DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura | Pamplona, 13 de diciembre de 2012 | NÚM. 32

COMISIÓN DE SALUD

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

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 13 DE DICIEMBRE DE 2012

ORDEN DEL DÍA

— Presentación, por parte de la Consejera de Salud, del II Plan Foral de Drogodependencias.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar de los "agujeros" de su Departamento, en relación con la petición de ampliación del presupuesto de 23 millones.

— Pregunta sobre las razones por las que no se han actualizado públicamente las listas de espera desde junio, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Bakartxo Ruiz Jaso.

— Pregunta sobre las condiciones en las que se va a mantener el servicio de transporte interhospitalario de Tudela, presentada por el Ilmo. Sr. D. Samuel Caro Sádaba.

— Pregunta sobre el transporte interhospitalario de los pacientes oncológicos del Hospital Reina Sofía, de Tudela, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Marisa De Simón Caballero.

(COMIENZA LA SESIÓN A LAS 10 HORAS Y 10 MINUTOS.)

Presentación, por parte de la Consejera de Salud, del II Plan Foral de Drogodependencias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Buenos días, señoras y señores Parlamentarios. Damos comienzo a esta sesión de la Comisión de Salud, ante la cual comparece la señora Consejera, Marta Vera, que viene acompañada de su Directora General, Cristina Ibarrola; el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, don Ángel Sanz; su Jefa de Gabinete, Marta Borruel; y en esta ocasión también por María José Pérez Jarauta, que es la Jefa de Promoción de Salud, y don Alfredo Martínez Larrea, que es el Jefe de Recursos Intermedios. Como saben, en el orden del día hay dos comparecencias, tres preguntas. La primera comparecencia es a solicitud del propio Gobierno de Navarra para exponer el segundo Plan Foral de Drogodependencias. Por consiguiente, tiene directamente la palabra la señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muy buenos días, señorías. Muchas gracias, señor Presidente. Como saben ustedes perfectamente, el Parlamento de Navarra instó al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra a que elaborarse un nuevo Plan Foral de Drogodependencias, un plan que contribuyera a mejorar la salud de la población navarra aportando elementos para que pueda gestionar de forma responsable sus relaciones con las drogas, que mejore sus condiciones de vida, con especial atención a las personas que presentan problemas por consumo de drogas y que fomente la colaboración con otras entidades y organismos que participan del fenómeno de las dependencias.*

La elaboración de este segundo Plan Foral de Drogodependencias se ha llevado a cabo en tres fases. En una primera fase, se evaluó el desarrollo del primer Plan Foral de Drogodependencias y se elaboró un documento identificando aquellos aspectos que se han desarrollado satisfactoriamente, aquellos otros que necesitan mejorar, y detectando también los que es necesario cambiar. Todo ello, teniendo en cuenta la evolución del fenómeno de la drogodependencia en estos últimos años y apuntando los puntos a mejora a incluir en el nuevo plan.

La segunda fase consistió en la elaboración de un documento de bases, armonizado con la estrategia europea sobre drogas y también con la estrategia española, tanto en diseño como en contenido.

Y ya en la tercera y última fase, se ha llevado a cabo la redacción del segundo Plan Foral de Drogodependencias, un documento que recoge aquellos aspectos en los que el Gobierno de Navarra es competente y, por tanto, responsable ante la ciudadanía, pudiendo hacer referencia a otros aspectos que, sin ser competencia del mismo, se consideren de interés para el desarrollo del plan y estableciendo los mecanismos de coordinación y documentos anexos que se han considerado oportunos.

El presupuesto para el año 2010 es de 3.051.081 euros, y la redacción de este segundo Plan Foral de Drogodependencias ha exigido una reflexión previa sobre la definición del conjunto de principios éticos, políticos y científicos que deben fundamentarlo.

Han sido tres los elementos de partida que han orientado la configuración de estos principios rectores. En primer lugar, la definición del fenómeno desde un modelo multidimensional, contemplando el uso de drogas como una interacción entre las personas y las sustancias en un contexto determinado. Estos tres elementos –personas, sustancias y contexto– se encuentran en constante evolución, y la conjunción de los mismos va a determinar la mayor o menor presencia de consumos, las características de estos y el tipo de consecuencias asociadas a los mismos.

En segundo lugar, el abordaje del fenómeno desde una perspectiva de salud pública, es decir, el conjunto de acciones programadas que las Administraciones Públicas deben desarrollar para prevenir enfermedades, mejorar las condiciones de vida y alargar la vida de las personas en las mejores condiciones.

Y en tercer lugar, la certeza de que se requiere mejorar la asistencia de las personas con problemas relacionados con conductas adictivas.

Y, si les parece, después de esta introducción les voy a dejar que expongan el plan los verdaderos protagonistas del mismo, que son los profesionales que lo han trabajado así. Les dejo con María José Pérez Jarauta, que es la Jefa de Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, y con Alfredo Martínez Larrea, Jefe del Servicio Asistencial del Área de Recursos Intermedios de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud. Muchas gracias.

SRA. JEFA DE SECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Pérez Jarauta): *Buenos días. Estoy encantada de estar aquí y presentarles este segundo Plan de Drogodependencias desde la Sección de Promoción de Salud del Instituto de Salud Pública y Laboral, como ven, en la que nos ocupamos, desde*

el año 85, de diferentes temas relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, el ganar salud para toda la ciudadanía navarra, y de distintos temas como el ejercicio físico, la alimentación, el estrés, la prevención de la obesidad, el envejecimiento saludable, y ahora también este, que nos preocupa especialmente, además, porque afecta básicamente a la población juvenil, la adolescencia y la juventud que, desde la promoción de salud, desde luego, es muy importante, porque para nosotros es el futuro.

Este es el índice del plan, como conocen. Estos cinco puntos más los anexos. Y lo que yo pensaba era presentarles un breve resumen en diez minutos de cada una de las partes, Alfredo, les presentará la parte de atención, y luego quedaremos a su disposición para ampliar lo que deseen.

Entonces, de la introducción yo quería resaltar tres cosas que destacan en el plan. Una es que el plan se ha elaborado en un proceso muy largo, muy participativo, con la implicación de todos los profesionales y también de todas las entidades sociales que han trabajado en el primer plan tras evaluar ese. La segunda cosa es que esos que ven son los puntos de partida del plan, las experiencias previas que había en Navarra, las evidencias científicas. Se ha investigado mucho y se conoce mucho, desde los años 80, de lo que pasa con el tema de las drogodependencias, y, claro, había que usarlo y aprovecharlo, y también los datos que tenemos de qué pasa con las drogas en Navarra. Y ahora les comentaré un poco de los dos puntos.

También quería remarcarles que es un plan vivo. El fenómeno de las drogodependencias es muy cambiante, es complejo socialmente. Entonces, este plan hay que ir cambiándolo y adaptándolo a las nuevas cosas emergentes que van surgiendo.

En cuanto a los principios rectores, que es el segundo capítulo del plan, yo quería aportarles la evidencia científica que existe en el momento, por una parte, respecto al fenómeno, que es lo que figura arriba, y, por otra parte, respecto a qué da más evidencia de resultados en este tema.

En cuanto al fenómeno, lo que se plantea en los estudios que hay es que, efectivamente, es un fenómeno multidimensional; como el ejercicio físico, como la alimentación, como todos los estilos de vida, no solo depende de la persona –antes se hablaba de que las elecciones solo dependían de la persona-, hace muchos años que se sabe que no, que el entorno es muy importante y, en el caso de las drogodependencias, también de la sustancia. Entonces, en ese triángulo de persona-contexto-sustancia hay una complejidad de factores interrelacionados, y hay factores de riesgo, uno de los cuales –se ha identificado como muy importante– es el fracaso escolar, y factores de protección –uno de los cuales se identificado como de los más importantes–, como la familia. Un grupo familiar que reúne estas tres características, en grandes líneas, que les voy a decir, resulta protector, y hay muchos estudios al respecto. Tres características: un grupo familiar que de amor, cariño, como le queramos, varias variables, que permita una comunicación, que se hable de drogas en la familia igual que de sexo y de otras cosas, comunicación, y que haya normas, límites, que parece que es de lo que cojeamos un poco más en nuestra sociedad en este momento. Eso parece protector.

Otra cosa que se plantea respecto al tema es que no se pueda abordar el fenómeno de la misma manera en menores y adultos. En menores, necesariamente, hay que abordarlo desde la perspectiva de la protección del menor de las sustancias, y no se puede confundir esto con la perspectiva en adultos, que puede ser de respeto a la libertad de decisión, la drogodependencia como enfermedad y otras cosas. Pero cuando hablamos de menores, hay que tener en cuenta el tema de la protección del menor, y eso es muy básico ya en la evidencia actual. En ese sentido, las expectativas… El Observatorio Europeo para las Drogodependencias dice que todos los planes tienen que tener objetivos realistas y que, en ese sentido, plantearse riesgo cero, objetivo cero, prevalencia cero, no es viable. Mentiríamos si nos estuviéramos planteando eso desde la salud pública. Entonces, no van a encontrar aquí que este plan pretende prevalencia cero.

En cuanto a la segunda parte, quería centrarme sobre todo en una cosa, pero antes, dos. El género es diferencial en el uso de sustancias. Las chicas consumen distinto, por ejemplo, con más prudencia. Así, en resumen, les doy solo pinceladas cortas y ampliamos lo que quieran. Es muy importante construir salud, la salutogénesis, que es un palabro reciente de la bibliografía de promoción de salud, que dice que para generar salud hay que ver los activos que ya tiene eso, no fijarnos solo en lo negativo.

Pero en lo que me quería detener un poco es en el tema de la equidad en salud, que la Comisión Europea plantea como muy importante en este y en todos los temas de salud últimamente. Es evidente que las drogodependencias afectan a chavales y chavalas, a juventud de todas las clases sociales y culturales y económicas y de nivel de instrucción. Pero también es evidente, ya desde los estudios de hace quince años en Inglaterra con los funcionarios del Ayuntamiento de Londres, que se da un fenómeno de gradiente social en salud. O sea, los funcionarios de más nivel económico y educativo tienen mejor salud y hace un gradiente así, que los de menor rango. Entonces, afecta más a gente con

situaciones socioeconómicas y educativas más deficientes, aunque no es el único factor.

Y luego, la otra cosa que quería comentarles es que a un fenómeno tan multidimensional lo que recomiendan todos los expertos es combinar medidas, intervenciones por todos los agentes y en todos los ámbitos. Ahí no descubro nada nuevo, creo.

La tercera parte que plantea el plan es qué pasa con la situación actual del fenómeno, qué situación tenemos para ver cómo tenemos que intervenir. Lo primero que quería comentarles en este sentido es que los datos en el tema de drogodependencia son mucho más complejos incluso que en otras cosas. Entonces, hay que cogerlos con cautela, tienen distintas fuentes, distintos grupos. Hay estudios navarros, estatales y europeos. Yo, la fuente que les voy a contar es la más fiable que tenemos, que es la Encuesta Navarra de Salud y Juventud del 2007, que se repetirá en 2013. Entonces, en esta gráfica solo quería señalarles dos cosas. Una, como ven, que la presencia de las sustancias en nuestra sociedad es muy alta. Fíjense que hasta el 90 por ciento –la primera es el alcohol, ¿vale?– de los jóvenes han consumido, del 97 al 2007, alguna vez alcohol, al menos. Y la otra cosa es que todas están disminuyendo la prevalencia, menos el alcohol. Ven que todas van bajando del 97 al 2007. Entonces, según esto, no hagamos nada, porque igual baja solo. Igual baja sola la prevalencia, ¿no? Pero es que hay cosas que nos preocupan mucho, incluso dentro de estos datos. Y sin cifras, porque creo que ese no es el objeto de esta comparecencia, que va al plan, les quería comentar qué es lo que nos preocupa, por qué hay que hacer un segundo plan y en este sentido.

Una es que es un fenómeno que afecta a la adolescencia y juventud, pero también a la población general el tema de las drogodependencias. En cuanto a la juventud, que, como les decía, nos preocupa mucho, mucho, una cosa importante es que se mantiene la edad de inicio, y que es muy baja. Así, rápido, es catorce años, alcohol; quince años, tabaco; dieciséis años, cannabis; diecisiete o dieciocho, coca, speed, anfetas y otras sustancias. Eso es muy bajo. Tenemos una edad de inicio de las más bajas de Europa. Eso en sí es muy preocupante, y luego comento por qué.

Y luego, por qué hay cambios en los patrones de consumo, yo diría, sin querer ser alarmista, que, además, problemáticos, entre comillas. Y me explico. Las chicas se van igualando, que siempre bajaban las prevalencias las chicas, porque consumían más los chicos y menos las chicas. Se van igualando a casi igual. En fin, no sé qué estamos haciendo las mujeres en esta década con algunos temas. Y luego, porque hay policonsumos, básicamente tabaco, alcohol y cannabis juntos. Y luego, porque, y esto es muy importante, consumos abusivos de alcohol. No quiero ser alarmista porque creo que ya tenemos bastante con lo que tenemos. Hay un 28 por ciento de chavales navarros y chavalas que no consumen alcohol habitualmente, pero sí que hay mucho consumo abusivo: borracheras y binge drinking*, que es lo que se llama el atracón, consumir entre cuatro chicas y seis chicos unidades básicas de alcohol en dos horas, que ya saben que es lo que hacen ahora antes de las fiestas, en las bajeras, antes de salir, es bastante frecuente, lo que se hace en el botellón. Entonces, ¿qué pasa con ese tema? Que es más frecuente de lo que nos gustaría. Si quieren, luego entramos en números, pero incluso en 14-17, o sea, en menores de edad, es un 28 por ciento en el último mes el que ha tenido algún atracón. Eso es mucho.*

El cannabis nos preocupa, porque somos el país europeo, y Navarra igual, que más cannabis consume, seis veces por encima de otros países. Y luego, de otras sustancias que he citado, que aunque su consumo es pequeño, realmente es muy preocupante porque incide mucho en la salud de los chavales y de sus familias. En la población general, ¿qué pasa? Que justifica. De tabaco tenemos más o menos esta prevalencia, el 25,6 por ciento. Hemos mejorado muchísimo desde el 42 por ciento el año 85, pero no llegamos al 12-15 de algunos países nórdicos, o sea que vamos bien.

De alcohol, 50 por ciento de consumidores habituales y 8 por ciento de consumo abusivo, que eso es más preocupante. ¿Qué pasa con esto? Pues que tiene efectos muy serios en la juventud, la salud física. Saben que las últimas investigaciones dicen que el cerebro crece más allá de los veinticinco años, incluso a los treinta, y que lo que más crece al final de esa etapa son las funciones racionales complejas de interacción entre los dos hemisferios cerebrales; o sea, lo que tiene que ver con el análisis de situaciones complejas, con la toma de decisiones, con la empatía, con las habilidades sociales. Incluso, en el cannabis, con el tema de la memoria, la atención y la percepción y el rendimiento escolar. Entonces, claro, eso es muy importante.

Y luego también por las consecuencias: accidentes de tráfico, sexo no querido, a veces comportamientos violentos, peleas. Conocemos las peleas después de las discotecas. Ha habido casos recientes tristes, y también porque predispone a otros consumos. ¿Qué pasa con los efectos?, ¿por qué es importante en la población general? Porque en tabaco y alcohol tenemos esto… Bueno, afortunadamente, los navarros somos los españoles que más ejercicio hacemos, 70 por ciento de prevalencia, entonces, menos mal que mezclado eso con ejercicio y con alimentación, que también

estamos bastante bien, esos cuatro factores son causa de las principales causas de morbimortalidad, como los cánceres y las enfermedades vasculares, cardio y cerebrovasculares. Entonces, de ahí que es importante.

Entonces, ¿qué se plantea este plan? Este es el objetivo, lo ha comentado la Consejera: disminuir la prevalencia de uso –no prevalencia cero, como les decía–, retrasar la edad de inicio, preservar la salud de quienes tienen contacto con las drogas o relación con las sustancias y atender adecuadamente a quienes tienen alguna dependencia, y ahí es donde Alfredo entrará. Estas son las cinco áreas de actuación que plantea el plan. Yo les hablo de las cuatro que están en azul y Alfredo de la que está en rojo.

Entro así, más a la primera, y diré solamente dos pinceladas de cada una. La gobernanza tiene el objetivo de abordar todo el fenómeno social de manera integral y participativa entre todos los agentes que ahí trabajan. Entonces, se trata de construir redes institucionales y sociales con los distintos espacios. Los fundamentales son los que pone ahí: sanitario-social-educativo, jurídico-penal, municipal –los planes municipales de drogodependencias– y las entidades sociales, para la reflexión conjunta y la coordinación, pero quería comentarles una cosa. Hay previstos grupos especiales para algunas actuaciones específicas en grupos como la infancia y la juventud con conductas adictivas –infancia, he dicho–, menores con problemas con la justicia, mujeres afectadas por violencia de género, personas en situación de exclusión o que tienen problemas judiciales por el tema de las drogodependencias. Este es el objetivo fundamental y el área fundamental: la prevención de las que me toca a mí, la fundamental en salud mental es la atención, claro. Este objetivo, como les decía, trata de esto.

Y se plantean, desde luego, las tres medidas que recomienda la evidencia científica. Claro, los estudios que hay dicen que no podemos pensar como antes, que tú das una información sobre lo malas que son las drogas y la gente se comporta no consumiendo. En absoluto, nada más lejos de la realidad. Entonces, hay que hacer medidas de todos los tipos, que son ambientales, y las que figuran en el plan son dos, las dos más importantes: abordar las normas sociales formales e informales. Y aquí hay dos cosas importantes. Una es el tema del alcohol y los menores. Probablemente, en nuestra sociedad tenemos mucha tolerancia. Demasiada tolerancia con el uso del alcohol, y especialmente con el uso del alcohol en menores. Y en el cannabis. Hay un discurso social errático sobre que el cannabis es bueno. No es bueno. Entonces, ese es un tema importante, a ver qué pasa con él.

Y luego, en las medidas ambientales, también están los programas de ocio. O sea, desligar el ocio del consumo de sustancias, porque una cosa que está pasando es que los chavales salen y consumen, y no tienen otros tipos de ocio que no sean ligados al consumo. Y también de prevención de accidentes de tráfico. Luego hay medidas de prevención universal que afectan a todos los jóvenes y a todas las familias, y son estas dos las más importantes: habilidades personales para tomar decisiones responsables y fomento de los factores de protección de la familia. Como les decía, esos tres son unos factores muy importantes y podríamos hablar más de ellos, pero lo que parece es que faltan normas y límites a los jóvenes y adolescentes en nuestra sociedad, y de eso se podría discutir mucho.

Pero lo que plantea, sobre todo, la Unión Europea ahora mismo, es que ya se ha hecho mucho en medidas ambientales y prevención universal, y que hay que hacer sobre todo prevención selectiva indicada. Eso va dirigido a grupos y personas que tienen más riesgos. ¿Cuáles son esos riesgos? Por ejemplo, la relación con los estudios, como les decía, el fracaso escolar, el ocio ligado al consumo y las amistades que hacen un ocio de relación con el consumo, tener comportamientos no racionales, agresivos y otros, el tipo de familia y ser hijos de padres toxicómanos, esos son los más importantes. Y estos son los centros con los que se trabaja todo esto. Con los centros educativos se trabaja mucho, y en el plan se plantea muchos. Los servicios sociales, especialmente en los planes municipales de drogodependencias, las entidades sociales, todas las que se pueden imaginar, centros de salud, servicios de salud laboral y el centro penitenciario. En cuanto al resto, yo creo que estos… El área de formación plantea formar a todos los profesionales implicados de todas las formas, todos los tipos. Sí se plantea claramente incluir contenidos de estos en la formación de grado o de posgrado y de FP, en la universidad también, y eso estamos haciendo: elaborar unidades didácticas para trabajarlas en la universidad. Y este es un tema en el que el plan es vivo. La creación de espacios webs está empezando a pensar en plataformas Moodle para la formación de profesionales.

Y la última área, que es investigación y sistemas de información, pretende, como ven, adecuar los sistemas de información y evaluar el plan y tal. Y quería remarcar solo, continuar con la serie de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud, que la empezó la fundación Bartolomé de Carranza en los años 90, y que la última que hizo fue en 2002. El Departamento de Salud la hizo en 2007-2008, y se repetirá en 2013. Y para cerrar la evaluación, que, como ven, tiene como objeto todo esto, indicadores de todas las áreas relacionadas. Pues

hasta aquí. Lo dejo, como decía, a cualquier consideración que quieran plantear.

SR. JEFE DEL SERVICIO ASISTENCIAL DEL ÁREA DE RECURSOS INTERMEDIOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD (Sr. Martínez Larrea): *En primer lugar, quisiera ratificar todo lo que acaba de exponer Mari Jose, y que desde el área asistencial, para los que trabajamos en salud mental, la implicación de Salud Pública en estas intervenciones es una buena noticia porque, efectivamente, muchos de los problemas de salud mental, y específicamente el problema de las drogodependencias tiene una vertiente de salud pública que excede la asistencial. Muy pocas de todas estas personas que entran en contacto, que tienen problemas o incluso que llegan a tener trastornos, acuden con facilidad a los recursos asistenciales. A veces por motivo de los recursos, pero muchas veces por la propia naturaleza de los trastornos adictivos, la falta de conciencia de enfermedad y la resistencia al tratamiento.*

Yo me voy a centrar en la línea estratégica que tiene que ver con atención e incorporación social de los pacientes con trastornos adictivos. Efectivamente, el objetivo es mejorar la asistencia a estas personas con problemas relacionados con conductas adictivas y garantizar desde los servicios sanitarios una respuesta indicada en los recursos de la Comunidad Foral. Una de las cosas que nos parecía importante es que tenemos que trabajar sobre respuestas a necesidades, no respuestas a demanda. Los problemas de adicciones generan situaciones de mucha desesperación, de mucha angustia y unas peticiones de ayuda a veces desesperadas, pero que no enfocan las necesidades reales de los pacientes. Entonces, esta necesidad de trabajar sobre respuestas indicadas evaluando necesidades es básica.

Y también sabiendo que desde Salud Mental únicamente no se puede dar una respuesta a estos pacientes, y que es necesaria una coordinación intra e interinstitucional dentro de Salud con el Instituto de Salud Pública, con la Dirección de Atención Primaria y Especializada, como veremos a continuación, pero también con recursos sociales y del entorno educativo y jurídico-penal para que la atención se pueda dar en las condiciones adecuadas.

En este sentido, se desarrollan una serie de objetivos específicos para pretender mejorar esta atención durante el desarrollo de este plan entre el 2012 y el 2016. El primero es mejorar la detección y la intervención precoz, así como la continuidad del proceso terapéutico en estos pacientes. La detección y la intervención precoz se hacen en recursos asistenciales que no son de salud mental. Muchas veces se hacen en los recursos de Atención Primaria y de Atención Especializada. Son pacientes que acuden al médico de familia por otros problemas, y allí se detecta esta situación, o que acuden al especialista en digestivo por un problema hepático y se detecta que tiene que ver con el alcohol. Estamos trabajando en la manera de cómo poder, en primer lugar, identificar; en segundo lugar, captar; y en tercer lugar, hacer una primera intervención a nivel de sistema sanitario no especializado con estos pacientes. Esto choca a veces con dificultades importantes de la propia autonomía y confidencialidad de los pacientes. Es decir, hay muchos pacientes a los que simplemente el hecho de que un profesional sanitario registre en su historia clínica que tienen un problema de alcohol o que tienen un problema de drogas les genera un conflicto, y estamos viendo cómo limar esas dificultades.

El segundo objetivo tiene como diana la población joven, que es la puerta de entrada al consumo de las drogas y al consumo de las sustancias adictivas en la mayor parte de las ocasiones. Y en este sentido, estábamos trabajando en dos líneas. Una es la especialización de la atención en salud mental infanto-juvenil con la creación del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil, dentro del cual hay un programa específico, que es el Programa de Trastornos de Conducta, y, dentro de este Programa de Trastornos de Conducta, la mayor parte de los pacientes tienen vinculado un problema relacionado con el consumo de sustancias. No aparece visualizado como un programa específico de adicciones, pero es un programa cuyos participantes mayoritariamente tienen añadida esta condición. Y además, es el programa que está trabajando directamente con las personas internadas en centros de menores, fundamentalmente centros como Ilundáin o centros vinculados a Política Social para atención de menores en riesgo de exclusión o con conflictos con la justicia.

Otro tema que nos preocupaba es la accesibilidad de estos menores a recursos ya especializados de salud mental, que genera, sobre todo en las fases iniciales y precoces, cuando hay un problema de consumo perjudicial, un rechazo. Entonces, estamos trabajando con un programa concertado con la Fundación Proyecto Hombre. Es el Programa Suspertu, que permite un acceso rápido, ágil, fuera de los circuitos de salud mental, como primer contacto, sobre todo de los pacientes con mayor vulnerabilidad, de los que se comentaba antes Mari Jose, y que son los que tienen mayor riesgo de desarrollar problemas adictivos graves, y muchos de ellos, hasta un 30 por ciento, problemas de enfermedad mental derivados de esos problemas adictivos.

La segunda línea es mejorar la atención en los recursos de la red de salud mental de Navarra a

las personas con problemas adictivos. En este sentido, estamos trabajando en tres líneas de acción, que son las que recoge el plan, y son el Programa Transversal de Atención a las Adicciones en todos los dispositivos de la red de salud mental de Navarra. Una de las cosas que tenemos clara es que entre las dos opciones de asistencia, que es crear una red de salud mental y una red de adicciones, la opción de las dobles redes que se ha tomado en otras comunidades de nuestro entorno luego ha dado muchos problemas de coordinación y de integración de la atención. En Navarra nunca se había dado de manera formal esa separación, pero a veces de facto se había producido entre recursos especializados y recursos de la red de salud mental, y vamos a potenciar que todos los recursos de la red de salud mental, centros de salud mental, unidades de agudos, hospitales de día, tengan programas de atención a las personas con adicciones de la misma manera que lo tienen los recursos específicos, como son las comunidades terapéuticas o el hospital de día Zuria.

Al mismo tiempo, el plan recoge la necesidad de establecer un circuito integral e integrado de todos los servicios. Es decir, desde las personas con un riesgo de iniciar consumo, o con un consumo perjudicial, que estarían en el ámbito de intervención de prevención y promoción de la salud que exponía Mari Jose desde Salud Pública, hasta el que empieza a tener problemas, hasta el que ya tiene un trastorno y hasta el que ese trastorno se ha convertido en algo muy grave y crónico, y a veces con muchas repercusiones. Toda esa trayectoria de los pacientes tiene que tener una respuesta y los dispositivos tienen que estar escalonados para atender esas necesidades en función de la evolución de los pacientes.

Y al mismo tiempo, hay otra línea de actuación clara, que es impulsar un programa de atención a las familias, porque siempre han sido un elemento clave en la atención de toda persona con enfermedad mental, y específicamente en la atención de las personas con trastornos adictivos. En esta línea, una de las prioridades ya puestas en marcha en 2012 ha sido la creación de un grupo específico de trabajo en adicciones, dependiendo de la Comisión Asistencial de la Junta Técnico-Asistencial de Salud Mental para avanzar en estos tres objetivos.

El tercer objetivo es mejorar la organización funcional de los recursos específicos y especializados. Es decir, hay unos recursos generales donde se atienden problemas de adicción, pero también otros problemas de salud mental, pero tenemos unos recursos que son específicos para tratar el problema de adicciones. Y como decía antes, esos recursos son el hospital de día monográfico de adicciones, que es el Hospital de Día de Drogodependencias Zuria, ubicado en el Pabellón Blanco del Complejo Hospitalario de Navarra. Este servicio ha ido evolucionando desde un centro de día a un hospital de día, es decir, de tratamientos más de mantenimiento o rehabilitación de pacientes crónicos, progresivamente enfocándose más a tratamientos más intensivos a pacientes agudos y subagudos, que estamos contemplando su potenciación y su especialización, sobre todo de cara a la atención de un problema cada vez más importante, que es lo que se llama la patología dual, entendiendo la patología dual como el trastorno mental grave vinculado a trastornos adictivos. Es uno de los elementos a potenciar e impulsar.

Y el otro elemento a potenciar e impulsar, y se recoge así en el plan, son las comunidades terapéuticas. En este momento, tenemos conciertos con tres comunidades terapéuticas: Ibarre Multzoa, Larraingoa-ANTOX y Proyecto Hombre, con distintos programas que incluyen programas de comunidad terapéutica general, programas de comunidad terapéutica para pacientes duales y programas ambulatorios intensivos para pacientes con trastornos de dependencia y para pacientes jóvenes para intervención precoz en situaciones de alto riesgo. En este sentido, estamos trabajando en dos líneas. Una es mejorar la coordinación e impulsar la integración funcional de este circuito asistencial con toda la red de salud mental. Es decir, que no se convierta en una red paralela o que funcione como un fondo de saco independiente de la red, sino que funcione integrada con el resto de la comunidad a nivel de criterios de derivación, criterios de calidad de la atención, criterios de calidad de la información que debe ser recogida en estos pacientes, disponibilidad de esa información en los sistemas de historia clínica. Hay muchas líneas en las que hay que trabajar para mejorar esa coordinación.

Y la otra es orientar la oferta de tratamiento residencial. Nos hemos encontrado con que en estos momentos, con una oferta de noventa plazas de residencia en comunidad terapéutica, los perfiles son diferentes. Son diferentes dentro de la misma comunidad, pero a veces ya se están diferenciando incluso entre las tres comunidades. Entonces, hay una propuesta en el plan de análisis de estas necesidades para especializar la atención en función, como decía al principio, de las necesidades.

Y el último objetivo específico con su línea de actuación es mejorar la atención sociosanitaria y la atención a personas en procesos jurídico-penales. En este sentido, hay tres líneas de actuación claras. La primera es la valoración de la necesidad de un programa de atención sociosanitaria a personas en situación de alta exclusión y con gran deterioro. Este es un tema que se está incluyendo ya dentro de los planes de evaluación sociosanita-

ria y que incluso se está ya interviniendo. Tenemos recursos que todos conocemos, como puede ser el Hogar Zoe, sobre todo vinculado a las patologías secundarias al consumo de drogas vía intravenosa, el sida, y un recurso más reciente desde los planes municipales es, por ejemplo, el Nuevo Albergue de Trinitarios, donde muchos pacientes en estas situaciones de exclusión están en este ambiente.

La tercera línea de atención es la atención sanitaria a personas inmersas en procesos jurídico-penales, y esto tiene que ver con una situación que es la coordinación de medidas alternativas a penas privativas de libertad en pacientes, unos que ya están ingresados en centros penitenciarios y otros que no, una labor que realizaba el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, pero a raíz de un real decreto estas funciones se modificaron y hay que trabajar en la línea de mejorar el acceso de esas personas a la atención, porque muchas veces las demandas llegan de formas muy heterogéneas. Unas veces es el propio abogado, otras veces es el propio juzgado, otras veces es el interesado, la familia, la que hace una demanda, a veces no todo el mundo participa de la demanda, y hay una necesidad de coordinar estas atenciones en pacientes que están en esta situación.

Y la última línea de actuación es la colaboración con instituciones penitenciarias. En este sentido, hay dos líneas de actuación. Una es las personas con trastorno mental grave en centros penitenciarios, muchas de ellas ligadas también al consumo de drogas, y otra son los trastornos adictivos aunque no estén vinculados a los trastornos mentales, que son muy frecuentes en los centros penitenciarios.

Al mismo tiempo, trabajar en asistencia directa, facilitándola dentro de la misma institución, trabajar en la coordinación con el servicio sanitario del propio centro penitenciario y con iniciativas sociales que están interviniendo dentro del ámbito de prisión en la prevención o incluso en la asistencia de estos pacientes, como pueden ser las instituciones vinculadas a las comunidades terapéuticas, el propio Anasaps, Salhaketa o distintas organizaciones que están trabajando en esta línea. Yo lo que quiero señalar es que uno de los puntos de fuerza de esta línea de actuación es que está totalmente integrada en el Plan Estratégico de Salud Mental de 2012-2016, con el que comparte cronograma de actuación y con el que, como ven, ya se está empezando a trabajar en algunos de estos objetivos y líneas de actuación para poder llegar a buen puerto en el plazo fijado. Quedo a su disposición para cualquier aclaración o información adicional que consideren necesaria.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Muchas gracias. Iniciamos un turno de portavoces. Señor Pérez Prados, por UPN, tiene la palabra.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Como siempre, quería iniciar la intervención dando la bienvenida a los representantes del Departamento de Salud. A algunos de ellos ya los conocemos, pero los intervinientes, tanto la señora Pérez como señor Martínez, vienen con menos frecuencia, y me gustaría darles la bienvenida, saludarles. Y ya entrando un poco en la explicación, quisiera agradecerles toda la presentación del segundo Plan de Drogodependencias.*

En primer lugar, hay que reconocer la labor realizada y felicitarles por ella. A veces no observamos y no reconocemos bien el trabajo que se realiza en un departamento –como es este– donde se añade a la gestión del día a día, a todos los asuntos que hay que resolver cada día y sacar adelante, la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de este tipo de planes, que son a varios años. Y no quiero citar las respuestas a iniciativas parlamentarias, que son varias y que traen a los responsables del Departamento de Salud con cierta frecuencia a este foro, a este Parlamento, con las comparecencias, interpelaciones, preguntas orales, escritas, mociones, etcétera. Hoy van a estar prácticamente toda la mañana con nosotros, lo cual también hay que agradecer y reconocer.

En cuanto al plan que nos han presentado, efectivamente, además de agradecerles esa presentación y esa información, yo quería resaltar algunos aspectos que nos han trasladado. En primer lugar, esa elaboración con carácter participativo y larga, extensa en tiempo, con la colaboración de profesionales y organizaciones sociales, que es, yo creo, algo extenso o extendido –más que extenso, extendido– en este tipo de trabajos, y que a veces tampoco lo queremos reconocer desde esta sede parlamentaria.

El segundo aspecto que contempla el plan es un diagnóstico, yo creo que también amplio y certero, sobre la situación y los datos en que se encuentra la Comunidad Foral de Navarra. Claro, para hacer cualquier plan hay que partir de un conocimiento exhaustivo de dónde estamos, cómo estamos, en qué situación nos encontramos. Y luego, ya recogidos todos estos objetivos y definidas las áreas de actuación que nos han presentado, también hay que desearles suerte y acierto en los logros que se plantean en el plan, en el momento que se implemente y se ponga en marcha, si es que no se ha puesto todavía, con el apoyo económico, ese que siempre también se necesita.

Y luego incidiendo mucho, como lo están haciendo, en la prevención. Me alegro de escuchar que se va a incidir, para el aspecto de la prevención, tanto en la educación de jóvenes como también de familiares, en la formación de los mismos. Y yo creo que habría que intentar, desde nuestro punto de vista, una implicación fuerte y grande de las propias familias. Luego, si esa diferenciación por sexo existe, habrá que incidir más donde más se necesita. Si son las chicas más sensatas a la hora de consumir este tipo de drogas, habrá que incidir mucho en ellas, pero más todavía en el sexo masculino, si eso es lo que se detecta. Aquí no se ha incidido mucho, pero se ve en la presentación una especie de pequeño conflicto entre la legalidad –un poco– y la libertad del individuo ante el consumo, sobre todo del individuo ya mayor, de la persona mayor de edad.

Entonces, les quería preguntar o solicitar a ver si pueden incidir un poco más en este aspecto, en cuanto a las normas legales, al control del cumplimiento de esas normas legales, quién hace ese seguimiento, ese control, y qué papel podría jugar también la familia en ese aspecto para aumentar, si cabe, ese cumplimiento de la legalidad de las normas vigentes en cuanto al consumo de este tipo de drogas.

Y otro aspecto que a mí me ha resultado un poco… No lo conocía, en esa clasificación, que la adicción ya se considera casi como, dentro de la salud mental, un aspecto más, pero desde qué momento empieza a considerarse como un problema de salud o como un aspecto de salud mental la adicción a algún tipo de drogas. Es importante el primer aspecto. Les pediría si pudiesen ampliar un poco más eso en cuanto a, como decía, la legalidad, sobre todo en aquellos menores de edad. Y respecto a los mayores, esa contraposición entre lo que es la legalidad y lo que es la libertad del individuo. Por eso, la formación y la educación, haciéndonos responsables de las consecuencias que una determinada actitud, una determinada conducta puede llevar, también serían muy importantes. Muchas gracias.

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

SR. CARO SÁDABA: *Muchas gracias, señor Presidente. Y gracias también a la Consejera, a María José y Alfredo Martínez por la información que nos trasladan. Yo, la verdad es que tengo que empezar haciendo una reflexión. Yo creo que el balance del primer Plan de Drogodependencias ha sido un balance positivo, y gracias a ese balance positivo, a la experiencia que ese primer plan ha podido dar sobre todo a los profesionales que en el día a día tienen que trabajar en este contexto social, nos va a permitir –yo no tengo dudas, además– que ese segundo Plan de Drogodependencias sea mejor, y sea mejor por un aspecto que también se ha puesto de manifiesto en la intervención, en este caso, de Mari Jose, porque puede ser un plan vivo, y de hecho va a ser un plan vivo que ha de tener que adaptarse a las circunstancias cambiantes que se van produciendo y, por tanto, yo tengo la esperanza, y además, como digo, casi el convencimiento de que va a ser un plan que va a estar más pegado a la realidad. Y por eso, la valoración que tenemos que hacer, al menos sobre el papel, es una valoración positiva.*

Yo quiero poner de relevancia que lo más importante, desde nuestro punto de vista, es hacer hincapié en todo lo que tiene que ver con la prevención. En ese sentido, por lo que hemos podido leer, yo creo que se están teniendo en cuenta los pilares fundamentales que han de interactuar en todo lo concerniente a la prevención: familia, escuela, Administración e instituciones, también medios de comunicación, haciendo especial hincapié en todo el ámbito de menores. Es evidente que los datos, las edades, llegan a preocupar, y son aspectos que los estamos viendo continuamente en la calle, precisamente porque los modos de ocio que actualmente tienen nuestros jóvenes son los que son. Y, por tanto, yo creo que es positivo que en el plan se refleje esa preocupación, y sobre todo la importancia que se le da a la prevención. Por tanto, también tengo que valorarlo positivamente.

En definitiva, tengo que valorar positivamente prácticamente el contenido, desde el principio hasta el final, del plan. Es verdad que –insisto– el plan es un papel. El papel lo soporta todo, después hay que ir avanzando en cada una de las líneas, de los objetivos, para que, efectivamente, dentro de unos años, podamos hacer un balance igual de positivo que el del primer plan. No obstante, yo creo que tendríamos que insistir en las carencias que se hayan podido detectar en ese primer plan para que, en la medida de lo posible, y según se vaya desarrollando el segundo, aquellos defectos se vayan corrigiendo, porque supongo que algunos inconvenientes también ha tenido, algunas carencias también. Y, por tanto, como no da tiempo a matizar cada una de las carencias, con que tengamos el convencimiento de que las van a tener en cuenta en el futuro, creo que es, en principio, suficiente.

En cuanto al contenido, ¿qué podría estar en falta? Pues, sinceramente, no lo sé. Voy a hacer un apunte que a lo mejor puede ser tachado de falta de contexto, pero ha habido un debate social, y lo hay, lo sigue habiendo. No solo en esta comunidad, sino en otras. También en este Parlamento, en alguna ocasión –no muchas veces, pero en alguna ocasión sí–, sobre posibles legalizaciones de determinadas drogas. Y quizá, puestos a echar

algo en falta en el Plan de Drogodependencias, sea una reflexión sobre esa posibilidad. Digo solo como posibilidad, para que técnicos del departamento y la gente y las personas que están trabajando en el día a día con esta problemática, con esta enfermedad, puedan hacer algún apunte respecto de una cuestión y un debate que es de actualidad, que está en la calle, y algunas Administraciones han reflexionado sobre ello y que, como digo, también ha sido objeto de atención por parte de este Parlamento en alguna otra ocasión. Lo digo por echar en falta algo que quizá no sea importante y fundamental, pero que sí que arrojaría luz sobre posibles iniciativas que en este Parlamento fundamentalmente se pudiesen ir tomando al respecto.

También pongo de manifiesto un riesgo que tiene este plan, como tienen todos los planes del Gobierno, y es que en el contexto de crisis en el que vivimos, por cierto, contexto de crisis que también tiene bastante incidencia en lo que es el perfil de las personas que pueden acabar teniendo problemas de este tipo, que podemos acabar teniendo problemas de ese tipo, que nadie se puede excluir, pero digo que el riesgo de la crisis es que, evidentemente, las Administraciones viven la situación que viven, la capacidad económica es menor, y suelen ser estos planes y otros los primeros que pueden acabar pagando los platos rotos. En ese sentido, aprovechando la presencia de la Consejera, yo demando firmeza en el convencimiento de que, efectivamente, hay que apostar por este tipo de instrumentos, hay que financiarlos convenientemente. Y, en principio, lo que yo puedo reclamar es que a lo largo de los años de vigencia del plan, desde la Administración se hagan los esfuerzos pertinentes como para que no se quede solo en el papel, sino que se refuercen todos los mecanismos en la parte económica para que, efectivamente, puedan ser instrumentos válidos.

Yo, fíjense que en lo que hemos podido revisar del plan, creo que es muy importante, y que tal vez fuese muy interesante, hacer una sesión de trabajo específica con todo el trabajo de diagnóstico que hayan podido realizar, porque ese trabajo de diagnóstico que, efectivamente, está reflejado en el plan, nos va a arrojar muchas luces y nos va a permitir en ese debate, quizá, ir generando algunas iniciativas que puedan ser interesantes a la hora de complementar las acciones que desde la Administración se pueden hacer. Por lo tanto, en fin, aunque se me ha ocurrido ahora siguiendo un poco su intervención que este podría ser un tema interesante, no descarto que nuestro grupo les pida una sesión de trabajo para que hablemos sobre el trabajo de diagnóstico y para que entremos más en profundidad en ese diagnóstico que recoge el plan.

Y último apunte en relación con la atención que ha planteado don Alfredo Martínez. Dos cuestiones. En primer lugar, en todo lo que tiene que ver con programas de atención a la familia, todos tenemos en nuestro ámbito cercano personas que o han estado o pueden estar en situación de necesitar atención. Y, en ese sentido, yo sí que podría decir que en las familias puede existir cierto desconcierto, porque muchas veces no saben dónde acudir cuando tienen un problema de este tipo –véase alcohol o véase drogas– en hijos, hermanos, etcétera. Cuando acuden a un sitio, se les suele decir que el enfermo debe mostrar su voluntariedad de participar en algunos de los programas que actualmente existen. Y claro, a veces la voluntariedad no se produce y las familias se sienten desamparadas. Yo sé que luego tendríamos que ir a la intervención de un juez o de una autoridad que determinara si la persona no está capacitada para mostrar esa voluntariedad y, por tanto, obligarla a participar en algunos de esos programas, pero en esos intervalos, esas decisiones son muy difíciles para las familias, y, en ese sentido, yo sí que les pediría que, en la medida de lo posible, estos programas de atención a las familias se potencien al máximo porque, insisto, conocemos de cerca o de lejos situaciones de este tipo en las que esa desorientación es manifiesta y, por tanto, yo creo que ahí hay un cauce de mejora importante.

Y, por último, una pregunta en relación con la atención. No sé si existen listas de espera y si existen datos en relación con posible gente que esté esperando una atención en esta materia. Si nos pudiesen dar algunos datos al respecto, les estaríamos muy agradecidos. Sin más, les animo a que, efectivamente, pasemos del papel a las prácticas y consigamos el éxito pretendido. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señor Barea, por parte de Bildu, tiene la palabra.*

SR. BAREA AIESTARAN: *Mila esker, Presidente jauna. Egun on guztioi, Parlamentari jaun eta andreak. Mila esker etortzeagatik eta zuen azalpenengatik. No, voy a intervenir en castellano. Como decía, quisiera agradecerles su presencia y las explicaciones, la presencia a la Consejera y las explicaciones a la señora Pérez y al señor Martínez, sobre el segundo Plan Foral de Drogodependencias. Es evidente que la envergadura del plan, y posiblemente el futuro nos dirá cómo se desarrolla, en diez minutos no se puede juzgar, ni en un sentido ni en otro. Pero después de la lectura de todo el plan sí que hemos encontrado un elemento que nos ha llamado la atención, y tenemos alguna pregunta subyacente precisamente a estos elementos. Entonces, si no tienen inconveniente, se las vamos a remitir.*

Y antes de entrar en el plan y los aspectos técnicos que nos han suscitado estas preguntas, sí que queremos hacer una consideración que no es suya, pero creemos que desde este sitio, desde una concepción más ideológica, debemos hacer. El plan nos introduce en el problema y nos dice en su aproximación, en su introducción, que el fenómeno de las drogas está fuertemente influenciado por el ocio, por el modelo de ocio; es evidente. Nos habla también de esa tolerancia social a determinados consumos, las drogas legales. Nos habla también del flujo económico que representa; el cambio social, el modelo de cambio social a nivel educativo y familiar. Pero nosotros queremos hacer una reflexión precisamente que no va ligada a lo técnico, que va ligada a lo ideológico, porque esa tolerancia también la podemos percibir en las propias Administraciones, porque también genera un flujo económico. Es curioso que las Administraciones intenten combatir precisamente aquello de lo que se nutren. Y hay una doble moral y hay precisamente una contradicción en ese aspecto, por lo menos, a nosotras y a nosotros nos lo parece.

También nos ha llamado la atención, posiblemente porque ustedes hayan hecho un ejercicio de realismo, que en esa introducción hablan de las drogas históricamente como un fenómeno que está acompañando a la humanidad en su desarrollo, que prácticamente es inherente. Y es curioso que ustedes, posiblemente haciendo un ejercicio de realismo que nos ha llamado la atención, se ponen la tirita antes de la herida, y nos hablan de que es importante tener en cuenta este hecho para tratar de limitar nuestras expectativas respecto del alcance de las estrategias de prevención y atención. O sea, parece que salimos con unas reglas de juego ya delimitadas, y también nos ha llamado la atención, por si pueden aportarnos algún dato a este respecto.

También nos ha llamado la atención cuando hablan ustedes del contexto socioeconómico y sociocultural, que compartimos precisamente ese diagnóstico, y nos hablan de que la población en Navarra se ha incrementado en los diez últimos años a causa de la población de flujos migratorios. Nos hablan también de que la población con estudios primarios ha bajado, y los superiores también. Nos hablan también del fracaso prematuro del 12 por ciento y nos hablan de otros niveles económicos, de la tasa de actividad, de los índices de pobreza, que son mejores que la media española pero sí que hay una causa subyacente, que es que precisamente los colectivos más vulnerables se encuentran en peligro.

También nos hablan de la bonanza económica que hemos pasado y que no hemos sabido aprovechar ese porcentaje, y que estamos por debajo de la media de la Unión Europea de los veintisiete. Y la pregunta es: establecidas –y compartimos precisamente ese tipo de diagnóstico–, no encontramos una causa-efecto –igual es porque no la debíamos encontrar–, encontramos las circunstancias pero no las consecuencias. Y la pregunta subyacente, otra vez, a todo esto, es qué significa: ¿el incremento en los diez últimos años de la población inmigrante contrae, retrae o exponencia precisamente el tema del consumo de drogas? Por ejemplo, eso que hablan de la balanza económica que no se ha aprovechado, ¿aquellos polvos nos traen estos lodos? ¿Precisamente, una mala distribución de la riqueza en épocas de bonanza nos ha traído que estemos en una situación? No encontramos esa causa-efecto en ese contexto y en esa afirmación sociocultural.

Otra cosa que nos llama la atención –esto es puramente cuantitativo, pero nos ha llamado poderosamente la atención–, son aquellas estadísticas de la mayor morbimortalidad, con las sesenta mil muertes a nivel de Estado que causan las drogas legales, en este caso. Y otra vez volvemos a las drogas legales, y lo voy a relacionar con lo que he dicho anteriormente. Pero también nos llama la atención que, dentro del desarrollo y el diagnóstico, se estén referenciando estadísticas que son hasta el 2007 y hasta el 2008, prácticamente, y ustedes han dado las claves. Pero nos llama la atención que para hacer un buen diagnóstico y para hacer un buen análisis, precisamente la conveniencia de tener estadísticas no hasta el 2007, al 2008. Nos han dicho que el año que viene posiblemente se realizará una. Pero precisamente para hacer un buen diagnóstico ¿no tenemos que tener datos y una contextualización al día de hoy, al 2012, y no hacer una referencia a las estadísticas de 2007 y 2008, que prácticamente son todas las que aparecen en el informe?

Nos han dicho ustedes que el plan se desarrolla en cuatro áreas: gobernanza, prevención, atención y formación. Y sí que le queremos dar una pincelada las dos primeras. Nos dice el segundo plan que construir una red que construir una red institucional y social de relaciones sinérgicas lideradas desde el Departamento de Salud. Y nos proponen una serie de medidas y objetivos, dentro de las cuales he recabado alguna de ellas: promover la creación de espacios de encuentro, promover prioridades de actuación anual en las convocatorias, promover la redacción de planes municipales que están en consonancia… Y, evidentemente, haciendo la lectura, no podíamos hacer otra cosa que estar de acuerdo, pero la gran pregunta, o la pregunta que nos surge a través de esto es que precisamente estamos hablando de ideas. Estamos hablando de promover, estamos hablando de apoyar, impulsar, reforzar, generar. Pero la constatación práctica de todo esto no la encontramos en el

plan, posiblemente igual porque no la debíamos encontrar. Pero precisamente hablamos de teoría, y aquí se ha manejado, pero a la hora de constatar esos proyectos, que prácticamente se desarrollan en ideas, en declaración de intenciones, no vemos esa constatación práctica de lo que es promover, apoyar, impulsar y reforzar. Posiblemente no hayamos tocado las teclas adecuadas o hayamos abierto las puertas que debíamos abrir.

También nos llama la atención, y para acabar, sobre la prevención. Aquí se ha focalizado y se ha intensificado, y nos llama precisamente, primero, porque esa inercia teórica también se desarrolla en este capítulo, pero por otras circunstancias que voy a explicar. Ustedes hablan de establecer un debate de creencias y normas, evidentemente, desde puntos de vista bastante diferentes, de transmitir a la sociedad el contenido de la normativa sobre las drogas legales, ilegales; hablan de impulsar campañas y otras actuaciones dirigidas a informar y sensibilizar a la población en todos los estratos, en todos los ambientes. Pero lo que nos llama la atención es que para aportar o para avanzar en ese camino necesitamos un peso presupuestario. Y cuando hemos intentado ir al peso presupuestario, como los presupuestos de 2013 han decaído, nos hemos ido a la página web del Gobierno de Navarra del 2012, donde está recogido el segundo plan, donde aparece precisamente esta estadística, y nos hemos encontrado, posiblemente desde nuestra propia ignorancia y de lo neófitos que somos, que las actividades de prevención específica y coordinación son, o eran el año pasado, 3.000 euros. Y la edición de material para prevención, 1.500 euros. Si hacemos la suma, son 4.500 euros. Hay 40 actuaciones en este capítulo. Y si hemos encontrado las teclas adecuadas, sale, por cada línea de actuación, 115 euros, y eso nos preocupa, de verdad, no sabemos cómo se puede desarrollar y promover este tipo de cosas, que nos parecen fundamentales e importantes, con 4.500 euros. Si hay alguna explicación, les agradeceremos que nos la den.

Para acabar, solo queremos hacer una comparativa de lo que podría tener presupuestariamente el plan. Y hablamos, por ejemplo, de los planes municipales contra la drogodependencia. En el año 2013, en los presupuestos que han caído, este concepto era de 500.000 euros. En el año 2011, hace dos, era de 673.000. Ha decaído en los presupuestos de hace dos años un 26 por ciento. Cuando hablamos de las subvenciones a entidades para programas de prevención comunitaria, nos encontramos que en el 2012 eran de 261.000 y ahora, nos encontramos en los presupuestos caídos, 214.000. Ustedes han hablado también de la cuantía que va a destinar al concepto de comunidades terapéuticas. El año pasado fue de 1.800.000, pero en los presupuestos caídos no hemos encontrado ninguna cantidad al respecto. No sé si cambia el concepto, pero no hemos sido capaces de encontrar cuál ha sido el equivalente a este concepto. Y por último, también hemos intentado buscar en los presupuestos de 2013 para ver cuál era la vía y cuáles era las intenciones, porque las intenciones se demuestran muchas veces por el peso presupuestario que tienen, y tampoco hemos podido encontrar nada sobre el concierto con el hospital de día.

Como le decía, y ya acabo, señor Presidente, el recorrido teórico del plan está ya, es evidente que es exhaustivo, y el futuro nos dirá cuáles son el recorrido y la fiabilidad del plan. Pero hasta que no encontremos ese peso presupuestario para apoyarlo, tendremos problemas. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Por Nafarroa Bai, señora Fernández de Garaialde, tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días a todos y a todas. Yo también quiero dar la bienvenida a la señora Consejera, a las personas que la acompañan y, cómo no, agradecer las explicaciones que nos han dado tanto Mari Jose como Alfredo.*

Yo no voy a entrar a hacer un debate con el tema de las drogas, si drogas legales, drogas no legales, porque eso es un debate mucho más político y, además, sabemos que el que sean legales o no legales no está en la vertiente de que se consuma más o menos. Voy a entrar a agradecer el trabajo técnico que se ha hecho para plasmarlo en este plan, pero no voy a entrar a analizar todas las actuaciones ni lo que dentro del plan aparece, ni el diagnóstico, ni nada de todo eso, sino que lo que voy a intentar, a ver si me sé explicar de manera concisa para obtener respuestas del departamento, y es que es cierto que este plan es un plan muy participativo, participaron muchas asociaciones, muchos profesionales, pero si no tengo mal entendido, cuando este plan era de esa manera, muy participativo, y con lo que se llevó de esa participación, era en el momento en que todavía estaba la dirección del Plan Foral de Drogodependencias.

Además, creo que esa dirección del Plan Foral de Drogodependencias, digamos que, más o menos, hacía una coordinación dentro de lo que nosotros entendemos que tiene que ser y cómo se tiene que el plan, es decir, una coordinación entre la parte de salud –que puede ser dentro de salud la prevención, la promoción de la salud– más luego la parte asistencial dentro de lo que pueda ser salud mental, más luego entiendo que también había una coordinación entre lo que pueden ser, evidentemente, las políticas, que ya entra el

Departamento de Asuntos Sociales, puesto que también tiene que haber unas políticas de juventud, políticas relacionadas con los sistemas sociales de base, quiero decir, todo ese concepto que entiendo que lo coordinaba. Entonces, a partir de ese cambio de eliminar la figura de lo que era el director del Plan Foral de Drogodependencias y pasar parte de las personas que estaban ahí a lo que era Salud Pública dentro de Promoción de la Salud, y luego la otra parte de Salud Mental pero que también cambiaba la forma, cómo participó en el borrador de este segundo plan, entonces, a mí sí me gustaría saber por qué se tomó esa decisión y en estos momentos quién lleva la dirección de toda esa coordinación. Yo entiendo que una parte está en prevención de salud, dentro de Salud Pública, luego está Salud Mental. Entiendo que esto tiene que afectar también a Políticas Sociales. Entonces, me gustaría saber quién y cómo se coordina todo esto, porque me parece importantísimo dentro de los objetivos que se marca el plan.

Después, es cierto, y dentro de lo que se ha hablado de las distintas áreas, está el tema de lo que es gobernanza, prevención, formación e investigación. Claro, dentro de las líneas, por ejemplo, dentro de gobernanza, se habla muchísimo de esa colaboración multisectorial. Entonces, a mí lo que me gustaría es… Claro, porque luego leemos aquí y dices: bueno, pues responsables, la comisión de coordinación autonómica, colaboran tal, y el tiempo, del 2012 al 2016. Claro, yo, para poder valorar esto –la idea me parece muy bien– necesito muchísima más concreción de cómo se va a hacer, cómo se va a coordinar, para que luego podamos ver los objetivos a los cuales podemos llegar.

Y luego, por ejemplo, en prevención me puede pasar tres cuartos de lo mismo. Yo puedo entender las líneas generales, me parece muy bien, pero, claro, teniendo en cuenta que en prevención entran el Departamento de Salud dentro de Salud Pública, entran las entidades locales, entran las distintas asociaciones, me gustaría saber con qué presupuesto se cuenta, porque es histórico, por lo menos desde que yo estoy en este Parlamento, que el tema de prevención y promoción de la salud, a lo largo de los años ha ido disminuyendo ese presupuesto, y, además, lo hemos criticado muchísimo. La prevención y la promoción son algo muy importante, pero ha ido disminuyendo. Con lo cual a mí personalmente me gustaría saber con qué presupuesto se cuenta para poder hacer este tipo de prevención. Y además, lo que digo, muchas van vía subvención a las entidades locales, a las distintas asociaciones. Entonces, no puedo valorar lo que me parece el plan si no tengo esas herramientas para saber cómo se va llevar adelante ese plan.

También me gustaría que se nos explicara, porque dentro del área de atención, en esa parte inicial, evidentemente, el papel de salud mental era distinto al que tiene ahora. Entonces, en el borrador de este segundo plan aparecían líneas de actuación como, por ejemplo, colaborar en el diseño de aplicación de protocolos para la detección de diagnóstico inicial, revisión de diagnóstico, colaborar con la Dirección de Salud Mental para que la atención a personas drogodependientes se articule en los centros de salud mental, responsabilizándose de la gestión en los casos de diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento. Quiero decir que hay un montón de actuaciones que, en su momento, los responsables eran la dirección del Plan Foral de Drogodependencias y colaboraba la Dirección de Salud Mental. Todas estas líneas se han eliminado, por lo menos en el plan que tenemos ahora no aparecen como tales, y es cierto que lo que aparece siempre es responsable Dirección de Salud Mental y ese concepto de quién es el responsable, quién es el que colabora, esa colaboración que he intentado decir al principio, todo eso me gustaría que se explicara y me gustaría saber por qué esos cambios de lo que era el borrador a lo que es ahora.

Yo insisto, las líneas de actuación, los diagnósticos, no lo voy a negar, me parecen buenos, los objetivos me parecen buenos, pero necesitamos más concreción para saber cómo se va a hacer todo este plan, cómo se va llevar adelante.

En el borrador inicial había un presupuesto, por ejemplo, subvenciones para planes municipales contra la drogodependencia y subvenciones a entidades para programas de prevención comunitaria, en el borrador, en el año 2013, por ejemplo, tenía 690.001 y el de subvención de entidades para programas de prevención comunitaria, 295.000. Eso lo que era el plan. Pero los propios presupuestos, que no salieron adelante, contemplaban ya menos que estas cantidades. Y el año pasado ocurrió lo mismo. El presupuesto que aparece aquí, en el 2012, las cantidades que aparecen aquí eran menos de las que realmente se aprobaron. Con lo cual, quisiera también una explicación porque, claro, si se hace un borrador con un presupuesto que no se refleja en los presupuestos reales de lo que es el propio Departamento, pues entonces –insisto–, sí que me gustaría una explicación de todo el presupuesto.

Y acabo con esto. Creo que la señora Consejera ha dicho en su intervención que se contaba con tres millones, he entendido tres millones de euros. Entonces, sí que me gustaría también que en vez de dejar cifras así, en la réplica nos especifique dónde, cómo y para qué esos tres millones porque, claro, no los vemos. A mí se me descuadran ya los números entre lo que puedo objetivizar, lo que no

tengo, porque creo que es algo importante de cara a ver el futuro del plan.

Insisto, creo que la idea de hacer el plan es buena, creo que las vías de actuación también son las correctas. No voy a dudar del diagnóstico ni de lo que se propone, entre otras cosas porque no tengo criterio para poder hacerlo, pero sí me gustaría, sobre todo, insisto, la coordinación, cómo se van a hacer esas actuaciones y el presupuesto. Muchas gracias.

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

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, señorías. Quisiera dar los buenos días y agradecer la información y la asistencia a las personas del Departamento de Salud. Desde luego, hay que empezar, y tenemos que empezar dando la enhorabuena por el trabajo realizado y por la noticia muy positiva de que este segundo Plan de Drogodependencias, Plan Foral de Drogodependencias 2012-2016, ha visto la luz. Es un plan, desde nuestro punto de vista, ambicioso. Es un plan amplio, un plan completo, que ha tardado en elaborarse, cierto es. Lleva elaborándose desde el año 2009 en tres fases, la última de las cuales, como ya han comentado ustedes, fue una fase de interlocución con los sectores sociales para llevar a cabo y terminar el texto definitivo.*

La drogodependencia, ya es sabido por todos, es un grave problema social que afecta a nuestra sociedad y que ocasiona unos efectos perniciosos a todos los niveles. El consumo de drogas, tanto las legales como las ilegales, supone un importante problema de salud pública que es necesario abordar de una manera integral y, en primera instancia y sobre todo, desde acciones de prevención como una de las formas de actuación más importantes y que va a traer mejores resultados.

El anterior plan, que data del año 93 y ha estado vigente durante casi veinte años, supuso, desde luego, un importante avance en las políticas de prevención o en las políticas de drogodependencia, también en cuanto a acciones y a los resultados sectoriales obtenidos. Habla este plan de la última Encuesta Navarra de Juventud, que data del año 2007 –esperemos tener pronto una más actualizada–, que demostró una progresiva disminución del consumo en todos los grupos de edad y en todas las sustancias. Sin embargo, hay una piedra en el zapato, que es la edad media de inicio en el consumo, que permanece estable. Esta cuestión es especialmente preocupante en dos ámbitos. Uno de ellos es el consumo de alcohol, que determina una edad de 14,9 años, y el segundo, el tabaco, 15,5 años. Y es importante, sobre todo, el consumo de alcohol, porque normalmente puede ser la puerta de entrada a consumos de otro tipo de sustancias.

El plan que ustedes hoy nos han presentado, desde luego, marca cinco áreas de actuación. Un área de actuación en gobernanza, que aborda el fenómeno social relacionado con el uso de drogas, creando redes institucionales y sociales y teniendo en cuenta también el enfoque de género, que aquí, como ya han dicho ustedes, es distinto en las mujeres que en los hombres en cuanto a consumo. En eso, desgraciadamente, las mujeres están igualando al hombre.

Nos han llamado la atención algunos factores que han nombrado ustedes. Factores de riesgo como es el fracaso escolar y factores protectores como es la familia, donde si hay una familia con normas, con muestras de cariño y, desde luego, con comunicación, es un factor protector en cuanto al consumo y a la adicción.

Otra área de actuación, hablan ustedes de la prevención con actuaciones en todos los ámbitos sociales relacionados: educativo, sociosanitario, jurídico o judicial, y con tres objetivos fundamentales, que son disminuir la prevalencia, disminuir la edad de inicio, que eso es muy importante y a ver si lo conseguimos, y también disminuir los problemas de salud relacionados con el consumo.

En cuanto al área de atención, hablan ustedes de mejorar la asistencia a las personas con conductas adictivas. Algunas cosas destaco de su intervención, como es la elaboración de un programa transversal para los trastornos adictivos en toda la red de salud mental de Navarra, con atención especial a las familias de los enfermos, mejorar la organización de los recursos disponibles y la colaboración con instituciones penitenciarias, que es un medio en donde se da mucho el tema de la adicción.

En cuanto a la formación, ni qué decir tiene que la formación, sobre todo la formación de formadores, tiene un especial interés en las acciones preventivas. Importante la educación y formación en conductas encaminadas a la prevención, por supuesto.

Y en cuanto a la investigación y desarrollo, un área muy importante, es muy importante conocer, mejorar el conocimiento y tener la información más precisa de la evolución del consumo para desarrollar acciones concretas y puntuales en determinadas zonas en donde se vea que las acciones están fallando.

Por eso es muy importante lo que han comentado ustedes al principio, que este es un plan que tiene que estar vivo y adaptándose continuamente a las circunstancias que se van dando, dentro de la sociedad, en el consumo de drogas. El plan hace especial hincapié en la protección del menor, espe-

cialmente en el consumo, como ya hemos hablado, del tabaco y del alcohol, y en colectivos especiales, como la población infantojuvenil, la violencia de género, personas en situación de exclusión, etcétera. Se tratan todas estas acciones con sinergias entre el ámbito sociosanitario, educativo y judicial. En definitiva, es un plan que, desde luego, no depara para nosotros ninguna pega. Muy al contrario, es un plan, como ya he dicho, muy ambicioso y completo.

Y para terminar, les agradezco la información que nos han dado y les animo a que en el Departamento se lleven a cabo todos los objetivos, eso sí, con una dotación presupuestaria adecuada, de manera que afiancen y mejoren los resultados obtenidos con el anterior plan. Así que, ánimo y a trabajar. Muchas gracias.

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

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Buenos días. Arratsalde on. Bienvenida, señora Vera. Bienvenidos y bienvenidas todas las demás personas que nos acompañan hoy. Y buenos días, señorías, también.*

Cómo no, desde mi grupo mostramos reconocimiento a la señora Vera por haber abordado esta cuestión, que estaba un tanto abandonada, desde nuestro punto de vista, y sobre todo porque ha asumido la instancia hecha por el Parlamento en este sentido. Y también quiero felicitar al señor Castiella y a todo su equipo, y también a la Sección de Promoción de Salud, que han participado activamente en este plan y yo creo que han hecho posible salga a la luz. Tarde, porque ya el hecho de 2012-2016, pues lo de 2012, desde luego, nos lo hemos perdido por el camino.

La verdad es que la necesidad de un nuevo plan yo creo que la señora Pérez la ha puesto de manifiesto y la ha dejado clarísima. Sobre todo, teniendo en cuenta que ha habido transformaciones, unas diferencias entre el comportamiento en el consumo, sobre todo en los primeros consumos, en el inicio, lo que ha comentado de las mujeres y sobre todo la incidencia, que va siendo mayor en jóvenes y adolescentes. Es evidente, además han cambiado las sustancias, bueno, eso era evidente. Mi preocupación, nuestra preocupación es porque igual vamos un poquito tarde, pero, bueno, esto ya no tiene remedio, por lo tanto les felicitamos porque por lo menos se haya iniciado el camino. La verdad es que el proceso, ya se ha dicho aquí, ha sido largo. Desde que finalizó todo el proceso de consultas, en mayo de 2011 hasta hoy, han pasado muchas cosas.

Hay una cuestión que a nosotros nos preocupa, y es la incorporación del equipo del Plan de Drogodependencias al servicio de salud. Y luego, que está relacionado, se ha comentado aquí antes, lo que ha sido la fusión de salud laboral y salud pública en el sentido de que ha desaparecido la dirección técnica del programa. Preguntaba ya la portavoz de Na-Bai sobre cómo va a ser la coordinación, y yo quería preguntar al respecto si estos cambios que se han producido en la estructura del Departamento de Salud, que afectan a este plan, han supuesto una mejora y en qué sentido, si esto va a suponer una mejora en la gestión y en el desarrollo del plan.

Quería preguntar también que cómo se puede, con menos recursos materiales, llevar a cabo este plan. Hago la pregunta de otra manera. Quiero decir que si creen ustedes que se puede desarrollar este plan con la estructura y los recursos actuales y, si creen que no va a ser así, nos gustaría que nos dijeran qué necesitarían. Y lo digo porque, bueno, ya se han comentado aquí algunas cifras, pero en lo relacionado con la prevención en la propuesta del presupuesto del Departamento de Salud, claro que ya no sabemos muy bien cómo va a quedar esto, pero había una disminución de la partida para Ayuntamientos de un 23 por ciento, y había habido reducciones antes y la de asociaciones de un 17 por ciento. Y luego ya se ha comentado aquí también, en el presupuesto para el plan, aparte de los descensos que ha sufrido en años anteriores, contábamos con 4.500 euros en 2012 y ahora parece que van a ser solamente 4.000.

A nosotros, particularmente, aparte de todas las valoraciones presupuestarias, nos parece que el plan –lo digo así, ¿eh?–, el plan nos parece que, en principio, está bien enfocado, y aparte que es el resultado de un trabajo muy intenso. Pero, claro, tenemos dudas sobre sus posibilidades reales de desarrollo.

Respecto a lo que han comentado de la comunicación y la necesidad de poner normas y límites, estoy totalmente de acuerdo con ustedes. Vamos, que esto no tiene nada que ver con el autoritarismo y la imposición, no, simplemente, que hacen falta normas y límites y, claro, teniendo en cuenta la importancia de la familia, yo no sé si tienen prevista alguna manera de poder intervenir en las familias. Porque eso no es fácil. Intervenir educativamente y en las escuelas es más fácil, tratando el tema de una manera transversal, pero en las familias, no sé, a mí me parece muy complicado.

Y una última pregunta, a la que también han hecho una mención el señor Barea y la señora Fernández de Garaialde, es en relación con las comunidades terapéuticas, y yo tengo entendido –igual me equivoco– que una parte de la estancia o del tratamiento la paga el enfermo. Nuestro grupo no entiende muy bien por qué se hace esa discriminación con una enfermedad. Es una enfer-

medad como otra cualquiera. No sé si tienen previsto ustedes abordar esta cuestión. Nada más y muchísimas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Para contestar, tiene la palabra, señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Solamente un par de cositas antes de dar la palabra a Mari Jose y a Alfredo, pero sí me gustaría comentar algo en torno a la coordinación y a lo que se preguntaba también sobre los cambios en la estructura y lo que, a nuestro modo de ver, ha enriquecido el hecho de que el plan haya pasado a ser una responsabilidad de la Sección de Promoción de Salud Pública. Y eso es así porque teníamos un borrador del plan, pero el hecho de ese cambio en la estructura del Departamento hizo que en la Sección de Promoción de Salud Pública, que se trabaja en colaboración y coordinación y participación con otras entidades sociales, profesionales, hubiera una mayor participación, incluso en el proceso inicial.*

Por otro lado, también desde esa sección de promoción, creemos que se ha podido enriquecer el plan porque ha permitido abordarlo desde un punto de vista más global, y se han aprovechado unas sinergias que seguro que Mari Jose luego en detalle nos las puede comentar, pero a mí, desde luego, así me lo transmitieron y, desde luego, les puedo asegurar que el cambio en la estructura fue propuesto por parte de las personas que estaban en la dirección o en los cargos de responsabilidad del Instituto de Salud Pública en ese momento, que todavía no era Salud Pública y Laboral, porque creían que, efectivamente, podían aprovecharse, como digo, otras sinergias, puesto que hay actuaciones de prevención que se están realizando con los mismos colectivos desde otros puntos de vista, que creían que también en este asunto de la prevención de la drogodependencia podía resultar positivo.

Y, por otro lado, también la cohesión de los objetivos del Plan Foral de Drogodependencias desde el punto de vista asistencial con el Plan Estratégico de Salud Mental, y el hecho de que es cierto que ha habido cambios sobre el borrador inicial en las líneas que comentaba la señora Fernández de Garaialde, pero que luego Alfredo seguro que puede entrar, entendemos que ahora mismo está mucho más cohesionado y mucho más alineado el Plan Foral de Drogodependencias con el Plan de Salud Mental, y creemos que es lógico y que así tiene que ser, puesto que la parte asistencial es una parte común de ambos planes y que, por lo tanto, debe haber una mayor cohesión en ambos, y creemos que el resultado, el plan foral, es mejor ahora.

Es cierto que nos ha retrasado un poco la presentación. Pues sí, nos la ha retrasado porque ha llevado consigo un trabajo interno que se ha hecho, como digo, de mejora con una nueva revisión por parte del Instituto de Salud Pública y por parte de la Dirección de Salud Mental, más allá de todo el laborioso y el ingente trabajo de participación que había llevado hasta la elaboración del primer plan.

Respecto a la coordinación, este Plan Foral de Drogodependencias es uno de los cuarenta proyectos que conforman el nuevo modelo asistencial, y en este caso, como en el resto de los proyectos, hay un responsable operativo y unos responsables técnicos. ¿Quién es el responsable operativo de este plan? Bueno, pues en el seguimiento que vamos haciendo de esos cuarenta proyectos, de alguna manera pedimos cuentas y hacemos seguimiento de si se van cumpliendo los indicadores. Bueno, pues la persona es la directora del Instituto de Salud Pública y Laboral, y luego hay dos responsables técnicos que son, por un lado, Mari Jose y, por otro lado, el director de Salud Mental, Víctor Peralta. Ellos son los que van trabajando de forma colaborativa para llevar adelante los objetivos de este plan.

Al margen de todo ello, ya no dentro del departamento, sino con el Departamento de Política Social, en este caso la responsable operativa del proyecto, la directora del Instituto de Salud Pública y Laboral, Marisol Aranguren, es quien colabora y se coordina con el Departamento de Política Social en este asunto y también en otros relacionados con la prevención.

Y respecto a la dotación presupuestaria, al margen de la situación económica en la que nos encontramos, que es distinta de cuando se elaboró la propuesta de presupuesto o la primera versión del presupuesto que acompañaba al borrador del Plan de Drogodependencias, creo que, desde luego, la apuesta y el compromiso del departamento con la prevención es clara.

Yo le voy a dar el detalle de esos 3 millones a los que usted hacía referencia. Hay, en actividades de prevención específica y coordinación, este año 2012, 3.000 euros; en edición de material para la prevención, 1.500, que es a los que hacía referencia señor Barea. Hay subvenciones para planes municipales contra la drogodependencia, 650.645 euros; subvenciones a entidades para programas de prevención comunitaria, 261.124; hay conciertos con comunidades terapéuticas por 1.839.155 euros, y hay conciertos de hospital de día por 334.812 euros. Esas son las cantidades que dan esos 3 millones a los que hacía referencia, y, si quieren el detalle, se lo haré llegar, pero figuran en el presupuesto de este año.

Y para el presupuesto no aprobado, la propuesta de presupuesto del departamento del año 2013, es cierto, como decían, que hay dos de estas líneas que han sufrido una reducción, a la que usted hacía referencia. Si en el año 2012 eran 3.090.000, el presupuesto o la propuesta de presupuesto que envió el Gobierno al Parlamento y que no fue aprobada es de 2.931.000. Y a esa cantidad habría que sumarle las cantidades que sabemos que se van a producir por los fideicomisos que nos transfiere el Ministerio del Interior, me parece que es, de drogas que se producen y que, lógicamente, nosotros dedicaremos a la financiación del Plan Foral de Drogodependencias. Por lo tanto, las cantidades probablemente van a ser como las de este año 2012, serían en cuanto a nuestra intención, para ese presupuesto del año 2013, serían esas mismas cantidades, incluso algo más. Aunque, como ustedes decían, puede que no llegue a la cantidad del presupuesto inicial que se hizo en el 2008, y ahí les transmito cuál es la situación en la que estamos, y, en cualquier caso, la reducción es muy inferior a otras reducciones que se han podido producir en el presupuesto.

Y todo ello, como digo, por la apuesta clara y por el convencimiento que tenemos todos de que invertir en prevención es eso, invertir en prevención. Y ahora ya les doy la palabra a ellos dos para que les puedan contestar a las preguntas que les han hecho. Muchas gracias.

SRA. JEFA DE SECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (Sra. Pérez Jarauta): *Bueno, pues mila esker. Muchas gracias por sus aportaciones. Nosotros entendemos que la soberanía navarra recibe en este Parlamento, y realmente estamos encantados, y yo encantada personalmente, desde luego, de que este tema se debata, porque, además, este es uno de los temas complejos y complicados de la salud. Es un fenómeno social muy extendido y muy complejo. Entonces, yo intento responder a algunos de los temas que ustedes han ido desgranando, espero que por orden. Tengo como siete cosas. Intento responder brevemente a las siete. Y, desde luego, realmente agradezco sus aportaciones.*

El primer tema que salía era el tema de la legalidad, libertad, posibles legalizaciones de determinadas sustancias y tal. Este es un tema verdaderamente muy complicado, y por los estudios que hay, las opiniones de expertos y recomendaciones recientes, tiene muchas caras.

Para empezar, de todos modos, no está en el plan porque no es una competencia autonómica. Es una competencia estatal, incluso europea. Pero lo que yo creo que sí está claro en ese tema es la norma legal en menores y la discrepancia que hay entre la norma legal y la norma social. O sea, los menores de dieciocho años no tienen permitido el uso de alcohol. Todos sabemos que se les vende. Las bajeras, el fenómeno bajeras es un tema al que estamos dando muchas vueltas, porque, además, aquí es bajeras, en el sur es botellón. Ellos lo hacen al aire libre. Los chavales y chavalas de aquí lo hacen a cubierto. Entonces, es un tema bien complicado, porque es competencia municipal el tema de las bajeras. Pero la venta a menores es de hostelería. Entonces, por ejemplo, se está planteando un cartel nuevo en Navarra de prohibida la venta a menores, aunque esa normativa es estatal, en los locales de hostelería, en los supermercados, en los bares, y enviárselo y pactar con las asociaciones de hostelería y con todos los locales de ocio para 2013. Pero realmente no es un tema fácil.

En adultos todavía es más difícil, porque en adultos el tema de la libertad, efectivamente, hace que podamos formar que las personas tomemos las decisiones más responsables en el contexto que tenemos. Pero, desde luego, es un tema que no es fácil.

De todos modos, no están el plan porque realmente no es de la competencia, de alguna manera, de la comunidad autónoma. Y a nosotros también nos suscita muchos quebraderos de cabeza. Hemos discutido mucho este tema con los Planes Municipales de Drogodependencias, que trabajan con las entidades sociales, con Proyecto Hombre, con Suspertu, con todo lo que se puedan imaginar, aquí y fuera. Y se debate mucho también en el Plan Nacional y en el Observatorio Europeo.

Efectivamente, además, las drogas, y eso es una cosa mundialmente aceptada, han acompañado a la humanidad desde que es humanidad, con lo cual lo de la expectativa del consumo cero es inviable. Y se dice en este plan y en todos los que se puedan encontrar, no es una cosa exclusivamente nuestra.

Pasando a lo más concreto, yo creo que plantean con muy buen criterio el tema de los datos de 2007, es cierto. O sea, desde el año 90 se viene haciendo una Encuesta de Salud y Juventud más o menos cada cinco años. Claro, ¿qué pasa? Que en un proceso tan participativo como ha sido este, o sea, en Navarra existió el Plan de Alcoholismo y Toxicomanías desde los años 80; del 96 al 2008 ha existido el primer Plan de Drogodependencias; en el 2010-2011 se ha hecho el diagnóstico, la evaluación y la elaboración del plan, y en 2012-2016 este plan. Claro, entre tanto, se ha venido trabajando sobre el tema con los mismos parámetros que antes, pero es real que hay datos seriados en 2007 y los habrá en 2013.

Entre medias tenemos los estudios del Estado español, que no tienen muestra precisa para Nava-

rra, que marcan tendencias, pero no nos fiamos mucho de ellos, que son el Estudes, en estudiantes y en edades, que es hasta sesenta y cinco, y también tenemos el estudio europeo. De ese, por ejemplo, sale que el cannabis –y ese dato es indudable– es mucho más consumido en España que en otros países de la Unión Europea. Pero eso es cierto, y no veo cómo se puede arreglar eso. Si tú quieres hacer un proceso participativo, es muy largo, realmente. Hay participación con entrevistas individuales, con entrevistas grupales, con grupos focales, con cuestionarios, todos, realmente todos los implicados, y claro, eso lleva mucho tiempo, es cierto. Y, efectivamente, es atribuible y mérito del señor Castiella y su equipo, porque esto está elaborado antes de esta legislatura, efectivamente. Esto es así, sin paliativos. A nosotros nos corresponde la puesta en marcha actualmente.

En cuanto a la poca concreción del plan, que yo también estoy de acuerdo, –los planes; plan, programa, proyecto– efectivamente, el plan es poco concreto, yo creo que es cierto. A nosotros nos gustaría que nos pidieran cuentas de los proyectos concretos periódicamente, estaríamos encantados. Entonces, por ejemplo, el cómo se hacen algunas cosas. Ahora, para 2013, está preparado un proyecto de prevención selectiva indicada, que va a trabajar selectivamente con grupos sobre todo de chavales en los centros escolares, los PROA, los PCPI, todos los grupos de educación especial, se va a trabajar específicamente con ellos en el 2013.

Y ese proyecto también tiene un componente especial de prevención selectiva indicada, que es lo que la Unión Europea manda ya. Han hecho ustedes mucha prevención universal, ahora, dedíquense a la selectiva indicada. Pues estamos en ello, pero eso también demuestra que es un plan vivo. Cuando se elaboró este plan, no estaba esa recomendación de la Unión Europea. Por eso les digo que hay que tener en cuenta todo lo que este fenómeno complejo y tan cambiante nos va dando de sí. Entonces, la directriz ha llegado en este año 2012, ya escrito el plan. Es que el papel es el papel y la realidad es la realidad. Entonces, ese proyecto tiene una parte que va dirigida a familias, otra parte que va dirigida a grupos especiales o, por ejemplo, a población gitana, por ejemplo a chavales inmigrantes, por ejemplo a población penitenciaria, por ejemplo a mujeres con situación de violencia de género. Todos esos son grupos susceptibles de prevención selectiva y de indicada. Pero es cierto, los planes son mucho menos concretos que los programas y que los proyectos.

Otra cosa a la que quería entrar es al tema de las intervenciones con familias. Existe el programa de prevención en familia dentro del plan, que trabaja con apymas periódicamente en profesionales y también padres previamente entrenados entrenan a otros padres para abordar el fenómeno de las drogodependencias. Entonces, ese proyecto existe y se ha ido manteniendo lo largo de estos años. Y también, con el proyecto de prevención selectiva indicada, se va a ser un material de autoayuda, que se enviara a través de las apymas a todos los padres de adolescentes de la Comunidad para trabajar el tema, efectivamente, de la familia como factor de protección, que lo es. ¿Qué nos pasa con esto, a veces? Que los materiales educativos y de autoayuda a veces se catalogan como publicidad. Entonces, a veces tenemos dificultades dentro del propio departamento, y tenemos discusiones con quien corresponde al respecto, porque nosotros no consideramos que eso sea publicidad. Y a veces, es difícil que se entienda que publicidad es una cosa y materiales educativos y de autoayuda es otra cosa. Entonces, a veces eso es una dificultad.

Y por fin, en el tema de los recursos y del paso y tal, que la Consejera ha explicado, efectivamente, los criterios que se tuvieron en cuenta, lo que tengo que decir es que a nosotros ha llegado recientemente el plan de drogas y también el del tabaco. Es cierto que intentamos aprovechar todas las sinergias, y las hay, porque en la misma comisión técnica mixta salud-educación se trabaja drogas, se trabaja sexualidad, se trabaja alimentación, ejercicio, autoestima y habilidades personales, la carga de las mochilas y todos los temas. Con lo cual se pueden aprovechar las sinergias en los servicios sociales de los planes municipales de drogas, y yo creo que en el futuro y con esta crisis habría que aprovechar todavía más con el Plan de Juventud. ¿Me explico? Intentamos hacer todo lo posible con todas las sinergias. Hombre, claro, si me preguntan así, yo también tengo que decir que con menos recursos se puede hacer menos, claro, eso es obvio. O sea, o que con más recursos se haría más, pues claro. Pero, ¿cómo están las cosas? Pues bueno, ahí está ese tema, ¿no?

Y en cuanto a los recursos económicos, es cierto, la reducción de las… Una gran parte del plan se ejecuta a través de subvenciones a planes municipales de drogodependencias y a entidades sociales. Yo creo que eso ha quedado claro. Que sufrió una reducción del 3 por ciento el año pasado, y del 18 y el 20 por ciento respectivamente las dos líneas, en el anteproyecto de presupuestos del año próximo. Con el presupuesto prorrogado, realmente no sabemos muy bien cómo va a funcionar eso, pero también es cierto que tuvimos el acierto, me voy a echar la flor pequeña, de pedir el año pasado, previendo esto, una subvención al fondo de decomisos del Plan Nacional, y nos la concedieron para el proyecto de prevención selectiva indicada, y son 105.000 euros que ya tenemos

en una línea habilitada para el año que viene, lo cual, verdaderamente, para el año 2013 palía, efectivamente, las reducciones que se plantean. No sé si me he explicado. Yo estoy encantada de darles a ustedes todos los datos. Creo que he intentado entrar a casi todo lo que dicen, y que les agradezco. Mila esker.

SR. JEFE DEL SERVICIO ASISTENCIAL DEL ÁREA DE RECURSOS INTERMEDIOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD (Sr. Martínez Larrea): *Voy a intentar hacer lo mismo. En primer lugar, sobre el tema de si los trastornos adictivos son una enfermedad mental, no hay ninguna duda. Los trastornos adictivos son una enfermedad mental, y en algunos casos son un trastorno mental grave. Lo que pasa es que son un continuo desde lo que podríamos considerar el consumo normal, habitual, y además que ese consumo normal y habitual varía en función de la cultura y en el momento. Seguramente, lo que para aquí, en Navarra, para nosotros, es un consumo normal y habitual, los americanos lo consideran un problema gravísimo de consumo de alcohol. De hecho, clínicamente, ellos lo categorizan de manera distinta a la nuestra. Lo que son los problemas de dependencia, es decir, aquellas personas que no son capaces de dejar de beber porque tienen una serie de síntomas, o bien físicos o bien psicológicos de abstinencia a la sustancia a la que han hecho esa dependencia, a lo que son trastornos mentales asociados a ese consumo, que pueden ser desde episodios psicóticos, depresivos o lesiones cerebrales, incluso, orgánicas, secundarias al consumo. Ahí hay todo un continuo que entra dentro del espectro de los trastornos mentales. De hecho, el trastorno adictivo es uno de los programas que se sigue específicamente dentro de la actividad de la Dirección de Salud Mental, si bien nos hemos encontrado con que había ido, aparentemente, disminuyendo la importancia de este programa por dos factores, fundamentalmente. Uno era la despriorización en el diagnóstico. Se priorizaba el diagnóstico de esas enfermedades mentales secundarias al de la adicción. Es decir, aparecían pacientes con un trastorno psicótico o jóvenes con trastornos de conducta, y no aparecía el diagnóstico de la adicción, o bien de una manera sumergida la derivación de esos pacientes a las redes de comunidades terapéuticas o programas alternativos sin que esto quedara adecuadamente reflejado en los propios sistemas de atención de la Dirección de Salud Mental, que estamos ya corrigiendo.*

Sobre el tema de la legalización de las drogas, desde el punto de vista asistencial, simplemente queremos dejar constancia de que a nosotros asistencialmente nos dan más problemas las drogas legales que las ilegales. Pero eso es simplemente una pequeña anotación, no tiene nada que ver con el debate político general, pero desde el punto de vista asistencial es así.

Sobre el tema de hacer hincapié en las carencias del anterior, lo que sí puedo deciros es que las líneas de acción que se han priorizado son aquellas en las que se habían visto más carencias. Por eso son líneas de acción priorizadas. Entonces, tirando de ahí, veréis dónde se habían encontrado las carencias fundamentales o los elementos que no se habían podido desarrollar suficientemente en el plan anterior.

Sobre el programa de atención a familias, hay un tema que nos preocupa, que a veces el programa de atención a familias, cuando o el paciente está en tratamiento y la familia es parte o copartícipe de ese tratamiento, pero se ha diseñado otro aspecto que es fundamental, que es el acceso a las fases pretratamiento. Se detecta que hay un problema, no se sabe bien cuál es el problema, dónde acudir, cómo hacerlo, esa fase de incertidumbre es realmente difícil de solucionar. Hay un circuito teórico, pero no siempre funciona. El circuito teórico del médico de familia, servicios especializados, urgencia. Podría decir el circuito teórico, pero también tendría que decir que en muchas ocasiones es el circuito no funciona, y que tendríamos que profundizar algo más en ese aspecto.

Sobre las listas de espera, inicialmente nos encontrábamos con que no teníamos datos muy fiables de listas de espera. Entonces, lo que hemos puesto en marcha es un sistema de gestión clínica de las listas de espera. Es decir, no solo un dato administrativo de cuánto, sino, día a día, saber cuánto pueden estar esperando estos pacientes. Nos hemos encontrado, por ejemplo, con que lo que era el centro de día, ahora Hospital de Día de Drogodependencias, tenía una lista de espera mayor de la que nosotros quisiéramos, y llegaba a tener pacientes que podían estar esperando hasta cuarenta y cinco días. Lo que nos encontramos al analizar esa lista de espera es que no era una lista de espera atribuible a la carencia de recursos, sino al tipo de tratamientos que se estaban demandando. Entonces, aquellos pacientes con procesos agudos o subagudos tenían una entrada en lista de espera aceptable y deseada y fijada con el servicio, pero muchas veces nos encontrábamos con pacientes en los que habían ido fracasando las distintas alternativas de tratamiento, y entraban como en una rueda giratoria: que vaya a tal servicio, que vaya a tal otro, pero sin una indicación, sino como una demanda casi desesperada.

Por otro lado, también nos encontrábamos con que al paciente se le pedía un tratamiento, y a veces ese paciente tenía que pasar primero diez, quince días por una unidad de agudos para hacer una desintoxicación. Después el paciente tenía unos motivos o familiares o legales que le

impedían. Entonces, la lista de espera a veces se agrandaba por motivos no atribuibles a los servicio. Entonces, lo que estamos haciendo es que la gestión de las listas de espera, por un lado, sea clínica en función de la urgencia, en función de la necesidad, y dinámica. Es decir, la lista de espera, no puede ser que yo pida una cita y el paciente se quede sin atención hasta que sea atendido en otro recurso, sino en ese sistema de proceso transversal, el paciente sigue atendido. Porque cuando hablamos sobre todo de pacientes con problemas crónicos de adicción, el tratamiento no se da solo en un nivel. Se puede dar en un ambulatorio, se puede dar en un hospital de día, y se puede dar en una comunidad terapéutica. Y no es exclusivo de un nivel. Otra cosa es buscar el nivel óptimo en el momento adecuado, y en este tema estamos trabajando.

Por dar cifras, una comunidad terapéutica puede tener una lista de espera que puede ir desde un mes hasta un paciente que puede tardar hasta tres meses en entrar en comunidad terapéutica. Pero aquí nos encontrábamos con factores que lo explican. Por ejemplo, la decisión de un paciente de ir a una comunidad terapéutica específica. Es decir, yo quiero ir a Ibarre. Igual podemos tener una plaza disponible en Proyecto Hombre, pero el propio paciente, o bien por experiencias propias previas o bien por conocimiento del programa, decide que prefiere esperar los tres meses para ingresar en Ibarre a poder ingresar con anterioridad en otra comunidad terapéutica que no tenga lista de espera. Y que luego, todo proceso de un tratamiento crónico, que estamos hablando de un tratamiento que va a durar, si se completa todo el proceso, hasta nueve meses, necesita un proceso de preparación. Pero de preparación, desde el propio paciente, que se conciencie, conozca, acepte el programa, hasta preparación práctica: si tiene que arreglar papeles, temas de trabajo, temas económicos, familiares… Y ese proceso de tratamiento es una preatención antes del paso a la comunidad terapéutica. El acceso de los trastornos adictivos al resto de servicios, como puede ser una unidad de agudos para una desintoxicación, servicio de urgencias o centro de salud mental para atención ambulatoria, está con las mismas garantías que puede tener cualquier otro trastorno mental.

Vamos a ver, que yo creo que teníamos algunas otras cosas más, así, significativas. El cambio de expectativas no solo ha afectado a nivel poblacional. Las comunidades terapéuticas y todos los programas de atención en inicio de drogodependencias partían con la expectativa de conseguir la abstinencia total, y esto también en la atención, ya no son en la población ha disminuido. Y las expectativas son abstinencia en los que es posible, reducción de daños en los que no es posible la abstinencia, consumo controlado en aquellos que están en un nivel intermedio. Ha habido que cambiar, incluso, los modelos de atención en la comunidad terapéutica, donde antes un consumo era motivo de expulsión inmediata y casi permanente. Ahora, lo que hay que proteger es el conjunto de las personas atendidas: no se puede consumir en el centro, no se puede traficar en el centro, pero todos somos conscientes de que un paciente en un proceso de nueve meses de recuperación puede tener recaídas en el consumo, y que eso no puede implicar su expulsión de un programa de tratamiento.

Sobre el tema de los conciertos, yo creo que ya ha contestado la Consejera, respecto a los presupuestos para Hospital de Día Zuría y comunidades terapéuticas.

Había una pregunta relacionada con el tema de cómo se contempla el tema del copago, por así decirlo. Un poco haciendo historia, inicialmente, las comunidades terapéuticas eran una prestación de servicios sociales, que en el año 94 asume Salud con un decreto específico que incluía el tema de la posibilidad de que el usuario pagase una parte, una pequeña parte de esa atención, que en estos momentos creo que andará entre los cien y doscientos euros al mes. El motivo de esto era un motivo, era…, yo me refiero a esto casi como el germen del sociosanitario. Entonces todavía no se hablaba del sociosanitario. Entonces o era social o era sanitario, pero ya se visualizaba que el recurso de la comunidad terapéutica tenía un componente sociosanitario. Y explico por qué. El tratamiento en la comunidad terapéutica recibe al paciente a veces ya desintoxicado pero para deshabituación, siendo el tratamiento de deshabituación un tratamiento específicamente sanitario, o a veces, incluso, sin desintoxicar si hace la propia desintoxicación en la comunidad terapéutica. Y ahí hay toda una serie de herramientas de atención médica, psicológica, social, ocupacional, que ayudan a ese proceso de desintoxicación y de deshabituación.

Pero la comunidad terapéutica es más ambiciosa, tanto en su modelo como en su plan de tratamiento. Incluye luego programas de reinserción social, familiar, laboral, y por eso incluye programas tan largos, de hasta nueve, doce meses, que es el máximo que hoy en día tenemos estandarizado para el tratamiento en comunidad terapéutica, que entrarían dentro de los programas de reinserción social dentro de ese ámbito sanitario de lo sociosanitario. En 2013 finalizan los conciertos de las comunidades terapéuticas y uno de los temas a revisar es cómo y de qué manera dentro del espacio sociosanitario está incluido ya este tema para reevaluar este tema. Incluso para reevaluar si hay elementos, por ejemplo, de una de las líneas de

actuación de aquellos pacientes con mayor riesgo de exclusión social tiene que tener programas específicos más puramente sociales, otros más sociosanitarios. Se está haciendo una revisión a nivel de aquí de Navarra, de nuestras tres comunidades terapéuticas, pero en el contexto de una revisión europea que se acaba de realizar hace seis meses del funcionamiento de las comunidades terapéuticas en toda Europa, en todo el Estado y también aquí en Navarra, que hemos contribuido con los datos de nuestras comunidades para valorar estos proyectos.

Realmente, el proyecto de las comunidades terapéuticas sigue aportando un valor añadido especial por el modelo y también por el compromiso de las personas que en ellas están trabajando. Yo creo que es un modelo a evaluar detenidamente y a potenciar en el contexto actual, en el que las evidencias demuestran su eficacia.

Creo que había algún otro tema más que tenía que ver sobre la modificación –preguntaba Asun– de la línea de acción, la coordinación entre el Plan Foral con su dirección y la salud mental, además, en la línea específica de salud mental, ¿no? Porque ahí había un riesgo, que era que hubiera una planificación de la actividad asistencial de la Dirección de Salud Mental desde un organismo que no era la Dirección de Salud Mental. Eso llevó a que en el 2011 tuviéramos que tener varias reuniones para decir: bueno, si nosotros pensamos hacerlo así, ¿por qué vosotros proponéis todo esto? Y hubo que llegar a una armonización y a una aclaración de muchos de esos objetivos. Estas líneas de acción que desaparecen del plan original realmente no desaparecen, sino que están resumidas. Cuando hablamos del programa transversal y del circuito integrado, incluye todas esas líneas de acción más desmenuzadas. Y las incluye de una manera asumida en el plan estratégico de salud mental, y asumida también en el desarrollo de los otros programas priorizados en el Plan de Salud Mental, con las mismas herramientas, con los mismos mecanismos que se está trabajando infantojuvenil, que se está trabajando en psicogeriatría, que se está trabajando en el trastorno mental común.

De alguna manera ocurre algo similar a lo de prevención, que comentaba María José, de aprovechar las herramientas y las sinergias dentro de la red de salud mental para mejorar esa atención. Pero esos planes transversales y esos circuitos integrados tienen que incluir todos esos elementos que aparecían ahí. Yo creo que, en este sentido, que la Dirección de Salud Mental asuma y lidere todas estas líneas, realmente fortalece la posibilidad de que se realicen y de que se lleven a buen efecto. En ese sentido, yo creo que esto ha sido positivo. No sé si se me ha olvidado de alguna pregunta, pero son las que yo tenía recogidas como las preguntas que hacen referencia a mi área.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Bien, pues muchas gracias. Nos hemos excedido un poco de tiempo, pero creo que el tema lo requería. Antes de interrumpir la sesión durante cinco minutos, también aprovechamos para despedir tanto a Alfredo como a Mari Jose. Suspendemos la sesión durante cinco minutos.*

(Se suspende la sesión a las 12 horas y 1 minuto.)

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 18 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar de los "agujeros" de su Departamento, en relación con la petición de ampliación del presupuesto de 23 millones.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Continuamos con la sesión y el segundo punto del orden del día: comparecencia para que la Consejera de Salud informe de los agujeros, entre comillas, de su Departamento, en relación con la petición de ampliación del presupuesto de 23 millones. La señora Fernández de Garaialde, de Nafarroa Bai, es quien solicita esta comparecencia. Tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Gracias, señor Presidente. Buenos días de nuevo a todos y a todas, y efectivamente, agujeros está entrecomillado porque así es como aparecía en prensa, y por supuesto, como lo que queríamos es explicación de lo que aparecía en prensa, lo pusimos tal cual, porque no damos ni por bueno ni por malo, sino simplemente tal cual estaba en prensa. Y es lo que leíamos, que se necesita una ampliación del presupuesto de 23 millones. En principio, supuestamente, 18 eran para cubrir el gasto farmacéutico por insuficiente consignación. A continuación, creo que se leía que el Departamento decía que no se puede presupuestar todo al detalle. Creemos que 18 millones no son al detalle. Además, creemos que precisamente el tema farmacéutico es algo que, año tras año –y creo que es histórico– no se presupuesta la cantidad necesaria e, incluso, me atrevería a decir que hacia abril-mayo se acaban las cantidades presupuestadas y se va arrastrando, precisamente, este déficit. Pero bueno, en cualquier caso, nos gustaría que nos explicara qué otras partidas necesitan también ese incremento y de dónde se va a quitar el dinero para esos 23 millones.*

Y también es cierto que en la noticia se leía que parte venía 2,7 del equipamiento del pabellón C, 1,5 millones del equipamiento de urgencias, inclu-

so del equipamiento del Centro de Investigación Biomédica. Por eso, lo que queremos saber es si de ahí es de donde va para esos 23 millones, quiero decir, qué previsiones tienen a la par de equipamiento del pabellón C, de equipamiento de urgencias, incluso del propio equipamiento del Centro de Investigación Biomédica. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Consejera, tiene usted la palabra.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Antes de entrar en el detalle de las preguntas que usted me está haciendo, creo que sí merece la pena, quizás, hacer un poco de esbozo, aunque sea, de cuál es la situación presupuestaria del departamento antes de entrar en el detalle de las partidas. En cualquier caso, si alguna información no se la doy con suficiente detalle sí que tengo aquí la documentación para hacérsela luego llegar, si lo creen.*

Por comenzar, y aunque parece, no sé, obvio, que podría obviar el comentario, creo que es necesario antes de comenzar a hablar de estas cosas volver a incidir en la situación económica en la que estamos, en la situación financiera de las Administraciones Públicas y en el escenario de crisis en el que llevamos viviendo los últimos años. Así que, bueno, no sé si hace falta, creo que no, pero me gustaría comenzar recordando ese hecho.

Como saben, la Hacienda Tributaria de Navarra ha recaudado en los primeros diez meses del año un 10,33 por ciento menos respecto al mismo período del año 2011. Y, sin embargo, como saben, el Gobierno de Navarra sigue haciendo todos los esfuerzos posibles para cumplir el objetivo de déficit del 1,5 por ciento al final de este año. Y de hecho, tras conocer los datos de ejecución presupuestaria del tercer trimestre de 2012 de las comunidades autónomas, presentados la semana pasada por el Ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, este afirmó que el nuestro se aproxima a las previsiones del Gobierno de Navarra para este tercer trimestre, y mantuvo la previsión de cierre del año con el cumplimiento del objetivo de déficit de 1,5. El sistema público de salud no solo no es ajeno a esta problemática, sino que la realidad es que, además, debemos o debe atender a una demanda creciente con menos recursos que en años precedentes.

Tradicionalmente, el carácter de bien preferente de la sanidad española, la alta innovación en tecnologías sanitarias y en medicamentos, el envejecimiento de la población y una cartera de servicios y prestaciones creciente, ha hecho que el gasto sanitario en nuestro país sea muy difícil de establecer con exactitud, con carácter previo al inicio de un ejercicio presupuestario concreto. Y por ello, es frecuente la realización de dotaciones presupuestarias adicionales a la consignación presupuestaria inicial en el transcurso del año, con el fin de satisfacer esas necesidades correspondientes. Es un hecho que, a medida que un país se enriquece, tiende a crecer la proporción de renta que se dedica a la sanidad. Esa tendencia se observa tanto analizando un grupo de países como un solo país a lo largo de un determinado periodo de tiempo. Así, en la práctica totalidad de las comunidades autónomas españolas, se ha producido en los últimos años un crecimiento del gasto sanitario en un porcentaje superior al aumento de su PIB. Y no en todos los casos ha sido cubierto por el presupuesto ordinario, lo que ha dado lugar a un déficit presupuestario importante en muchas regiones españolas. Diversas estimaciones sitúan el déficit de la sanidad entre el 10 y el 15 por ciento de los presupuestos asignados a ella por las comunidades autónomas. 59.738 millones de euros en los presupuestos de 2010, llegando a afirmar que existe una deuda acumulada aflorada que está entre los 1.000 y los 15.000 millones de euros. Aunque no hay datos oficiales recientes, todos los indicios apuntan a que el peso de la deuda sanitaria varía mucho de unas comunidades autónomas a otras. En este punto, quiero afirmar con claridad que en la actualidad la Comunidad Foral de Navarra no tiene déficit alguno reconocido ni sin reconocer en forma de facturas no pagadas.

Por tanto, y quiero que esto quede claro, no existe ningún tipo de agujero que tapar, aunque, como usted decía, la expresión la recogía de prensa, pero por si acaso, dado que así es como me interpelaba en el texto, yo quiero dejar claro que no existe, como digo, ningún agujero que tapar.

No obstante todo lo anterior, hay que señalar que no siempre coincide el gasto real de un ejercicio con el del presupuesto del mismo. En la comparecencia que tuvimos el pasado 18 de septiembre para hablar sobre el ajuste de los 132 millones, reduciendo el gasto corriente y de inversión propia y de entidades financiadas por el presupuesto público, les aseguré que el mismo no afectaría al Departamento de Salud, y así ha sido. No ha afectado de ninguna manera. Pero también les dije ese día que un presupuesto es una herramienta de gestión que recoge la traducción económica de proyectos, de objetivos, de prestación de servicios, que se sustenta en estimaciones, y que, por lo tanto, puede variar a lo largo de un año, y que en un ejercicio de gestión económica normal y habitual unas partidas se quedan en ejecución algo por debajo y otras, sin embargo, por encima.

En todo caso, lo que es deseable es que esas desviaciones no sean muy relevantes, no tanto en valor absoluto como en porcentajes, sobre todo en un presupuesto tan voluminoso como el que manejamos. Por eso, se hacen previsiones de cierre

periódicas para ir controlando posibles desviaciones e ir tomando decisiones a la vista de esas previsiones de cierre, que en nuestro caso las hacemos a final de cada mes.

Esta última premisa se cumple especialmente a la hora de presupuestar en una realidad tan cambiante como la nuestra, como la de la sanidad, con una demanda creciente, como es la de los servicios asistenciales en salud. Porque, por otro lado, como sabrán, el Departamento de Salud siempre ha tenido un objetivo de gestión ambicioso con la finalidad de conseguir mejores resultados asistenciales con recursos ajustados. Les voy a proporcionar como ejemplo una serie de datos relativos a la deuda que en materia sanitaria tienen algunas Administraciones de comunidades autónomas españolas. Podrán ver en el cuadro que proyectamos que la deuda por suministro de medicamentos a hospitales a finales de 2011 ascendió a 6.370 millones de euros. Si observan, la deuda de Navarra era de 14 millones, la menor, si excluimos Ceuta y Melilla. Un importe de 22 euros por habitante, la menor tras la del País Vasco, que era de 17 euros por habitante, cuando la media española era de 135 euros por habitante.

En cuanto al plazo medio de pago en dicho ejercicio, en Navarra era de 73 días, próximo a los 70 del País Vasco, el de menor plazo, frente a los 525 días de media de las comunidades autónomas españolas.

Y en este otro cuadro, lo que proyectamos es la deuda con empresas de tecnología sanitaria a finales del año 2011, que, como ven, ascendió a 5.228 millones de euros. Podrán observar nuevamente que la deuda de Navarra era de 11 millones, nuevamente la menor de todas las comunidades autónomas, con una media por habitante de 17 euros. La siguiente era el País Vasco, con 23 euros por habitante. La media española estaba en 111. ¿Y qué ocurría con los plazos medios de pago? Pues que, con 55 días, era la comunidad más ágil en el pago, seguida del País Vasco, con 55, y con una media española de 473 días.

Pero vamos ahora a los datos del año 2012. ¿Qué está pasando? ¿Cuál es nuestra situación? ¿Tenemos un agujero, tenemos ese agujero tan grande, del cual no podemos salir? ¿Tan inmenso es ese agujero? Pues nuevamente, les voy a proporcionar algunos datos que reflejan el momento de gestión presupuestaria en el que nos encontramos. Según la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin, la deuda de las comunidades autónomas con las empresas del sector de tecnología sanitaria asciende a 2.750 millones de euros a finales de septiembre, con unos plazos medios de pago que se sitúan en 242 días. De esta deuda, 272 millones de euros corresponden las facturas anteriores a diciembre de 2011, y que no fueron pagadas a través del plan de pago a proveedores puesto en marcha por el Gobierno central, según la patronal.

La comunidad con más facturas pendientes de cobro es Andalucía, con una deuda de 549,83 millones de euros, el 21,39 por ciento del total, seguida de Madrid, con 378 millones y el 14,75 del total, la Comunidad Valenciana, con 347,47 millones, y Galicia, con 197. Y así sucesivamente, hasta llegar Navarra, con 10,99, que es la comunidad autónoma con menos facturas pendientes de pago.

Respecto a los plazos medios de pago, los más elevados se registran en Baleares, con 321 días, seguido de la Comunidad Valenciana, con 319, Andalucía, con 310, y así sucesivamente hasta llegar nuevamente a Navarra, que es la comunidad con menos plazos los medios, con 68 días.

La nueva Presidenta de Farmaindustria, Elvira Sanz, ha señalado que la deuda de las comunidades autónomas con la industria farmacéutica desde enero a septiembre de este año asciende a 2.300 millones de euros. Y les puedo asegurar que nosotros no tenemos ninguna factura pendiente de pago con la industria farmacéutica, salvo el plazo normal de comprobación de las mismas y de su trámite administrativo. Es más, ha habido algún ofrecimiento por su parte, por parte de las empresas farmacéuticas, de rebaja en los precios unitarios contratados si se mantiene la calidad actual en los plazos de abono de las facturas. Y de hecho, en la central de compras que se ha constituido en el ministerio, los precios de algunos de los artículos, los precios que nos están ofreciendo son superiores a los precios que Navarra, por su cuenta, consigue en algunos de esos artículos. Y eso es nada más que por la prontitud en el pago a esas empresas que a nosotros nos hacen una mejor oferta, aunque seamos más pequeños, en vez de la oferta que hacen a todo el resto de comunidades autónomas o a todas las comunidades autónomas juntas en atención al volumen de compra.

Me gustaría también resaltar los incrementos de gasto real que ha habido en la serie que les muestro ya en nuestro gasto del presupuesto del Departamento de Salud, desde el año 2006 hasta el año 2010 inclusive, como pueden ver, y cómo el esfuerzo de gestión y de todos los profesionales que componen el Departamento de Salud nos ha llevado a contener ese crecimiento del gasto a partir del año 2011. Pueden ver tanto el cuadro de gastos como en el gráfico, y si no ven bien las cifras, pues se las podemos hacer llegar, pero pueden ver ahí la evolución. Bueno, no coincide con exactitud el gasto real con el presupuesto del ejercicio correspondiente. En cada uno de los años pueden ver también cuál es la desviación que se ha ido produciendo

No es raro que algunos suministros o servicios del último mes del año sean facturados en el ejercicio siguiente. Por ejemplo, el gasto farmacéutico del mes de diciembre siempre se ha facturado al año siguiente, teniendo en cuenta, eso sí, que cada año incluimos doce facturas, luego la de diciembre de un año se compensa con la de diciembre del año siguiente. Y déjeme recordar en este sentido que Navarra está pagando la factura farmacéutica, también la de las farmacias, de las oficinas de farmacia en un plazo de diez, doce días a fecha de factura. Esto mismo ocurre con otros proveedores sanitarios, como son laboratorios, empresas de tecnología sanitaria, etcétera.

En términos de gasto real, paso a detallarles la situación actual del Servicio Navarro de Salud. Ya en este caso son datos del Servicio Navarro de Salud, y los anteriores que les he dado eran del departamento. Pero el volumen de gasto que supone el Servicio Navarro de Salud con respecto al total del Departamento es superior al 90 por ciento. En cuanto a los gastos de personal, como ven en el cuadro que se proyecta, la reducción respecto del gasto real del ejercicio 2011 para este año 2012 es importante: un 2,31 por ciento en términos homogéneos. Para poder efectuar de manera correcta la comparación interanual, se ha efectuado la simulación del abono de 14 pagas mensuales en 2012. Si lo comparamos con el presupuesto inicial, la ejecución es inferior con la misma simulación antes citada en casi un 1 por ciento a los créditos aprobados. En relación con los gastos de funcionamiento del Servicio Navarro de Salud, se pueden establecer 3 grandes bloques. Bueno, voy a limitarme a las partidas o a los grupos de partidas más importantes, aunque por supuesto que contamos con todo el detalle.

En el caso de los conciertos, con una previsión de gasto real para el año 2012 que no llega a los 56 millones de euros, frente a un gasto real en 2011 de 64,2 millones, es decir, una reducción del 12,88 por ciento. En relación con los créditos inicialmente aprobados, la desviación en mayor gasto es de un 1,38. Es decir, les estoy haciendo la comparativa tanto respecto al gasto real del año 2011 como respecto a los créditos inicialmente aprobados, al presupuesto inicial, para que nos aclaremos.

El segundo grupo importante de gasto son los fármacos. Es el concepto de gasto con mayor desviación en términos interanuales, casi un 5,29 por ciento, mientras que respecto a los créditos iniciales, las desviación es del 45 por ciento.

Los nuevos fármacos para el tratamiento de patologías graves, como las enfermedades oncológicas y la hepatitis, la mayor supervivencia frente a las mismas y la cronicidad de muchos de los pacientes hace que mejoras económicas obtenidas en la contratación de los fármacos y reducciones de precios sean insuficientes para afrontar el encarecimiento de las novedades que la industria farmacéutica, tras los procesos de investigación y confirmación de resultados, aporta a los tratamientos terapéuticos.

Y el número de pacientes tratados, que sigue creciendo, también es otro de los puntos que hacen que ese gasto continúe al alza. A todo lo anterior hay que añadir la detección de pacientes con patologías especialmente graves, como los hemofílicos, cuyo tratamiento anual es del orden de medio millón de euros por paciente, por ejemplo. El resto de gastos de funcionamiento, con una reducción del 0,72 por ciento en el interanual, a pesar del IPC, de la subida del IVA, presenta sin embargo una desviación al alza del 13,42 por ciento respecto a los créditos iniciales.

Las transferencias corrientes se pueden agrupar en dos apartados: las correspondientes a prestaciones farmacéuticas y absorbentes, lo que por lo menos entre nosotros denominamos recetas, con un gasto estimado para 2012 de 143,2 millones de euros, que se reduce en un 5,16 sobre los créditos inicialmente aprobados, y un 12,08 sobre el gasto del año 2011. Por otro lado, el resto de las mismas, con un gasto previsto de 6,6 millones de euros, que podrán atenderse casi en su totalidad con las consignaciones presupuestarias iniciales. En cualquier caso, se reducen en casi un 8,6 por ciento respecto al gasto real de 2011.

Y finalmente, las inversiones, el capítulo VI, que debido a la priorización efectuada tanto en el seno del Servicio Navarro de Salud como en el del Departamento y el del Gobierno de Navarra en general, se han desplazado unos meses para poder destinar parte de sus créditos al mantenimiento de los servicios y actividades del Servicio Navarro de Salud durante el presente ejercicio.

Como ven, el gasto real en su conjunto se aproxima bastante al presupuesto inicial aprobado para el año 2012. De hecho, la desviación prevista, siempre con la salvedad de la simulación de gasto de personal a la que me he referido anteriormente, no llega a los 16 millones, es decir, un 1,72 por ciento del presupuesto. Si bien, como ya conocen, con el objetivo de cumplimiento de déficit público del 2011, algunos gastos fueron negociados con los agentes correspondientes, y me estoy refiriendo al ejercicio pasado, al 2011, con el fin de aumentar el plazo de pago. Esta circunstancia, junto con las variaciones en gasto de farmacia hospitalaria a las que ya me he referido, ha hecho que el Gobierno de Navarra, en un ejercicio de responsabilidad en la aplicación de los ingresos a las demandas de gasto, haya priorizado el mantenimiento de la actividad asistencial frente a otras actuaciones públicas, y se han realizado a lo largo

de este ejercicio los siguientes aumentos de crédito en el presupuesto del Departamento de Salud. Para atender el pago de gastos del año 2011 desplazado a 2012, 43,4 millones de euros, previamente negociado con los diferentes acreedores. En general, no se superó el mes de enero de 2012 para realizar todos los pagos. Y en segundo lugar, para atender el mayor gasto previsto en el año 2012 respecto de las consignaciones aprobadas para el Servicio Navarro de Salud en el presupuesto del año 2012, 15,5 millones de euros.

No obstante lo anterior, señorías, como no puede ser de otro modo, reciben ustedes puntualmente comunicación de todas las modificaciones presupuestarias en cumplimiento de lo establecido en la Ley Foral 13/2007, de la Hacienda Pública de Navarra, y en la disposición adicional quinta de la Ley Foral 19/2011, de Presupuestos Generales de Navarra para 2012. Asimismo, la Cámara Legislativa las traslada a la Cámara de Comptos para que las analice e informe. Por lo que, insisto, como no puede ser de otra manera, sus señorías están puntualmente informados de las mismas.

También, y a petición de esta Cámara, la Cámara de Comptos elaboró un informe en relación con la situación de las finanzas de la Administración de la Comunidad Foral a 30 de junio, el cual viene a confirmar la no existencia de deuda o de cualquier agujero que tapar.

En cuanto a las previsiones de equipamiento, que era la segunda de las partes de su intervención, señora Fernández de Garaialde, le voy a contar las inversiones que se han hecho en este año 2012 y las previsiones para el año 2013.

En el ejercicio 2012, se han equipado las siguientes infraestructuras: el centro de salud de San Adrián, el centro infanto-juvenil de salud mental de Sarriguren, la ampliación de la hospitalización de salud mental de Tudela, las urgencias materno-infantiles de la zona de ginecología del Complejo Hospitalario de Navarra, la ampliación del hospital de día de oncología infantil del Complejo Hospitalario de Navarra, cuyas obras han acabado recientemente, y la nueva zona quirúrgica, los ocho quirófanos, en Ubarmin.

En el año 2013, está previsto equipar el nuevo edificio de urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra, el hospital de día de oncología, hospital de oncología y hematología, consultas y vestuarios del pabellón C, el inicio de obras de acondicionamiento del hospital de media y larga estancia de salud mental, y además se iniciará el equipamiento del CIB.

En el año 2013, se pondrá en funcionamiento un primer módulo, y el resto se irá equipando de forma progresiva en los próximos años, en función de las necesidades de los equipos investigadores del Servicio Navarro de Salud. En fin, señorías, espero haber respondido a las cuestiones planteadas para esta comparecencia y, no obstante, quedo a su disposición para ampliar todos los detalles que consideren oportunos. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias, señora Consejera. Señora Fernández de Garaialde, tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Gracias, señor Presidente. Gracias, señora Consejera, por las explicaciones que nos ha dado. Primero, quiero aclarar que yo no he dicho que el agujero sea grande o pequeño, no he juzgado nada, simplemente vuelvo a repetir que dicho lo que venía en prensa.*

Tampoco voy a negar ni que se pague en esos plazos ni esas estadísticas que nos ha dado, pues es algo que me parece bueno, y así lo tengo que decir. Es cierto que el gasto real con el presupuesto del mismo no siempre coincide: de eso también somos conscientes, y que no se puede presupuestar al dedillo. Y también somos conscientes de que el presupuesto es una herramienta de gestión, y además así nos lo han demostrado porque a los dos o tres días incluso de aprobar un presupuesto, evidentemente ya no tiene nada que ver con lo que realmente se había aprobado. Con lo cual es una herramienta de gestión y, además, cómo no, del movimiento acorde a la ideología de cada partido.

Como usted ha hecho un recorrido por la situación en la que estamos, yo también tengo que decir con el tema de salud que es cierto que se presupuesta mal. Se presupuesta mal, se infrapresupuesta, y eso quiere decir que cuando en esa infrapresupuestación hay que hacer los cambios para el gasto real, entonces es cuando se dice que claro, que es que la demanda es creciente, que Salud necesita, bueno, pues es deficitario, todos esos argumentos que se ponen para poder realizar otro tipo de políticas para poder meter debates como el copago, pero en muchos casos, insisto, es una infrapresupuestación, una mala presupuestación y además hecha conscientemente, sabiendo que se está haciendo esa mala presupuestación. Yo siempre he dicho, siendo consciente, y lo vuelvo a repetir, que nunca puede ser el gasto lo que se presupuesta al dedillo con lo que se ejecuta, pero para que no haya grandes desviaciones, es cierto que hay que hacer un presupuesto acorde a la cartera de prestaciones que se tiene, y en función de esa cartera y qué es lo que se quiere dar, hacer el presupuesto. Y no siempre sabiendo que se presupuesta, vuelvo a decir, por debajo de lo que hay.

También me gustaría saber qué es lo que se ha aumentado del año pasado a este en cuanto a prestaciones, que sea una de las causas que justifique el aumento. A partir de aquí, tengo que reco-

nocer que soy muy mala en números, soy muy mala esas tablas y en todo eso. Yo, lo único que he preguntado es que leímos en prensa que se necesitaba una ampliación del presupuesto de 23 millones. De esos 23 millones, tal y como venía en prensa, 3 venían de la Universidad Pública de Navarra, que eran los que se quitaban, otros eran del Programa de Promoción de Empleo –que fíjense de dónde viene también, de programas de promoción de empleo–, y otra parte venía porque no se equipaba el pabellón C, no se equipaba Urgencias y no se equipaba el Centro de Investigación Biomédica. A partir de ahí pedimos las explicaciones de por qué esos 23 millones, resulta que, si no tengo mal entendido, ni siquiera hay esa necesidad de esos 23 millones. O sea, no sé, es que ya le he dicho que yo en tema de números… O sea, las tablas esas que nos ha puesto, pues probablemente entienda bastante menos que usted. Yo lo que quiero saber es: 18 millones para cubrir el gasto farmacéutico, ¿sí o no? Eso es mala presupuestación. El resto: ¿dónde hasta los 23 millones? ¿De dónde vienen? Y si realmente se ha quitado el equipamiento del pabellón C, se ha quitado el equipamiento de Urgencias y se ha quitado el equipamiento del Centro de Investigación Biomédica, si garantiza que el año que viene se vayan a equipar esos edificios.

Además, entiendo que, fíjese, ya voy un poco más allá: si el año que viene se equipa el pabellón C, entiendo que también disminuirá el concierto a la clínica San Miguel porque geriatría volverá al Complejo Hospitalario. Hasta ahí, incluso, llego en la intervención. Pero no me ha quedado absolutamente nada claro de dónde se quita, por qué y qué va a pasar con el equipamiento. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Iniciamos el turno de intervenciones y de portavoces. Señor Pérez Prados, por UPN, tiene la palabra.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias. Quería también agradecer nuevamente, en este segundo punto del orden del día, las informaciones trasladadas por la Consejera de Salud. Simplemente quisiera resaltar algunas de las ideas generales, ideas globales, referentes a este tema, que se nos olvidan con cierta frecuencia.*

Efectivamente, es muy difícil presupuestar con exactitud lo que se va a gastar a lo largo del siguiente año cuando se hacen los presupuestos normalmente un mes, o dos meses o tres meses que se inician antes de que acabe el ejercicio actual para hacer las previsiones del siguiente, del próximo. Ya hemos visto que a esa dificultad en el caso concreto del Departamento de Salud, de la sanidad pública, se añaden algunos aspectos concretos, como son el avance de las nuevas tecnologías, tanto sanitarias como en medicamentos, el envejecimiento de la salud, las previsiones que hay ahora son muy preocupantes en cuanto al envejecimiento. Por una parte, muy bien que aumente la esperanza de vida media, pero eso trae unas consecuencias también, sobre todo en atención sanitaria, que hay que prever con mucho tiempo.

Y luego también el aumento de la cartera, como tercer aspecto de servicios y prestaciones que se dan al ciudadano. Y esto es lo que hace es todavía más difícil, si cabe, presupuestar dentro de un servicio de salud. Sin embargo, el presupuesto, a pesar de lo dicho, como nos recordaban en el punto anterior, que el Plan de Drogodependencias también es un plan en vivo, decían, el presupuesto también es vivo y varía a lo largo del ejercicio económico al estar siempre supeditado a los ingresos. Y en la situación actual que estamos viviendo, económico-financiera, empresarial, industrial, laboral, etcétera, y social, pues los ingresos varían, y además lo hacen a la baja, mes a mes, semana a semana y día a día, de forma que es muy difícil prever tanto a nivel de la Comunidad Foral como de cualquier otra Administración, como puede ser la Administración Local. Y de esto, algunas de sus señorías tienen que saber, y tienen que saberlo bien, porque han sido concejales en sus Ayuntamientos y han sido alcaldes en Ayuntamientos también, y por tanto tienen que conocer a la perfección cómo funciona el presupuesto, la ejecución del mismo.

Afortunadamente, como nos dicen, en la Comunidad Foral de Navarra no existe déficit en forma de facturas no pagadas, ni existen esos impagos, y por tanto ese llamado por los medios de comunicación agujero pues tampoco existe. Así tuvimos ocasión de escucharlo de boca del Presidente de la Cámara de Comptos, cuando expuso el informe realizado sobre la fiabilidad de los datos económicos que ofrece el Gobierno de Navarra. Y abarcaba también a todos los departamentos, claro, incluido el Departamento de Salud. Modificaciones ha habido en todos los sitios a lo largo de los años, señora Fernández de Garaialde, también en el Ayuntamiento de Alsasua cuando usted estaba de alcaldesa en el mismo respecto a los presupuestos iniciales. Por tanto, es muy complejo ejecutarlos, porque, como decimos, depende de los ingresos imprevisibles que a veces hay.

Pero aparte de esa tranquilidad que nos da el hecho de que no haya estos impagos, que no haya esas deudas en el Gobierno, ni tampoco en el Departamento de Salud, tenemos también aspectos muy positivos que no hay que olvidar y hay que resaltar. Por ejemplo, el que nos han citado sobre la industria farmacéutica, que debido a la prontitud en el pago de las facturas se logra una rebaja en cuanto a los precios que supone, de

nuevo, una vez más, un ahorro en cuanto a los gastos que se realizan a lo largo de un ejercicio económico y que siempre tienen que estar equilibrados dentro de lo posible con los ingresos recibidos. Por tanto, hay que y reconocer ese esfuerzo, el control de gasto que se hace en estos momentos en la gestión, tanto a nivel global del Gobierno de Navarra como a nivel particular del Departamento de Salud.

Y en cuanto a algunas afirmaciones que se suelen escuchar aquí con cierta frecuencia, en que el presupuesto se realiza mal, está mal presupuestado; es un presupuesto que, no tenemos que olvidar nunca, lo aprueba el Parlamento de Navarra en pleno. El Pleno del Parlamento de Navarra. Si está bien o mal, pues algo de responsabilidad tendremos los Parlamentarios en cada momento. Es más, este año el Parlamento no ha aprobado presupuesto alguno. Hay que prorrogar.

Se ha perdido una buena oportunidad por parte de todos los grupos, en especial de los grupos que critican los presupuestos y que dicen que está mal presupuestado, que estaba mal el año pasado, que se hizo fundamentalmente entre los grupos parlamentarios de UPN y Socialistas de Navarra, de haber hecho este año un presupuesto a su gusto. Y haber puesto al Departamento de Salud, si realmente se necesitan 1.200 millones, pues 1.200 millones. Si se necesitan 1.500, pues 1.500. Siempre, equilibrado con los ingresos. Exactamente, si se pasa de 900 a 1.200, los 300 más, o hasta 1.500 los 600 más, habría que detraerlos de otros departamentos, de otras partidas presupuestarias. ¿Por qué no han hecho ese ejercicio de responsabilidad? En vez de decir que está todo mal, pues hagan uno bien presupuestado.

En definitiva, nos alegramos de la conclusión de ese desvío previsto, todavía previsto, en el año 2012 del 1,72 por ciento, que está dentro, podríamos afirmar de las previsiones también en cuanto al desvío, que ocurren prácticamente todos los años, y más en el Departamento de Salud por las dificultades añadidas que tiene a la hora de presupuestar y de ejecutar el presupuesto a lo largo de todo el ejercicio económico. Muchas gracias.

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

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: *Muchas gracias, Presidentes. Buenos días. Gracias también a la Consejera y el equipo que la compañía por la información que nos ha trasladado. Nos gustaría decirle que comprendemos la situación económica en la que nos encontramos, evidentemente, y que hay que cumplir el objetivo de déficit. Y eso nos puede llevar a alguna modificación, o quizás a una reducción en la previsión que teníamos de presupuesto.*

Pero, desde luego, con lo que no estamos de acuerdo es con las cifras que tenemos. Y nos llama mucho la atención que cuando no se tiene que decir nuevamente se va uno de viaje, se visitan otras comunidades que están mucho peor que nosotros, pero yo creo que mal de muchos no es, o no debe ser, consuelo de tontos, sino que, desafortunadamente, hay otras comunidades peor que nosotros. Pero tampoco debemos pensar que nosotros somos los mejores del mundo mundial, que lo estamos haciendo fenomenal, porque no es así. Nosotros tenemos la sensación de que, desde luego, la sanidad navarra se está deteriorando. Y nos apena profundamente. Porque la salud es un servicio que tenemos que prestar, y lo tenemos que prestar de calidad. Y vemos cómo se está deteriorando constantemente.

En cuanto a la presupuestación, que es lo que estamos debatiendo esta mañana, podemos constatar con los datos que ustedes desde el Gobierno nos facilitan que se ha hecho una mala presupuestación por parte del Departamento de Salud porque, por ejemplo, lo que usted ponía en mérito, que se ha bajado un 2,31 por ciento en lo que a personal se refiere, para nosotros no es un mérito sino todo lo contrario. Porque bajar en esta materia nos está preocupando mucho. Porque aunque luego usted nos puede trasladar el número infinito de contratos que han hecho y que justifica que no desaparezca el personal, pero es que nosotros hablamos con los centros de salud, con personas que trabajan allá, y nos dicen la situación en la que están, cada vez peor. Si todos los que han venido aquí lo manifiestan. Es que no se cubren las vacaciones en los centros que, de por sí, ya no tenían exceso de personal. Y eso, indudablemente, se va a trasladar a un deterioro del servicio.

Sí que le tengo que decir una cosa que consideramos que han hecho bien, que es la centralización de compras. Lo cual, efectivamente, nos parece que está bien hecho. Pero no estamos de acuerdo en que UPN lleva gestionando el Gobierno de Navarra ya muchos años, y no sabemos por qué no se ha hecho con anterioridad. Eso nos llama profundamente la atención, cómo compraba cada hospital sus materiales. O sea, nos parece realmente ridículo.

Por otra parte, en fármacos, que ha crecido el gasto en uno de los apartados que nos han trasladado 12 millones y en el otro que venía anteriormente 5,4 millones, un total de 17.400.000 no se corresponde con la realidad. O sea, no me vendan que los fármacos han aumentado en un año 17.400.000 euros, es que no es creíble. No es creíble que en un año hayan aumentado 17 millones los fármacos, como tampoco es creíble 1.600.000

euros que han aumentado de precio en los productos de laboratorio. Es que no me lo creo. Perdone que lo diga. Además, los fármacos están bajando. Todo lo contrario. Y los productos de laboratorio, si efectivamente ahora se hacen centralizados, pues debieran de bajar en lugar de subir.

Otra cuestión. ¿2.350.000 euros han subido las prótesis? Lo pone, por la insuficiente consignación presupuestaria existente. Con lo cual, si es que lo dicen ustedes mismos, pero es que además vamos a la información que nos trasladan y vemos de dónde ha salido este dinero previsto, que venía en el anexo 1. Pues de la financiación a la Universidad Pública: 2.950.000. Quitar a la universidad casi 3 millones de euros. La aportación del Estado también subió en 8 millones, y del Plan de Empleo. O sea, del Plan de Empleo, luego nos llenamos la boca de que vamos a crear empleo y vamos a trabajar para crear empleo. Y le quitamos la mayoría de las partidas. Es algo realmente absurdo. O sea, hasta llegar a 16.900.000.

Pero es que, además, en los datos que ustedes mismos nos facilitan con los presupuestos, en la ejecución presupuestaria, es que vamos a ver el resumen de la financiación y cómo se ha modificado el presupuesto, donde pone que, efectivamente, Salud ha incrementado 23.371.125, y es que este departamento es el 71,46 por ciento del porcentaje de modificaciones sobre el resto de departamentos. O sea, pues los otros departamentos han variado unos el 2, otros el 9, otros el 7, otros el 6. Lo podemos entender. Salud se lleva el 71,46 por ciento de las modificaciones de presupuesto; pues esto pone de manifiesto que la presupuestación previa no era correcta. Está claro, porque es que se han llevado el 71 por ciento de las variaciones del presupuesto. Con lo cual a mí no me digan que está bien presupuestado, porque no me lo creo. Lo puedes decir todo lo que quieran, pero no me lo creo.

Y luego, usted ha afirmado que se aproximaban a lo presupuestado en el 2012. Pues los datos dicen exactamente lo contrario. Yo no puedo decir otra cosa. Quisiera decir, para terminar, que es una mala presupuestación, y como consecuencia, señora Vera, una mala gestión. Lo siento mucho.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Por Bildu, señor Barea, tiene la palabra.*

SR. BAREA AIESTARAN: *Muchas gracias, señor Presidente. La señora Consejera, al inicio de su intervención, ha llamado a la puerta de lo que es obvio. Y la puerta de lo que es obvio hemos abierto, y estaba la crisis, y es evidente que sí, pero me va a permitir que yo también llame a esa misma puerta y le diga que, encontrándonos con la crisis, también hay una obviedad, y es la forma que gestiona esta crisis. Y precisamente está en las prioridades donde la obviedad está. Y evidentemente, no son las mismas prioridades.*

Nos ha hecho una especie de dicotomía entre lo que es lo presupuestado y lo que es el gasto real. La gran pregunta es si los 18 millones están dentro de la lógica elemental de los deslizamientos presupuestarios o incide en algo más profundo, que es la improvisación. También se nos ha dicho que este Parlamento, para justificar en cierta forma ese desfase, aprobó ese presupuesto. Y no tengo ninguna duda de que lo aprobó. Pero también le puedo decir que hay grupos parlamentarios que no aprobaron ese presupuesto. Y no se puede, precisamente, revertir en las actuaciones que no concurrieron para justificar las propias. Bien, pues se anunció en noviembre que, como se ha dicho aquí, voy a repetir, a causa de esa insuficiente consignación presupuestaria, y motivó esa ampliación de créditos de 23,3 millones de euros por parte del departamento. Y no es nada nuevo, y es una sistemática, y esta sistemática está recogida por la propia Cámara de Comptos, y lo ha manifestado en más de una ocasión, que la política presupuestaria del Gobierno de Navarra deja que desear, y especialmente en el Departamento de Salud. Sabemos que las circunstancias que concurren en este departamento son distintas. Pero son más que obvias.

Cuando usted asumió el cargo –y no creo que estemos equivocados–, admitió que había encontrado un desfase ya de unos 40 millones de euros. Pero el departamento se empeña, en vez de dar soluciones efectivas, y como se ha recogido aquí, en presupuestar muy por debajo de lo realmente presupuestado. Como ha dicho la señora Fernández de Garaialde, lo que hacen es una sistemática de infrapresupuestación, suponiendo que exista la palabra esa.

Pues bien, de lo ejecutado en 2010, 1.036.000.000, a los 914 millones de 2012, hay 122 millones de diferencia. De lo presupuestado en el proyecto de Presupuestos Generales de Navarra de 2013, que han decaído, de los 857 millones, a lo presupuestado en el 2010 hay 180 millones de diferencia. Y consideramos lógico y razonable que haya determinadas partidas que en previsión de las coyunturas y de un desarrollo presupuestario, no estén sujetas precisamente a ese encadenamiento de las cifras exactas. Pero también consideramos que esas cifras, esos vaivenes, tienen que estar dentro de unas cifras razonables. Y nos encontramos de repente con un gasto de 18 millones de euros, que se nos hacen precisamente que esos parámetros no se acaben de concretar. Y nos parece una diferencia más que ostensible. Repito: improvisación.

Y personalmente podemos coincidir en que se potencien los pilares de bienestar. Podemos coincidir en que se potencie la sanidad. Podemos coin-

cidir en que se potencie la educación o las políticas sociales. El problema es de origen: ¿de dónde se saca ese dinero? Y nos preocupa especialmente que para vestir un santo se desvista otro. Y no se desvistan otros proyectos que tienen muy poca incidencia social, y conocemos muchos, y la lista es muy largas, y de repente se nos hable, como ha partido de la voz de los anteriores representantes de los grupos parlamentarios, sobre los equipamientos del pabellón C, sobre el equipamiento o todos los equipamientos que se han desarrollado aquí. De repente, nos podemos encontrar con unos edificios construidos, nos podemos encontrar con una infraestructura hecha, pero nos podemos encontrar con que para el año que viene esa infraestructura no tenga ninguna equipación.

Usted, además de llamar a la puerta de la obviedad, también ha llamado a puerta, como ha dicho la señora portavoz del grupo socialista, de las comunidades autónomas. Y posiblemente, y moviéndose en ese territorio, no tenga ningún problema. Pero nosotros vemos problema, y no nos preocupa lo que está, o si nos preocupa, pero por empatía sin más, lo que esté ocurriendo en otras comunidades autónomas, lo que realmente nos preocupa es la situación que se está generando en Navarra. Y nosotros y nosotras creemos que esa situación generada en Navarra, con el recorte presupuestario, con el deslizamiento presupuestario que hace de la Cámara de Comptos, la sanidad navarra cada día esté en peores circunstancias. Y eso es lo que realmente nos preocupa. Mila esker, eskerrik asko.

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

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias a la Consejera por las explicaciones que nos ha dado respecto a esta solicitud de ampliación presupuestaria de 23 millones de euros.*

Yo tengo que empezar diciendo dos cosas. En primer lugar, que a nuestro grupo le parece que, desde luego, no estamos hablando de grandes desviaciones presupuestarias. En segundo lugar, me sorprende la actitud del Partido Socialista. Me sorprende por varias razones. En primer lugar, porque ha dicho que la gestión durante todos estos años de la sanidad Navarra la ha colocado cada vez en peor situación, y a día de hoy, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública coloca a Navarra en primera posición. Y ha criticado el Partido Socialista exhaustivamente unos presupuestos, unos presupuestos que estuvieron encima de la mesa de su Gobierno y unos presupuestos que ustedes aprobaron en un momento determinado. Con lo cual no entiendo yo ahora cómo se están ustedes lamiendo las heridas de esta mala presupuestación. Estos 23 millones de ampliación presupuestaria suponen globalmente, en relación con el presupuesto total del departamento, una desviación del 2,5 por ciento, pero si tenemos en cuenta que de estos 23 millones 16,9 han sido los que han sido inyectados desde fuera del Departamento, la desviación del presupuesto se colocaría, según mis cálculos, en el 1,8 por ciento del total del presupuesto, 914 millones de euros.

El resto de las partidas, de las transferencias presupuestarias, han sido internas del Departamento y ha sido según orden de prioridades con las cuales en algunas inversiones nosotros estamos de acuerdo y en otras no estamos de acuerdo con el departamento. Es cierto, y así lo afirma Comptos, que los presupuestos deben ajustarse lo máximo posible al gasto real. Pero también hay que tener en cuenta que en algunos casos el gasto real es muy difícilmente previsible como puede ocurrir en algunas partidas presupuestarias de salud. Por ejemplo, la demanda. La demanda es variable. La demanda no se puede prever. La introducción de nueva tecnología, la introducción de nuevos fármacos, terapia monoclonal, en hematología, en reumatología, nuevos tratamientos oncológicos, antirretrovirales, tratamientos para la hepatitis. Y además de todo eso, el incremento de tratamientos en pacientes crónicos. Es algo que no se puede prever.

Los déficits presupuestarios en fármacos, como ya ha dicho la portavoz de Nafarroa Bai, es un clásico. Es todo un clásico. Si vamos a las hemerotecas, podemos encontrar multitud de ejemplos. Yo le voy a poner uno. Pues mire usted, en el año 91, el gasto presupuestario que se presentaba en farmacia por parte del Insalud era de 320.000 millones de las antiguas pesetas, cuando en el año 90 se habían gastado 420.000 millones. Entiendo que a lo mejor esto es una técnica presupuestaria que lo mejor no la entendemos los no entendidos, pero que se presupueste menos a lo mejor forma parte de alguna técnica presupuestaria.

Otro ejemplo de desviación presupuestaria. El Gobierno de Aragón, por cierto, del Partido Socialista, en el 2009 tuvo un desfase del 14,22 por ciento de su presupuesto.

Con todo ello, y para terminar, por ser muy breve, estamos de acuerdo en que el presupuesto debe acercarse lo máximo posible al gasto real, pero viendo la cuantía de la desviación en relación con el presupuesto global, que es del 2,5 o del 1,8 si tenemos en cuenta las transferencias desde fuera del departamento, entendemos que no se puede hablar de alarmismo y no se puede hablar de preocupación, y, por supuesto, no se puede hablar de una gestión deficiente. Gracias.

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

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Buenos días de nuevo. Gracias, señora Vera, por sus explicaciones. Desde nuestro punto de vista, este desfase de 23 millones entendemos que al menos demuestra una falta de previsión. Y no tanto por la cantidad, que sí, que es un 2,5 por ciento del presupuesto inicial, que es un desfase importante, pero digo que no tanto por la cantidad sino porque nosotros entendemos, si le he entendido bien, señora Vera, que se refería, porque ha dicho que era sobre todo para el gasto farmacéutico, el pago a proveedores, el tema de las prótesis, bueno, lo ha mencionado ya la portavoz del Partido Socialista, pues son gastos previsibles. Desde nuestro punto de vista, estos gastos ya se sabía que se iban a producir. Por lo tanto, yo entiendo la situación que se ha encontrado usted en su departamento con esta necesidad de recortar.*

Usted misma lo ha dicho, hablando del cumplimiento del déficit, y yo supongo que contaría con determinado dinero y ajustó como podía. Pero, evidentemente, esos 23 millones eran 23 millones que deberían haber estado previstos. También nos preocupa de dónde ha salido ese dinero. Ya lo han comentado otras personas que me han precedido en el uso de la palabra, está saliendo de la universidad, de políticas de empleo. Hombre, pues esto se suele llamar, desvestir a un santo para vestir a otro. Por lo tanto, nos sigue pareciendo un despropósito y nos sigue pareciendo que no solamente usted, señora Vera, sino todo el Gobierno de Unión del Pueblo Navarro no tiene un control sobre la economía y no tiene un control es sobre los presupuestos. El propio señor Pérez Prados decía que esto podía cambiar cada día o cada semana. Me ha dejado más preocupada de lo que estaba, si es que Unión del Pueblo Navarro lo ve así. Porque, vamos, que ustedes no puedan prever qué es lo que tienen entre manos, en fin, es de mucha preocupación.

Y luego, respecto a los datos que usted ha dado, que yo sí que agradecería, señora Vera, que nos los pasara, francamente, me han parecido muy interesantes, porque a mí no me ha dado mucho tiempo. Pues, hombre, me va a persistir ese cierto grado que a mí me ha parecido que ha mostrado de complacencia en relación con las deudas en los pagos, con el retraso a los pagos a los proveedores. Me ha sonado a aquello de que en el país de los ciegos el tuerto es el rey, y el tuerto en este caso es Navarra. Bueno, para nosotros, no es suficiente.

Por otro lado, usted decía al final, que es lo que a mí más me ha llamado, bueno, no es que me haya llamado la atención de su intervención, pero es lo que ha venido seguir siendo siempre. Y en eso tengo que admitirle la coherencia que mantiene al respecto. Dice: bueno, en estos momentos tenemos el cumplimiento del déficit como un objetivo que tenemos que cumplir, hay una demanda creciente y contamos con menos recursos. Esto es evidente. Por lo tanto, la consecuencia también es evidente: que va a haber un deterioro, desde nuestro punto de vista, en la atención, y una disminución de las prestaciones. Eso ya se lo hemos dicho muchas veces, y es que no va a poder ser de otra manera, se enmascare como se enmascare, y hablen ustedes de los planes de mejoras que les parezcan. Que seguramente hay cosas que mejorar, y yo no le niego que haya cosas que ha mejorado, porque las ha mejorado, y seguro que está rentabilizando algunos recursos, pero, desde luego, eso no tiene nada que ver con que en estos momentos el sistema navarro de salud no esté dando las prestaciones que estaba dando hace tres, cuatro o cinco años.

En definitiva, ¿cómo lo vemos nosotros, y en un contexto donde ha habido unos recortes importantísimos, sobre todo en personal? Pues lo vemos como lo veíamos el primer día. Lo que tenía que hacer el Gobierno es encontrar, buscar medidas para aumentar la inversión en salud. También en otros servicios básicos, pero en este caso en salud. Y esto se hace de dos únicas maneras. Una, con un aumento de ingresos. Ahí tenemos la ponencia de reforma fiscal, y parece que tanto Unión del Pueblo Navarro como el Partido Socialista no están dispuestos a gravar a aquellos que más tienen para salir de esta situación tan dura en que nos encontramos, y otra es priorizar en los presupuestos, con prioridades. Y entendemos que su Gobierno ha decidido que la crisis la paguen los de siempre. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Turno de palabra para la señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Para empezar, fíjense ustedes, el ejercicio de transparencia –la verdad es que no sé si me han escuchado del todo los datos y la información que les he dado–, porque fíjense ustedes en el ejercicio de transparencia que hemos hecho, que ustedes me han preguntado, en este caso la señora Fernández de Garaialde, que no está en este momento, por una ampliación presupuestaria, y nosotros hemos venido y hemos respondido de todas las que ha habido durante este año 2012, que no sé si la semana que viene me llamarán para que conteste a alguna de las otras parciales que se han producido. Y con esos datos, haciendo la foto con todas las ampliaciones presupuestarias del ejercicio 2012, es como nosotros hemos respondido y como les hemos dado ese 1,78 por ciento de desviación,*

que creo sinceramente, y no hace falta compararse con nadie, ni con ninguna comunidad autónoma ni con nadie, en un presupuesto de 900 millones, lo mantengo aquí y en cualquier sitio, y cualquier persona que realice presupuestos y que gestione presupuestos, un 1,78 por ciento de desviación, o 72 por ciento de desviación presupuestaria, no es una mala gestión presupuestaria, señora Esporrín, es una muy buena gestión presupuestaria. Y eso es así aquí y en cualquier sitio.

Sigo con usted, señora Esporrín. Me llama la atención que me diga también que es un mal presupuesto, porque, como ya ha dicho algún otro representante, este presupuesto fue elaborado y aprobado con el grupo del PSN. Y usted hacía especial hincapié en la presupuestación de personal. Pues le he de decir que la presupuestación del capítulo I, de personal, correspondió al Secretario General del Partido Socialista, y la cantidad que a este departamento le llegó para gastos de personal, sea pudiendo hacer esas sustituciones o no, esa cantidad fue presupuestada por el Vicepresidente Primero del Gobierno, Secretario General del Partido Socialista. Por lo tanto, si hicimos mal esa presupuestación, la hicimos mal los dos. No hice yo esa mala presupuestación y esa mala gestión. Simplemente eso.

Con estas ampliaciones de crédito, ustedes dicen que se desviste un santo para vestir otro, pero es que en un presupuesto que, como decía el señor Prados, hay presupuestación de ingresos y de gastos, cuando se producen cambios a lo largo del año en una cosa, se tienen que producir en la otra. Y en ese cambio y en ese que se tienen que producir en la otra, si se producen en los ingresos se tienen que producir en los gastos, a no ser que nos queramos ir a un déficit, al que sea, al infinito o al que nos dé, pues es que este Gobierno ha priorizado el gasto sanitario. Y es así. Y la salud y el resto de políticas sociales han sido una prioridad para este Gobierno, y es lo que se refleja en la gestión que estamos haciendo, que, efectivamente, es lo que está ocurriendo.

Respecto a las explicaciones sobre las partidas, tengo aquí el detalle de cada una de las partidas con su numeración sobre prótesis, fármacos, productos químicos de laboratorio a la que ha ido cada una de las ampliaciones. No sé si esa información, si la quiere, o yo creo que la tienen porque se remite a este Parlamento. No solo de la ampliación a la que usted hace referencia, sino de las tres que se han producido a lo largo de este año y que se van a producir, ampliaciones de consignación de presupuesto para el Departamento de Salud.

Hay una cuestión que manifiestan algunos de ustedes, y yo también les tengo que reconocer que a mí también cuando comencé a trabajar en este sector, me extrañó, pero la realidad es esa. A ustedes les extraña mucho que el gasto farmacéutico se dispare, el gasto de farmacia hospitalaria, o que no cumplamos la previsión de gasto que hemos hecho en farmacia hospitalaria. Hombre, es obvio que va a haber gasto en farmacia hospitalaria, lo sabemos, pero la cuantía, pues les voy a dar un par de ejemplos. El primero de ellos, la comercialización de un nuevo anticoagulante que se ha introducido en el mercado a inicios de este año 2012, el Dabigatrán. Pues el Dabigatrán, que viene a sustituir a un anticoagulante que se prescribe y está indicado para un montón de personas, aseguró que algunos de ustedes lo conocen, como es el Sintrom, ¿quién no conoce a alguien que consuma Sintrom de forma crónica? Bueno, pues ¿saben cuál es el impacto de la sustitución del Sintrom por el Dabigatran en Navarra? 14 millones de euros.

Les decía antes que el tratamiento para la hemofilia es de medio millón de euros por paciente y año. En el último mes se ha diagnosticado hemofilia a tres niños. Pues es millón y medio. Entonces, cuando hablamos de que realmente el gasto sanitario en algunas partidas es difícilmente previsible, pues es que es una realidad, no es un engaño, no es una exageración. Es que es así. Es que la realidad a la que el Servicio Navarro de Salud se enfrenta en su gestión del día a día es esa. Es que surgen cosas como estas.

Y también es de todos conocido, y aunque no lo hago por compararme con otras comunidades autónomas, pero es que todas las comunidades autónomas, respecto al gasto hospitalario, nos encontramos o nos enfrentamos con el mismo problema. Y es que, dado que el gasto en farmacia ambulatoria se está reduciendo por las distintas medidas que se han tomado y se han puesto en marcha, pues la prescripción por principio activo, la bajada de los precios de referencia, etcétera, pues hay una estrategia de todos los laboratorios de la industria farmacéutica, y es, como ustedes me están controlando el gasto en farmacia ambulatoria, pues ¿qué voy a hacer? Pues yo quiero seguir ganando el mismo dinero. Con lo cual me voy a tratar de aumentar el gasto en farmacia hospitalaria. Y esto es algo que las Administraciones que estamos al otro lado nos enfrentamos a esto, pero es una estrategia del mercado de los laboratorios farmacéuticos. Y es una realidad. Entonces, bueno, nosotros, obviamente, en el ejercicio de la gestión tenemos que enfrentarnos a esto y tomar medidas o buscar vías para que eso no haga que nuestro presupuesto se dispare, y que podamos ir controlando el gasto.

Respecto a los equipamientos, yo creo que he dado detalles de cuáles son los equipamientos que vamos a poner en marcha en el año 2013. No sé

exactamente cuál es la parte que no se ha comprendido, pero el pabellón C se va a equipar de forma parcial, o es la previsión que tenemos. He dicho la hospitalización de día, la hospitalización en onco y en hematología, y los vestuarios. El resto de unidades que están dentro del pabellón C, como es la UCI, por ejemplo, se deja para el año siguiente. Y es la previsión realista que tenemos hecha para el ejercicio 2013.

Respecto–también por puntualizar– a un par de cuestiones que decía la señora de Simón, me gustaría que me dijera cuáles son las prestaciones que no damos, que se daban hace cuatro años y que ahora no se dan. Porque es que creo que decir eso, pues no sé, si no tenemos una constatación clara de cuáles son las prestaciones que no estamos dando, hombre, pues es un poco peligroso, porque la gente igual se piensa que estamos quitando prestaciones de una cartera, que, además, como usted sabe, la cartera no es algo que definamos nosotros, sino que define el Ministerio, y nosotros lo que hacemos, el Gobierno de Navarra, es gestionar la forma en que hacemos o en que prestamos esas prestaciones, y valga la redundancia, a los ciudadanos.

También, bueno, pues continuar con las afirmaciones de que la sanidad está peor, cada vez está peor, la sanidad Navarra está peor, bueno, pues el señor Martín hacía referencia a los análisis, aparte de las discusiones que nosotros aquí podamos tener, y el debate siempre enriquecedor que aquí podamos tener, pues también está claro que hay unos análisis externos y unos análisis hechos por personas independientes y objetivas que no nos colocan en esa situación en la que ustedes parece que nos quieren ver continuamente, y que no es así. Entonces, bueno, pues también se lo recordaré todas las veces que haga falta, pero es que es así.

Y respecto a la autocomplacencia, yo no quería en mi intervención, en absoluto, caer en la autocomplacencia. Lo digo ahora, lo he dicho siempre y lo seguiré diciendo. Creo que hay muchas cosas que podemos hacer mejor. Simplemente, como a mí en este caso se me había llamado para hablar sobre un presunto agujero presupuestario, pues, bueno, lo que he querido es poner de manifiesto qué plazos o períodos medios de pago de nuestras facturas en torno en unas cosas a los cuarenta, a los treinta, a los dieciséis días, pues, desde luego, no muestran ni aquí ni en ningún lugar del mundo que exista un agujero presupuestario, porque, si no, no podríamos hacer frente a esos pagos. Les aseguro que no podríamos hacer frente a esos pagos. Como otras comunidades autónomas, es verdad que no pueden hacer frente. Pero yo creo que a cada uno lo suyo, y en esto yo creo que no es por autocomplacencia, sino por mostrar la foto. Sin más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias, señora Consejera.*

Pregunta sobre las razones por las que no se han actualizado públicamente las listas de espera desde junio, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Bakartxo Ruiz Jaso.

Pregunta sobre las condiciones en las que se va a mantener el servicio de transporte interhospitalario de Tudela, presentada por el Ilmo. Sr. D. Samuel Caro Sádaba.

Pregunta sobre el transporte interhospitalario de los pacientes oncológicos del Hospital Reina Sofía, de Tudela, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Marisa De Simón Caballero.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Continuamos con el orden del día, y damos paso ahora a las preguntas. La que viene en el punto número 3 ha sido retirada por la propia señora Ruiz Jaso, según nos ha comunicado verbalmente, con lo cual pasaríamos a la 4 y la 5, que hacen alusión, la cuarta, a mantener el servicio de transporte interhospitalario de Tudela, y la quinta es sobre los pacientes oncológicos y el transporte de pacientes oncológicos del Hospital Reina Sofía, de Tudela, a Pamplona. Una de ellas ha sido presentada por el grupo socialista, la otra por Izquierda-Ezkerra. Entonces, la señora Consejera contestará a las dos a la vez. La señora Esporrín tiene su tiempo para formular la pregunta, y luego la señora de Simón.*

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: *Brevemente. Es evidente cuál es la pregunta, en qué condiciones y cómo se va a prestar el servicio a Tudela, y sí que, si me permite sin más, quisiera preguntarle, como ha hecho referencia al anticoagulante nuevo, el Dabigatran, los 14 millones de euros, ¿me puede decir, cuando pueda, si no es ahora lo entiendo, porque igual no corresponde, cuántos pacientes se están tratando con este nuevo antiagregante o anticoagulante, para que se gasten 14 millones de euros? Gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora De Simón.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias de nuevo, señor Presidente. Yo creo contextualizar un poquito la pregunta. Si luego el señor Presidente me reduce el tiempo, no tengo ningún problema, pero prefiero contextualizar la pregunta. Y es que no es la primera vez, ya sabe la señora Vera, que preguntamos sobre este asunto.*

Voy a hacer rápidamente una pequeña cronología. Hicimos una pregunta el 25 de enero, que fue

contestada por usted el 23 de enero, sobre cuál iba a ser la situación del transporte interhospitalario, tanto en Estella como en Tudela. Y usted contesta, además, yo creo que la contestación fue en tiempo y forma, y dice usted: "con carácter general, el transporte hasta un determinado centro para recibir asistencia es responsabilidad de cada ciudadano, que debe acudir por sus propios medios. No obstante, dado el uso que tiene el citado autobús, es intención de este Departamento, mantener el servicio de transporte entre los dos centros hospitalarios –se refiere a Tudela y Pamplona– en tanto en cuanto no exista un transporte público regular". Ante esta preocupación, presentamos una moción en el Parlamento, que fue aprobada, y se aprobó que se mantuviera el transporte sanitario entre el hospital de Tudela y el del Complejo Hospitalario de Navarra, tal y como estaba, ya que se estudiarán las situaciones del García Orcoyen.

Le hicimos también una pregunta escrita a usted, en el sentido de si iba a aplicar esta disposición, y usted compareció el día 3 de abril, y dijo: "desde ambos centros hospitalarios se coordinarán los horarios de las asistencias a los pacientes, de forma que estos sean compatibles con el horario de servicio de transporte". Como nos preocupó esto, le hacíamos la pregunta qué nos dice en relación con cómo va a ser el transporte, y el 8 de junio usted contesta que el transporte será efectivo siempre que la disponibilidad presupuestaria así lo permita, y en la financiación iban a participar el Gobierno de Navarra y los Ayuntamientos del ámbito geográfico al que se refiera el servicio. Total, ante todo este follón, hacíamos la pregunta que le hacíamos hoy.

Ya sé que llegaron ayer a un acuerdo en Tudela, de manera que el Departamento de Salud, el Gobierno de Navarra, aportaría un 50 por ciento, y el otro 50 por ciento serían, bueno, aproximadamente, 45.000 y 45.000 euros, los aportarían los Ayuntamientos de la zona o principalmente el Ayuntamiento de Tudela, y también entendemos que la gestión va a ser ahora mancomunada. Pues mire, ahí tiene la pregunta. El acuerdo, yo creo que ya lo conocemos, pero queremos saber cuánto dinero cuesta en la actualidad el transporte, y que nos explicara de alguna manera por qué tiene que ser la mancomunidad la que se haga cargo de esto, cuando la asistencia sanitaria es una competencia del Gobierno de Navarra. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Consejera, tiene la palabra.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias. Bueno, empiezo con lo del Dabigatrán. No sé si me he explicado bien. Lo que quería decir es que si a todos los pacientes que hay en Navarra en estos momentos, que no se va a hacer, pero porque desde los servicios médicos hospitalarios lo que hacen es realizar con las farmacias de los hospitales un protocolo para restringir la dispensación, la prescripción de ese medicamento únicamente a las personas concretas a las que ese medicamento les puede aportar algún tipo de beneficio. Pero si la indicación se produjera sin ningún tipo de limitación, como ha ocurrido con muchísimos medicamentos cuando salen al mercado, el impacto es de esos 14 millones a los que hacía referencia.*

Y respecto a la pregunta del transporte interhospitalario, voy a comenzar desmintiendo un poco lo que dice la señora de Simón. Usted dice: "¿por qué tiene que financiarse así cuando es una prestación sanitaria y resulta que es responsabilidad o competencia del Gobierno de Navarra?" Vamos a ver. Saben, porque lo hemos hablado en esta Cámara todas las veces que usted ha hecho referencia, que el servicio de autobús interhospitalario entre el Hospital Reina Sofía de Tudela y el Complejo Hospitalario de Navarra no es una prestación sanitaria como tal. Ni tampoco es un transporte sanitario de conformidad con la legislación vigente y con el convenio actualmente vigente entre el Departamento de Salud y Cruz Roja. Luego no es competencia. Por eso no lo va a financiar totalmente el Departamento de Salud, porque no es competencia del Departamento de Salud. Y les dije también todas las veces que hemos hablado y que usted hacía referencia ante esta Cámara, que un servicio de esta naturaleza se mantendría, o que creíamos que debíamos continuar con nuestra aportación si existía una demanda razonable que lo justificara, como así es en este caso, y si se manifestaba la implicación de los Ayuntamientos, en este caso, de la Ribera de Navarra en su mantenimiento. En este momento, y también creo que las últimas veces que usted, desde su grupo, nos preguntaron sobre este tema, se cumplen las dos premisas. Hay una demanda razonable, y además existe interés por parte de distintos Ayuntamientos que han expresado su voluntad en participar en la financiación, junto con el Departamento de Salud.

Por lo tanto, con el fin de garantizar la viabilidad y la eficacia del servicio de transporte de pacientes entre el Hospital Reina Sofía y el Complejo Hospitalario de Navarra, un servicio muy bien valorado por parte de las personas usuarias, se ha llegado a un acuerdo con la mancomunidad de la Ribera de Navarra, mediante el cual el Departamento de Salud se compromete a prestar una ayuda directa al citado organismo para la gestión del autobús.

La subvención que se va a conceder en el año 2013 para el desarrollo de la prestación del servicio será de un máximo de 45.000 euros. Usted me

preguntaba cuánto cuesta ese servicio en estos momentos. Pues creo que cuesta 100.000 euros, y la subvención que va a dar el Departamento a la mancomunidad será de estos 45.000 euros. Nada más, muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Esporrín, su tiempo de réplica.*

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: *Muchas gracias, Presidente. Quisiera decirle, por terminar con el tema del fármaco de Dabigatrán, efectivamente, este fármaco ustedes saben a ciencia cierta que no se va a dar a todos los pacientes que están tomando en la actualidad Sintrom. Por tanto, era un dato falso que nos pretendían meter anteriormente. Pero, bueno, se ve el estilo y se notan los datos que nos quieren trasladar.*

En cualquier caso, en el tema que nos afecta del transporte sanitario, quisiera decir que nosotros apoyamos que se mantenga este transporte sanitario, que no estamos de acuerdo y nos parece que no debe ser así, que lo tenga que pagar la mancomunidad, porque, en primer lugar, hay Ayuntamientos que no están dentro de esta mancomunidad y hay usuarios de esos Ayuntamientos que no tiene por qué pagarles la mancomunidad a esos usuarios concretamente. Y al final nos tememos que la mancomunidad tendrá que llegar o bien a incrementar las tasas, o de algún sitio tiene que sacar el dinero. Estamos absolutamente en contra de que al final se vaya a volver a un nuevo copago en este servicio también. Y estamos totalmente en contra. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora De Simón.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señora Consejera por la respuesta. Y es más, nuestro grupo se alegra muchísimo de que hayan negociado con la mancomunidad de la Ribera. Pero que se alegre no quiere decir que le parezca el procedimiento más oportuno. ¿Por qué? Pues porque los Ayuntamientos en este momento están sufriendo unos problemas terribles de financiación. No pueden acometer muchísimos servicios: el 0-3, cuestiones de servicios sociales, o sea, muchísimos, y para ellos yo creo que es una carga importante. Estamos hablando de 55.000 euros, y, hombre, para unos Ayuntamientos es mucho dinero, pero en relación con el presupuesto general de salud no es tanto. Antes estábamos hablando de una desviación de 23 millones, y ahora nos encontramos con 45.000 euros. La verdad es que las cantidades son tan distantes…*

En todo caso, le pregunto, si le parece, si no, no tiene por qué contestarme, porque ya sé que la pregunta era la que había hecho, si pensaba negociar con otras mancomunidades, porque no sé si es que la zona de Tudela o de la Ribera, como ya existía el autobús, tiene algún tipo de preferencia, y, bueno, no está el señor Martín, me alegro muchísimo de que se mantenga, insisto.

Sé que no forma parte de la cartera básica de servicios, pero cuando digo que es de su competencia, o competencia del Gobierno de Navarra, y en este caso el Departamento de Salud, es porque nosotros entendemos que hay que trabajar por la compensación territorial. Entendemos que en la zona rural hay menos posibilidades de acceder a los servicios que las personas que vivimos en el núcleo de Pamplona y alrededores, que tenemos el Complejo Hospitalario muy cerca. Nos sigue pareciendo que el dinero es poco, y nos sigue pareciendo que tiene que formar parte de esta partida de los Presupuestos Generales de Navarra.

Y bueno, nada más. Me alegro por los usuarios, pero espero que esto se pueda mantener. Y seguiremos peleando desde nuestro grupo para que toda la ciudadanía de Navarra tenga las mismas posibilidades de acceso a los servicios sanitarios. Y bueno, aparte de lo de los anticoagulantes, yo también vuelvo atrás, porque me he expresado mal, cuando he hablado de las prestaciones sanitarias, me he comido la palabra calidad de las prestaciones sanitarias. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Pues gracias. Señora Consejera, para la réplica, tiene la palabra.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Respecto al tema del Dabigatrán, no sé si es cuestión de estilos o no de estilos. Usted dice que no se va a prescribir en todos, yo le digo que ya lo veremos. Yo le digo que si no se ponen esos protocolos sí se prescriben todos, y que es más, creo que los expertos comentan o dicen que en los próximos años todos los pacientes que en estos momentos tienen Sintrom pasarán a tener Dabigatrán. Pero, bueno, igual usted sabe más que esos expertos neurólogos o estas gentes que son los que indican este tipo de medicamentos. Y además, era un ejemplo. Si quiere quedarse con el ejemplo, le he dicho que le daba uno. No, le he dado dos. Le he dado ese y le he dado el de los hemofílicos. Pero le puedo dar unos cuantos más. Si quiere, algún día venimos y hablamos de ejemplos de medicamentos nuevos, porque creo que el de la hepatitis C, que fue aprobado el año pasado, también supone un montón de dinero, y hay en cola unos cuantos medicamentos para ser introducidos al Sistema Nacional de Salud por parte del Ministerio, que creo que también, si se introducen y la prescripción o la indicación se hace sin ningún tipo de control, pues puede suponer una desviación importante en las partidas de farmacia hospitalaria de todas las comunidades autónomas. Pero, bueno, esa es la realidad a la*

que nos enfrentamos nosotros. Con estilo o sin estilo. Y así son las cosas.

Y respecto al autobús, usted dice que con otras mancomunidades. En este caso tenemos el autobús de la Ribera, que, como digo, es un servicio muy valorado, y desde el principio el posicionamiento del Gobierno fue tratar de contribuir para que ese servicio, por ser valorado, y aunque, insisto, no entra dentro de nuestra competencia del Departamento de Salud, siguiera existiendo. Y en eso hemos trabajado durante los últimos meses para buscar una fórmula que hiciera eso efectivo y por cuestiones administrativas, incluso de partida presupuestaria y tal, no hace que sea sencillo. Eso ha podido hacer que en los últimos meses parece primero que va a ser de una manera, luego va a ser de otra; bueno, creo que, al final, la dinámica esta en la que estamos, en la, y, lógicamente, lo entiendo, te van preguntando cuando todavía no sabes cómo van a quedar las cosas cuando las cosas sí que tienen que estar claras para cuando acabara este año 2012, bueno, pues ha podido hacer que en algún caso los usuarios hayan tenido una cierta desinformación. Y por eso ayer nos reunimos con la plataforma, que nos pidieron el lunes una reunión y estuvimos ayer con ellos, con la plataforma y con los representantes de los partidos políticos del Ayuntamiento de Tudela, para tranquilizarles en el sentido de que quedara claro que el autobús va a seguir funcionando y que entre unas Administraciones otras nos haremos cargo de los gastos que el autobús suponga. Y que las condiciones, lógicamente, y dado que será la mancomunidad la que va a gestionar el servicio, las condiciones concretas de prestación de servicio la mancomunidad será quien se las tenga que comunicar a los usuarios. Y nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Pues gracias, señora Consejera. Gracias también al equipo que la acompaña. Y, señoras y señores Parlamentarios, no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.*

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 41 minutos.)