugía ortopédica, en los que también tenemos algunas unidades que han trabajado especialmente. Pongo por ejemplo la unidad de referencia del Clínico sobre los implantes para niños sordos, que es puntera en todo Aragón y que se está trabajando fundamentalmente en toda comunidad autónoma, con algunas dificultades al principio de su funcionamiento y que hemos ido ajustando progresivamente; eso sería uno de los ejemplos, y en cada una de las especialidades hay ejemplos que podemos conocer.

Los servicios de rehabilitación también, con estimulación precoz, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, que, además de estar en los centros base, también hay en los hospitales, naturalmente, más ocupados los de los hospitales que los de centros base, y la salud mental infantojuvenil, que, como ustedes saben, hemos ido abriendo servicios nuevos: uno en Huesca, en Teruel y Zaragoza.

En el área de educación existen también equipos de atención temprana. Yo los conozco más superficialmente, naturalmente, porque son más específicos de educación. Hay equipos de atención temprana en los que se hacen detección y diagnóstico pedagógico y las derivaciones, y los equipos de orientación y los equipos específicos de deficiencias motóricas.

También lo mismo en el área de servicios sociales. Aquí estaría la puerta de acceso a los centros base: centralizan la información relativa a los niños y a los programas de tratamiento, valoran el grado de discapacidad y coordinan todas las intervenciones; hacen los itinerarios de los niños; los equipos de intervención, lo mismo, y los tutores, que serían los que siguen o realizan el seguimiento, aseguran la continuidad y son la referencia permanente para la familia.

¿Cómo se estructura? ¿Cómo se articula todo este programa? Mediante una estructura organizativa y de coordinación administrativa, una dirección del programa y la comisión técnica de asesoramiento, que, como ustedes conocen, sale en la orden que se publica el 20 de enero de 2003, de regulación de la atención temprana en Aragón.

En este caso, ¿cómo coordinaríamos este mismo esquema que les he expuesto antes? Primero, la coordinación entre la atención primaria de salud entre salud, educación y los servicios sociales de base; la coordinación en la atención especializada entre el Salud, los equipos psicopedagógicos, los centros base y las asociaciones, y el centro base, que sería el que llevaría, o que lleva ya, la completa en los casos nuevos que ya van surgiendo, los itinerarios y controla cómo cada uno de los dispositivos, tanto de atención primaria en salud, servicios sociales de base y educación y el resto de la especializada, hacen los diferentes tratamientos y dispositivos.

El flujo de los nuevos usuarios en este esquema es un poquito complicado didácticamente, pero, bueno, desde los servicios de genética y obstetricia irían a unidades de alto riesgo, a neonatología; en alto riesgo ven si hay o no hay problemas y se pasan a los programas de salud materno-infantil, o a los embarazos de alto riesgo; de ahí pasan nuevamente a la evaluación de los centros base... En fin, sería un itinerario mediante el cual los niños con dificultades pueden pasar a uno u otro dispositivo, dependiendo del riesgo que tengan y de los programas que tenemos.

Ya en el año 2002, la financiación de todo este programa ha tenido aproximadamente 1,2 millones de euros, y nosotros hemos calculado, con el volumen y los flujos que hay, que tendremos que ir, hasta el año 2006, incrementando los programas, hasta aproximadamente 3,6 millones de euros. Esto, unido a lo que ya se gasta en todos los dispositivos que tenemos, es naturalmente suficiente como para que este programa, para los niños que vamos a atender, sea lo suficientemente importante como para que no tengamos dificultades o no les demos más dificultades a todas estas familias con estos niños, que son ya suficientes con el problema que tienen estos pequeños.

Y yo me quedo aquí, para que intervengan sus señorías, si lo permite el presidente, y responder a sus preguntas.

Gracias, presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor consejero.

Tiene la palabra la portavoz de Chunta Aragonesista, señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

Bien venido, consejero.

Evidentemente, compartimos todo lo que es la filosofía de la atención temprana, que en este momento sí que se abre a poblaciones de riesgo y está primando lo que es la atención preventiva y el tratamiento global desde un montón de puntos de vista: desde el punto de vista sanitario, desde el punto de vista social y también desde el punto de vista escolar.

La verdad es que esos ámbitos de actuación de la atención temprana dentro de los niveles de intervención son variados y plurales —ha comentado—, y ahí están esos centros de atención temprana que intervienen en la prevención primaria y secundaria, con programas en teoría dirigidos a familias, a futuros padres, a profesionales que intervienen también en la prevención terciaria, con acciones terapéuticas dirigidas hacia el niño, hacia la familia, hacia el entorno y hacia la escuela. Intervienen los servicios sanitarios, el servicio de obstetricia, neonatología, pediatría, neuropediatría, rehabilitación, salud mental y otras especialidades. Están igualmente los servicios sociales, que intervienen en todos y cada uno de los niveles de atención a través de los programas de bienestar social, de las familias, y también en la elaboración de programas de prevención y de intervención. Y, finalmente, los servicios educativos, porque la escuela es un hito importante en ese proceso de integración y de socialización.

La atención temprana es una tarea o debería ser una tarea compartida, y en esta tarea compartida creo que el problema de la coordinación puede ser un problema morrocotudo, por la gran cantidad de profesionales de distintas áreas que están interviniendo y que deberían encontrar espacios, encontrar marcos, encontrar tiempos de trabajo, para coordinar prioridades, también una acción conjunta y un enfoque que sea único.

Y lo multisectorial, evidentemente, no se discute, pero yo creo que eso solamente se cumple en contadas ocasiones, y la realidad que se produce es mucho más la descoordinación, la duplicación y también el solapamiento de actividades y de programas.

Y yo le pregunto, y me pregunto también —sobre todo, le pregunto a usted—: ¿cómo se va a llevar a cabo esa coordinación entre los profesionales de atención primaria y los de atención temprana, entre el hospital, la atención primaria y los servicios sociales de base, entre el hospital, la atención primaria y los orientadores familiares?

Ha comentado usted esa orden del 20 de enero por la que se regula el programa de atención temprana, se atribuye al IASS (al Instituto Aragonés de Servicios Sociales) la dirección del programa y son los centros base esa puerta de acceso para esas personas; son los centros base los encargados de valorar, de analizar cada uno de los casos que llegan, de niños y niñas, que se deriven desde los servicios sanitarios, desde los servicios escolares y desde los servicios sociales.

La verdad es que todo eso de la coordinación en el papel queda muy bien, pero, en este momento, en los centros base no hay un número mínimo de profesionales, ni siquiera para atender a los casos más problemáticos. Hay casos que se han derivado desde la escuela, casos problemáticos, y las solicitudes de octubre se han atendido en el mes de marzo. Me gustaría saber, con estos antecedentes, cómo se van a producir esas valoraciones y también quiénes van a elaborar esos planes de intervención.

Dice la orden de 20 de enero que en ese programa habrá diferentes áreas de actuación; entre ellas, está el área de atención a la escuela en colaboración con los equipos educativos de atención temprana. En este momento hay un equipo de atención temprana en Huesca, hay otro en Teruel y hay dos en Zaragoza, uno que atiende a las guarderías municipales y otro a las guarderías de la DGA. ¿Cómo se va a solucionar el problema, porque son bien pocos? Y, también, ¿cómo se va a solucionar ese mismo problema en el medio rural?

El IASS, por lo visto, también según la orden, va a nombrar a un director del programa de atención temprana, que va a ser el responsable directo de su cumplimiento; le pregunto: ¿quién va a ser el responsable del cumplimiento de ese programa en los centros de base?

Y, por otro lado, nos parece mal que se haya renunciado, una vez más, a un servicio aragonés de atención temprana, porque en la orden hablan de concertar con centros de atención temprana de entidades sin ánimo de lucro. No nos parece bien que usted haya renunciado nuevamente a un servicio aragonés de atención temprana que disponga de una red de centros de atención temprana y que, además, sean accesibles.

Yo creo que los planes sobre el papel lo aguantan todo, pero, a la hora de poner en práctica este plan, yo creo que va a ser muy complicado y muy difícil, sobre todo por el problema de la coordinación y porque en este momento no hay suficientes equipos multidisciplinares que estén funcionando. Y también espero que la financiación, sobre todo, sea suficiente porque usted sabe que sin dinero no hay plan.

Nada más; muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Tiene la palabra la portavoz del Partido Aragonés, señora Costa.

La señora diputada COSTA VILLAMAYOR: Gracias, presidente. Señorías.

En primer lugar, bien venido a esta comisión en nombre del Partido Aragonés.

Ciertamente, la Ley de salud aragonesa que aprobamos en esta legislatura por una mayoría absoluta, como en pocas leyes, y en la que tuve el honor de participar, como usted ha dicho, en el artículo 30 recogía específicamente, dentro de las funciones y actuaciones del sistema de salud, la atención temprana.

La orden del 20 de enero pasado del Departamento de Salud, cumpliendo el mandato de esa ley, regula el programa de atención temprana en nuestra comunidad. Usted ha cumplido, consejero, y hoy viene a presentarnos el plan de atención temprana a estas Cortes aragonesas.

Al escucharle esta portavoz, y ante los datos que usted ha expuesto sobre la mesa, me ha hecho ver la importancia del problema y que usted haya tomado cartas en el asunto, presentándonos el modelo o plan de intervención en atención temprana, con actuaciones realizadas desde el embarazo hasta los seis años, para esos doscientos niños que en Aragón nacen con deficiencia, para esos alrededor de mil doscientos que, desde que nacen hasta los seis años, necesitan determinados apoyos para intentar superar los déficits que presentan. Muchos opinarán que esto es su obligación, consejero; pero estoy convencida de que usted se lo toma con un interés que yo calificaría de sobresaliente.

Quiero destacar, como punto primero para poder empezar a trabajar, el establecer un registro unificado y conocer el número exacto de niños de cero a seis años que requieren atención temprana en nuestra comunidad autónoma; también los servicios implicados, recursos, cartera de servicios... A partir del conocimiento de estos datos, usted nos ha presentado una serie de actividades que ha enumerado: no dudo que serán las más acertadas. Nos ha hablado de los servicios sanitarios. Entre estos destaco detectar situaciones de riesgo genético y fomentar la participación familiar en la promoción de la salud en la infancia, con la variación de servicios que entran en el área sanitaria, como no podía ser de otra manera; obstetricia, genética, pediatría, salud mental, hasta la cirugía ortopédica, y la importancia de los servicios de rehabilitación, servicios educativos con programas individuales, con apoyos especializados para una mayor integración escolar, que sin duda posteriormente redundará en una mayor integración social.

Debemos contar con colegios de educación especial públicos y concertados, y ambos deben tener similar financiación. Nos ha hablado también de coordinar estos servicios sanitarios, educativos, sociales..., para transmitirse información y, entre otras muchas ventajas, y no la menor, que no exista duplicidad de actividades, con la desorientación que puede producir en el niño, y el consumo innecesario de recursos financieros de los que estamos tan necesitados.

No podía faltar el área de servicios sociales, ya que el centro de referencia será el centro base, donde se centralizará la información y se valorará el grado de discapacidad.

Finalmente —no me voy a alargar más—, llamo la atención sobre la perfecta sintonía que usted nos ha dicho que existe con asociaciones que trabajan sobre el tema, y, con una visión general, tal vez lo más significativo para esta portavoz sea asegurar el tratamiento de cero a seis años, poder elegir el

centro dentro de la oferta que haya, y no exigir un grado de minusvalía para acceder al tratamiento, aunque sí, claro está, el grado determinará la intensidad y frecuencia del mismo.

Ninguna pregunta que hacerle, consejero; la portavoz que me ha precedido las ha hecho ya todas. Le felicito por este plan que nos ha expuesto, y el deseo de esta portavoz y de mi partido es que pueda desarrollarlo al máximo, aumentar la financiación, que sin duda va a necesitar, y para lo cual puede contar con el apoyo del Partido Aragonés.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Costa.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señora Mihi.

La señora diputada MIHI TENEDOR: Gracias, señor presidente.

Buenos días, señor consejero.

Para el Grupo Socialista es muy grato darle de nuevo la bienvenida en esta comisión, ya que durante esta legislatura, que pronto concluiremos, no han sido pocas las ocasiones en las que hemos contado con su presencia, bien a petición propia, bien a petición de los grupos parlamentarios de esta cámara, y en todas ellas sus intervenciones desde la reflexión y el análisis ponderado, ajustado y realista, y de las propuestas metódicas, han significado bien puntos de partida, bien ajustes en el desarrollo de la aplicación de las soluciones que los distintos problemas enfrentados han precisado.

Reconociendo su labor e impulso personal, no podemos sino hacer referencia de forma expresa a los profesionales que componen su departamento; su trabajo, capacidad, esfuerzo y dedicación han permitido avanzar y profundizar en la elaboración y desarrollo de los planes con los que su departamento ha enfrentado los problemas que, en materias sociales, caracterizan a la sociedad aragonesa, en desarrollo de las políticas en esta materia del Gobierno de Aragón.

Partíamos en muchos frentes de poco o nada, y hoy, aun reconociendo de forma autocrítica, como no puede ser de otra forma, carencias y déficit en Aragón en algunos aspectos, no cabe duda de que, en políticas sociales, Aragón ha experimentado un salto cualitativo y cuantitativo de enorme importancia. No pretendemos realizar un discurso de felicitación: no es ni ha sido precisamente la autocomplacencia una disciplina por cuyos senderos hayamos transitado, sino que, todo lo contrario, la detección de los problemas y su superación es una de las características que entendemos que ha presidido fundamentalmente este periodo.

Tampoco es vano señalar que, a pesar de los pocos o nulos recursos económicos que el gobierno de la nación nos ha facilitado a esta comunidad para la aplicación y desarrollo garantista de las leyes y de la normativa emanadas desde el mismo, nuestro gobierno y su departamento han cumplido con los aragoneses, y los resultados positivos obtenidos contrastan con los recursos facilitados, adquiriendo una mayor dimensión.

El plan que hoy nos ocupa no podemos contemplarlo sino desde la óptica y la importancia del compromiso de nuestro gobierno con los menores y con sus familias. Se inscribe y adiciona al conjunto de las políticas ya desarrolladas y dirigidas a los menores, y, aunque conviene señalar que no todas

las metas están alcanzadas, supone un significativo avance cuantitativo y cualitativo en la dirección de conseguirlo.

Los niños son un grupo especialmente vulnerable. Para muchos de ellos padecer una deficiencia supone crecer en un ambiente de rechazo y de exclusión de ciertas experiencias que son parte de su desarrollo normal. Esta situación se puede agravar por la actitud y conducta inapropiada de la familia y la comunidad durante los años críticos del desarrollo de la personalidad y de la propia imagen de los niños.

La posibilidad de que la situación de los niños con discapacidad empeore por prácticas inadecuadas de su medio ambiente familiar y social está relacionada con el modelo de concepción social imperante de la discapacidad; en ese contexto, tipo y grado de discapacidad, situación socioeconómica, apoyos sociales existentes, etcétera.

En la comunidad de Aragón cada año nacen en torno a unos doscientos niños con algún tipo de deficiencia, y en el tramo comprendido entre el nacimiento y los seis años, más de mil doscientos niños presentarán déficits que precisarán de diversos sistemas de apoyo.

El plan de atención temprana que hoy nos presenta, cuya finalidad es prevenir y compensar las desventajas de los menores con discapacidad o con riesgo de padecerla, mediante la puesta en marcha de medidas de rehabilitación, apoyo y tratamiento que favorezcan el mayor nivel de autonomía e independencia personal y social posible, al igual que ofrecer medidas de apoyo y asesoramiento y formación familiar, va a ayudar a la prevención del desarrollo de discapacidades y minusvalías, así como de las limitaciones en la actividad y de las restricciones en la participación. Garantiza el acceso a los servicios y programas de atención temprana a todos los niños hasta los seis años que presenten discapacidades o alteraciones en su desarrollo, potencia la evolución de todas las posibilidades de desarrollo e integración del niño que lo precise, considera la familia y la comunidad en la que esta se incluye como contextos de incidencia de los programas integrales de atención temprana, planifica la coordinación interinstitucional y la intervención interdisciplinar e impulsa la coordinación de las actuaciones de los diferentes recursos técnicos y humanos implicados en el ámbito de actuación temprana en la comunidad autónoma.

Señor consejero, nuevamente, su presencia e intervención en esta comisión, como señalábamos al principio de esta intervención, señala un punto de partida, enfrenta un problema social del calado del que nos ocupa y, con propuestas elaboradas y ajustadas, abre la puerta de las soluciones, mostrando la voluntad y la preocupación de nuestro gobierno y de su departamento por aplicarlas.

Este ha sido el camino que emprendimos, el camino de las soluciones para los ciudadanos y ciudadanas aragoneses. Por él hemos recorrido un buen trecho y hoy nuevamente cumple reconocerlo: señor consejero, el Gobierno de Aragón y su departamento han actuado por y para los aragoneses y han actuado bien.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Mihi.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señora Plantagenet.

La señora diputada PLANTAGENET-WHYTE PÉREZ: Gracias, señor presidente.

Señor consejero, bien venido una vez más a esta Comisión de Sanidad.

Señor consejero, el planteamiento que ha presentado sobre el plan de atención temprana ha dejado entrever, prácticamente, que fuera algo creado por su consejería y por usted mismo, y así se han manifestado incluso los partidos que le apoyan, que apoyan al gobierno. Yo creo que hay que centrar un poco más la realidad, poner un poco los pies en el suelo y alejarse de este autobombo, muy propio de su consejería, porque realmente hay que tratar los temas con el rigor que normalmente tiene un tema, como es el tema de discapacidad, y aquellos padres que tienen —no la desgracia porque eso no es— el pesar de tener en su familia un niño que nace en un momento dado con una discapacidad, con un retraso o con una disfunción.

Usted sabe, señor consejero, que los primeros que diagnostican una malformación, un retraso o una disfunción son los pediatras, los neonatólogos o los ginecólogos, y lo llevan haciendo desde hace muchísimo tiempo.

Al escucharle, me hubiera gustado que un pediatra o un ginecólogo hubiera escuchado esta intervención; era como recordarles lo que normalmente llevan haciendo muchos años desde cualquier tipo de departamento, y ellos son unos grandes profesionales, y los profesionales que tenemos en salud aquí, en Aragón, son buenísimos y trabajan muy bien, y lo detectan perfectamente.

Ellos, desde hace muchísimo tiempo, saben cómo llevar la evolución de este niño, y, evidentemente, cuando aparece este retraso o esta disfunción, lo derivan a los servicios adecuadamente, a los servicios que existían anteriormente, porque existían unos servicios de atención temprana dentro del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. La atención temprana se creó ya en época del Insero y ha venido funcionando hasta estos días; la atención temprana no es nueva, están trabajando y en Aragón existe justo antes de las transferencias sociales que usted tenía en su mano desde el primer momento que usted juró el cargo de consejero.

Toda persona que tenía una discapacidad o que presentaba una discapacidad podía acudir a esos centros de base que existían en Aragón; posiblemente, durante su legislatura se ha incrementado en uno, que es el segundo centro de base que hay en Zaragoza, pero el otro seguía funcionando y se estaba dando.

Nos ha sorprendido, señor consejero, que, justo al final de la legislatura, y no al inicio, que hubiera sido adecuado, presentara una orden, en primer lugar, y posteriormente nos presentara este plan. Hubiera sido lógico presentar un plan y posteriormente alguna orden que lo justificara; pero, en fin, parece ser que no ha sido así y que no se ha presentado la orden.

Esa orden del 20 de enero de 2003 regula la coordinación o el programa de atención primaria. ¿Por qué lo regula, señor consejero, al final de la legislatura? Ha perdido cuatro años. Lo podía haber regulado. Esa coordinación que usted ha planteado se podía haber hecho. Yo le voy a decir por qué: porque el primer periodo del IASS fue un agujero negro, y en el segundo periodo se han dedicado a rellenar este agujero negro, pero de una manera etérea, frágil, sin consistencia, y tan solo de cara a la galería.

La atención temprana, que pertenece al Instituto Aragonés de Servicios Sociales, y sigue ahí y están dando un servicio estupendo, hubiera justificado que usted presentara un plan en estos momentos de la legislatura, después de las transferencias sanitarias, si, evidentemente, hubiera trasladado la atención temprana a los servicios de salud, si hubiera creado una unidad de atención temprana, con una serie de profesionales, como lo han hecho otras comunidades autónomas, como ahora ha hecho Galicia, como creo que lo ha hecho La Rioja, y como lo ha hecho Navarra, perteneciente al Salud, y con una serie de personas que acuden al Salud; pero lo sigue manteniendo en servicios sociales, o sigue habiendo los mismos dispositivos, con lo cual es un plan que tan solo habla de una coordinación administrativa: es bueno estar coordinados, yo no le digo que no, pero, evidentemente, no aporta nada.

Lo que hubiera sido importante es que usted hubiera planteado un plan que hubiera dicho públicamente que todas las personas que tienen una persona con discapacidad pueden acceder porque el IASS ha creado más centros de atención temprana, ha creado centros comarcales.

No nos ha explicado un desarrollo comarcal que podía haberse planteado, y no se ha planteado ese desarrollo: las personas que están en Teruel tienen que ir y tienen que movilizarse. No hemos planteado ningún crecimiento de profesionales públicos, usted no ha incrementado la dotación de personal en logopedas, psicomotricidad, fisioterapia; dentro de los centros base que usted tiene tan solo son administrativos que regulan, que pasan y derivan. ¿Adónde? Derivan a las asociaciones que estaban hasta ahora suplementando una atención temprana, que, evidentemente, necesitaba un incremento. Con estas asociaciones no hemos visto un incremento de concertación, no hemos visto en esa orden que exija usted parámetros de calidad a la hora de contratar, ni hemos visto que exista ninguna certificación dentro de las redes de atención. Se deja entrever cierto sectarismo —diría— a la hora de la concertación. Usted, que no es amigo a la hora de concertar plazas con personas mayores, aquí sigue manteniendo estas organizaciones sin ánimo de lucro para concertarlas.

A mí me hubiera gustado que usted hubiera dicho en este plan: «señorías, aunque hemos llegado al final de la legislatura, vamos a subir en Aragón la atención temprana, desde la sanidad pública, vamos a incrementar en logopedas, vamos a incrementar en fisioterapia, vamos a incrementar en educadores, vamos a crear centros nuevos, y no van a tener que derivar y asumir las asociaciones esa carga tan importante, que en muchas ocasiones es una carga, que lo hacen muy gustosos pero tienen escasez de medios, tienen problemas de locales, tienen problemas de transporte; eso lo vamos a asumir desde mi consejería». Eso no se ha dado, señor consejero.

Por eso, lo único que usted nos está planteando es un plan —usted es un experto en planes, el papel lo aguanta todo—, pero yo le tengo que decir, señor consejero, que, cuando lo leía detenidamente, acordándome de muchas personas que yo conozco que tienen personas con discapacidad y niños pequeños, me vino a la cabeza —y se lo voy a recordar— una frase, cuyo autor no recuerdo ahora: «No puede ser la vida una comedia para los que piensan y una tragedia para los que sufren».

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Plantagenet.

Tiene la palabra el señor consejero.

El señor consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales (LARRAZ VILETA): Gracias, presidente.

Señorías, estoy de acuerdo, comenzando con la representante de Chunta, en que va a ser un trabajo morrocotudo, sí, la coordinación es un trabajo morrocotudo; pero mire: ya no hay gestión fácil ni en servicios sociales ni en servicios sanitarios: cada problema que surge es de una gestión compleja. Eso ya viene en todos los manuales. No hay nada sencillo, pero, porque no sea sencillo, porque sea difícil, no vamos a dejar de hacerlo, y vamos a tratar de coordinar los dispositivos que ya tenemos, que es con lo que ya tenemos, que es con lo que he comenzado mi intervención: hay que coordinar los dispositivos que tenemos complementándolos con alguna cuestión.

El que sea difícil nos parece bien; yo recuerdo hace bastantes años, en uno de mis primeros trabajos en gestión, tenía un colaborador funcionario que decía que el 90% era imposible y el otro 10% muy difícil. Nunca me lo pude quitar de delante porque era funcionario, pero era para quitárselo de delante. No tiene que tener ninguna dificultad el que aparezca un problema complicado. Hay que afinarlo. Si a usted le parece mal el que trabajemos con asuntos complicados, pues bueno, ¡qué vamos a hacer!

¿Que es muy difícil coordinar lo que está descoordinado? También, pero hay que hacerlo, y hay que ponerlo en un papel, negro sobre blanco, y, aunque me digan que yo soy experto en planes, no, el experto en planes ya saben quién es: el ministro de Servicios Sociales actual, de Empleo, que ha presentado en seis meses trescientos cincuenta planes. Luego veremos a ver cuántos cumple.

El que se coordinen y el que puedan conectar unos centros con otros, que son múltiples en la atención temprana... Ya saben ustedes que sacamos a concurso y se está haciendo la unión por cable óptico, por fibra óptica, de todos los centros tanto sociales como sanitarios, y un plan de informatización para que todo el mundo se pueda conectar con el de al lado en tiempo real, *on line*. Eso es indispensable, y, si no, si conectan por carta, será complicado coordinarlos; pero, bueno, estamos dando los pasos para que así sean las cosas, para aplicar las tecnologías modernas a la gestión, y, bueno, ese plan está en marcha.

Por cierto, hay una parte que está paralizada porque el Ayuntamiento de Zaragoza no nos da las licencias para poder hacer las zanjas y conectar los centros, pero, en fin, yo espero que en este final de legislatura consigamos que el ayuntamiento agilice esas licencias que no da a la empresa que nos está haciendo las zanjas, aunque es una empresa que siempre ha tenido buenas relaciones, es Telefónica; o sea, que yo espero que conecten y nos puedan dar esas licencias.

Naturalmente que es un trabajo para los centros base, por eso hemos creado un centro nuevo aquí en Zaragoza, porque va a tener más trabajo, y hemos incrementado las personas que están trabajando en los centros base, aunque yo también debo decir que una parte, la dedicada a atención temprana, en este último año, se ha visto alterada por el trabajo que nos ha dado la evaluación, por una ley que hizo el gobierno central, de un gran número de personas que, por esta especie de

moda que hay con bajar los IRPF, los impuestos de verdad que igualan a todos los ciudadanos, han conseguido que pequeñas discapacidades incrementen los descuentos del IRPF, y hemos tenido en estos dos últimos años que clasificar miles de personas para que se acogieran a estos descuentos a que tan aficionados son el gobierno central, y que siempre terminamos pagando las comunidades autónomas; pero, en fin, hemos quitado todas las listas de espera que teníamos de esas personas, y ahora tenemos mucho más tiempo para dedicarnos a la atención temprana.

Siempre me dice usted lo mismo de lo complicado y difícil que son las cosas. No se asuste, no se asuste, que todo se arregla con mucho trabajo, todo se arregla con mucho trabajo. Yo creo que tenemos que intentar acometer la discapacidad con el pensamiento que yo expreso muchas veces, y que a veces a usted le hace mucha gracia. Todos somos discapacitados, no sé si lo saben, como todos somos neuróticos. Es cuestión de grados, exclusivamente de grados, y, a medida que uno va cumpliendo años se va haciendo más discapacitado, y, en cuanto a las pequeñas rampas, que hace veinte años se contemplaban en los programas de barreras arquitectónicas, eran para las personas que iban en silla de ruedas, y no sé si se habrán dado ustedes cuenta de que cada vez más utilizamos todas esas rampas, porque nos viene mejor que bajar escaleras.

Entonces, si todos pensáramos y, sobre todo, los que gestionamos y tenemos que trabajar las discapacidades, y los políticos nos pusiéramos en la cabeza que la discapacidad es solamente un grado, y que los hay con mucha más discapacidad y los hay con menos discapacidad, probablemente, trabajaríamos mucho mejor los programas de discapacidad que los trabajamos, aun reconociendo que, gracias a las entidades que tenemos en Aragón, la discapacidad en estos últimos años se ha trabajado con bastante precisión.

Por lo tanto, vaya mi idea de lo que es la discapacidad, para que no le haga a usted tanta gracia, porque probablemente usted ya tiene un cierto grado de discapacidad, se lo aseguro, porque lo tenemos todos, porque lo tenemos todos.

Respecto a los comentarios que ha dicho la representante del Partido Aragonés, hay una cosa que me parece clave que usted ha señalado, que es el registro de niños con dificultades. Pues en este programa, naturalmente, hay una parte que tiene que ver con la informatización, y queremos y necesitamos tener, aunque ya está, pero no los suficientemente ordenada, una base de datos de niños que tienen dificultades, y, naturalmente, no solamente para tenerlo ahí y saber lo que tenemos, sino, además, para el seguimiento y control de lo que se está haciendo con ellos. Lo mismo que los comentarios que ha hecho sobre la cartera de servicios, que es lo que estamos trabajando fundamentalmente, dándole ámbito o esquema de gestión a lo que se está haciendo, con trabajo de coordinación, que es lo que fundamentalmente pretende este plan. Sobre todo, también —y me interesa muchísimo el comentarlo así— la coordinación con las entidades y con las asociaciones, que debo decir que ha sido magnífica, y, desde aquí, lo agradecemos infinitamente no solo a las entidades que hacen la provisión de los servicios, sino a las asociaciones de padres, que cada día están trabajando más y que a nosotros nos demandan continuamente, no con alabanzas sino con críticas, críticas positivas y activas, que nos sirven para

darnos cuenta a veces de problemas a los que no llegamos desde la administración.

A mí me resulta muy difícil conocer, a mí o a las personas que tengo alrededor, con esas responsabilidades, punto por punto, aspectos o facetas de las dificultades que se encuentran niños con enfermedades específicas; tenemos muchas asociaciones en las que tenemos tres niños con una enfermedad específica, o cuatro, doce, veinte o más, es decir, muchas con poquitos niños o niñas con el problema.

Yo creo —y a la representante del PSOE le agradezco sus palabras— que tenemos mucho que trabajar todavía, tenemos mucho que trabajar —y usted lo ha dicho perfectamente—: aquí no se trata de decir lo que hacemos, sino de decir también lo que no hacemos; pero, bueno, es normal y natural que, si en un folio yo pongo un punto en el centro y se lo enseño al Partido Popular, me dirán que el punto. Pero no, lo que usted ve no es un punto en un folio; lo que usted ve es un folio en blanco con un punto, y lo blanco es todo lo que hacemos y el punto es lo que no hacemos; pero, claro, lógicamente, usted se refiere siempre al punto, y eso puede crear una distorsión. Yo creo que debemos enmarcar siempre los problemas en lo que se hace y lo que podemos añadir para que no tengamos manchas en los folios; pero alguna siempre habrá, porque, si no hubiera ninguna, no harían falta departamentos, si todo estuviera perfectamente solucionado.

Yo no sé si no me ha escuchado o tenía usted preparado, querida representante del Partido Popular en esta comisión, ya el discurso y lo ha soltado sin más; pero no sé si se ha dado cuenta de que me he referido durante todo el tiempo a que lo que necesitaba esto era, sobre todo, coordinación, y, naturalmente, hay muchos dispositivos que ya están funcionando: no me tiene usted que explicar lo que hacen los pediatras en Aragón, porque, como usted sabe, tengo conexión directa con los punteros en pediatría por el Instituto de Ciencias de la Salud, que han entrado en todas las redes de investigación que se han promovido desde el Instituto, y yo estoy encantado de que la pediatría en Aragón sea puntera en la comunidad autónoma y en toda España. Publican en las mejores revistas europeas.

Siempre me cuenta usted lo del autobombo, lo del ruido, y me lo pone usted fácil. El ruido: las bombas de Iraq es lo que hará ruido, eso sí que hará abundante ruido, y no sé cómo tienen esa palabra en la cabeza.

Si ya funcionaba todo, ¿para qué hacer coordinación?, que me decía al principio; primero me dice que funciona muy bien, luego me dice que hay que coordinar porque no funciona... ¿En qué quedamos? ¿Ya funcionaba o no funcionaba? Se requiere coordinación: ¿cómo no se va a requerir coordinación siempre?

Bueno, en cuanto a lo del desarrollo comarcal, no sé, ¿qué quieren?: ¿que pongamos una unidad de atención temprana en cada comarca? Tomo nota, tomo nota, y lo arreglo.

Y, en cuanto a lo de experto en planes, le vuelvo a repetir que el señor Zaplana es el experto en planes.

Yo les agradezco, en todo caso, el tono de la comparecencia, y les añado que hemos presentado este plan porque teníamos la obligación de presentarlo, se derivaba de normas que ustedes han aprobado en las Cortes, y me parecía que era obligatorio que lo pusiéramos negro sobre blanco, encima de la mesa, para decirles lo que hacemos bien y lo que no hacemos bien, naturalmente.

Esta es la penúltima comisión en la que voy a intervenir, me parece que en la siguiente... Les anuncio que después, si lo tienen a bien, nos iremos a comer todos juntos; el departamento pone los medios para que podamos comer y nos despedamos de la legislatura de la mejor manera posible.

Nada más, y muchísimas gracias.

Gracias, presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor consejero.

Agradecemos desde la mesa la invitación que nos ha hecho al final, y nos despediremos gustosamente, a pesar de que creemos que usted va a continuar en la próxima legislatura como consejero.

Por lo tanto se levanta la sesión durante cinco minutos para despedir al consejero.

Gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Señorías, vamos a continuar la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales con el punto número tres: debate y votación de la proposición no de ley número 9/03, sobre protocolos de enfermería, presentado por el Grupo Parlamentario Popular.

Antes quería decirles que, en el orden del día, el punto número seis ha sido retirado por los grupos que lo habían propuesto, el Grupo Parlamentario Socialista y el Partido Socialista.

Y, entonces, damos la palabra a la portavoz del Partido Popular, señora Juarros.

Proposición no de ley núm. 9/03, sobre protocolos de enfermería.

La señora diputada JUARROS LAFUENTE: Gracias, señor presidente.

Los protocolos clínicos de actuación son herramientas que se van a aplicar a la tarea de decisiones clínicas en la consulta y, por tanto, se van a aplicar a los pacientes. Estos protocolos constituyen unas normas de actuación sanitaria que unifican criterios y pautas de trabajo, frente a las diversas situaciones patológicas o procedimientos clínicos que se puedan dar.

Hasta hace relativamente poco tiempo, las guías o protocolos de actuación clínicas se han llevado en mayor parte a cabo por el personal facultativo, sin menoscabo de que en enfermería se han ido elaborando y aplicando protocolos de actuación de modo paulatino.

La utilidad de estos protocolos es indiscutible, no solo ayudando a mejorar la calidad de vida del paciente, sino también, y más importante, a la más pronta curación del mismo. La utilización de estos protocolos de actuación por enfermería favorece la coordinación entre el personal médico y el personal de enfermería, donde algunos protocolos referentes a una misma actuación se pueden complementar, y facilita una atención integral del paciente.

En la actualidad, en diversos centros sanitarios de Aragón, existen y se aplican protocolos de actuación, pero esto no está ocurriendo en todos los centros, y en los que se aplica no se hace de forma unificada ni basados en los mismos criterios.

El colectivo de enfermería considera necesario y urgente la elaboración de unos protocolos de actuación unificados para todos los centros sanitarios de la comunidad autónoma, ya que esta unificación y puesta en marcha mejorará la asistencia sanitaria hacia el paciente, ya que, ante un problema sanitario, estará igualmente atendido en cualquier centro con el mismo procedimiento de diagnóstico y tratamiento de enfermería, y, por tanto, con una buena calidad asistencial.

La utilización de protocolos en enfermería puede evitar procedimientos judiciales, ya que nos van a determinar las pautas más eficaces y seguras a la hora de actuar con un paciente, nos van a ayudar a prevenir y tratar adecuadamente muchas dolencias, y, para terminar, van a proporcionar un funcionamiento más fluido de los servicios sanitarios.

Por todo esto, el Grupo Popular, al igual que las asociaciones profesionales de enfermería, consideramos necesario que sea el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud quien analice y unifique los protocolos de enfermería utilizados en los centros sanitarios de Aragón y los extienda a aquellos centros donde no se dispongan, como ya nos anunció el consejero Larraz en septiembre de 2002, y que al final de la legislatura todavía no se ha puesto en marcha.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Juarros.

Tiene la palabra de Chunta Aragonesista, señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

Pues, como ha dicho la representante del Partido Popular, los protocolos son instrumentos necesarios de planificación y de gestión de una gran importancia, que deben ser manejados, en este caso, por los profesionales de enfermería en lo que respecta a la buena práctica de la profesión. Garantizan lo que es la calidad de atención de los servicios, garantizan la eficiencia de los recursos que se asignan, reducen los costos de la atención de salud, sirven de protección legal en casos específicos, y también facilita la comunicación entre el equipo de salud y, además, unifica criterios. Nos parece bien que se extiendan a todos los centros sanitarios en los que no se dispone de ellos, y que se unifiquen como es lógico.

Estamos de acuerdo, y votaremos a favor de esta iniciativa.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario del Partido Aragonés, señora Costa, que queremos ir tan rápidos..., y le agradezco la rapidez.

Tiene la palabra.

La señora diputada COSTA VILLAMAYOR: Gracias, señor presidente.

Bueno; se define —ya se ha dicho— el protocolo clínico como un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos, diagnósticos a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un problema de salud; constituyen una ayuda

explícita, al reducir el número de alternativas entre las que hay que elegir, haciéndolas en muchos casos únicas.

El protocolo no está dirigido hacia un enfermo concreto individual, sino hacia grandes tipologías de enfermos con un cuadro similar. Las actividades de evaluación y mejora de la calidad son hoy imprescindibles en cualquier empresa o institución. La mejor forma de diseñar la calidad de la atención médica son los protocolos, herramientas que sirven para evitar el riesgo de variabilidad en la atención prestada; sin embargo, también debo añadir, por otro lado, que los protocolos no limitan la libertad del profesional en la práctica, pues tienen más bien carácter de recomendaciones sin reducir la individualidad del acto médico. No hay enfermedades sino enfermos.

Con el convencimiento de que deben existir protocolos de enfermería, estoy de acuerdo con la exposición que el Partido Popular hace en esta proposición, protocolos que, además de aumentar la calidad, aceleran el proceso de tomas de decisiones y da respaldo jurídico.

Los protocolos de actuaciones de enfermería y los del resto de colectivos profesionales sanitarios están siendo abordados con normalidad dentro del sistema de salud aragonés, que tiene actualmente múltiples ámbitos e instancias de desarrollo práctico, y entran dentro del objetivo estratégico del departamento de reducir la variabilidad asistencial y mejorar la calidad global de nuestra red pública.

Actualmente, la Dirección General de Planificación y Aseguramiento promociona un grupo de trabajo, experto en enfermería, que está comprometido con las directrices futuras de desarrollo profesional de este colectivo, e incluye entre sus objetivos operativos el diseño de pautas protocolarizadas de actuación y evaluación de lo que se viene llamando producto de enfermería, es decir, su oferta profesional diferenciada en el sistema de salud.

Por lo anteriormente expuesto consideramos, aun considerando necesarios los protocolos de enfermería, inadecuado, operativa y conceptualmente, vincular el desarrollo de los mismos al Instituto de Ciencias de la Salud, como solicita esta proposición que vamos a rechazar.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Costa.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señora Pons.

La señora diputada PONS SERENA: Gracias, señor presidente.

Desde el Grupo Parlamentario Socialista también estamos de acuerdo con la exposición de motivos de esta proposición no de ley, estamos de acuerdo y compartimos la importancia de unificar los protocolos de actuación clínica. Pero, en cambio, no podemos estar de acuerdo con el contenido de la proposición no de ley, y me explicaré.

Quiero hacer varias apreciaciones; en primer lugar, hacer una diferenciación entre dos aspectos, lo que es protocolo de actuación y guías de práctica clínica. Y también quiero hacer una diferenciación en cuál es el órgano encargado de realizar esa unificación. En primer lugar, debemos decir, desde el Grupo Socialista, y definir esa diferencia entre los términos que durante muchos años, efectivamente, durante muchos

años se han confundido, pero, hoy, los expertos y los profesionales sanitarios están de acuerdo en esa necesidad de concreción.

Los expertos, como digo, vienen consensuando ya, desde hace varios años, tres términos: por un lado, las vías clínicas; por otro lado, protocolos de actuación, y un tercer término, que es guías de práctica. Yo, en cambio, solo me voy a referir a dos de estos términos, que son los que el Partido Popular utiliza en la iniciativa.

De forma muy sintética diré que los protocolos consensúan pautas asistenciales que pueden afectar a diversos estamentos profesionales; dicho más coloquialmente, son acuerdos o recomendaciones sobre una determinada manera de actuar ante un determinado problema de salud; no se trata de definir qué hacemos sino cómo lo hacemos. En cambio, las guías abordan problemas de salud de carácter estratégico, debido a su magnitud, trascendencia social, clínica y económica; lo abordan desde una perspectiva integral, no solo en procedimientos sino también en temas de organización y gestión clínica. En las guías intervienen o se tratan temas que afectan a varios hospitales, centros de salud, profesionales, etcétera, etcétera, etcétera.

Quiero también recordar que, en la reciente Ley de Salud, aprobada por todos los grupos parlamentarios por unanimidad, se creó el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Entre sus funciones —y concretamente en el artículo 65.b— contempla la elaboración de las guías de práctica clínica de carácter estratégico.

Centrándonos en la proposición no de ley del Partido Popular, nos habla de protocolos de enfermería, que son promovidos habitualmente por profesionales y es tarea que recae plenamente sobre la gestión, y especialmente en las direcciones asistenciales. Recientemente se ha reestructurado el Salud, y son las direcciones de línea (atención primaria, especializada, salud mental y atención sociosanitaria) las que promueven estos protocolos en toda la red asistencial aragonesa, y son las gerencias unificadas de sector las que facilitan la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, todo ello con el objetivo de aplicar políticas de calidad.

Por todo ello, porque consideramos que los protocolos no son tarea del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, y porque unificar los protocolos es tarea y además se está desarrollando desde las distintas direcciones generales, el Grupo Parlamentario Socialista vamos a votar en contra de esta iniciativa.

Gracias, señor presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Pons.

Entonces vamos a proceder a la votación.

¿Votos a favor de la proposición no de ley? **Ocho votos a favor.** ¿Votos en contra? **Ocho votos en contra. Tenemos un empate.**

Volvemos otra vez a la votación. ¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? ¿Creen sus señorías que habría que suspender durante unos minutos? Pues continuamos la votación.

¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? **Por ocho votos a favor y ocho en contra decae la proposición no de ley.**

Explicación de voto.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señora Juarros.

La señora diputada JUARROS LAFUENTE: Gracias, señor presidente.

En principio damos las gracias a la portavoz de Chunta porque, bueno, ha entendido la proposición o el espíritu de la proposición.

En cuanto a las portavoces del Grupo Socialista y del PAR, o yo no me he explicado bien o ustedes no me han entendido bien; pero yo lo único que pedía era que se analizaran y que se unificasen los criterios de los protocolos de enfermería, no de guías de actuación ni gerencias; protocolos de enfermería: cómo se trata una escara o cómo se prepara un preoperatorio, ¡yo que sé! Pues eso. No sobre cómo se gestiona un centro de salud. Yo no soy experta en la materia, pero tengo un poquito de sentido común, y era lo que estaba pidiendo. ¿Y a quién se lo voy a pedir? ¿Al Instituto de la Salud? No; se lo voy a pedir al equipo de bomberos: ¡claro!, que hagan ellos un protocolo de actuación de enfermería, ¡los bomberos! El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, no, los bomberos, o el equipo de limpieza del centro, o yo qué sé, o los marcianos, porque de verdad que parece que acabamos de aterrizar en Marte; desde luego, no estamos aquí.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Juarros.

Pasamos al punto número cuatro: debate y votación de la proposición no de ley número 20/03, sobre las unidades de fisioterapia, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa tiene la palabra su portavoz, señora Juarros.

Proposición no de ley núm. 20/03, sobre las unidades de fisioterapia.

La señora diputada JUARROS LAFUENTE: Gracias, señor presidente.

Hoy en día todo el mundo ha oído hablar de la fisioterapia. Es evidente que la sociedad demanda cada vez más este servicio, pero no por ello aumenta el número de profesionales en el sistema público, al contrario de lo que suele suceder en el sector privado.

El trabajo del fisioterapeuta en atención primaria no solo se centra en el tratamiento de diferentes patologías, previamente protocolarizadas, sino que también tiene un papel muy importante en las labores de prevención y promoción de la salud dirigidas a la población en general. Por ejemplo, en relación con la tercera edad, la fisioterapia facilita la mejora o conservación de las capacidades psicomotrices de las personas mayores.

Una de las principales dificultades de los pacientes que precisan el servicio de fisioterapia es la dificultad o imposibilidad de desplazarse a las unidades o centros de rehabilitación hospitalarios por la propia naturaleza, a veces, de la lesión que padecen. Frente a este problema, en muchas comunidades se han creado equipos de atención domiciliaria, o para casos de menor incapacidad, creando las correspon-

dientes unidades en los propios centros de salud, con un procedimiento más de atención primaria, con lo que se acerca notablemente esta asistencia al ciudadano. Por ejemplo, una de las comunidades autónomas que han concretado este sistema que en Aragón está pidiendo el Grupo Popular que se realice ha sido la Comunidad Autónoma de Andalucía, que ha considerado oportuno crear estas unidades de fisioterapeutas en los centros de salud.

Con esta iniciativa queremos conseguir que se acerque a los usuarios, generalmente personas con problemas de movilidad, un lugar de tratamiento con fisioterapia especializada en municipios o en distritos que están por regla general lejos de los hospitales donde sí que tienen estas unidades. Por lo tanto, se mejorará la gestión de la lista de espera en atención especializada, y se evitará sobrecarga de los servicios hospitalarios, mejorando también a quienes por su enfermedad no pueden acudir al servicio hospitalario.

También con esta iniciativa se evitarán traslados innecesarios, ya que muchos de los tratamientos fisioterapéuticos pueden ofrecerse correctamente en los ambulatorios. Es necesaria una coordinación adecuada con los servicios hospitalarios para poder fijar los criterios de actuación y el tipo y condiciones de los enfermos susceptibles de recibir tratamiento domiciliario o ambulatorio.

Por todo ello, el Grupo Popular considera necesario que el Gobierno de Aragón planifique y posibilite la asistencia fisioterapéutica de modo domiciliario y cree unidades de rehabilitación en todos los centros de salud de Aragón.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente GARCÍA LLOP: Gracias, señora Juarrros.

Tiene la palabra la portavoz de Chunta Aragonesista, señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

Los campos de actuación de la fisioterapia son muy amplios y tradicionalmente se hallaba ubicada en el segundo nivel asistencial, sobre todo en el ámbito hospitalario.

La atención especializada puede asumir, teóricamente, todas las patologías que precisan de una recuperación funcional, pero su capacidad de absorción es muy limitada, con listas de espera importantes, y hace que patologías de menor importancia muchas veces queden sin tratar. Es el primer nivel asistencial, que puede descargar a nivel especializado en todas estas patologías menores y además agilizar las listas de espera.

Y es el fisioterapeuta el que debe llevar a cabo la atención domiciliaria, programada a instancias del equipo de atención primaria, y el que debería participar en actividades orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. En este momento hay una ratio de veinticinco mil personas por fisioterapeuta, que, en un principio, es una ratio que considera la administración, aunque no existe una regulación sobre este aspecto, y es un exceso y se debe a la falta de unidades de fisioterapia en los centros de salud de atención primaria.

Esta ratio de veinticinco mil personas no se está cumpliendo en las áreas urbanas, y menos en las áreas rurales. Al centro de salud de Caspe en este momento acude una fisio-

terapeuta un día a la semana, lo que no es suficiente, y, en Huesca, la mayor parte de los pacientes acuden al hospital de San Jorge por patologías menores, de modo que sí que son necesarias esas unidades en los centros de salud y es necesario también que se planifique la creación de unidades móviles para prestar asistencia sanitaria a domicilio a pacientes con problemas de movilidad, que hay muchos.

Por lo tanto, estamos de acuerdo y votaremos «sí» a esta iniciativa.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario del Partido Aragonés, señora Costa.

La señora diputada COSTA VILLAMAYOR: Gracias, señor presidente. Señorías.

«El fisioterapeuta ayuda a las personas evitando, modificando, corrigiendo o adaptando los factores que limitan su buen funcionamiento, facilitándoles el mayor grado de independencia y autosuficiencia, utilizando los medios físicos como instrumento», así lo define Tomás Gallego, profesor de la escuela universitaria de Alcalá de Henares.

Todas las definiciones de fisioterapia aluden siempre a agentes físicos como instrumentos terapéuticos (frío, calor, agua, electricidad, etcétera), aunque, como ellos manifiestan, el instrumento por excelencia son nuestras manos, y el valor de nuestra actividad profesional está, nunca mejor dicho, en ellas.

El campo de actuación del fisioterapeuta es amplísimo.

En los centros de atención primaria, el fisioterapeuta realiza su actividad asistencial en las salas de fisioterapia, y estas actividades abarcan la recuperación, promoción de la salud, y la prevención de enfermedades, secuelas y limitaciones funcionales a través de muchas técnicas: electroterapia, terapia de radiaciones luminosas, suspensión y tracción, terapia respiratoria, etcétera, etcétera.

Como he dicho anteriormente, el campo de actuación es extenso, porque los fisioterapeutas, además, asisten a las sesiones clínicas del equipo de atención primaria cuando se requiere su participación, y a las interconsultas que se establecen entre el médico generalista y el especialista, orientando a otros miembros del equipo en actividades que pueden realizar en el campo de la fisioterapia. En este sentido se consideran de especial importancia las actividades de educación sanitaria, los programas de salud escolar, laboral y del anciano.

El fisioterapeuta realiza también, como solicita la proposición, atención domiciliaria, programada a instancias del equipo de atención primaria, que aconseja e instruye a los pacientes y cuidadores para realizar actividades rehabilitadoras en su propio domicilio.

Por todo lo expuesto consideramos que la fisioterapia y la rehabilitación son actividades y funciones que se desarrollan con normalidad en la red de atención primaria de Aragón; que la fisioterapia domiciliaria es gestionada desde los equipos de atención primaria, y que la extensión del número y ubicación de las unidades de fisioterapia solo está sujeta a necesidades y ratios poblacionales que se evalúan permanentemente desde el Salud. Y deseo, y creo que es la intención,

que aumente el número de los mismos. Considerando innecesaria la presente proposición, porque lo que solicita se está realizando y se ampliará, nuestro voto es negativo.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Muchas gracias, señora Costa.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señora Pons.

La señora diputada PONS SERENA: Gracias, señor presidente.

Recordamos a sus señorías que las unidades de fisioterapia de atención primaria están reguladas mediante una circular del extinguido Insalud, en concreto la circular 4/91, de 25 de febrero, circular que todavía se mantiene en la actual estructura asistencia por el Salud una vez realizadas las transferencias sanitarias.

Desde la atención primaria del Salud se da respuesta a las necesidades y problemas de salud de la comunidad o población a la que atiende, y, entre sus funciones, está el desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación, que es el tema que nos ocupa en esta proposición no de ley.

Para desarrollar esas actividades de rehabilitación existe la figura del fisioterapeuta, y se establece como profesional de apoyo a los equipos de atención primaria, y se crea, además, la figura del fisioterapeuta de área en atención primaria.

Así mismo se habilitan en los centros de salud espacios específicos para el desarrollo de las actividades del fisioterapeuta y de rehabilitación. Recordamos que la propia circular del Insalud establece que el equipo de atención primaria contará con un fisioterapeuta, como profesional formado en este campo, y que la dotación de plazas estará en función del tamaño y la estructura poblacional a la que asiste; en concreto, creo que son diez mil las personas que cifra para que exista la figura del fisioterapeuta.

En estos momentos, la figura del fisioterapeuta está asignada a un área o sector sanitario y tiene adscritas una o varias zonas de salud próximas y con buena accesibilidad entre ellas. Recordamos que es el médico de atención primaria quien recomienda o diagnostica la importancia de este profesional. También quiero decir que en estos momentos hay treinta y tres plantillas, que están actuando para temas de rehabilitación y que cuentan con un fisioterapeuta. En el área uno de Huesca son seis las plantillas, en el área cuatro de Teruel son tres, en las áreas dos y cinco de Zaragoza son diecisiete, y en el área tres de Zaragoza son siete. En esta área, en el área tres, se han creado recientemente, apenas hace año y pico, tres nuevas unidades.

Por todo ello, y porque también es el médico de atención primaria quien diagnostica si es el profesional, el fisioterapeuta, quien realiza la rehabilitación en el propio centro de salud o quien se desplaza al domicilio, tenemos que tener en cuenta las dificultades que eso también conlleva; pero, en realidad, es el médico de atención primaria quien en estos momentos así lo define o lo diagnostica para que vaya el profesional, se desplace al domicilio del paciente. Y, por otro lado, sí reconocemos que esos baremos que establece la circular del Insalud se quedan en ocasiones pequeños, pero desde la Dirección General de Planificación se está estudiando y pla-

nificando la ampliación de esas dotaciones, y no la creación, como solicita la proposición no de ley.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialista votaremos en contra de esta iniciativa.

Gracias, señor presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Pons.

Pasamos a la votación de la proposición no de ley número 20/03. ¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? ¿Abstenciones? **Ocho votos a favor, ocho en contra.**

Volvemos otra vez a la votación. ¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? **Volvemos otra vez a empatar.**

¿Sus señorías creen que habría que suspender unos minutos? Es mi obligación decirlo y advertirlo, por eso lo digo; por lo tanto, procedemos otra vez a la votación. ¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? **Con ocho votos a favor y ocho en contra, decae la proposición no de ley.**

Explicación de voto.

Pasamos, pues, en este caso, al punto número cinco: debate y votación de la proposición no de ley 24/03, sobre protección de menores, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa tiene la palabra su portavoz, señora Juarros.

Proposición no de ley núm. 24/03, sobre protección de menores.

La señora diputada JUARROS LAFUENTE: Gracias, señor presidente.

En cuanto a la Ley de infancia y adolescencia de Aragón, ley tan nombrada hoy, además, en esta sala por el consejero, pero que por otra parte parece olvidada tanto por el consejero, cuando le interesa, como por los grupos que sustentan al gobierno, no se ha realizado un reglamento que desarrolle esta ley, ni se ha elaborado un plan integral del menor; pero, en fin, como a eso ya solemos estar acostumbrados...

Como decía, esta Ley de infancia y de adolescencia olvidada recoge en uno de sus múltiples apartados lo siguiente: «Cada menor tutelado deberá contar con un proyecto socioeducativo que persiga su pleno desarrollo físico, psicológico y social».

La problemática de los menores que acuden o son derivados a los servicios de protección y reforma es compleja y se trata de situaciones críticas, pero esta complejidad, que es importante para todos estos menores, se ve agravada cuando la menor a atender es mujer y se encuentra embarazada o tiene hijos a su cargo. En la actualidad, la consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales no dispone de ningún mecanismo ni programa ni políticas que puedan abordar esta situación.

El Gobierno de Aragón no dispone de un centro o de una sección en un centro de acogida temporal para aquellas mujeres menores que constituyen una familia monoparental, ni políticas ni programas de actuación en las que las menores embarazadas o con hijos a su cargo reciban una atención específica durante la primera edad de sus hijos, cuando, por circunstancias personales, familiares o de su entorno social,

no pueden ser atendidas adecuadamente en su núcleo familiar.

En la actualidad y en Aragón, las menores en las circunstancias antes mencionadas son enviadas, en el mejor de los casos, a una asociación sin ánimo de lucro que se dedica a atender a mujeres embarazadas en situación límite tanto para ellas como para sus futuros hijos. El año pasado, en el 2002, siete menores embarazadas y tuteladas por la DGA pasaron por esta asociación; más bien fueron depositadas allí, como el que deja una caja en un armario, cierra y se va. En ningún momento estas menores han tenido un apoyo institucional, no han tenido un mínimo seguimiento, ni un mínimo programa de actuación; fuera de la propia asociación nadie del servicio de menores ha mandado tratamiento psicológico ni asistencial, ni tan siquiera ha acompañado a estas menores a sus revisiones ginecológicas. Se han dado casos en los que alguna menor se ha marchado de la asociación, y no ha existido ningún tipo de control por parte de los servicios sociales de menores.

Pero no queda ahí esta situación. Resulta que el servicio de menores no tiene ningún tipo de convenio firmado con este tipo de asociación; por lo tanto, les está enviando menores embarazadas de favor, y digo «de favor» ya que no contribuyen ni a los gastos que estas menores están causando a la asociación.

Desde el Grupo Popular consideramos necesario disponer de unos criterios de actuación serios, con intervenciones homogéneas, donde se establezcan programas de actuación con dotación económica para aquellas menores embarazadas o con niños a su cargo, donde se establezcan convenios de colaboración, si es necesario, con aquellas entidades sin ánimo de lucro que acojan a este tipo de menores, donde se realicen programas de intervención y seguimiento para estas menores, tanto si se encuentran en centros propios de la comunidad autónoma como si se encuentran en residencias conveniadas.

El objetivo de esta proposición no de ley no es otro que ofrecer a las madres o futuras madres menores y a sus hijos una asistencia integral, durante un periodo de estancia en un centro propio o conveniado, potenciando las posibilidades de las menores acogidas, a fin de que puedan integrarse socialmente y afrontar el cuidado de sus hijos en condiciones de normalización social.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Juarros.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario de Chunta Aragonesista, señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

De acuerdo en que en este momento el Gobierno de Aragón no tiene un recurso propio para estas personas, pero, para dar respuesta adecuada al problema, usted plantea programas específicos para menores embarazadas o con hijos que se encuentran tuteladas por la administración y que sean gestionados por la iniciativa privada.

Sabe que en este momento solamente hay una asociación, que es la asociación Aicaren, que está vinculada a Provida, que se encarga de acoger a menores embarazadas, y, como

puede suponer, esta asociación limita mucho la libertad individual de la menor y tiende en todo momento a que siga con su embarazo, quiera o no quiera. En este sentido, nosotros nos oponemos a cualquier asociación que tenga este tipo de planteamiento, o, por lo menos, pensamos que no tiene por qué ser subvencionada desde la administración.

Por otro lado habrá que tener en cuenta que los casos anuales en Aragón son de entre tres y cuatro; se podría haber planteado un recurso dirigido a este colectivo desde el Gobierno de Aragón, con una dotación económica que sea suficiente, de cara a una normalización social o familiar, laboral, afectiva, etcétera, etcétera. Creo que esto es imposible de llevar a cabo antes de que acabe esta legislatura; es imposible, y en este momento su planteamiento en esta iniciativa es bastante opuesto a lo que nosotros pensamos, y, por tanto, no estamos de acuerdo y votaremos en contra.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Tiene la palabra la portavoz del Partido Aragonés, señora Costa.

La señora diputada COSTA VILLAMAYOR: Gracias, presidente. Señorías.

La convención internacional sobre los derechos del niño de 1989, en su artículo 3, dice: «Los estados parte se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y los deberes de sus padres». Y en el 24.2 dice: «Asegurar atención sanitaria apropiada a mujeres embarazadas».

Las comunidades autónomas asumen las competencias en la protección y defensa de los intereses del menor, y ahí esta nuestra Ley 12/2001, que ya se ha nombrado, infancia y adolescencia en Aragón, aprobada en la presente legislatura. En sus ciento ocho artículos establece las normas que garantizan el ejercicio y los derechos que legalmente les corresponden a los niños y adolescentes en esta comunidad autónoma.

Partiendo de estas obligaciones que la ley nos marca, debo decir, ante la proposición no de ley que estamos analizando, que, desde luego, primero, las mujeres embarazadas tienen en nuestra autonomía asegurada la atención sanitaria apropiada, en consultas, en resultado, todas, todas, como no podíamos admitir de otra manera, y, recientemente, con la anestesia epidural, si lo solicitan, incluso, y no está contraindicado sanitariamente para aminorar el dolor.

Las mujeres embarazadas tuteladas constituyen, como también ya se han dicho, un número muy reducido en Aragón, que de momento no aconseja una casa de acogida, como por ejemplo hay en la Comunidad Autónoma de Canarias, donde se acogen estén bajo tutela o no lo estén; en este último caso, si no tienen un entorno familiar adecuado.

En nuestra autonomía, desde el IASS, aparte de educación y medidas preventivas a las menores sobre sexualidad, cuando se da un embarazo, desde los servicios especializados de menores no se limitan a menores embarazadas tuteladas; se incluye también a cualquier menor sobre la que se intervenga en programas de acogida, declaración de riesgo o de preservación familiar. Y no se cree necesario un protocolo específico. Dependerá del caso particular, con su múltiple

variabilidad, que indicará las medidas a tomar. Se tomará una decisión u otra, según la circunstancia que la rodee, como se hace ante cualquier problemática que atañe a un menor tutelado, y es nuestra obligación, y, desde luego, para la menor embarazada se cuentan con recursos suficientes tanto de tipo sanitario como de intervención, y siempre teniendo en cuenta la opinión de la menor y de su familia.

No creemos necesario aprobar esta proposición.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Costa.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señora Mihi.

La señora diputada MIHI TENEDOR: Gracias, señor presidente.

Señorías, ante la proposición no de ley relativa a protección de menores, el Grupo Socialista queremos realizar las siguientes consideraciones.

En la exposición de motivos de esta proposición, el Partido Popular indica que la problemática de los menores y jóvenes es compleja y crítica y puede verse agravada en el caso de una mujer y si se encuentra embarazada o tiene hijos.

Nosotros creemos que el hecho de ser menor, de estar embarazada o tener hijos es, en sí mismo, ya un problema.

Los embarazos de las mujeres adolescentes nos abren un amplio campo para reflexionar. En primer lugar hay que descartar la idea de que se trate de una cuestión que concierne solo a la joven y a su familia. Un embarazo es el producto de la relación entre dos personas, y es muy común que el compañero de la joven sea también un adolescente. En consecuencia, es necesario detenerse en el despertar sexual de los jóvenes.

Para muchos de los y las adolescentes, la transición de la niñez a la edad adulta es saludable, puesto que aprenden valores positivos respecto de la sexualidad, las relaciones y la maternidad-paternidad. Sin embargo, un gran porcentaje de los adolescentes también afronta riesgos en su salud sexual y reproductiva, con graves repercusiones sociales; especialmente, las jóvenes corren riesgos debido a su biología, a la discriminación respecto al acceso a la información y a los servicios y a los límites que la sociedad impone a su comportamiento.

Según diversos estudios, la edad de inicio de relaciones sexuales coitales en nuestro país está en torno a los diecisiete años; pero un 14% de los chicos entre quince y diecisiete y un 10% de las chicas declaran ser sexualmente activos. En el 30% de las primeras relaciones coitales entre adolescentes existe riesgo de embarazo. Perdón, señorías, es que, cuando estamos hablando de una proposición como la que ustedes han presentado, hay que tener también en cuenta que los servicios especializados no solamente atienden a menores embarazadas, sino que esas menores corren el riesgo de tener esos embarazos y también hay que intervenir. Por tanto, si no les importa, continúo con la exposición que estoy haciendo.

Un estudio reciente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas sitúa a España, con dieciocho mil embarazos anuales en menores de diecinueve años, a la cabeza de los países de la Unión Europea, detrás del Reino Unido. Estas cifras revelan la problemática que existe con este tema.

A pesar de haber más información y medios para evitarlo, los adolescentes siguen practicando el sexo sin apenas conocimiento de lo que este puede acarrear. Lo que comienza siendo un juego acaba con un bebé en los brazos. Chicas que apenas están descubriendo su juventud se quedan embarazadas, asumiendo una responsabilidad para la que en la mayoría de los casos no están preparadas.

Cuando una adolescente se queda embarazada se encuentra con un terrible problema y muy pocas posibilidades para enfrentarlo. La familia juega un papel muy importante en estas circunstancias. Cómo reaccione desde el principio ante la noticia será fundamental para la adolescente y la vida de ese futuro niño. Por una cuestión de edad, las adolescentes embarazadas se encuentran estudiando, sin recursos ni independencia económica. Es por ello que dependen de la ayuda familiar, no solo económica, sino también afectiva y psicológica, para salir adelante.

Las madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas de larga duración en muchos aspectos importantes de su vida, incluyendo el fracaso personal, alteración y truncamiento de su vida: fracaso para completar la educación, fracaso para desarrollar su propia independencia, fracaso, en definitiva, para elegir y perfilar su orientación humana.

El embarazo de una adolescente se desarrolla en un clima de difícil aceptación y normalidad, representa normalmente una crisis para la niña que está en estado y para su familia. Además, las reacciones de los adultos pueden complicar aún más una situación en sí misma difícil: la ira, la culpabilidad, negarse a admitir el problema, presiones para que la hija se case, hay quienes quieren que se practique un aborto, otros quieren entregar en adopción al bebé que va a nacer o permanecer con el bebé y criarlo, y, si el padre es joven y también se involucra, es posible que las mismas reacciones ocurran en su familia.

Pero más allá de las reacciones que desencadenan, lo cierto es que el problema es único y especial para las personas que lo atraviesan; por tanto, no existen respuestas predefinidas sino una respuesta para cada joven en particular.

Así mismo no debe menospreciarse la capacidad de los jóvenes para comprender y asumir las implicaciones de cada tratamiento para su salud, y la importancia que tiene contar con su opinión para abordar este tema.

Como he dicho antes, las actuaciones del Gobierno de Aragón van dirigidas no solamente a las menores que están embarazadas, sino también a todos los menores que atiende el servicio especializado de menores, entre los que podríamos encontrarnos con muchachos y muchachas que pudieran tener los problemas que acabo de enumerar.

Por tanto, creemos que no se trata de establecer un programa, un protocolo específico para los casos en general, sino de tratar a cada menor según sus problemas. En todo caso, consideramos también, como ha dicho la representante del PAR, que el número de casos de menores tuteladas es relativamente reducido, y que se cuenta, en todos los casos, con recursos suficientes de tipo sanitario, alojamiento y de intervención.

Además compartimos —y se valora como primordial—, y en ese sentido se actúa por parte del departamento, la aplicación de medidas preventivas y de educación y formación por parte de los menores.

Por tanto consideramos que no cabe apoyar esta proposición no de ley.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Mihi.

Pasamos a la votación de la proposición no de ley 24/03. ¿Votos a favor de la proposición no de ley ? ¿Votos en contra? **Con siete votos a favor y nueve en contra decae la proposición no de ley.**

Explicación de voto.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señora Juarros.

La señora diputada JUARROS LAFUENTE: Gracias, señor presidente.

Solamente quería decir tres cosas a la portavoz de Chunta Aragonesista: que yo no voy a entrar a discutir ni a poner en duda a la entidad que hoy por hoy es la única que funciona en Aragón y que atiende a mujeres de todo tipo, no a mujeres menores sino mujeres de todo tipo: menores, mayores de edad y tuteladas por la DGA.

Pero sí que me parecía importante que el Gobierno de Aragón tuviese unos programas de actuación, porque, como bien han dicho la portavoz del PAR y también la portavoz del Grupo Socialista, son pocas, sí, son pocas, pero ¿y qué, que sean pocas? Como son pocas, las metemos en una asociación, que no sabemos ni tan siquiera que finalidad tiene; no, lo digo yo y lo dice cualquier persona que sepa del tema, evidentemente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Por favor, no abran debates.

La señora diputada JUARROS LAFUENTE: Después de la disertación que nos ha hecho la portavoz del Grupo Socialista sobre las relaciones sexuales, los menores, la prevención y todas esas cosas, que me parecen muy bien (que tampoco hacen, pero, bueno, pero me parece muy bien), nos encontramos con el problema, y el problema es que es una menor tutelada, lo que quiere decir que la familia en estos momentos no está reuniendo las condiciones para poderla atender. Segundo, que es una menor tutelada y embarazada, lo que quiere decir que toda esa prevención que ustedes han puesto en marcha les ha fallado, porque al final está embarazada. Y una menor tutelada, embarazada o con hijos a su cargo, de la que ustedes no saben ni quieren, que ese es el problema, hacer absolutamente nada; esto es el progresismo socialista.

Nada más, señor presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Pasamos al punto número uno, que es la lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

¿Queda aprobada?

Se levante la sesión [a las doce horas y cuarenta minutos].

ÍNDICE DE TRAMITACIONES

1. Proyectos de ley
 2. Proposiciones de ley
 3. Proposiciones no de ley
 4. Mociones
 5. Interpelaciones
 6. Preguntas
 7. Resoluciones del Pleno
 8. Cuenta general de la Comunidad Autónoma de Aragón
 9. Comparecencias
 - 9.1. Del Presidente de la Diputación General de Aragón (DGA)
 - 9.2. De consejeros de la DGA
 - 9.2.1. Ante el Pleno
 - 9.2.2. Ante la Comisión Institucional
 - 9.2.3. Ante la Comisión de Economía y Presupuestos
 - 9.2.4. Ante la Comisión de Ordenación Territorial
 - 9.2.5. Ante la Comisión Agraria
 - 9.2.6. Ante la Comisión de Industria, Comercio y Desarrollo
 - 9.2.7. Ante la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales
 - 9.2.8. Ante la Comisión de Educación
 - 9.2.9. Ante la Comisión de Medio Ambiente
 - 9.2.10. Ante la Comisión de Cultura y Turismo
 - 9.2.11. Ante la Comisión de Peticiones y Derechos Humanos
 - 9.2.12. Ante la Comisión de Reglamento y Estatuto de los Diputados
 - 9.3. De altos cargos y funcionarios de la DGA
 - 9.4. Del Justicia de Aragón
 - 9.5. Otras comparecencias
10. Debates generales
 - 10.1. Debate sobre el estado de la Comunidad Autónoma de Aragón
 - 10.2. Otros debates
11. Varios