DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VI Legislatura | Pamplona, 22 de junio de 2005 | NÚM. 18

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. ESTEBAN GARIJO PÉREZ

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 22 DE JUNIO DE 2005

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre la atención a las personas drogodependientes.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 10 horas y 7 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre la atención a las personas drogodependientes.

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia toma la palabra la señora Figueras Castellano (G.P. Izquierda Unida de Navarra-Nafarroako Ezker Batua) (Pág. 2).

A continuación interviene la Consejera de Salud, señora Kutz Peironcelly (Pág. 3).

En el primer turno de intervenciones toman la palabra la señora Figueras Castellano, el señor Marcotegui Ros (G.P. Unión del Pueblo Navarro), las señoras Torres Miranda (G.P. Socialistas del Parlamento de Navarra) y Egaña Descarga (G.P. Aralar) y el señor Ramirez Erro (G.P. Eusko Alkartasuna), a quienes responde conjuntamente la Consejera de Salud (Pág. 5).

En el segundo turno toma la palabra la señora Figueras Castellano y le responde la Consejera (Pág. 12).

Se levanta la sesión a las 11 horas y 15 minutos.

(COMIENZA LA SESIÓN A LAS 10 HORAS Y 7 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre la atención a las personas drogodependientes.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Buenos días, señorías. Vamos a dar comienzo a la Comisión de Sanidad, convocada para hoy, día 22 de junio, con el siguiente orden del día, que es comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre la atención a las personas drogodependientes. En primer lugar, doy la bienvenida a la Comisión de Salud a la Consejera, señora Kutz, acompañada a su derecha por el Director General, don Javier Sada; por su Jefa de Gabinete, doña Nieves Ciprés; y por el Coordinador del plan foral de la drogodependencia, don Fermín Castiella. Dicha solicitud viene solicitada, y valga la redundancia, por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, y para su presentación tiene la palabra la portavoz, señora Figueras.*

SRA. FIGUERAS CASTELLANO: *Gracias, señor Presidente. Buenos días, señora Consejera y personas de su equipo. Esta comparecencia está solicitada por mi grupo por dos razones fundamentales. La primera es la información que apareció en los medios de comunicación después de una reunión que tuvieron las asociaciones y los familiares de drogodependientes, en la que creo que plantearon lo que puede considerarse una situación de alerta máxima por los problemas que estaban padeciendo y que además, a su juicio, no se daba una solución satisfactoria para los mismos. Y también porque esta misma Comisión de Sanidad tuvo, creo que fue a finales del año pasado, una sesión de trabajo con los familiares y con los propios drogodependientes, en la que se pudieron observar las dificultades que tienen diariamente para sobrellevar su situación, las dificultades tanto de la familia como de los propios drogodependientes que pudieron comparecer y así lo hicieron en esta sesión, planteando muchas veces a la Administración soluciones que ellos creen que son posibles, factibles, que, en definitiva, pretenden dignificar la vida de las personas; sin embargo, como decía anteriormente, hay una gran dificultad para que sean atendidas esas demandas. Por otra parte, tengo que decir de parte de mi grupo que las cuestiones planteadas en los tres puntos de la solicitud de comparecencia nos parecen acertadas, aceptables y posibles, con un plan de trabajo serio en el tiempo.*

Por otra parte, también querría comentar que yo he podido observar y leer el plan de drogodependencias que tenemos en Navarra y creo que como plan, en el momento en el que está elaborado, es un plan que atiende a una necesidad concreta, pero hay que resaltar que ese plan data de cuando el señor Alli era Presidente del Gobierno de Navarra y que, entre otras cosas, garantiza la asistencia a las personas de nuestra Comunidad que presentan problemas derivados del consumo de sustancias y también garantiza los circuitos asistenciales lógicos y racionales adaptados a este sector. Pero no cabe duda de que, como digo, es un plan que tiene bastante antigüedad, los hábitos de consumo han variado sustancialmente, las circunstancias han variado sustancialmente, y en aquel momento el plan obedecía y daba satisfacción, o

intentaba darla, a un tipo de drogodependencias, fundamentalmente al que tenía que ver con la heroína, y pudimos observar en esta Comisión que los heroinómanos están hoy cerca de la cincuentena de años y que, lógicamente, por una parte, es obligatorio y necesario adaptar esas necesidades a la situación actual y, por otra parte, nosotros creemos que el gasto que se destina a esta partida es limitado, es escaso y que probablemente aunque los profesionales y las personas que trabajan en este sector quieran, y además lo hagan, con muchísima profesionalidad, lo cierto es que para 2005 en la prevención y coordinación del plan foral de drogodependencias hay una partida de 98.700 euros, por una parte, y para los planes municipales contra drogodependencias 529.000 euros, cuando estamos viendo que en diputaciones concretas, como es la cordobesa, se hace un plan para tres años, al que se destina, a través de un convenio entre la Diputación y la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, en torno a unos 6 millones de euros para prevenir y tratar a personas con drogodependencias en esa provincia. Son 6 millones de euros para un plan durante tres años.

Sinceramente, creemos que tanto la dedicación en medios económicos como las herramientas a través del plan, a día de hoy no satisfacen las necesidades ni de las familias ni de los propios drogodependientes. Ese plan está superado por el tiempo, y las necesidades y los recursos deben adaptarse a los problemas que se están planteando. Las drogas y los hábitos han cambiado y nosotros entendemos que las soluciones deben adaptarse a las nuevas circunstancias.

Y la verdad es que las informaciones que todos los grupos podemos tener sobre las nuevas consecuencias del consumo de drogas de diseño hacen que esta necesidad y los tratamientos los liguemos con los trastornos psíquicos, psiquiátricos y que además también se aborden, porque en la información aparece, y es tremendo, que dos de cada tres consumidores de éxtasis sufren trastornos psiquiátricos. Y yo creo que el nuevo plan que se elabore debería plantear este tipo de cosas y nosotros creemos que estamos en nuestro derecho de exigir que sea un todo lo que se contemple.

Por lo tanto, y a expensas de lo que la señora Consejera nos vaya a plantear en estos tres puntos, que creemos que son aspectos que en todo caso van a mejorar las condiciones tanto de las familias como de los propios heroinómanos, creemos que son unas reivindicaciones justas y posibles de ser satisfechas. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señora Figueras. A continuación, tiene la palabra la señora Consejera para exponer su comparecencia sobre el tema que nos ocupa.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Kutz Peironcelly): *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días a todos. Vamos a comenzar la comparecencia contestando a las preguntas que hacía la señora Figueras, portavoz de Izquierda Unida. En primer lugar, solicitaba o preguntaba por la creación de un centro público para la atención integral del toxicómano. Los recursos asistenciales de atención a las drogodependencias en Navarra consisten en nueve centros de salud mental, seis en Pamplona, el último de ellos ha comenzado a funcionar en los últimos meses en el barrio de San Juan; uno en Estella; otro en Tafalla; y otro en Tudela. Como digo, son nueve centros de salud mental, además de tres comunidades terapéuticas de adultos: Proyecto Hombre, Antox e Ibarre; un centro educativo terapéutico para menores; un centro de día, el centro Zuria, que está en el recinto del Hospital de Navarra; y dos unidades de hospitalización psiquiátrica, una en el Hospital de Navarra y otra en el Hospital Virgen del Camino.*

Aquí vemos la evolución de las primeras consultas en los centros de salud mental en referencia a consumo de alcohol, opiáceos y otras causas. En el año 95, hubo un total de 379 primeras consultas y en el año 2003, 278. Por causa del alcohol, 185 primeras consultas en el 95 y 149 en 2003; por opiáceos, 130 en el año 95 y 48 en 2003; y por otras causas, 64 en el año 95 y 81 en 2003. Se ve que hay una disminución de primeras consultas por consumo de opiáceos y, sin embargo, un aumento entre los años 95 y 2003 de consultas por otras causas.

Si nos centramos en los nuevos pacientes que acuden al centro de salud mental, por causas de alcohol en el año 96 fueron 164 y 149 en 2003; por opiáceos, 104 pacientes acudieron a los diversos centros de salud mental y, como vemos, hay una clara disminución respecto al año 2003, con 48 pacientes; y por otras causas 69 en el año 96 y 81 en el año 2003, con lo cual, se observa una disminución de aquellos pacientes que acuden a un centro de salud mental por consumo de opiáceos y un aumento por otras causas.

Esta gráfica es muy interesante porque vemos una proyección entre los años 95 y 2003 por pacientes que acuden a centros de salud mental por alcohol, opiáceos u otras causas, y vemos que en opiáceos hay una inflexión entre los años 99 y 2001, y es por aquellos pacientes que acuden a las farmacias en el programa de metadona.

En cuanto a las comunidades terapéuticas que hemos nombrado antes, vemos que entre los años 97 y 2003 han sido atendidas 227 personas en el año 97 y 245 en 2003. Esto ha generado un número de ingresos que en el año 97 fueron 56 y en el año 2003, 76 con una disminución del número de estancias: 33.248 en el año 97 y 27.680 en 2006.

Con lo cual, vemos que manteniéndose prácticamente las personas que acuden a estas comunidades terapéuticas, hay un mayor número de ingresos y una disminución del número de estancias en el año 2003.

En el centro de día Zuria, ese centro que decimos que está en el recinto del hospital, durante los años 2000, 2001, 2002 y 2003 se mantiene el número de plazas, con veinte plazas, se incrementa el número de ingresos y disminuye el número de estancias en esa proyección anual.

En cuanto a las personas, tengo que decir que hay una hospitalización parcial, 52 personas en el año 2000 y 60 en el año 2003. Aquellas personas que están en prisión, que también se atienden desde el centro Zuria, son 128 en el año 2000 y 118 en el año 2003, y lo que se denominan programas intensivos: 98 en el año 2000 y 83 en el año 2003.

Además, hay otros programas alternativos a las penas privativas de libertad: 24 en suspensión de condena, 39 en libertad condicional, 73 en lo que llamamos medidas de seguridad, 7 en arrestos de fin de semana y 9 en trabajos en beneficio de la comunidad.

Otros programas, los denominados de detección, con 52 personas; acogida y motivación, con 30 personas; intervención con familias de drogodependientes, con 35 personas; y lo que denominados derivación y seguimiento.

Como se ve, tenemos una amplia red de salud mental, donde están integradas todas estas personas. En Navarra en su momento se apostó por la integración de los servicios de atención a las drogodependencias en la red de salud mental y se pretende continuar con esta política, contestando así a la pregunta que hacía la señora Figueras de la creación de un centro público para la atención integral de toxicómanos. Pensamos que la atención debe ser desde la integración en los que, como vemos, son muchos y variados servicios de toda el área de salud mental, de toda esta red de salud mental, y, desde luego, para el futuro pretendemos continuar con esta política de integración.

La segunda de las preguntas es la prescripción de heroína bajo control médico. Aquí tenemos la evolución del consumo de heroína en Navarra en jóvenes de quince a veintinueve años en el año 86 y en 2003. La pregunta es si habían consumido heroína en alguna ocasión. En el año 1986 eran 787 personas y en el año 2003 eran 630, mientras que en el último mes eran 265 y 210 en el año 2003.

En cuanto a las vías de administración, y esto es interesante para ver luego si podríamos poner en marcha un programa de heroína, el 15,8, o sea, casi el 16 por ciento utilizan la vía intravenosa; el 42,1 esnifada y el 21,1 fumada.

Ésta es una gráfica que también es muy interesante porque es la edad media de fallecimientos. Vemos que en el año 87 la edad es de 25,9, o sea, prácticamente 26 años, mientras que en el año 2002 es prácticamente 35 años, con lo cual, la edad de vida va aumentando.

Aquí vemos las personas en tratamiento con metadona. En los centros de salud mental hay 348 personas en tratamiento con metadona, de las cuales 140 son de fuera de Pamplona; en centros de atención primaria, 18; en comunidades terapéuticas, 30 –en estos dos casos son siempre personas de fuera de Pamplona–; en el centro de día Zuria 33, que esto es en Pamplona, en el recinto del Hospital de Navarra; y en oficinas de farmacia 288, de las cuales 153 son fuera de Pamplona.

En este cuadro vemos que se reparte prácticamente en estas personas que están en tratamiento con metadona en diferentes centros las que son de Pamplona y comarca y las que son de fuera de Pamplona, que esto será importante a la hora de proponer un tratamiento con heroína intravenosa.

En cuanto a los programas con heroína, conocen ustedes que hay un programa, un ensayo clínico de heroína intravenosa en Granada, responsables del plan foral han acudido para conocerlo de cerca, cuyos criterios de inclusión son personas mayores de edad, con dependencia intravenosa a opiáceos, al menos de dos años de evolución, con un consumo diario que esté confirmado, dos tratamientos anteriores con metadona que hayan fallado, y en el caso de las mujeres con la prueba de embarazo negativa. Y en cuanto a los criterios de exclusión de ese estudio es que haya causas que impidan el desplazamiento, con lo cual, aquí se ve que es importante que en Navarra prácticamente la mitad de las personas que están en tratamiento con metadona son de fuera de Pamplona, o sea, se reparte prácticamente igual.

Estos programas con heroína tienen como positivo que permiten acercarse a los usuarios. Para la captación se utiliza lo que se denomina técnica entre iguales, que ha sido muy efectiva, o sea, unas personas captan a otras para que participen en este programa. Mejora las condiciones de vida de estas personas, pero tienen una gran dependencia del servicio que les atiende.

Hay que decir también que durante esos últimos años las políticas han ido por motivos de salud pública, proponiendo el abandono de la vía intravenosa. Conocen ustedes muchísimos programas y el gran esfuerzo que se ha hecho desde los diferentes programas de salud pública para que se abandone la vía intravenosa, y si se acuerdan ustedes de lo que les he dicho antes sobre cuáles las vías de administración, es algo que se ha conseguido, porque la utilización de heroína intrave-

nosa no llega al 16 por ciento, con lo cual, por motivos de salud pública durante muchos años se ha estado trabajando en el abandono de la vía intravenosa y, desde luego, yo creo que se ha conseguido.

La vida media del fármaco, la vida media de la heroína requiere que se inyecte dos veces al día, con una estancia mínima en el centro de media hora, con lo cual, estas personas tienen que acudir al centro donde les proporcionen la heroína dos veces al día y como poco tienen que permanecer allí media hora; y no se permite sacar el fármaco fuera del centro ni facilitárselo a través de terceras personas, o sea, tienen que ser puntos concretos donde dos veces al día se inyecte la heroína.

Como conclusión, tengo que decir que el programa de mantenimiento con heroína inyectada exige el uso previo de la vía intravenosa, que en estos momentos en Navarra no es la vía de administración más frecuente, con lo cual, el número de personas que podrían beneficiarse de estos programas en Navarra es muy bajo.

En estos momentos hay un ensayo clínico catalán que abre posibilidades, es un doble ciego, con metadona, morfina y heroína, que en vez de utilizar la vía intravenosa utiliza la vía oral. En este momento se ha iniciado este nuevo ensayo clínico, como digo, en Cataluña, pero no ha comenzado todavía, está en fase preliminar y sería dar a unas personas metadona, a otras morfina y a otras heroína por vía oral. Habrá que esperar a ver cuáles son los resultados si finalmente se pone en marcha este ensayo.

Y luego preguntaba la señora Figueras por las propuestas conjuntas entre la Administración y la familia para el tratamiento en comunidad terapéutica cuando el paciente no quiere acudir por voluntad propia, que también es un problema importante. La drogodependencia es, efectivamente, un trastorno que puede afectar a la competencia, pero, desde luego, hay que evitar catalogar al drogodependiente como un sujeto competente o incompetente. Cuando existen terceros en riesgo debe intentarse ponderar el riesgo de cada parte y tratar de preservar del daño, si es posible, a todas. La incapacitación debe plantearse siempre como una medida de protección en cuadros evolucionados e irreversibles, y el drogodependiente debe tener un protagonismo relevante en la elección de los programas terapéuticos disponibles.

Desde luego, como requisito básico en tratamiento en una comunidad terapéutica debe ser la voluntariedad, la persona tiene que querer ir a una comunidad terapéutica a someterse a un tratamiento, por supuesto, con la confidencialidad y el secreto profesional, y en cuanto a la posible incapacitación legal del sujeto, la ley remite a un quebranto en la economía familiar cuando hay terceros en riesgo o cuando hay riesgo para sí mismo.

En este momento, el Presidente del Tribunal de Justicia de Navarra ha encargado al Presidente de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Navarra un trabajo sobre los ingresos no voluntarios de drogodependientes, o sea, es algo en lo que en este momento se está trabajando en Navarra, cuando una persona no quiere ingresar y, efectivamente, se pueda producir un ingreso no voluntario.

Además, hay una sociedad científica de médicos de adicciones y patologías asociadas, que se llama Amenapa, formada por todos aquellos médicos que han estado trabajando durante estos últimos años en Navarra con estas personas. Se ha constituido un grupo de trabajo sobre bioética, que pretende abordar entre otros temas el de los ingresos no voluntarios y, además, la dirección técnica del plan foral de drogodependencias va a iniciar en el mes de septiembre un grupo de trabajo con profesionales de los centros de atención a los drogodependientes y otras asociaciones sobre cómo los familiares pueden ayudar mejor a las personas drogodependientes, con lo cual, desde el plan foral se constituirán grupos de trabajo en los que habrá una puesta en común y se podrá llegar a conclusiones que ayuden a todas estas personas y a las familias a ayudarse mutuamente entre unos y otros.

Hay un documento que se denomina Convenio de Oviedo, para protección de personas que sufran trastornos mentales, que dice que las personas que sufran trastornos mentales graves sólo podrán ser sometidas sin su consentimiento a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud. Y en el artículo 8, en situaciones de urgencia, dice que cuando debido a una situación de urgencia no pueda obtenerse el consentimiento adecuado podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.

Me someteré a sus preguntas.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señora Consejera. Tiene la palabra la portavoz de Izquierda Unida, señora Figueras.*

SRA. FIGUERAS CASTELLANO: *Gracias, señor Presidente. Yo creo que las tres preguntas no están respondidas de manera satisfactoria, desde luego, para mi grupo ni creo que para el conjunto de los familiares ni de las personas drogodependientes porque todo se fía a demasiado largo tiempo, cuando pudimos observar en la sesión de trabajo y el otro día cuando aparecían en los medios*

de comunicación que con su llamada de atención lo que querían eran soluciones ya, y creo que en este caso no se está pidiendo nada que no sea posible, porque en realidad es un tema que viene de viejo. Como he dicho, los familiares y los propios drogodependientes, en su mayoría cerca de la cincuentena de años, la verdad es que han sufrido durante demasiado tiempo soluciones por lo menos no satisfactorias del todo y, además, creo que sus demandas intentan ir un paso más adelante en la situación que tienen con la intención clara de mejorar y dignificar su vida y, desde luego, a mí no me satisface en absoluto que hoy en Navarra, por el número de personas que iban a ser objeto del servicio de la heroína prescrita bajo control médico, como es poca la gente susceptible de ser tratada por esa vía, pues no se atienda. Me parece que ése no puede ser un motivo para la Administración.

Como pudimos comprobar aquí, está constatado que si no lo hace la Administración lo tienen que hacer diariamente los familiares, tienen que ir a buscar la heroína suficiente o la dosis suficiente para que su familia obtenga una situación de tranquilidad o tenga una situación por lo menos de menos violencia o una situación menos desestructurada, pues al final lo que no hace la Administración de una manera controlada lo hacen los familiares yendo al mercado negro y, desde luego, sometidos a cualquier cosa.

Por lo tanto, esa situación ya se está dando, esa situación la tienen que resolver ahora los familiares, con lo cual, a mí me parece que es dejarlo en manos de lo que es todo el tráfico ilegal, con las condiciones y las situaciones que sabemos que se dan en ese tipo de venta, al albur de un número determinado de personas. Yo no sé cuántas personas son, pero no creo que sean ni todas las que aquí pudimos ver ni tan siquiera todas las que en los datos se nos han reflejado, porque como parte de esos datos, en otras drogadicciones o en otros que no sean alcohol y opiáceos, pues realmente hay un número importante, bueno, al final no sabemos el número exacto, pero eso no quita para que la Administración dé un paso adelante y haga valer en Navarra una experiencia yo creo que importante y con resultados satisfactorios, y no se le dé solución a los familiares que lo están demandando. No sé qué fórmula van a tener que utilizar para ser atendidos, porque a mí me parece que es una situación dramática.

Por otra parte está la hospitalización psiquiátrica. Bueno, pues cuando pedíamos un centro o ellos piden un centro público de atención integral al toxicómano, yo creo que no es íntegro total porque la hospitalización psiquiátrica al final se reduce a Pamplona y comarca. Es en Pamplona donde hay hospitalización, el resto tiene que trasladarse desde diferentes puntos de la Comunidad, cuando en algunas zonas de Navarra podía y hay condiciones para dar este servicio y en este momento tampoco se quiere hacer, con lo cual, unido a la situación de dramatismo, cuando encima tienes que salir corriendo en algunos casos, pues lo tienes que hacer a cien kilómetros de distancia o más. Por lo tanto, no es satisfactoria tampoco la solución y la propuesta que se hace desde el departamento.

Conozco la Declaración de Oviedo, además, me parece que está en sintonía con lo que se pide, y al final habrá que hacer un esfuerzo para que haya propuestas conjuntas entre la Administración y la familia para el tratamiento, aunque no sea voluntario, porque eso es lo realmente problemático, lo otro, afortunadamente, se encauza. Tiene que haber esfuerzos, y yo creo que la Declaración de Oviedo, y si queremos las condiciones de implicación de los medios se deben dar a más... Porque no cabe duda de que cuando las familias piden ayuda en este sentido es porque terceros están en riesgo y porque la propia familia está en riesgo, y creo que eso nos consta a todos los que de una manera directa o indirecta hemos tenido relación con personas drogodependientes. Hemos observado en nuestras familias o en personas cercanas que, efectivamente, si hay una voluntariedad por parte del drogodependiente la cosa se suaviza, tiene soluciones, tiene cauce, pero ¿qué ocurre cuando no la hay, que es en muchísimos casos?, ¿qué ocurre cuando además hay violencia por medio porque no se satisfacen sus demandas ni en droga ni en otros conceptos? Bueno pues que, efectivamente, peligran fundamentalmente terceros y familias.

Creo que se plantean estudios, posible participación, pero a mí me parece que sigue siendo escaso el compromiso de la Administración para algo sobre lo que hay experiencia, hay tiempo de rodaje tanto por parte de las familias como por parte de la Administración, y, sin embargo, no consideramos, desde luego, en mi grupo que sea una cantidad de dinero la que esté en juego para solucionar este problema. No es ése el problema. Yo creo que hace falta una implicación mayor, dar un paso más en este sentido y, desde luego, que la Administración de Navarra se comprometa en aspectos tan concretos como los tres que hemos planteado.

A mí, en este caso, me parece muy bien toda la explicación previa, toda la información, pero, desde luego, con lo que me quedo es con que no se va a hacer la prescripción bajo control de heroína, y no se va a hacer porque creo que hay miedos, porque no entiendo que haya otras razones, o simplemente por no querer comprometerse desde el punto de vista político con algo que puede ser

tachado por no sé quién, por parte de la sociedad o por sectores o por lo que sea, no sé si de avance o de qué, o que puede ser un paso demasiado adelante. A mí me parece que hay una información recibida, recabada de la experiencia andaluza; la otra, pues bienvenida sea, ya se aplicará cuando tengamos los resultados, pero vamos a dar satisfacción a algo puntual que los familiares están planteando, que de no darlo la Administración lo dan ellos por su cuenta y riesgo. Creo que la responsabilidad ahí está clara, la indefensión de las familias es clara y la responsabilidad de la Administración me parece que es mucha en este caso.

Y en el resto de las cosas, pues creo que sigue habiendo necesidad de dar satisfacción y de plantear soluciones en otras zonas de la Comunidad en cuanto a la hospitalización psiquiátrica, porque hay medios y no se ponen en funcionamiento y, desde luego, a mí me aparece importante que se haga un esfuerzo mayor, sabiendo que no es fácil, garantizando todos los derechos, por supuesto, de la persona, del drogodependiente en caso de querer que tenga un tratamiento terapéutico contra su voluntad, pero la verdad es que en principio lo único que me queda claro es que se está trabajando sobre eso y en septiembre se va a crear, entiendo, una comisión que va a hablar de ello, aparte de lo que puedan hacer otros sectores de la sociedad.

Simplemente, y para acabar, no me satisface, desde luego, la postura del Gobierno en este caso cuando considero que es posible, es factible y, además, no se trata de dinero. Aquí sí que se trataría de la eficiencia y la eficacia con pocos medios.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señora Figueras. ¿Portavoces que quieran intervenir? Señor Marcotegui, por parte de UPN.*

SR. MARCOTEGUI ROS: *Muchas gracias, señor Presidente. Bienvenida, señora Consejera y equipo que le apoya y le asesora. La portavoz de Izquierda Unida ha planteado la solicitud de comparecencia, o al menos su exposición, sobre cuatro cuestiones, y a mí me han llamado la atención tres que creo que no podemos pasar por alto.*

La primera es que el plan actual de drogodependencias es viejo, porque trata, según ha dicho ella, de los tiempos en los que don Juan Cruz Alli era Presidente de Gobierno. Hombre, yo creo que el calificativo de viejo no tiene valor alguno para tratar de descalificar un plan, más bien lo que hay que hacer es ver si el plan ha funcionado o no, y si ha funcionado habrá que decir que es un plan correcto y habrá que continuar con él y, en todo caso, si los técnicos han apreciado alguna desviación, corregirlo, y si es malo, entonces habrá que hablar de otra manera, pero no del mero hecho de ser viejo.

En efecto, en los datos que ha planteado rápidamente la señora Consejera, lamento que haya sido tan rápida, quizá merecería haber hecho una exposición más pausada de algunos de los datos allí contenidos, pues yo he sacado una conclusión que no creo que sea equivocada, y es que el plan ha sido un éxito y que está siendo un éxito claramente porque, sin tener calculadora en la mano, sencillamente aplicando rápidamente el cálculo matemático a los datos que han aparecido, yo he deducido que aproximadamente ha habido un 20 por ciento de reducciones en este uso indebido de drogas por parte de la población cada vez menos joven, afortunadamente. Un 20 por ciento menos en la evolución de las consultas, un 20 por ciento menos en el número de pacientes atendidos, salvo en otras causas, que aumenta un 10 por ciento, un 30 por ciento la disminución de pacientes generales, y así sucesivamente. Incluso la esperanza de vida de los afectados ha aumentado muy considerablemente, luego de aquí solamente se puede deducir que el plan de drogodependencias será todo lo viejo que se quiera, pero en el fondo es un plan bueno y en ese sentido está funcionando correctamente. Los que lo aplican y los que lo conocen mejor que nosotros supongo que conocerán cuáles son, si alguno existe, sus fallos y los habrán corregido, estoy plenamente convencido.

La segunda razón por la cual ha planteado esto es la atención económica, pero tampoco en sí misma es ningún valor suficiente como para poder sacar conclusiones, ni tan siquiera comparándola con otro tipo de comunidades o de provincias, primero, porque habría que comparar cosas iguales, o al menos con referencias que se puedan objetivar. Decir que tal comunidad o tal provincia aplica más recursos no quiere decir absolutamente nada, porque es posible que en aquella comunidad o en aquella provincia esa cantidad mayor de recursos sea menor que la que se pueda aplicar aquí o los que se requieren aquí, por lo tanto, tampoco tiene ningún valor. Y enlazo con lo anterior, y en todo caso, si el plan ha dado buenos resultados quiere decir que está suficientemente atendido económicamente.

Por último, el tercer aspecto es el de que los hábitos han cambiado, y, claro, esto es lo que está haciendo el plan, me da la impresión, porque los hábitos de consumo y el modo de consumir están cambiando. También está cambiando el modo de atención a los propios pacientes, y, en ese sentido, si se abandona, que no se abandona, está disminuyendo, según lo que ha manifestado la señora Consejera, la atención por vía intravenosa es sencillamente porque cada vez es menor el porcentaje de usuarios, de consumidores por vía intravenosa y, por tanto, está fallando uno de los requisitos previos para poder efectuar este tratamiento. Eso es así, por tanto, esto tampoco es ningún resultado

negativo, sino que, en todo caso, es un resultado positivo del plan. Pero con eso no se abandona al paciente, sino que se le plantean vías alternativas, que es la vía oral, y precisamente por sus últimas intervenciones de que hay que ser eficaz y eficiente, quizá estos dos conceptos los usamos muy frecuentemente y a veces son muy complejos, lo que hay que hacer es hacerlo bien. La eficiencia es hacer bien, y, claro, para hacer bien no solamente hay que aplicar las cosas inmediatamente, sino que hay que saber aplicarlas con criterio. Y, en ese sentido, la vía oral está abierta, pero supongo que para hacer las cosas bien, no por hacerlas sencillamente, habrá que conocer bien el camino que tenemos que recorrer.

Por tanto, el grupo de UPN concluye, como usted bien ha concluido, que las tres preguntas han sido respondidas, pero han sido respondidas satisfactoriamente. ¡Ah!, hago un paréntesis porque se me olvidaba, y ahora me he acordado de repente, de que hay una garantía, siquiera basada en la experiencia, ya no digamos en los resultados, esa experiencia con avales suficientes de los resultados, de que los pacientes van a ser convenientemente atendidos porque es toda la red sanitaria de Navarra la que por una decisión que se tomó hace tiempo está a disposición de los mismos, no es un apéndice, sino que es toda la red sanitaria la que está implicada.

Cierro paréntesis y retomo. Por lo tanto, han sido respondidas las tres cuestiones de modo satisfactorio, lo que quizá sucede es que no ha sido a satisfacción suya o quizá a satisfacción de algunos de los afectados que, comprendiendo y entendiendo las razones que les pueden mover, sin embargo, pueden tener un desconocimiento de la situación general del problema, y prueba de ello es que cuando usted intervenía se estaba refiriendo exclusivamente a uno de los sectores afectados, aquellos que consumen heroína por vía intravenosa, y en concreto a aquellos en los que al parecer concurren circunstancias como pueden ser la de los desplazamientos, que les impiden ir al hospital para poder recibir los tratamientos en este momento en vigor. ¿Qué le vamos a hacer? Si no son capaces o no pueden ir o reunir las condiciones para someterse a los tratamientos, pues no sé cómo lo vamos a poder solucionar.

En cualquier caso, las respuestas han sido satisfactorias sencillamente porque han sido dadas por quien tiene la responsabilidad, avalada por un buen hacer durante estos últimos diez años de aplicación del plan, y con el pleno conocimiento del plan y de la problemática que nos afecta.

Y en cuanto a la Declaración de Oviedo, creo que es necesario poner de manifiesto la gran importancia de la misma entre otras razones porque es razón del éxito de las actuaciones que se hagan con las personas que tengan dificultades mentales al requerir su plena colaboración para su plena integración en los programas, y no solamente por eso, sino que encima está basado en un principio muy importante, cual es el del respeto a la propia persona humana por su condición de sujeto digno. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señor Marcotegui. Señora Torres, por parte del Partido Socialista, tiene la palabra.*

SRA. TORRES MIRANDA: *Gracias, Presidente. Agradezco la información y doy los buenos días a la Consejera y al equipo que le acompaña. Con toda la habilidad, como siempre, la Consejera parece que comparece para explicar lo que no se le pregunta, y yo sí quería centrarme en el motivo de esta comparecencia, que era una situación real que existe en Navarra, que es, vamos a situarnos, que hay pacientes drogodependientes que en estos momentos están en situación de exclusión. No nos referimos a personas normales que llevan una vida integrada y que han sido drogodependientes o que están en un tratamiento que está siendo eficaz, porque, evidentemente, el plan de atención a la drogodependencia ha tenido sus resultados positivos, aunque pueden ser necesarias ciertas modificaciones porque no es lo mismo el consumo actual, el tipo de productos y las vías de consumo que los de hace diez o quince o veinte años.*

Pero no me quiero centrar ahí, yo me quiero centrar en una situación real que hoy existe en Navarra, y aquí nos planteamos qué hacer, cómo actuar y qué soluciones dar, porque es cierto que hay una situación desgarradora en algunas familias, y tenemos dos opciones: cerrar los ojos a la realidad y hablar de lo divino y de lo humano o plantar cara y buscar solución a los problemas que hoy tenemos en Navarra. Y hoy existen familias que están atravesando momentos difíciles, a ninguno nos gustaría estar en su pellejo, y que quieren una solución porque están desestructuradas, porque tienen hijos en situación de drogodependencia por vía endovenosa, que serán pocos, pero existen y están en una situación de exclusión, tienen dificultad para acceder a las comunidades terapéuticas, porque las habrá en Navarra, pero hay problemas de listas de espera para poder entrar; tienen dificultad en los centros de atención a la salud mental porque están colapsados; porque usted, señor Marcotegui, ha llegado a decir que se ha reducido el número de los que consumen, yo no me atrevo a decir esas cifras, porque una cosa es que se hayan reducido ciertas consultas, primeras consultas además, en centros de salud mental, y otra cosa es, como dicen los profesionales, que están colapsados y que no llegan a dar respuesta a muchas situaciones.

Pero, bueno, hay dificultad para un seguimiento continuo y eficaz en los centros de salud mental; dificultad para acceder a las comunidades terapéuticas, bien por las listas de espera o bien por la negativa de muchos de estos pacientes o personas para poder entrar; y dificultad en momentos de crisis para poder entrar en un centro adecuado. ¿Por qué?, porque es bien cierto que en un momento de crisis aunque sea con su negativa, por lo que ha expuesto la Consejera, se les puede atender de urgencia, pero una vez estabilizado el paciente decide, y si el paciente decide que no se queda en el hospital o que no entra en una comunidad terapéutica, ¿adónde va?, a la calle, y vuelta a empezar. Ésa es la situación que están viviendo algunas familias, con tremendos problemas de endeudamiento, con problemas de imposibilidad de integrarse en la sociedad, sin trabajo, sin recursos económicos. Están desestructurados, están en exclusión, y a ésos es a los que hay que darles una solución.

Evidentemente, hay comunidades, como Andalucía, que vio el problema y quiso darle una solución, y están realizando esos estudios con muy buenos resultados, como ha dicho la Consejera. Han mejorado las condiciones de vida de las personas. ¿Es eso lo que buscamos o no? Yo creo que hay que encaminarse precisamente a mejorar la vida de las personas, y eso es lo que debemos primar y en eso es en lo que debemos influir. Tenemos que realizar todo tipo de esfuerzos, no sé si participando en esos programas, por la dificultad que puedan tener, pero, en cualquier caso, hay que buscar soluciones a estos pacientes si queremos mejorar su calidad de vida. Ahora, si queremos olvidarnos y decir que como son pocos nos centramos más en el otro porcentaje de personas en Navarra, pues bien, es una vía por la que pueden optar pero, desde luego, no es la que acepta mi grupo.

Yo creo que se ha atendido bien, se ha avanzado mucho. El programa de metadona ha dado resultados positivos, pero es cierto que ha habido personas para las que ese tratamiento no ha sido eficaz y que hoy están en exclusión, están en las calles, están consumiendo, como decía la portavoz de Izquierda Unida, en el mercado negro, con todos los riesgos que ello conlleva, están desestructurando familias, están cometiendo delitos y están poniendo en riesgo no sólo su vida, sino la vida de los de su alrededor.

Por lo tanto, es ésa la situación real que tenemos en Navarra, que serán pocas, pero existen, y a la que hay que poner soluciones. Las familias han pedido un centro público de atención integral a los toxicómanos, que podrá no estar bien orientado, pero tendremos que dar algo a cambio; si no es eso, algo alternativo, porque, claro, en Navarra sólo tenemos veinte plazas en centros de día y están en Pamplona. Sólo veinte plazas públicas de día; sí, el centro de día Zuria, no tenemos otro recurso ¿Y es adecuado ese recurso?, sí, pero ¿serán necesarios más?, también. ¿Qué hacemos con estos pacientes? Eso es lo que le pedimos. No se hará un centro de atención integral a los toxicómanos, pero si no podemos participar en ese programa de ensayo clínico en Andalucía habrá que hacer algo alternativo. ¿Qué les podemos dar a cambio a estas personas que existen en Navarra y que como ciudadanos tienen todo el derecho a ser atendidos? ¿Y qué hacemos con esas familias que por esa situación de atender a sus hijos, a sus padres o a sus hermanos hoy están en una situación muy difícil, en situaciones desgarradoras y, desde luego, requieren una actuación? Sé que no es fácil, sé que la respuesta no puede ser de hoy para mañana, pero tiene que haber una voluntad de intentar hacer algo con este tipo de personas, con este tipo de drogodependientes y de sus familias, porque, si no, volveremos dentro de otros días a plantear la misma situación, y sin respuesta. Y, por cierto, muchos se quedaron en el camino. Yo creo que en el siglo XXI y con la sanidad y con los recursos que tenemos en Navarra podemos estar dispuestos a plantear una solución a este tipo de familias. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señora Torres. Por parte del grupo Aralar, señora Egaña, tiene la palabra.*

SRA. EGAÑA DESCARGA: *Muchas gracias, señor Presidente. La verdad es que a mí me da dolor cuando se hace demagogia con las cifras, y en este momento creo que se ha hecho demagogia con el tema de que han bajado los porcentajes de gente que se mete heroína por la vena; pues claro que han bajado, porque los hábitos de consumo han variado a lo largo de los años, y aquí estamos hablando ahora de un colectivo muy determinado, de un colectivo que empezó a inyectarse hace más de veinte años, precisamente creo que son más o menos de mi generación, y, desde luego, hacer demagogia con que ya sólo hay el 16 por ciento..., precisamente porque muchos se han quedado en el camino, me parece muy doloroso y viniendo de donde viene, señor Marcotegui, lo siento.*

Aquí estamos hablando de un colectivo muy determinado que ha fracasado con varios tratamientos anteriores de metadona, y no estamos inventando nada, porque no sólo es en Andalucía donde se han puesto en marcha este tipo de tratamientos, también en Cataluña, pero también en Europa. Tenemos el ejemplo de Suiza, donde van mucho más allá, y también han descubierto, y tienen buenos resultados para la gente que esnifa la heroína, que en vez de inyectarles heroína por la vena, les dan por vía oral las pastillicas, no esta-

mos inventando nada, y en todos esos estudios que se han hecho se ha comprobado que hay una mejora física, una mejora social y psicológica de ese tipo de pacientes, y, sobre todo, que la vida familiar se ha tranquilizado, que la vida de esas familias ha mejorado increíblemente, ¿por qué?, porque los padres, las madres, los hermanos, las hermanas, los hijos y las hijas no tienen que estar con ese miedo de que tiene que ir a por la papelina y le va a entrar el mono y tiene..., bueno, pues ya está toda la familia pensando que a ver qué me va a hacer hoy esta persona. Todo eso ya está estudiado y hay resultados, lo que pasa es que aquí estamos en lo de siempre. Yo creo que es una hipocresía social, o sea, que porque son pocos...

También ha dicho la Consejera que eso crea una gran dependencia del servicio que les atiende. Hombre, pero es que ahora tienen una gran dependencia del mercado negro, una gran dependencia del trapichero, del traficante. ¿Eso no es importante? Yo prefiero que tengan dependencia del servicio médico que les atiende y no dependencia de tener que estar en la calle de mala manera buscándose la dosis, y si no van ellos que vaya la madre, como nos han relatado en las sesiones de trabajo, que a veces las madres que tienen que ir a por la dosis para que el otro no les destroce la casa, por ejemplo. Gran dependencia del servicio, ojalá pudiéramos darle a esa gente, a ese colectivo, que es un colectivo muy concreto y que precisamente tiene razón la señora Figueras, no es cuestión de dinero porque es un colectivo muy pequeño y muy concreto, pero también son ciudadanos y ciudadanas de Navarra, y son enfermos crónicos, y yo creo que es fundamental que tengamos...

Hay una señora, que fue Directora de Sanidad y promotora de la prescripción de heroína en Ginebra, que se llama Annie Mino, que es psiquiatra, y que dice cómo le cambió la mentalidad: la clave fue que descubrí que la heroína no sólo tenía el sentido negativo que la sociedad siempre le había dado, sino que también se usaba como medicamento. Y a partir de esa reflexión esta señora empezó a investigar y empezaron entonces a hacerse todos los programas experimentales a nivel europeo. Con esto quiero decir que aquí al final se trata de rollo no sé si político, moral, ético o qué. Pero vamos a dejarnos de todo eso, vamos a ser mínimamente objetivos, vamos a intentar solucionar la problemática de este colectivo tan reducido y por lo menos vamos a mejorarles la calidad de vida y que su esperanza de vida sea mejor, sea mayor, pero con calidad, porque, desde luego, los pocos que quedan... sí, la edad sube, claro, porque ya tienen cerca de cincuenta años, pero, desde luego, están viviendo con una calidad de vida, y creo que en el siglo XXI no es justo que esa gente esté como está.

Y también me hace gracia porque, claro, cuando entrevistan al coordinador general del PEPSA andaluz, a José Manuel Rodríguez, al final dice: "la tardanza en la puesta en marcha del PEPSA se debió a los desacuerdos políticos de los años anteriores con el Gobierno central". Y a mí me fastidia que por desacuerdos políticos, por diferentes interpretaciones políticas se esté jugando al final con un colectivo de ciudadanas y ciudadanos. Nada más.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señora Egaña. Por parte de Eusko Alkartasuna, señor Ramirez, tiene la palabra.*

SR. RAMIREZ ERRO: *Gracias, señor Presidente. Egun on. Buenos días a todos. Doy las gracias a la señora Consejera y al equipo que le acompaña por la información que nos han transmitido, y quiero hacer una serie de consideraciones. En primer lugar, en el debate que se ha producido después de su intervención se ha puesto de alguna forma encima de la mesa la valía de ciertos argumentos y la invalidez, digámoslo así, de otros. A mí, en principio, sobre el plan, me preocupa que ya sea viejo, y me preocupa porque las sociedades avanzan, los hábitos de consumo también y las nuevas drogas que van introduciéndose también, y no están previstas, sin ningún lugar a dudas, en el plan de drogodependencias antiguo o, digámoslo de otra forma, viejo, porque estamos hablando de quetaminas, del uso abusivo de drogas de diseño, de la innovación que van teniendo estos diseños y las nuevas repercusiones problemáticas que van surgiendo. Por lo tanto, a priori, sí que es un argumento en contra del plan el que sea antiguo, otra cosa es que, efectivamente, pueda ser reformado y no haya que cambiarlo totalmente, pero como argumento a este grupo parlamentario sí le parece preocupante.*

En cualquier caso, y siguiendo con los argumentos, señora Consejera, hay una cuestión que no he entendido. Al fin y al cabo, creo haberle entendido que usted ha concluido que la prescripción de heroína bajo control médico no se debe hacer ni se debe practicar en Navarra porque afecta a muy pocas personas, es decir, sólo podría dirigirse a muy pocas personas y, por lo tanto, no tendría gran sentido. Y para justificar esta argumentación, si le he entendido bien, usted ha dado dos argumentos: primero, que en Granada se habían creado una serie de condiciones para aquellos sujetos que pudieran acceder a este tipo de programa, una era que no tuviesen que desplazarse, otra era que se había priorizado la vía intravenosa. Pero eso no es lo sustancial a la prescripción de heroína bajo control, es decir, lo sustancial es otra cuestión, es decir, supongo que allá, adaptando el programa de los drogodependientes de opiáceos o de heroína a la realidad que

existe en Granada, efectivamente, habrán considerado que esos son los parámetros lógicos para adaptarlo a ese territorio, pero indudablemente si aquí tenemos constancia de que hay una diversificación se podría trabajar desde el departamento creando o descentralizando el servicio de prescripción de heroína bajo control, de tal forma que si un problema, dentro de su argumentación para implementar este sistema, es que afectaría a pocas personas porque muchas de ellas tendrían que desplazarse y, por lo tanto, quedarían fuera, pues bueno, lo podemos solucionar, descentralicémoslo, y hagamos un estudio sobre en qué sitios podríamos poner puntos en los que se prescriba o se implemente esta práctica que yo creo que aquí nadie ha cuestionado que es positiva y que está dando buenos frutos, tanto a las familias como a los propios drogodependientes.

Y en cuanto a la vía intravenosa, pues creo que tres cuartas partes de lo mismo, no es lo sustancial, lo fundamental del debate es que si, efectivamente, cada vez hay menos drogodependientes que utilizan la vía intravenosa, es decir, la prescripción de heroína bajo control médico, ese programa no necesariamente tiene que ajustarse a la vía intravenosa. Yo creo que las bondades que pueda tener y lo bueno que pueda crear se puede aplicar a los diferentes usos que, sin duda, en Navarra puede hacer que el número de los destinatarios de este tipo de práctica sea más numeroso y, por lo tanto, la Administración pueda considerar que el gasto que origine repercute directamente de una forma óptima en el bienestar de la ciudadanía general.

Nosotros consideramos que esto se debe estudiar, se debe analizar e intentar aplicarlo a la realidad de Navarra porque al parecer todos coincidimos, insisto, en que este sistema está dando muy buenos frutos, lo que pasa es que estas cosas cuestan dinero y es sabido que el Gobierno de Navarra presupuestariamente tiene problemas. Y otra cuestión muy importante es que la implementación de este sistema, y todas sus señorías son conscientes, abre el debate de la legalización de las drogas, de un uso legalizado de las drogas, de evitar que el drogodependiente tenga que ir al mercado negro y tenga que adquirir una droga que no sabe en qué condiciones está, porque también están los problemas derivados de sobredosis, los problemas de que, efectivamente, esa droga que va a adquirir en el mercado negro no tiene ninguna garantía, cuestión que sí tendría si se hiciera desde la Administración, si se hiciera con una prescripción. Esos argumentos que sustentan la puesta en práctica de la prescripción de heroína bajo control médico pueden abrir la puerta también a la prescripción de otro tipo de drogas bajo control médico, y eso es un debate sobre la legalización que, sin duda, desde ciertas ideologías se quiere evitar a toda costa.

En cualquier caso, nosotros, desde la responsabilidad con los ciudadanos y las ciudadanas y siendo conscientes y estando de acuerdo con las valoraciones generales y la información sobre las bondades y lo bueno que puede traer esta práctica, consideramos que debería estudiarse y tenerse en cuenta por el Departamento de Salud, y adaptarla a la realidad de los toxicómanos de Navarra e intentar paliar o mejorar la situación de muchas familias que están sufriendo la drogodependencia de, en principio, un ser querido, y también la necesidad de que el drogodependiente, dado que es considerado un enfermo crónico, pueda ser tratado de una forma legal, de una forma controlada y que su dependencia sea una dependencia de algo que la Administración controle y no una dependencia de camellos, de trapicheros y del mercado negro, en manos de personas que, sin duda, nada conocen de sustancias y del tratamiento adecuado de las dependencias. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señor Ramirez. Para contestar a las cuestiones planteadas por los portavoces, tiene la palabra la señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Kutz Peironcelly): *Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, le digo a la señora Torres que la señora Figueras ha hecho tres preguntas concretas y tres preguntas concretas he contestado yo: una, dos y tres. Nosotros, desde luego, hemos estado estudiando la dispensación de heroína, tanto es así que el coordinador del plan foral se ha trasladado a Granada a ver todo el programa, y no estamos diciendo que sea porque afecte a muchas o pocas personas, sino que estamos diciendo que durante años desde ha estado diciendo Salud Pública: no compartir jeringuillas, no utilizar la vía intravenosa, y esta actuación utiliza la vía intravenosa. Tampoco estamos diciendo que es porque hay una dependencia de las personas que tengan que acudir a estos tratamientos con heroína, sino que estamos diciendo algo real, que tienen que ir dos veces al día durante media hora. ¿Y qué pasa?, pues que hemos visto que hay mucha gente que deja de ir.*

También estamos diciendo que hay problemas de accesibilidad, en el sentido de decir que si se pone un centro aquí hay muchas personas que no viven en Pamplona, pero en ningún momento estamos diciendo que no porque no, sino con argumentos bien razonados. Nos hemos trasladado a Granada para estudiar y vemos que otras comunidades están en las mismas, porque, si no, en Cataluña no iniciarían un programa que utiliza la vía oral, un programa que es un ensayo, que es un doble ciego, que va a utilizar tres sustancias

diferentes: heroína, metadona y morfina, si resulta que ha dado muy buenos resultados, cogerían el modelo de Granada y harían mismo. Estoy totalmente de acuerdo con lo que dice el portavoz de Eusko Alkartasuna de que hay que estudiarlo, o sea, lo que tenemos que hacer con nuestra realidad, con la realidad que tenemos en la Comunidad Foral, es coger la mejor experiencia. En ningún momento estamos diciendo que no, pero también en otras comunidades están estudiando otras cosas, o sea, están viendo que hay un programa con heroína que en algunos sitios ha podido dar resultados, pero que no es extrapolable a todas las realidades. Tenemos en Navarra un programa con metadona, se veía en la gráfica. Con lo cual, estamos dando hechos concretos.

En cuanto a la segunda pregunta que hacía la señora Figueras, por supuesto que un ingreso que no es voluntario genera muchos problemas, pero, desde luego, yo aquí tengo que decir que es la persona la que decide, la persona y sólo la persona. Conocemos que en estos momentos puede haber algunas personas que, efectivamente, quieran hacer ingresos que no sean voluntarios, pero, desde luego, como he dicho antes, que el Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Navarra haya encargado un trabajo al Magistrado de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Navarra para que estudie esos ingresos no voluntarios, que una asociación de médicos que trabaja con drogodependientes se esté reuniendo y esté analizando esto, y que desde el plan foral se va a trabajar con las familias para que todos juntos manejemos esta situación pues, evidentemente, es porque reconocemos que hay un problema, porque de alguna manera hay que ingresar a una persona no voluntariamente, pero ahí tenemos la Ley de autonomía del paciente del año 2002. O sea, es tu problema, tú decides y sólo tú, y nos encontramos en muchas ocasiones con gente que pregunta: ¿cuál es el diagnóstico de mi hijo?, ¿qué le pasa?, y no se lo podemos decir. Por eso yo hablaba del secreto profesional y de la confidencialidad. Con lo cual, que en Navarra en este momento los juristas, los médicos y los de plan foral estemos uniendo esfuerzos es que reconocemos que hay un problema, reconocemos que, efectivamente, hay momentos en los que es difícil, porque tú no puedes hacer nada contra la voluntad de una persona si esa persona no quiere ingresar, y tiene que haber los medios para que en determinadas circunstancias que ya se han nombrado se pueda llevar a cabo, pero, de todas maneras, nosotros tenemos una legislación, que además es muy nueva, y yo en muchas ocasiones he dicho que en sanidad todo lo que es consentimiento informado, autonomía del paciente, es algo que en los últimos años ha tenido un desarrollo enorme y en eso tenemos que trabajar.

No me gustaría terminar sin decir que en Navarra hay un plan foral que, efectivamente, es del año 93, pero que, desde luego, yo lo calificaría de versátil. No es un plan rígido, se ha ido adaptando a los nuevos problemas, se ha ido acomodando y, desde luego, creo que da muy buenos resultados. En estas ocasiones, estando aquí el responsable, cuando nos llaman de otras comunidades, cuando vienen a Navarra a ver nuestro plan foral, cuando estamos colaborando con Madrid, y a los primeros que llama el ministerio es a nosotros para ver cómo está el plan foral, porque ahora ha pasado al Ministerio de Sanidad de las drogas, decir que es un plan malo porque es del año 93 no me parece justo. Con lo cual, yo quiero decir aquí que es un plan que se hizo en su momento, que se ha ido adaptando a los tiempos, que, desde luego, ha conseguido muy buenos resultados y que así se hará en un futuro.

Y en cuanto a la tercera pregunta, que también era una pregunta muy concreta, que hablaba de la creación de un centro público para la atención integral al toxicómano, nosotros decimos que no, que con la red que tenemos pensamos que esas personas, como otras personas, tienen que beneficiarse de los recursos, que son enormes, que tiene en este momento la Comunidad Foral.

La verdad es que tengo aquí la comparecencia y las tres preguntas son muy concretas, porque otras veces las comparencias no son tan concretas, pero en este caso sí, y yo creo que las he contestado ampliamente. Como siempre, habrá gente que opine de manera diferente a mí, pero creo que he sido muy concreta en mi respuesta. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señora Consejera. Señora Figueras, parece que quiere intervenir otra vez, tiene la palabra.*

SRA. FIGUERAS CASTELLANO: *Sí, quiero intervenir porque hay cosas que se han quedado en el tintero, y lo cierto es que nadie nos vamos a convencer, por lo que se ve, pero hay que dejar dos cosas claras. Señor Marcotegui, el hecho de que sea viejo no es ningún desdoro, es viejo y los tiempos cambian, entonces, adaptarlo es conveniente y necesario. A mí me parece que eso es fundamental, y, efectivamente, lo que creo es que la comparecencia de la señora Consejera ha sido muy clara y no me ha satisfecho ni en la primera ni en la última, y en la del medio se están creando equipos multidisciplinares de trabajo que veremos qué resultados dan.*

En todo caso, que lo valoren o que lo evalúen con mejor conocimiento de causa y mejor criterio los propios familiares y toxicómanos, porque es un asunto que a mí en parte me importa y me interesa como mejora, pero no cabe duda de que ellos serán

los que valorarán si están en disposición de esperar más tiempo, si parece que eso es más tiempo.

Pero se han dicho cosas que a mí francamente me indignan. Si no se pueden recibir los tratamientos, ¿qué le vamos a hacer? Y si una persona está en la cama y está agonizando, ¿qué le vamos a hacer? –es que hay cosas que son increíbles– pues la dejamos morirse. No, se morirá porque le habrá llegado el momento de morirse, pero, desde luego, lo que está claro, señor Tabar, es que ¿qué les vamos a hacer?

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Por favor, señorías.*

SRA. FIGUERAS CASTELLANO: *... les hacemos, claro que les hacemos, les hacemos todo lo que podemos, y en este caso no se hace lo que se puede, porque si hablar de eficiencia es hacerlo bien, en este caso, señor Marcotegui, no se está haciendo bien y no se está siendo eficaz en el trabajo porque, efectivamente, claro que cuentan los recursos económicos, cómo no van a contar. Si en la zona de la Ribera, por ejemplo, no hay capacidad para dar respuesta a la necesidad de hospitalización psiquiátrica y hay medios, pero no se da la respuesta adecuada, se supone que no se quiere gastar dinero en esa zona, como me imagino que en otras, porque todo, como ha dicho la señora Consejera, está centralizado: la hospitalización psiquiátrica en la zona de Pamplona y comarca, y, desde luego, no se desarrolla en otras porque considera que es satisfactoria ya la red de salud mental. Pues es satisfactoria en lo que es, en el caso concreto que estamos planteando no lo es.*

A mí me parece que hay cosas que se deben tratar por lo menos con sensibilidad y respeto, y creo que en este caso, como el número de personas afectadas es determinado y pequeño, como han dicho otros portavoces, pues no se les dedican esfuerzos. ¿Qué se va a hacer? Pues entonces habrá que decirles a los padres y madres de los drogodependientes: oiga usted, ¿qué se va a hacer si ustedes son un reducto de cuarenta o cincuenta personas?, ya llegará el día en que se muera. Yo creo que así de duro y de cruel hay que decírselo. Me gustaría, desde luego, que los responsables directos del plan de drogodependencia dijeran si es tan dramático o no, porque, claro, las cifras lo soportan todo; pero ¿qué le vamos a hacer?, que se mueran.

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señora Figueras. Tiene la palabra la señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Kutz Peironcelly): *Quiero concretar exclusivamente una cosa, que no es cuestión del número de personas, o sea, en sanidad el mucho o poco no existe, eso es en otros ámbitos, pero en sanidad no, es cuestión del modelo, no es cuestión de mucho o poco. A mí muchas veces me hablan del gasto farmacéutico y digo: en sanidad no es caro o barato, es indicado o no indicado. No es cuestión de que sean muchas o pocas, es cuestión del modelo. Entonces, ahora, por ejemplo, estamos en un momento en el que se están estudiando otros ensayos, otras cosas, pues, bueno, ya veremos cuál es el mejor para la Comunidad. No es cuestión de caro o barato, porque cuando tú ingresas a una persona contra su voluntad y están los juristas navarros, los médicos navarros, el plan foral intentando buscar la mejor solución porque la Ley de autonomía del paciente es del año 2002, pues no es cuestión ni de mucho ni de poco ni de caro ni de barato, sino de buscar la mejor atención para cada persona, lo que sea mejor para cada persona. Gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Garijo Pérez): *Muchas gracias, señora Consejera. Pues no habiendo más intervenciones, agradeciendo la presencia del equipo de la Consejera, Javier Sada, Director General; Nieves Ciprés, Jefa de Gabinete; y Fermín Castiella, Coordinador del plan foral de drogodependencias; y de la Consejera, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESIÓN A LAS 11 HORAS Y 15 MINUTOS.)