DIARIO DE SESIONES

DE LA ASAMBLEA REGIONAL DE CANTABRIA

Año V I LEGISLATURA 14 abril 1986 — Número 2 B Página 17

SUMARIO

PRESIDENTE :

ILMO. SR. DON JOSÉ RAMÓN MONTES GONZÁLEZ

SESION DE LA COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO,

CELEBRADA EL DIA 10 DE ABRIL DE 1986.

Dep. Legal SA-8-1983

SESION DE LA COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO, CELEBRADA EL DIA 10 DE ABRIL DE 1986.

******

ORDEN DEL DIA

Comparecencia del Consejero de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social ante la Comisión, a fin de presentar a la misma el Plan Regional de Drogas y el Plan de Salud Mental para Cantabria.

******

(Se inicia la sesión a las diecisiete horas diez minutos).

******

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Vamos a dar comienzo a esta convocatoria de la Comisión de Política Social y de Empleo, que ha sido solicitada por el Consejero de Trabajo, Sanidad y Bienestar Social, a petición propia, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 167 del Reglamento de la Asamblea, a fin de presentar ante esta Comisión el Plan Regional de Droga y el Plan de Salud Mental para Cantabria, los cuales, creo, obran en poder de sus Señorías.

De acuerdo con el artículo 167 del Reglamento, vamos a dar comienzo a esta comparecencia del Consejero de Trabajo, Sanidad y Bienestar Social, D. Félix

Hinojal, que está acompañado en esta Comisión por D. Baltasar Rodero, Jefe del Servicio de Salud Mental, de D. Jesús Camino Lamelas, coordinador del Plan Regional de Droga, que ha sido recientemente nombrado y al que damos la bienvenida al seno de esta Comisión, y también por el Director Regional de Bienestar Social, D. José María Remiro Alegre.

Sin más preámbulos, vamos a dar comienzo a esta comparecencia del Consejero de Trabajo, Sanidad y Bienestar Social, para que marque las líneas de actuación de su Consejería en estos dos Planes Regionales que se presentan esta tarde en esta Comisión.

Quisiera llamar la atención de sus Señorías para que, si los Grupos Parlamentarios están de acuerdo, el funcionamiento de esta Comisión sea de la siguiente manera: primero, habrá una intervención por parte del señor Consejero, quien explicará las líneas generales de estos dos Planes; después, si los Grupos Parlamentarios lo tienen a bien, podrá haber un receso de unos minutos para que los Grupos Parlamentarios consideren las preguntas que deben realizar al Consejero y a los miembros de su Consejería y después habrá, por supuesto, una contestación de los responsables de estas áreas.

¿Lo tienen a bien sus Señorías que hagamos así la comparecencia?. (Los Grupos Parlamentarios están de acuerdo).

El señor Consejero, D. Félix Hinojal, tiene la palabra.

EL SR. HINOJAL GARCIA: Yo había previsto hacer una introducción a cada uno de los dos programas y después dejar que cada uno de los responsables de los programas haga una explicación más amplia.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): De acuerdo.

Tiene la palabra el Consejero de Trabajo, Sanidad y Bienestar Social, D. Félix Hinojal García.

EL SR. HINOJAL GARCIA: Se trata de presentar hoy unos trabajos realizados en la Consejería de Trabajo, Sanidad y Bienestar Social, referido un programa a la asistencia psiquiátrica en Cantabria y otro programa que se incluye dentro del Plan Nacional de Drogas y que hemos denominado, de acuerdo con las

normas que ya se habían establecido en las reuniones interautonómicas y Ministerio de Sanidad y Justicia, que se denomina Plan de Acción Regional sobre Toxicomanías.

En orden al Plan de Salud Mental, las bases de una necesaria reforma de los cuidados de salud mental son las que vamos a empezar por presentar.

Hoy estamos en condiciones de afirmar que venimos asistiendo, a lo largo de los últimos cincuenta años, a un cambio sintomatológico y operativo del concepto de enfermedad mental y, en consecuencia, de su tratamiento. Aquella peligrosidad con la que se entendía, recogida, por otra parte, en el Código Civil, en materia de tutela, y en el Penal hasta la reforma de los mismos en el año 1983, en base a un enfoque exclusivamente sintomatológico de la misma y a la que se respondía desde la marginalidad y exclusión, que ha supuesto y supone la hospitalización, hoy supone una concepción más comprensiva y social al considerar al ciudadano mental como resultado de la conciencia de estímulos ambientales sobre la persona, con una determinada cultura recibida por tradición.

Es por ello que el hospital psiquiátrico, además de no haber podido ni sabido responder terapéuticamente a la enfermedad mental, al haber sumado la misma los factores de marginalidad, exclusión, incomunicación, etc., que conlleva todo aislamiento, haya supuesto la mayor parte de las supresiones una fuente grosera de deterioro para el individuo enfermo.

Un estudio llevado a cabo recientemente, en el año 1985, por el Instituto de Salud Mental de Andalucía, sobre una muestra de enfermos hospitalizados en la red psiquiátrica de dicha autonomía, ha llegado a demostrar que el 40% de las personas hospitalizadas lo estaban indebidamente, o, de otra forma, existía una contraindicación al no necesitar de tales cuidados. Y, por otra parte, el 15% de las personas hospitalizadas no padecían de ningún tipo de sufrimiento mental o patología psiquiátrica.

En este sentido, se acaba de publicar una encuesta realizada en Francia a lo largo del año 1984, en la que también se demuestra la presencia de situaciones sanitarias sociales como causa exclusiva de internamiento psiquiátrico, en un porcentaje que se sitúa alrededor del 40% de las personas hospitalizadas, de tal forma que estos individuos podrían y deberían de haber sido atendidos en residencias no mentalizadas ni psiquiatrizadas.

En el momento actual, las solicitudes de ayuda o peticiones de asistencia de anormalidad psiquiátrica, que hoy se sitúa en el 25% de la población general, se vinculan en su totalidad a través del médico generalista o de medicina general o de familia. Es éste el que va a servir de puerta de entrada del enfermo psiquiátrico en la red asistencial, tanto sanitaria general como psiquiátrico en particular.

No obstante, queremos llamar la atención a propósito de dos circunstancias: que las identificaciones de casos se sitúa entre el 9,8%, según el doctor..... en Formentera, y el 15% en Washington; que el 59% de la población enferma mental, población que sufre de alguna enfermedad psiquiátrica por distintas irregularidades, no va al médico.

Si unimos a estos hechos los ya comentados del deterioro que comporta las hospitalizaciones, además de la contraindicación científica de los mismos, así como el concepto hetiopatogénico de la enfermedad mental, representa en su conjunto factores más que suficientes para justificar el que distintos organismos, como el Consejo de Europa y la Organización Mundial de la Salud, entre otros, hayan venido últimamente elaborando, a través de distintos informes y monografías, cuerpos de doctrina en los que se preconizan unos cuidados de salud mental comunitarios, por una parte, desde donde se pueda conocer y valorar al individuo en su entorno (familia, trabajo, cultura, grupos sociales, etc.) y responder, en consecuencia, de una forma equilibrada a sus padecimientos.

Que estos cuidados sean impartidos por equipos interdisciplinarios, en la medida que son plurales, a la vez que numerosos, los factores que inciden en el seguimiento de la enfermedad.

Que tengan, por otra parte, el carácter de servicios permanentes, para poder responder en cada momento a cualquier demanda de auxilio allí donde se produzca.

Que se observe, por otra parte, una relación contínua entre el equipo sanitario asistencial y el usuario del mismo, porque, como dice Murray, "solo puedo conocer a otra persona, como persona, iniciando una relación personal con ella". No se trataría aquí de hacer citas, pero, en fín, lo hacemos en

razón de que nos parece interesante. Sin estas relaciones es obvio que no puede haber conocimiento, y sin éste es baldío cualquier intento de sanear.

Estos equipos de cuidados de salud mental, con las peculiaridades antes apuntadas, deberán vertebrarse con los correspondientes de la red sanitaria general, entre otras cosas porque se ha demostrado la existencia de la simultaneidad en un 25% de la población general.

En un estudio llevado a cabo sobre personas que solicitaron cuidados al médico de medicina general, se demuestra que el 32% de las personas que consultan padecen síntomas exclusivamente físicos; el 3% padecen síntomas exclusivamente psiquiátricos y el 42% presenta una patología mixta, física y psiquiátrica.

Estos criterios que se mencionan nos llevan a la equiparación del enfermo mental al resto de las formas de enfermar y, en consecuencia, a su total integración en la red general sanitaria de protección social, como alternativa al hospitalocentrismo, o a la política hospitalaria operante durante tantos siglos, ha venido y sigue siendo la doctrina de general aplicación en distintos países desarrollados y en vías de desarrollo. En Bélgica, en Hungría, en Alemania, crean, desde la década de los 20, centros de higiene mental; en el Reino Unido, en los años treinta, y en Rusia en el año 33 abre el primer hospital de guía.

En España se crea la Liga Española de Higiene Mental en el año 26, y en 1955 el PANAP, como el organismo encargado de desarrollar cuidados alternativos comunitarios de salud mental, a la vez que planificarlos y gestionarlos, con la perspectiva de una equiparación entre los centros medios en la red sanitaria general, hechos que tendrían posterior desarrollo en los Planes de Desarrollo Sanitario de 1974 y en los Libros Blanco y Rojo de la Seguridad Social de los años 1977 y 1979.

En el año 1983 se crea, por Decreto, la Secretaría para la Reforma Psiquiátrica, que, además de elaborar un documento donde se marcan aquellos patrones o líneas de conducta para la reforma psiquiátrica, publicados en abril de 1985, establece un concierto con la Organización Mundial de la Salud para que, conjuntamente con las distintas Comunidades Autónomas y con la aportación de todos los organismos de técnicos de salud mental, y con el

reconocimiento y valoración de los dintintos recursos existentes en cada autonomía, se establezcan criterios y estrategias para ir ajustando los cuidados de salud mental a la comunidad.

Después de cuatro cuatro talleres de trabajos, en los que han estado presentes, además de representantes de Ministerios, los correspondientes de todas las autonomías, entre ellas la de Cantabria, se ha llegado a distintas conclusiones, entre las que cabe destacar:

Primero. Que en la actualidad existen diversidad de situaciones en las distintas Comunidades Autónomas del Estado español en cuanto al desarrollo de planes de la reforma de salud mental.

Segundo. Un fenómeno también observado ha sido el incremento de la sensabilidad por parte de todas las Comunidades Autónomas.

Tercero. Se constatan también grandes dificultades en cuanto a la articulación y organización de los recursos disponibles para atender la salud mental dentro del ámbito territorial de cada Comunidad Autónoma.

Cuarto. La publicación del informe ministerial, al definir la política del Ministerio de Sanidad y Consumo en este campo, ha servido de estímulo al conjunto de las administraciones autonómicas para llevar a cabo los planes de reforma.

Los principios y recomendaciones establecidas en el informe ministerial de la reforma psiquiátrica, han sido asumidos por todos los representantes de las Comunidades Autónomas.

Se considera especialmente necesario, en este momento, ampliar y consolidar la colaboración entre las distintas administraciones sanitarias en el área de salud mental a través de medidas concretas, recogidas en el informe ministerial, siendo especialmente urgentes las siguientes: promover la articulación de los recursos existentes en el marco territorial de las Comunidades Autónomas, mediante la creación de Comités de enlace y coordinación, con participación del INSALUD y de las Corporaciones Locales.

Recomendaciones 15 y 14. Las Comunidades Autónomas deben de promover,

desde su nivel territorial, la articulación de Comités de enlace y coordinación, adecuados en su formación a las diferencias existentes entre las distintas pluralidad de situaciones. Deberá de participar, cuando menos, en dichos Comités, junto con las Comunidades Autónomas, el INSALUD. Sería misión de estos Comités impulsar y coordinar acciones conjuntas para la ordenación y gestión de los recursos psiquiátricos y la salud mental, y contemplarán, asimismo, formas de colaboración intersectorial para el aprovechamiento de los recursos sociales, educativos, administrativos, de justicia, etc.

Sobre estos criterios, que son el fundamento del programa que la Consejería ha establecido, no sé si ahora sería conveniente que ampliara actuaciones concretas el Jefe del Servicio de Salud Mental, para así luego referirnos al programa de Droga. ¿Les parece bien?.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): De acuerdo.

Entonces, el señor Rodero tiene la palabra.

EL SR. RODERO: Gracias, señor Presidente.

Vamos a ver si subrayamos algunos aspectos, para que todos entendamos y seamos conscientes de la situación, que para mí, como ciudadano, como técnico en psiquiatría y como, de alguna forma, responsable de un Servicio, es de tanta transcendencia, como es el de la salud mental.

Miren ustedes, si nosotros, por ejemplo, hace cincuenta años, tuviéramos que hablar de cuál es el actual momento psiquiátrico; es decir, si nosotros hace cincuenta años dijéramos aquí -supongamos esta Asamblea hace cincuenta años- ¿cómo está la psiquiatría?; pues resulta que...(no se entiende). Pero, más o menos, ocurriría esto en cualquier Parlamento, más o menos. Hay Parlamentos que han evolucionado más; hay naciones, hay Gobiernos extranjeros que han avanzado más. Pero realmente la psiquiatría ha sido la marginada. Yo estoy de acuerdo que es algo en que nosotros, no sé, tenemos que ser conscientes de esa realidad.

Repito, del año veintitantos, treinta y tantos, de alguna forma existirían las mismas cosas que realmente hoy existen. Los recursos se fijarían exclusivamente en camas hospitalarias. Hoy Santander anda por la media

nacional, tiene 1,29 camas por 1.000 habitantes; la media nacional es 1,06. El ideal sería 0,5; o sea, tenemos más camas para "enjaular" a la gente, dicho con todos los respetos y entrecomillado.

Por otra parte, los recursos, además de camas, se especificarían en psiquiatras. Psiquiatras que serían los responsables de este enclaustramiento, porque realmente han ejercido, desgraciadamente para todos...(no se entiende). Actualmente en Cantabria tenemos 29 psiquiatras, con una cifra de 5,59 por mil habitantes, que está un poco por encima de la media nacional y muy cerca del ideal que se considera como 6,4. Son cifras del Ministerio de Sanidad y cifras recogidas de la OMS.

Yo no me voy a extender mucho, pues el tema daría para largo, a medida que son psiquiatras que dependen 7 de la Fundación, 5 de particulares, 4 de Cueto, 4 de Sanidad, 1 del Ayuntamiento, etc., y además casi todos están situados en Santander. Eso, además, margina la psiquiatría y deteriora la imagen y, en definitiva, la eficacia.

Faltan, entre otras cosas, unidades de hospitalización breve, descentralizadas. Existe una que funciona muy bien, es una de las tres que existen en España y una de las pocas que existen en el mundo, que es la de Valdecilla. Solo existen tres en España, en Hospitales Generales. Pero haría falta, y esto hay que hacerlo constar, que en los nuevos Hospitales, si es que se van a construir, que entiendo que sí, hay que poner un área de hospitalización en los Hospitales Generales. Actualmente, repito, solo existe ésta.

Hacen falta, por otra parte, y es algo que nosotros hemos constatado en esta reforma, servicios postcura y, en definitiva, lugares donde el enfermo, después del Hospital, tiene que ir a realizarse, como hospitales de día, de noche, residencias protegidas, etc.

Yo no quería decir nada de cómo funcionan los dispensarios. Son ineficaces, están descoordinados y sin planificar; no hacen fomento de la salud, no hacen una medida preventiva, no hacen tampoco una existencia eficaz, etc.

No se está haciendo nada, o muy poco, en la psiquiatría infantil. Nada en

la psiquiatría penal. Es un lastre muy importante que está ahí. En definitiva, el individuo carece de derechos a la intimidad, a pesar de que el Código Civil en materia de tutela y el Código Penal han cambiado en el año 83. Pero todavía queda mucho por hacer.

Tampoco se está haciendo, o se ha hecho muy poco, en el Plan de Drogas y Toxicomanías.

No existen, por otra parte, recursos de otras personas, sanitariamente hablando; recursos a nivel de psicólogos, sociólogos, biofísicos, etc. etc.

Hace poco se ha creado un organismo de planificación, pero faltan organismos de formación y, sobre todo, ha faltado, hasta ahora, una política de planificación en materia de salud mental.

En definitiva, yo quisiera decirle esto: yo creo que es muy sustancioso, porque si no lo entendemos, la veleta a lo mejor no va en la dirección que yo quiero que vaya. Esto se podría haber dicho hace cincuenta años. En definitiva, la psiquiatría sigue anclada, sigue marginada, sigue como seguía hace muchos años; ha evolucionado muy poco.

¿Por qué?. Yo creo que si entendemos el por qué, a lo mejor podemos dar algún tipo de respuesta. Para mi fundamentalmente y, sobre todo, porque es que tanto en el texto de la Seguridad Social del año 33, como el refundido del año 74, han marginado la psiquiatría. La asistencia psiquiátrica no se considera desde la Seguridad Social. Desde el INSALUD actualmente ha puesto unos neuropsiquiatras que tienen que ver muy poco en la psiquiatría con el quehacer psiquiátrico -no es que no sean psiquiatras-, y en muy poco tiempo tienen que responder a una gran demanda. Eso por una parte, con todo lo que lleva ya de marginación.

Por otra parte, la psiquiatría se empezó a regular o a reglamentar por el Estatuto Provincial del año 1925; pasó al Reglamento que se llama de provincias, de 1931, regulándolo; pasó a Ley de Bases de Sanidad Nacional, en el año 44; a Ley de Bases de Régimen Local, del 45 y de Régimen Local del 55. Y, de alguna forma, por Ley, por estas Leyes, se responsabilizaba a las Diputaciones del quehacer psiquiátrico. De ahí que las Diputaciones hayan sido y sigan siendo las responsables de la atención psiquiátrica. En esta medida,

las Diputaciones han construído Psiquiátricos para atender a la población enferma de salud mental. Es decir, que es una obligación, por Ley, de las Diputaciones. Esto ha hecho que se marginara en la medida de que el INSALUD, desgraciadamente, bueno, pues no lo ha concebido como responsabilidad suya.

En este sentido, vemos que, de alguna forma, locura se ha hecho sinónimo o coincidente o análogo a beneficiencia, con toda la marginalidad que tiene. Locura, por otra parte, ha venido siendo y sigue siendo, desgraciadamente, sinónimo de peligrosidad social. Hechos que se han recogido hasta abril del año 83 en el Código Civil, en materia de tutela, y en el Código Penal. Gracias a Dios se quitó eso, pero hasta el año 83 se ha recogido. Locura, en definitiva, se ha hecho sinónimo a psiquiatra, psiquiátrico, beneficencia, etc., y esto ha provocado que se vaya marginando.

En consecuencia, la única atención ha sido, y actualmente sigue siendo, y es algo que nosotros desde aquí ya estamos denunciando con nuestra postura, pues ha sido y sigue siendo hospitalicencia. La asistencia ha sido hospitalizar, ha planificado, ha desarrollado, ha dirigido, ha realizado la asistencia psiquiatrica hasta hoy.

Pero las cosas cambian, para bien de todos y para bien, fundamentalmente, de la sociedad y de los ciudadanos que la componen. Y ha cambiado a partir de los años veinte, aproximadamente; ha aparecido a principios de siglo, pero fundamentalmente y sobre todo en la Primera República, en lo que a España respecta. Entonces es cuando, de alguna forma, aparece el nuevo concepto de la psiquiatría, mejor, de la enfermedad mental; un nuevo concepto que ya no es tan organicista. Hasta ahora la enfermedad mental, más o menos, había sido una alteración de la forma de ser del individuo, que tiene un paso de alteración orgánica, y eso se expresa a través de una alteración de conducta y, en consecuencia, es un individuo marginal, es un individuo asocial, es un individuo que hay que meter, más o menos, en una cárcel, que hay que enclaustrarle.

Aparecen conceptos nuevos y aparece la enfermedad como algo más dinámico. Aparecen ya lo que llaman consciente, inconsciente, stress, los actos fallidos, etc., y ya se empieza la reconducta. Aparece una concepción también más social de la enfermedad; la enfermedad, se dice, está muy en función de los problemas sociales. Y, sobre todo, aparece un concepto como más ecológico,

más ambiental de la enfermedad mental; la enfermedad, se dice, es una disarmonía del ambiente, es la expresión con la que yo vivo, la agresión con la que, de alguna forma, recibo el medio.

Entonces, en esta medida, se empieza a cuestionar, a discutir la labor que hasta ahora había hecho el hospital. Es decir, ¿qué ha hecho el hospital?. El hospital lo que ha hecho exclusivamente es deteriorar. Y hay cifras, como ha dicho el señor Consejero, que avalan este hecho. Sobre todo aparece en los años 40, con unos escritos, que yo recomiendo, de un escritor norteamericano, periodista, que le metieron en una manicomio y, bueno, yo iba a decir que de casualidad curó, porque el manicomio enloquece. Salió del manicomio y ha escrito algo que es maravilloso, en el cuál se ve claramente de una forma muy explícita y muy razonable lo que el manicomio puede aportar de malo a la sociedad y a los enfermos que están allí. Han cambiado algunos manicomios, pero, en términos generales, estamos situados en los años treinta, cuarenta.

En este sentido y en estas circunstancias, con una nueva concepción de la enfermedad, pues surge un mensaje doctrinal, que es el de la deshospitalización. Empieza la deshospitalización y empezamos a pensar que el hospital no vale y que hay que provocar alternativas. Y aparece una nueva doctrina que, de alguna forma, yo he etiquetado en tres etapas.

La primera etapa hace que se democraticen los hospitales; aparecen las comunidades terapéuticas, se democratizan y entonces las tomas de decisiones la hacen por mayoría, con lo cual las personas que están allí degradadas pueden adquirir su mayoría de edad porque pueden ejercer libremente. Esto es muy importante.

En la segunda etapa se provoca lo que se llama las aperturas de unidades en Hospitales Generales y otros recursos comunitarios, para llegar, en su sentido extremo, a la antipsiquiatría.... (no se entiende), que preconizan el cierre de los Hospitales y algunos Hospitales han cerrado, y se ha visto que, efectivamente, tampoco era tan importante.

Y en la tercera etapa se prevén ya recursos comunitarios, como alternativas de hospital. Recursos comunitarios desde donde propiciar cuidados comprensivos o integrales, cuidados contínuos para que la relación médico paciente sea profunda. No olvidemos que el médico en general, y el psiquiatra

en particular, están en posesión de verdades realmente míticas. Si leemos un poco la historia griega, 15.000 años antes de Cristo pues, de alguna forma, los médicos eran los sacerdotes y el lebítico; decía que el médico no podía ser feo, ni cheposo, ni torcido un dedo, etc., debía de ser un individuo biológicamente perfecto. De aquí que los griegos preconizaran el culto a la perfección del cuerpo. Cuidados permanentes, en la medida de que el individuo puede ponerse enfermo donde quiera y cuando quiera, y entonces nosotros tenemos que responder. Cuidados multidisciplinarios, es decir, en la medida de que son los equipos, no es el psiquiatra. Aparece la doctrina, en este sentido, de la despsiquiatrización, de la desespecialización. Hasta ahora era el psiquiatra el responsable de la atención, y aparece la desespecialización, en la medida de que no es el psiquiatra el responsable; no debe de serlo, deben de ser equipos multidisciplinarios.

En definitiva, aparece un nuevo concepto de enfermedad mental y aparece la discusión del hospital y aparece una respuesta. Una nueva respuesta de -yo tengo una historia, que el Consejero ha dado muy prolija- cómo se va respondiendo en el mundo entero; se va respondiendo, repito, a partir de los años veinte, aproximadamente. Y hay unos pronunciamientos muy importantes, que son de organismos como la OMS; pronunciamientos que empieza el primero en 1953, pasa al 70, 73, etc. etc., y donde se define que los cuidados psiquiátricos deben de estar en la atención primaria y qué es atención primaria.

Además, sobre todo, hay una definición muy importante del Consejo de Europa, que preconiza, que exige, que ruega que los Gobiernos creen unidades de hospitalización en los Hospitales Generales, y además propicien cuidados comunitarios.

En España, con esta conciencia, aparece la inquietud en el año 26, formando la Liga Española de Higiene Mental. Pero sobre todo y fundamentalmente va a ser una inquietud muy grosera la que va a existir en el año 28, con Cajal, con Miguel López, que fué el primer catedrático de psiquiatría de la Autónoma de Barcelona. Y aparece luego un organismo en el año 55, nace el PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiatrica), para organizar, para planificar, para gestionar, para dirigir. En el 76 aparece la primera reforma psiquiátrica. En el 77-78 hay unos grandes avances desde el INSALUD para propiciar que la salud mental se integre en el INSALUD, en la

Seguridad Social, etc. Pero donde fundamentalmente va a surgir todo esto es el año 83, con el Decreto de las especialidades, y sobre todo en el año 83 en la reforma psiquiátrica, en la que cual nosotros hemos participado con otros grupos de compañeros.

Es esta reforma psiquiátrica que se escribe, y es de la que de alguna forma nosotros hemos retomado las ideas, pues lleva a resumir los siguientes puntos. Esto yo quisiera explicitarlo de una forma como muy grosera y muy contundente y muy recortada. Este libro que yo tengo aquí de la reforma psiquiátrica, elaborado por el Ministerio y publicado por el Ministerio, en el cual han participado directamente pocos psiquiatras, pero indirectamente muchos, dice que la reforma sanitaria debe de incluir la reforma de la salud mental como parte integrante de la reforma. Y, efectivamente, la incluye en el artículo 18. En el artículo 18 se equiparan a los enfermos mental y general, se preconizan que los cuidados sean extrahospitalarios y además que se oferten los cuidados de la red sanitaria general. Son tres hechos por los que se han luchado enormemente y que, de alguna forma, los tres hechos vienen recogidos.

Por otra parte, se preconiza en este libro, en esta doctrina, que la administración promueva el que se coordinen los distintos recursos de salud mental de las distintas redes. Y, por otra parte, que los recursos de salud mental se integren en la red sanitaria general. Es decir, se integren los del INSALUD, los de la Diputación, interlocales, etc., que todos esos se integren en la red sanitaria general y de protección social.

Como tercera cosa muy importante -estoy resumiendo el libro- dice que se formarán equipos de salud mental de carácter comunitarios. Estos equipos de carácter comunitario actuarán a dos niveles: a un nivel primario, que es a nivel de los equipos de atención primaria, y a nivel de especialización. La atención será territorializada. Esta actuación de estos equipos se desarrollará preferentemente con carácter extrahospitalario.

Por otra parte, es muy importante que la unidad psiquiátrica del Hospital General formará parte de este equipo de área. Por otra parte, también es muy importante que los Hospitales Psiquiátricos deberán ir reduciendo el número de camas, creándose servicios comunitarios y creándose formación para las personas que están en los hospitales. Habrá unas acciones prioritarias y estas acciones prioritarias serán: una, la infantajuvenil; otra, las toxicomanías; otra, la psicogeratría y otra la psiquiatría penal.

Por otra parte, se crearán y desarrollarán entes que se responsabilicen de la gestión y de la planificación, tanto a nivel nacional, que está creado en el INSALUD, como a nivel de las autonomías, que aquí está creado y yo soy el representante de eso.

En definitiva, los objetivos -los resumo, porque creo que me estoy enrrollando demasiado- habría como dos grandes objetivos: unos serían los objetivos generales, que yo resumo y que luego tendríamos la ocasión de cuestionarlos y comentarlos, y otros serían los particulares, los del año 86.

Todos los objetivos generales, pues de alguna forma decir que no surgen de ahora; de alguna forma se enraizan con un quehacer desde el año 83, en el que nosotros tuvimos ocasión, sin ser psiquiatra de la Diputación, sí representar a la Diputación -lo agradezco enormemente- y estar presente en un taller trabajo cuestionando la doctrina psiquiátrica en España y en el mundo. Se celebró en Madrid en septiembre de 1983. Y participamos en el taller donde se fueron desarrollando lo que pudiera ser en su momento la doctrina psiquiátrica en España, es decir, la reforma psiquiátrica en España de acuerdo con las singularidades de nuestras regiones, nuestras nacionalidades y, sobre todo, de nuestros recursos.

En octubre de 1983 nosotros presentamos, de acuerdo con esto, un borrador, un borrador de lo que entendiamos que era la reforma psiquiátrica en Cantabria, le presentamos a la Consejería, le pareció muy bien, pero nosotros incidimos en la necesidad de que como éramos solos, yo era solo el que lo habia hecho, que sería bueno que se creara un comité de expertos de salud mental y que lo estudiaría.

Con buen criterio el Consejero y el Director Regional de Sanidad, el dia 17 de noviembre, forman la comisión, y yo resumo, son documentos públicos, y resume esta Comisión, que luego digo quién la firma, después del preámbulo dice: por todo lo cual esta Comisión de común acuerdo propone: la articulación de un sistema de cuidado de salud mental, definido en base a las siguientes características: primer punto, que integre y coordine la totalidad de los recursos de salud mental de la región; segundo punto, que proporcione desde una perspectiva integral e individual la totalidad de los recursos de salud mental; que se apoye con los recursos de la sanidad regional; que dentro del

organigrama de la Consejería de Sanidad dependa directamente de la Dirección Regional de Sanidad; que se reestructuren zonas geográficas concretas -ya entonces existia el mapa sanitario-; que el sistema contará con un director, jefe o coordinador que dependerá directamente del Director Regional de Sanidad; que las funciones de esta persona responsable sean coordinar la totalidad de los recursos, planificar estatregias y objetivos y la de evaluar periódicamente este sistema. Lo firma el Dr. Aldama, como Director del Sanatorio de Cueto; Dr. Cueto Felgueras, como representante de Ambulatorios; el Dr. Diez Manrique, de Valdecilla; el Dr. Colás Sanjuan, por el Excmo. Ayuntamiento de Santander; Dr. Diez Aja, como Director del Psiquiátrico de Parayas; el Dr. Labrador López, como médico-psiquiatra de Sanidad Nacional, y yo como coordinador de la reunión.

Entonces vemos que en noviembre esta Comisión de expertos de alguna forma siembra, sienta o preconiza lo que nosotros consideramos como bases. Entonces nosotros después de esto diseñamos, creado el Servicio en marzo de 1985, a continuación creamos unas estrategias que pueden ser válidas como documento de discusión, porque está sometido a la crítica, a la reflexión, pero el espíritu está claro; como documento de discusión para llevar a cabo una reforma psiquiátrica entre los años 85-92. Esto de llevar a cabo desde las bases de una psiquiatría comunitaria, con lo que hemos dicho de psiquiatría comunitaria, territorializando Santander o Cantabria en tres áreas fundamentalmente, entendiendo que psiquiátricamente entendemos que Reinosa no tiene ente suficiente para pensar como área.

En estas áreas se crearían, están ahí diseñadas, se crearian unidades en cada uno de los hospitales que se construyan, unidades de urgencia hospitalaria. Se crean equipos de salud mental comunitarios que pueblan, que funcionan, tanto en aquella unidad de urgencia como en la comunidad, y que tienen dos funciones específicas, una de atención primaria y otra de atención especializada. Se preconiza, que esto es muy importante un solo hospital psiquiátrico, y creo que realmente tal como están las cosas se puede llevar a cabo entre los años 86 y 92.

Esto es más o menos genéricamente para los años 86 a 92.

Nosotros para el año 86 tenemos un plan para cuyo desarrollo, esto es un programa genérico, necesita de unas premisas, de acuerdo con lo expuesto. La

primera premisa es integrar los recursos de la Diputación en una sola red. Si estamos hablando de integración en una sola red el resto de las organizaciones y organismos, no puede existir que la Diputación tenga más de una red.

La segunda premisa, avalado por el Ministerio y consensuado por todos los técnicos de todas las autonomías, la segunda premisa sería establecer convenios con el INSALUD y otros organismos, a través de los cuales nosotros integrariamos los recursos en materia de salud mental, definiendo en cada uno de estos convenios, entre otras cosas, el lugar de trabajo, que ha de ser donde realmente se viene realizando, es decir, en el INSALUD, en los dispensarios, etc.; la población a atender, que ha de ser pública y gratuita; la relación con los distintos recursos, es muy importante la relación con los hospitales, con los medios diagnósticos: radiología, laboratorio, bioquímica, electroencefalografía, etc., y creándose en todo ello comités de enlaces que evalúen y controlen todo esto. Es decir, se preconiza en los convenios el que exista un comité con un coordinador que vaya evaluando, que vaya controlando, que vaya planificando de acuerdo con unos objetivos generales con lo que vamos consiguiendo nosotros.

En este sentido, y con estas premisas, y teniendo en cuenta los siguientes hechos que yo quiero pormenorizar, primero las transferencias inmediatas de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, la AISNA, con todos sus recursos, vienen funcionando dos centros de psiquiatría, uno de salud mental y otro de diagnóstico de orientación terapéutica, teniendo en cuenta los presupuestos que tiene para este capítulo el Ministerio, de los que nos han dado un millón y medio, y teniendo en cuenta la puesta en funcionamiento, son 17.000 millones de pesetas los que se han repartido y a nosotros nos han dado un millón y pico de pesetas, y teniendo en cuenta la puesta en funcionamiento del Plan Regional de Drogas, nosotros articulando todos los recursos estamos capacitados para poner en funcionamiento, para abrir la reforma de los cuidados de salud mental en Cantabria, que no es un programa, que es una responsabilidad como la electrificación de la Diputación, si me permiten la expresión, decir que es algo más.

Nosotros podemos poner la primera piedra a ese gran quehacer, responsabilidad de la Diputación, abriendo una unidad dispensarial de salud mental, un equipo pluridisciplinario en Laredo, que conectado con el INSALUD podría, en mi criterio, atender al cincuenta por ciento de la población. Entre

paréntesis nosotros hemos elaborado los proyectos de convenio, y están remitidos hace como mes y pico al INSALUD, y un poco menos al Ayuntamiento, y estamos esperando que se nos llame una vez estudiados para firmarlos. En algunas autonomías ya se ha firmado esto, que yo sepa en la asturiana, en la de Castilla-León si no se ha firmado se está firmando y en la de Castilla-La Mancha también. Bueno, pues podríamos abrir una unidad dispensarial en Laredo, para atender al cincuenta por ciento de la población de Laredo; podiamos poner un psiquiatra, un psicólogo, un ATS.

En Santander podríamos hacer dos cosas, abrir un equipo de salud mental, el de Santander podría habilitarse con tres médicos-psiquiatras, un psicólogo, dos ATS y un administrativo. Y podríamos atender perfectamente al cincuenta por ciento de la población, yo se lo he explicado al Director del INSALUD, lo podíamos poner perfectamente en relación con tres, cuatro o cinco centros de salud, y hacer la salud mental de esta población concretada en esos hechos.

Pero además en Santander podríamos y deberíamos, pienso yo, abrir un centro de salud mental infanto-juvenil, que responda a la psiquiatría de menores de quince años, en coordinación con el Ayuntamiento, centro que no sería de la Diputación, que no sería del Ayuntamiento, que sería de Cantabria y se responsabilizara de la salud mental de la población de menores de quince años.

En Torrelavega podríamos, con los recursos nuestros también, el ayudar, el completar el equipo de salud mental que viene funcionando del INSALUD, organicamente dependiendo del INSALUD, con un psiquiatra y una asistente social, y en mi criterio podría atender al cincuenta por ciento de la población del área de Torrelavega.

Y esto, en definitiva, entiendo yo que se puede abrir perfectamente el dia 1 de julio, todo lo más el 1 de agosto.

Muchas gracias por su atención. Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias, Sr. Rodero.

¿Les parece a los Grupos Parlamentarios entrar en un turno de preguntas?.

El Sr. Silván tiene la palabra.

EL SR. SILVAN DELGADO: Entiendo que sea más operativo debatir en primer lugar la propuesta que ha hecho el Dr. Rodero sobre la asistencia psiquiátrica, y luego pasar al tema de la toxicomanía.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): De acuerdo.

El Sr. Silván tiene la palabra.

EL SR. SILVAN DELGADO: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias al señor Consejero y a los demás componentes de la Consejería. También quiero felicitar porque es la primera vez que un Consejero, a iniciativa propia, comparece ante una Comisión. Creo que este es un ejemplo que debía de ser seguido por el resto de los compañeros del Consejo de Gobierno, porque pienso que la iniciativa de comparecencia ante las diferentes Comisiones de la Asamblea Regional debe de salir con mayor frecuencia del Gobierno. Pienso que el Consejo de Gobierno hace cosas que es bueno, que es necesario, que es eficaz para su mejor rentabilización que se venga a las Comisiones a exponer cuáles son los planes de actuación de las diferentes Consejerías. Por eso quiero agradecer y felicitar la iniciativa de la Consejería de comparecer a iniciativa propia ante esta Comisión.

Entrando en la cuestión que nos ocupa del tema de la reforma sanitaria, referente a la salud mental, en nuestra región es difícil no estar de acuerdo con lo expuesto por el señor Consejero o por el Dr. Rodero sobre la evolución que ha llevado la asistencia psiquiatrica y cuáles son las expectativas que se abren en esta nueva etapa, que es una etapa nueva para esta parcela abandonada de la salud.

En ese sentido coincidimos plenamente, y tenemos que coincidir también en los grandes trazos de lo que se pretende hacer de la Consejería. En ese sentido es lógico que coincidamos, nosotros estamos por ese tipo de modelo asistencial y modelo de confección de la salud mental, que parte de la prevención de la confección comunitaria y entender que las actividades que se han de realizar han de hacerse fuera del marco hospitalario, potenciando la acción en la comunidad.

Son conceptos que cualquier persona que sea consciente de la realidad de la asistencia psiquiátrica ha de compartir.

Entrando en los temas concretos, en las propuestas concretas que ha realizado el Dr. Rodero sobre las intenciones que se tienen a realizar por la Consejería, tanto a mediano plazo como a corto plazo, realmente en las líneas generales estamos de acuerdo, estamos de acuerdo aunque el documento es más amplio y se haya centrado únicamente, y me alegro, porque pienso que se ha centrado en lo más útil, que es las ofertas para el año 86 sobre qué cosas que se pueden hacer y sobre la idea de crear esas comisiones de enlace, porque uno de los grandes errores que se podía cometer es ir a redes paralelas. Cualquier dispersión de recursos, cualquier gestión doble en este campo, que son muy habituales en nuestro país, sería volver a tropezar por veinteava vez en esta piedra. Si queremos hacer una reforma sanitaria en el campo de la salud mental ética y con pequeños costos sale unificando recursos. Cualquier dispersión de recursos es un error que no podemos permitirnos el lujo de cometer, ni en esta Comunidad Autónoma ni en el resto de España.

En ese sentido queremos decir que nosotros estamos a favor de que se acentuen todo tipo de contactos entre los organismos que tienen competencia en este campo.

Creo que se ha dado un gran paso en el tema de la salud mental con la Ley General de Sanidad, creo que por fín se contempla como una de las parcelas asistenciales normales, como es la salud mental, que ha sido una abandonada. Hay la Ley General de Sanidad dice claramente que es otra parte más del tema de la salud, y en ese sentido hay un artículo específico para eso. El INSALUD ha tomado conciencia de que se ha de dar tratamiento, se ha de dar todas las medidas necesarias en la promoción de la salud en el campo de la salud mental. Y ahí están los primeros pasos, crear las unidades asistenciales en salud mental.

En ese sentido pienso que se están dando pasos importantes y que queremos estimular los acercamientos para que se coordinen los esfuerzos en ese sentido.

Hay una cosa que ha dicho el Dr. Rodero que es importante, que primero deben de unificar los recursos propios de la Diputación. La Diputación tiene unos recursos históricos heredados por la antigua Ley de Régimen Local, que

daba la responsabilidad a las Diputaciones Provinciales, caia el peso sobre todo en la hospitalización, que era lo que ellos fundamentalmente hacian, ahora la Comunidad Autónoma de Cantabria tiene unos pequeños recursos de la AISNA y los recursos que ellos tenían. Por otro lado, el INSALUD tiene las famosas consultas neuro-psiquiátricas, que han de revisarse, no tiene sentido la unión de la neuro-psiquiatría en los consultorios para la acción asistencial, y ha dado el primer paso importante en el sentido de la reforma al crear las unidades de salud mental.

Nosotros estamos a favor de esto, queremos que se acentúen los contactos entre INSALUD y la Diputación Regional, que la Diputación Regional cree un organismo, y por eso el Grupo Socialista en repetidas ocasiones ha propuesto ante la Asamblea la creación de un Instituto Regional de la Salud Mental, con poco éxito porque los compañeros del Grupo Popular no han entendido cuando los socialistas apostábamos por la creación de un Instituto Regional de Salud Mental, era para crear un organismo que gestionase todos los recursos en salud mental, que hoy no se ve lo que se está dando de que los presupuestos hay dinero que no está dentro de programa de salud mental, que son para conciertos, por otro lado está el dinero que va al Psiquiátrico de Parayas y por otro el programa específico de salud mental.

Es decir, se dispersa en tres programas. Yo espero que en un futuro a partir de la Comisión de Presupuesto se unifique en ese programa de salud mental todas las actividades que van dirigidas en este camino, tanto los conciertos con Cueto, con el Psiquiátrico de Parayas y los que tenemos en Palencia, y se unifique en ese único programa de salud mental todos los recursos para que así se puedan gestionar más eficazmente, y no si están dispersos en tres programas como ahora están en los presupuestos de la Comunidad Autónoma. Pienso que ese será un buen paso y creo que estamos en condiciones de darle ya en estos presupuestos, porque el Grupo Socialista ha enmendado en ese sentido.

Es reunir en el presupuesto de salud mental todos los recursos, los que están en servicio de la Dirección Regional de Servicios Sociales, creo que son doscientos y pico millones a los conciertos; los que van a la Fundación Valdecilla para el Psiquiátrico de Parayas, creo que son sesenta o setenta millones de pesetas; y los propios del programa de salud mental, aunque a nuestro entender habria que hacer un programa específico para la toxicomanías

fuera del tema de la salud mental, porque el ámbito de la toxicomanía requiere un tratamiento mucho más polidisciplinario.

En este sentido he visto cuales son los proyectos para el plan que tiene la Consejería, y en este caso el Servicio de Salud Mental para el año 86. Realmente son demasiado ambiciosos para los limitadísimos recursos que le han dado al Sr. Rodero. Al Sr. Rodero en el programa de salud mental le han dado diez millones para el plan de toxicomanía, y yo pienso que es otro programa, y luego le han dado una parte para el funcionamiento propio de su actividad como Jefe de Servicio, sus administrativos, sus teléfonos y sus papeles, pero solo les han dado cien mil pesetas para un programa de Valdecilla.

El Grupo Socialista ha presentado enmiendas para que pueda crear esas unidades de salud mental. Hemos creado unas partidas presupuestarias para que la Consejería de Sanidad, a través del Servicio de Salud Mental, que dirige el Dr. Rodero, pueda crear ya este año esto, no solamente con los recursos del AISNA, porque los recursos del AISNA están ahí, pero el Dr. Rodero entiende perfectamente que son recursos que se tienen que reciclar, que debe de cambiar la confección con la que han venido trabajando los centros del AISNA, para poder trabajar en una confección comunitaria de la salud mental.

Estamos de acuerdo que las unidades de salud mental, los equipos, los centros, como lo queramos llamar, tienen que quedar integrados dentro de los equipos de atención primaria. Es decir, donde haya un equipo de atención primaria debe de haber una unidad de salud mental, que yo pienso que no hace falta que en un principio sea muy numerosa, yo creo que con un psiquiatra, un psicólogo y un ATS, en un principio, puede ser suficiente para poner en marcha las principales atenciones, y concretar cuáles van a ser las funciones que deben de hacer estas unidades de salud mental o equipo de salud mental, porque la terminología es de lo más variada, llegamos todos a la misma cosa pero con diferentes nombres, pero nos entendemos.

Hoy ya existe una unidad de salud mental trabajando, creo el Centro de Salud La Inmobiliaria. Este año yo pienso que sería muy bueno abrir otras dos unidades de salud mental que trabajen en los centros de atención primaria, dando apoyo a los equipos de atención primaria, haciendo además las labores propias y asistenciales, y sobre todo las de promoción. Aquí estamos bien con los recursos que vienen de AISNA, que habrá que reciclarlos, es decir, tener

una comisión distinta al de cuál va a ser su trabajo, no es un consultorio de psiquiatría, han de hacer una labor mucho más encaminada hacia el exterior que el señor que viene a consultar, más labor de prevención y promoción que asistencial, y pienso que los sitios donde se debe hacer es desde los centros de atención primaria, el de Cazoña, el que se abra en Los Corrales de Buelna o en Cabezón de la Sal, que espero que pronto le acaben para mayor honra de su ilustre alcalde. Si esta idea ya está en Torrelavega, abrir uno en Santander y otro en Laredo.

Me ha parecido una idea importante, porque es una idea que para mí es muy antigua y muy querida, porque yo fuí el que creé el Centro de Psiquiatría Infantil del Ayuntamiento de Santander, con el Dr. Colás. Pienso que es un centro que ha tenido muy poco juego porque se le ha dado muy poco apoyo, y se ha fijado todo en la labor realmente abnegada y sacrificada de una única persona que ha venido trabajando desde el año 80 en que abrimos ese centro, y que ha contado con muy poco apoyo, desde el punto de vista operativo y de recursos económicos y humanos.

Pienso que es una buena idea que se trabaje en ese sentido, y en consecuencia nosotros apoyaremos esa iniciativa. Me gustaría que estas iniciativas nuestras, que también son compartidas en la idea pero no en los presupuestos, sean compartidas también por el Grupo Popular en los presupuestos, y que al programa de salud mental no existan los diez millones que tienen que existir o más, pero fuera de ese programa, y propugnamos un programa específico para la toxicomanía, y al programa de salud mental todos los recursos para la salud mental, que va desde los conciertos al equipo técnico que tiene que tener el Dr. Rodero, y ahí quiero hacer una salvedad.

En su proyecto él habla de la importancia de la planificación y de la gestión. La experiencia nos dice claramente que tenemos muy pocos recursos de personas capaces de hacer planificación y hacer gestión, porque han sido especialidades que en España han estado abandonadas históricamente, y se va a hacer un gran esfuerzo para conseguir personas idóneas, y si no existen para formarlos, para que tengamos buenos planificadores en este campo, porque en este campo hay otro aspecto que es muy importante, que es el aspecto epidemiológico. Si no hay un buen estudio epidemiológico, y aquí es otra de las viejas cantinelas del Grupo Socialista, la necesidad de un estudio epidemiológico en Cantabria, tanto en la salud mental como en otros aspectos.

Estamos en un estudio de cuál es la situación sanitaria real en el marco donde vamos a actuar, vamos a poder muy difícilmente planificar los recursos necesarios para afrontar esa situación. Por eso pienso que será potenciar el área de planificación y gestión, dando mayor cantidad de recursos humanos y técnicos. También habrá que hacer, señores compañeros de la Coalición, mayores puestos presupuestarios en ese campo, porque volvemos a tener esos equipos de planificación y de gestión que apoyarán a la Jefatura de Servicio de una manera mucho más racional, y podrá hacer una acción mucho más eficaz, y el resto compartimos.

Y compartimos también lo de las tres áreas, pero nosotros compartimos las tres áreas a todos los niveles, porque el Dr. Rodero ha echado un capote con el tema de Reinosa. El área de Reinosa en la salud mental como en el resto de la salud es un área de veinte mil habitantes, y no puede tener una unidad de ... (no se entiende), pero ya hablaremos, porque ustedes han presentado un debate sobre la sanidad, si desde el punto de vista científico un área geográfica de veinte mil habitantes requiere otras camas que no sean las psiquiátricas, las psiquiátricas usted ha dicho que no, las otras discutiremos si realmente desde el punto de vista eficaz es útil que en Reinosa para veinte mil habitantes existan esas camas.

Estamos de acuerdo con las unidades de hospitalización, y creo que el buen funcionamiento de Valdecilla es importante, es un punto de referencia interesante, y cuando tengamos Laredo, si ponen ustedes más recursos para acabar Laredo, y si algún dia el INSALUD nos hace lo de Torrelavega también tendremos una unidad de hospitalización en Torrelavega.

Camas para larga estancia, yo estoy de acuerdo con una cosa que dice este documento, que sobran camas en Cantabria. Ahora, hay alternativas, parece ser que apuestan por unas, nosotros vamos a potenciar el centro nuestro del Psiquiátrico de Parayas o vamos a una política de conciertos sobre el tema de Cueto. Esa es una alternativa. Si sería útil recuperar alguno de nuestros crónicos que están desterrados de nuestra comunidad autónoma. Y ahora tenemos camas de larga estancia en nuestra comunidad autónoma, si sería importante que gente que tenemos por las razones clínicas justificadas, porque son enfermos muy desarraigados del entorno familiar, sería una buena idea en el sentido de crear un único centro de larga estancia. Cueto o Parayas, discutiremos cuál es

más rentable, cuál es más eficaz y cuál va a dar mayores rendimientos desde el punto de vista asistencial y ecónomico.

Habrá que hablar y discutir más sobre la dotación de las unidades, siempre hay algún coordinador o qué número de personal se necesita en cada área sanitaria.

Yo estoy de acuerdo con las tres áreas, estoy de acuerdo con las necesidades de hospitalización en cada una de las áreas que den alli a los enfermos agudos y luego encaucen a los de larga estancia, y el apoyo al resto del hospital a los enfermos psicosomáticos, que ocupan un número muy importante de la asistencia que se hace en un hospital general.

Estamos de acuerdo con las unidades de salud mental, siempre con la idea de que se deben de crear unidos a los centros de atención primaria, y dando apoyatura psiquiátrica y asesoramiento a aquellas personas, porque luego en esos centros de salud mental habrá que crear unas figuras de planificadores o de gestores que serán comunes, y luego habrá que unificar redes, una única red que esté dirigida en parte bien por la Consejería, yo sé que el INSALUD tiene una buena predisposición a cambiar en este sentido, solamente que debo de dar los pasos muy medidos, pequeños para no tener grandes equivocaciones, y luego si hay que rectificar que no sea con grandes costos.

En ese sentido nosotros concluimos diciendo que estamos de acuerdo, y que nosotros vamos en ese sentido y en grandes líneas coincide con lo que ha expuesto el Sr. Rodero y el señor Consejero, y lamentarnos en la poca voluntad presupuestaria que ha tenido el Consejo de Gobierno al no dotar los recursos económicos suficientes para que estas ideas, que son buenas, que nosotros queremos que se apliquen desde ya, se pongan en práctica desde el año 86, y de todas maneras estamos en buen momento procesal para que estas ideas presupuestarias se plasmen modificando y mejorando un programa, porque un programa se puede mejorar entre todos, porque el Grupo Socialista quiere dar aportaciones positivas para mejorar lo que el Consejo de Gobierno y sus organismos presenta ante esta Cámara. Nos oponemos, pero con el afán indudable de mejorar aquellos programas que a nuestro entender merece la pena que se mejoren.

Sin lugar a dudas, nosotros queremos que el programa de salud mental vaya

adelante, y vaya adelante con mayores dotaciones en el sentido que ustedes se han encaminado. Es un sentido que compartimos y vamos a apoyar.

Muchas gracias, señor Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Gracias, Sr. Silván.

¿La Diputada Ruiz-Tagle quiere hacer uso de la palabra?.

LA SRA. RUIZ-TAGLE MORALES: Solamente matizar un concepto que no entendemos bien el Grupo Socialista, por qué se mezcla el tema de toxicomanía con el tema de salud mental.

Es un concepto totalmente distinto y programas distinto. Hemos dicho que el programa de toxicomanía debería estar en la Dirección Regional de Bienestar Social y no en Dirección Regional de Sanidad. Es un concepto que queremos que el Dr. Rodero o el Grupo Popular nos aclare, porque en ningún sitio está así.

Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias.

Para aclarar este concepto, el señor Consejero tiene la palabra.

EL SR. HINOJAL GARCIA: Para decir que luego aclararemos esto.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Por el Grupo Parlamentario Popular, el Sr. Calzada tiene la palabra.

EL SR. CALZADA HERNANDEZ: Tengo que agradecer la intervención del Sr. Rodero y del señor Consejero. Lamento no haber dispuesto del programa, parece ser que algunas personas han dispuesto del programa ... no, no, si no es ninguna alusión, por favor, digo que, claro, podíamos haber tenido un conocimiento de causa y un pequeño estudio.

Al aire de la disertación yo he oido hablar de la creación de un hospital. Bueno, es una aclaración que se me ocurre, si es un único hospital será mixto. Es que no se ha dicho. Y tenemos un centro en Cueto, cuyo centro es solo de

mujeres, y un centro en Parayas que es solo para hombres, pero no es para crónicos exactamente sobre todo el de Parayas en unas circunstancias especiales.

Bueno, luego hay un tema que a mi me parece, oigo hablar aquí de un 25% de la población que precisa asistencia psiquiátrica; bueno, esto es una cifra importante cara a nuestra región que son 125.000 habitantes en números redondos. 125.000 sobre 500, el 25% 125, vamos si no me equivoco, si son 520 un poquito más, 130. Entonces, pensando en esto, yo, y a la vez pensando en que las Diputaciones hasta ahora tenían la obligación de atender la salud mental en cierta manera, sobre todo cuando se agudizaba el problema había que proceder al internamiento y esto se hacía a través de la beneficencia y era la beneficiencia provincial, cuestión que ya se ha planificado con la Ley de Sanidad y que en cierto modo pues libera a las Diputaciones y por tanto a los entes regionales de esta obligación que hasta ahora asumían.

Entonces, pensando en esto, y escuchado el plan que se propone, yo entiendo que de hecho legalmente hoy ha pasado a ser obligación del INSALUD la atención de la salud mental como una enfermedad más dentro de la atención a la salud general.

Si nosotros vamos a prestar una atención a este tema, que es conveniente y que a mi me parece muy encomiable, lo que bien es cierto es que estamos dedicando unos fondos en contra, en cierta manera es una observación que me gustaría hacerle al Sr. Silván, compañero Silván, de que si el Estado tiene esa obligación y nosotros vamos a destinar unos fondos de que no recibimos para este aspecto porque no lo tenemos en las obligaciones de la ley, nosotros estamos prestando una función subsidiaria, una función de colaboración que, en todo caso, como muy bien se dice y se ha dicho, deberá ser concertada pues con el órgano del Estado que tiene esta obligación por Ley, que es el INSALUD.

Bien, si nosotros vamos a entrar ahí y el INSALUD lleva toda la atención sanitaria de toda la región, de hecho, cuando se produce o debiera producirse el envío de los enfermos a los centros especializados, llámense estos centros que usted citó aquí, el Sr. Rodero, estos cuatro centros para atención, bien a otros centros, habrá esto de alguna manera concretarlo en los conciertos como se va a hacer en cuanto a que la dirección de toda esa campaña y el encaminar para unificar en una sola norma el desarrollo de todo este plan, bueno, no

sufra interferencias de los organismos que en uno tiene por ley, la atención y la obligación y que el otro lo va a hacer porque entiende que es absolutamente necesario que, vamos, y yo he entendido, por eso he entendido hay una, como no he dispuesto, por eso he pedido y he querido entender que con la Ley general de Sanidad se pasaba esta obligación al INSALUD que hasta ahora no la tenía, y es que eso te he querido entender amigo Martín. Si es así, claro, el tema tiene una matización importante.

Luego, yo digo, y eso sí quisiera que se replicase, el situar y no estoy ahora haciendo ninguna, es una consideración, en la región hay una serie de centros de salud, una serie de ellos de 12, 14., 16, no lo sé, que se han construido y que se están construyendo con una capacidad, no como, en fin, el consultorio local, en los cuales de hecho se previeron una serie de consultas y en los cuales de hecho, tristemente, pues bueno, porque el Estado no se si, pues siguiendo criterios también restrictivos como los tiene la Diputación, no solo ha creado sino que ha suprimido esa posible atención, pues no están puestos en marcha, no están puestos en marcha en cuanto a su posible utilización. A mi me parece que de alguna manera, de alguna manera en las prevenciones y aunque creo que es encomiable los centros donde se sitúan y no tengo nada que objetar, al contrario, lo suscribo totalmente, sería muy conveniente ver si se llegaba a una posibilidad de acercar la medicina a los administrados, de acercar la psiquiatría a los posibles enfermos y en cierta manera que, en combinación con nuestros centros de salud, se estableciera una red más amplia y que quizás no sea la primera etapa, quizás deba ser en la segunda o tercera o en la cuarta, no lo se, es una observación que a mi se me ocurre.

Luego no oigo hablar nada y posiblemente no tenga nada que ver, yo no tengo aquí relación con la Sanidad más que lo de ser enfermo, por tanto no dispongo de tecnicismos y a lo mejor, la observación es a título personal y puedo no ser muy acorde, no veo aquí ninguna referencia, pues bueno, a que ciertamente a mi me parece, me parece que hay dos aspectos que llevan a que la salud mental se deteriore que es, bueno, el tema del alcoholismo que lleva a una alteración de las facultades del individuo y a que acaben muchos de ellos padeciendo en este aspecto, y hay otro aspecto, que es importante, que es, bueno, cuando llegamos al hombre que se vuelve senil y a este que también acaba, en fin, con otra locura pero que la tiene. Y que claro, bueno aquí no digo ninguna ...(no se entiende) , no quiero decir ahora un problema que hay que es otro tema, en los asilos, ese es ya otro tema.

Bueno, esto, claro requiero también, es otra cosa de las que a mi me parece también que requieren que si es posible esa idea de que haya pues equipos no se si con un solo siquiatra a lo mejor con consultas más o menos ocasionales pero si le dan a usted unos recursos y nosotros vamos a poner otros pienso que siempre sería deseable, bajo la dirección de la Consejería, no por nada, no por arrimar ascuas a nuestra sardina, por así decir, sino pensando que estamos ya en los cinco años de autonomía, que las transferencias deben venir y que dice bueno, por Ley, por ejecución de Ley deben írsenos concediendo e incluso las del INSALUD, pues bueno, debería irse actualizando este tema.

Y hay un tema al aire de lo que ha dicho el Sr. Silván que esto ya es una observación para el compañero Diputado que es que bueno si yo mantengo estas ideas, que creo que las comparte también el Grupo Popular en cierta manera, comprenderá Martín que no podemos compartir el que un área, aunque sea de 20.000 habitantes, no se le dote de mejores servicios y juguemos a la restricción. Creo que si algo vamos ganando, vamos ganando en cuanto a la libertad, y digo en cuanto a la libertad del individuo y a los derechos que primero es el de la vida y el de la salud, es el poderme dar una mejor medicina y una posibilidad de mejor salud y más larga vida, y eso, claro, creo que es primordial y básico.

Y hay otro tema, que es otra observación. Bueno, a mi me sorprenden dos cosas, y no es para debate, eso lo hablaremos el día de la Sanidad, que es el tema que aquí se ha enunciado de Laredo. Bueno, no es tema de discutir hoy, no es tema de discutir hoy, no quiero decir más que, si no estoy mal informado, el compromiso de Laredo en su cuantía, en su momento, es el que está admitido, y tengo que decir que me parece que cumplido por la Consejería, no así por la otra parte que comprometió a cambio unas inversiones de las que se ha desposeido a esta provincia para atender nosotros obligaciones que debía de haber realizado el Estado.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): ¿Ha terminado el Sr. Calzada?.

EL SR. CALZADA HERNANDEZ: Sí, sí, ya he dicho que no es motivo ahora.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Yo rogaría a Sus Señorías que

tratásemos los puntos que tenemos sobre la mesa y que inciden nada más en cuanto a salud mental y en cuanto al tratamiento de las toxicomanías. Si empezamos a iniciar el debate sobre la Sanidad que vamos a tener en esta Cámara yo creo que estamos anticipándonos a las acontecimientos. Por eso rogaría a Sus Señorías que se ciñesen al tema y fuéramos haciendo unos preguntas escuetas y concretas acerca de lo que queremos saber.

Por otro lado tengo que decir también a todas Sus Señorías que yo como miembro de la Comisión de Política Social y Empleo he recibido pues estos apuntes sobre Sistemas de cuidado de salud mental en Cantabria que me han mandado creo que a mi casa, y creo que todos los Diputados de esta Comisión al menos tienen que haberlo recibido. Por eso me extraña lo manifestado por el Sr. Calzada de que no tenía en su poder el programa.

EL SR. CALZADA HERNANDEZ: ...(comentarios que no se entienden). Es una mala política mandarlo al Grupo, porque claro si el Diputado no pasa por el Grupo...

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Sr. Silván tiene la palabra.

EL SR. SILVAN DELGADO: Muchas gracias, Sr. Presidente. ...(no se entiende) evidentemente sin entrar con ánimos de debatir cuestiones que son ajenas a lo que ahora aquí nos ocupa. Pero sí para hacer algunas clarificaciones sobre el tema de quien tiene obligación sobre salud mental.

Hoy siguen siendo múltiples los organismos que tienen obligaciones, no ya competencia, sino obligaciones. La Ley general de Sanidad lo que plantea sobre esto es derecho a la asistencia global ... necesita una reglamentación, bueno muchas reglamentaciones y cuando se reglamente aquello sabremos exactamente cuál va a ser el camino que va a llevar la Ley general de Sanidad en el aspecto de salud mental.

Hoy tienen competencias sobre la salud mental en primer lugar la tiene las Diputaciones y lo que de ellas derivan, en nuestro caso como una Diputación Regional que ha asumido todas las competencias que tenía la propia Diputación Provincial ... Por ejemplo, Cadiz tiene las competencias que enmarcaba la Ley de Administración Local que en ese aspecto no ha cambiado esencialmente, ... y que en estos momentos con las transferencias hemos asumido también nosotros

como Comunidad Autónoma, que son también materias en asistencia y en el campo de la salud mental. Y luego tenemos también competencias las que nos da nuestro propio Estatuto y el Decreto de transferencias. Esas transferencias, no es el apartado 12, habla sobre las competencias que tiene la Comunidad Autónoma en materia de prevención y de promoción de la salud mental, son competencias que nos da el Estatuto. Y luego tiene el INSALUD tiene competencias asistenciales a nivel de consultas neosiquiátricas y nuevamente ha dado un paso más el INSALUD de colaboración, era lógico y era obligado, y ha introducido ya la creación de unidades de salud mental.

Entonces como el INSALUD ha avanzado ya en este camino y como nosotros también queremos avanzar en ese camino, en primer lugar debemos de modificar lo nuestro, lo de la Dirección Regional, porque ... la Diputación Provincial, lo que hemos asumido con las transferencias de la ISNA y las competencias que nos da el Estatuto de Autonomía y el Decreto de transferencias en materia de Sanidad, lo unificamos y lo gestionamos. No lo tenemos unificado bajo un mismo organismo, vamos a negociar con el INSALUD para que caminemos juntos y uno dé un paso y otro dé otro pero siempre en la misma dirección. Eso pienso que es la idea del Grupo Socialista y evidentemente es la idea que ha expresado el Sr. Rodero y el Consejero. En esto pienso que estamos de acuerdo, y por eso decimos que se deben acentuar los contactos para ir a estas coordinadoras para hacer trabajos en el mismo sentido.

Evidentemente, ojalá en cada centro de atención primaria, que ya están inagurados o que se van a inagurar en este año o el año que viene, ... ya junto al equipo, médico o médico de familia o de sicólogos o de pediatras, que es la dotación clásica de un centro de atención primaria pues ir ya con él en todos ellos o en casi todos ellos según el número de enfermos porque evidentemente en un centro, es decir pues en Solórzano o en Ontoria que va a haber un centro de primaria es absurdo que esté allí un chico de atención siquiátrica, sí sera que algunos de los equipos de salud de mental x días se desplace a Ontoria y haga allí los estudios epidemiológicos de educación sanitaria, de promoción, incluso de consulta, un día o dos, cuando ellos consideren oportuno. Por ejemplo, el Dobra, que es el que hoy está funcionando, pues entre las previsiones que tiene por ejemplo para el año 86 es además de dar asistencia a lo que hoy vienen dando, del área de la zona de ... en Torrelavega quieren ir a los Corrales, es decir, un día o dos, ese es el camino que queremos todos, es decir, ojalá el INSALUD en vez de haber

quedado uno solo en Torrelavega pues tenga recursos para el año que viene crear uno en Torrelavega, otro en los Corrales y otro en Cabezón de la Sal. Y que también la Consejería de la Jefatura de Salud Mental además creo que va a hacer con el personal de AISNA en Reinosa o en Laredo.

Entonces es importante eso, que alguno vaya quedando en sitios que sean centros del mismo estilo, de la misma confección, que tengan el mismo personal, el mismo sueldo, el mismo horario y los mismos objetivos. No queremos unos enormes con 20 siquiatras, con 4 sicólogos y con unas funciones x+24, y otro haga unos centros de salud mental que sean de un sicólogo y no sé cuantos y con unas compentencias distintas. Es decir, tenemos que tener unos centros con unos equipos con las mismas funciones y actuando cada uno en el marco que se va a ir debatiendo lógicamente, y en ese caso coincidimos y estamos de acuerdo y tenemos un acuerdo importante.

En cuanto a lo demás, bueno, pues ya debatiremos, ya debatiremos con mucho gusto, porque es un tema que me apasiona y que estoy deseando, deseando de verdad, Sr. Calzada, entrar en un debate público en esta Asamblea sobre el tema de la situación sanitaria en Cantabria.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Bien, muchas gracias. Nosotros también. Vamos a ver si damos respuesta a una pregunta, a un interrogante que antes planteaba la Diputada Sra. Ruiz-Tagle, y era, me parece, que acerca de por qué estaban insertos o juntos las toxicomanías con el programa de salud mental. ¿Era así su interrogante?.

LA SRA. RUIZ-TAGLE MORALES: Sí, más o menos.

EL SR. HINOJAL GARCIA: Sr. Presidente, eso es pasarse el carro delante de los bueyes, porque no hemos hablado de toxicomanía, hemos hablado de salud mental, no se porque nos pregunta por qué va junto si no hemos dicho si va junto o separado todavía, a no ser que se lo sepa la señorita, igual si se lo sabe.

LA SRA. RUIZ-TAGLE MORALES: He visto las partidas presupuestarias de los Presupuestos de la Comunidad de Cantabria, aparece en el mismo programa salud mental y toxicomanía, y la Dirección Regional de Sanidad no la Dirección Regional de Bienestar Social, por eso es mi pregunta, porque ese viene de esa

forma en la partida presupuestaria, se comprende que el Consejo de Gobierno o el Consejero tenga ese concepto si no tendría que pasarlo a la Dirección Regional de Bienestar Social como tal programa de toxicomanía. De todas formas se puede corregir, en los presupuestos se puede corregir eso si el Consejero no está de acuerdo.

EL SR. HINOJAL GARCIA: Desde luego, es muy avispada y tiene razón...

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Bueno, entonces ahora vamos a proceder entonces a hablar sobre el segundo proyecto o plan que era el Plan Regional sobre drogas. Hacer una introducción por parte del Consejero y después que intervenga el coordinador. De acuerdo, pues tiene la palabra el Sr. Consejero, Don Félix Hinojal.

EL SR. HINOJAL GARCIA: Sí, para decir que el Plan Regional sobre drogas surge de la necesidad de dar una respuesta coordinada al grave problema que las toxicomanías ocasionan en nuestra población incidiendo con más fuerza en la población juvenil. Podemos señalar que se trata de un problema eminentemente social, cultural, económico, sanitario, etc., que todas las aproximaciones a realizar para su mejor conocimiento y terapéutico han de ser coordinados desde un solo organismo, eso es una idea fundamental. Que la respuesta frente al problema socio-sanitario que nos ocupa ha de ser en su desarrollo lo más integral posible e incidiendo en los aspectos educacional-formativo, asistencial, de protección social, y de investigación. Y para ello apuntamos la imperiosa necesidad de la creación de un equipo multidisciplinario coordinador y la apertura de dos o tres centros asistenciales a lo largo de la región desde donde ir proporcionando respuestas a lo anteriormente aludido.

El Plan Regional pretende una política de actuaciones coordinada con el Plan Nacional de Drogas para contribuir a frenar y reducir el consumo de sustancias que dañan la salud individual y colectiva que provocan procesos de marginación social, que deterioran la seguridad ciudadana y que vulneran la autonomía del individuo.

Para ello se trazan unos objetivos como son la reducción de la oferta y la demanda, oferta de una red pública de servicios, coordinación y cooperación de las Administraciones e Instituciones sociales implicadas en el problema, y

unas acciones a desarrollar dentro de la Comunidad que son unas medidas preventivas, unas medidas terapeúticas y unas medidas de recuperación y reinserción.

En orden a la prevención, decimos que la acción preventiva ha de realizarse dentro de una política integral de educación para la salud y el bienestar. Toda acción preventiva encuentra los dos factores que se situan siempre en el origen de la drogodependencia. Primero, un modelo de sociedad progresivamente consumista con dificultades para realizar una oferta subjetiva especialmente a los jóvenes. Y, en segundo lugar, la disponibilidad de la droga.

En otro orden de cosas la reducción del consumo, incidiendo en primer lugar sobre el medio escolar y juvenil, y en segundo lugar sobre el conjunto de la población a través de programas generales y acción social mediante la información y la sensabilización de la ...(no se oye). Para ello se aconseja una serie de actuaciones, una primera la de información-formación, la educación para la social, la formación del bienestar en la población juvenil, la reducción de la oferta que exige una actuación que compete a la Administración del Estado, pues acción requiere actuaciones legislativas, judiciales y policiales. El Plan Nacional de Drogas ya tiene previstas una serie de actuaciones a este nivel como son la Ley de estupefacientes y sicotropos, la agravación de las penas correspondientes al tráfico de drogas, esto está ya hecho, esta segunda parte, la investigación y embargo de los bienes de los traficantes, el aumento en la eficacia de la actuación policial, es fundamental. Y la Administración Autónoma de Cantabria elaborará, para que estas medidas puedan desarrollarse con eficacia en nuestra región.

En asistencia, al abordar el tratamiento del drogodependiente, todo indica que éste ha de ser múltiple, pues muchas son los factores que se encuentran en la génesis del toxicómano, así como en la clínica en que se desarrolla. Por ello el tratamiento ha de ser integral e integrado, dando respuestas médico-sicosociales al problema.

El modelo general de asistencia debe de estructurarse a través de los servicios comunitarios, tanto de salud como sociales, y en perfecta sintonía unos y otros.

Por último, la reinserción y la reinserción social, la prevención terciaria. Es un proceso que ha de comenzar en el momento en que el drogodependiente solicita tratamiento y muestra deseos de curarse, previendo el proceso de reinsocialización que solo circunstancias especiales se desarrollará en régimen ambulatorio.

Yo con esto lo que defino son las líneas generales que ahora propongo, lo mismo que antes, que nuestro coordinador regional pues amplía.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias, Sr. Consejero. Tiene la palabra entonces Don Jesús Camino, Coordinador del Plan Regional de Drogas.

EL SR. CAMINO LAMELAS: Bueno, en primer lugar mi agradecimiento a esta Comisión por la bienvenida que me ha dirigido a través de su Presidente y por la oportunidad de poder expresar o exponer el Plan Regional sobre Drogas.

Lo que el Sr. Consejero ha hecho ha sido marcar un poco las líneas generales de actuación. Actuación que todos conocemos y se desarrolla a los tres niveles de medidas preventivas, medidas asistenciales y medidas de reinserción y de rehabilitación.

Yo entiendo que pueda haber confunsión cuando mucha gente se pregunta qué tiene que ver salud mental con toxicomanías y bueno tiene que ver en la medida que tiene ver el tema pues todas las afectaciones de personalidad, trastornos afectivos que se desarrollan, como todos sabemos, en las conductas de muchos de los toxicómanos. Igual que hay otra serie de componentes de tipo social y que se deben de abordar como son el paro juvenil, la carencia de medios, una vida mejor estructurada, que no haya unos tiempos desocupados por parte de los jóvenes y muchos otros factores.

El equipo coordinador, que es el que yo represento, es un equipo que no está adscrito de ninguna manera a la Consejería de Sanidad o a través de la Dirección Regional de la Sanidad. Yo cuando llegué pregunté donde estaba adscrito y se me dijo que dependía directamente del Consejero de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social, cosa que, bueno, yo he podido comprobar que la mayoría de las Comunidades Autónomas, todas, dependen, a nivel de coordinador para relación con el Plan Regional sobre Drogas, todas, se puede decir casi todas, exceptuando la de Andalucía que depende de gobernación, cosa curiosa

pero ellos dependen de ahí, la mayoría de ellas dependen de la Consejería de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social. No se si habrá alguna que tenga alguna, tengo aquí anotadas todas y no creo que haya ninguna que no, lo que sí es verdad que luego los distintos servicios están estructurados de alguna manera para que las competencias de cada uno sean asumidas.

Entonces, yo voy a presentarles las medidas o las actuaciones que a los distintos niveles todos tienen que actuar y todas las instituciones tienen que colaborar. Lo que sí ocurre es que el equipo coordinador tiene la obligación de que todo eso esté en un conjunto y esté unificado. Así por ejemplo las medidas preventivas destinadas a la promoción de la salud de los individuos encaminadas a evitar y/o reducir el consumo de drogas incidiendo sobre el modo de vida de la población, con actuaciones en el medio escolar y juvenil, mediante la inclusión en los programas educativos de una información, información sobre drogodependencias con el objetivo de formar personas sanas con capacidad para seleccionar posteriormente sus fuentes de información y conocimiento, hacia el conjunto de la población mediante acciones canalizadas principalmente a través de los programas de acción social en atención a los diferentes necesidades sociales.

Es importante para ello la información y sensibilización de la comunidad en relación a sus necesidades y en la solución de las mismas. La participación de la propia comunidad en su propio desarrollo social.

Dispositivos e instrumentos para llevar a cabo este programa. Sería un equipo coordinador, unas estructuras comarcales de agentes sociales coordinados por los servicios sociales comunitarios de la Consejería de Sanidad y Trabajo y principalmente por supuesto de la Dirección Regional de Bienestar Social.

Estas estructuras comarcales de agentes sociales las remarco porque son principalmente las personas que más directamente van a abordar el problema. Hoy día está descartado que todas las campañas se realicen en los medios escolares de una manera indirecta, es decir, a través de unos profesionales que vienen de fuera a impartir una información y unos conocimientos. Tienen que ser los propios agentes que están en contacto con el alumnado o con los jóvenes los que lo transmitan, es decir, maestros, profesores, educadores de calle, animadores socio-culturales, maestros, profesores, médicos, A.T.S.

Esos dispositivos también se deben de realizar desde los centros de salud mental, la prevención. Actividades también educativas y acciones culturales que se deberían desarrollar desde la Consejería de Cultura. Programa de salud escolar que se realizaría a través de la Dirección Regional de Sanidad y de la propia Dirección Provincial de Educación y Ciencia.

Luego hay unas medidas terapeúticas destinadas a detectar lo más pronto posible la drogodependencia o la asistencia en momentos de crisis y al tratamiento de problemas derivados del consumo y abuso de drogas. Estas medidas suponen el diagnóstico y tratamiento especializado que permita un abordaje adecuado tanto de las enfermedades físicas asociadas a la drogadicción como de los problemas de carácter síquico que estas presentan.

La cobertura terapéutica comprende o ha de comprender recepción y acogida a través de los centros de salud mental del área sanitaria correspondiente. Se evaluará la situación física, psíquica, familiar y social del usuario. Se valorará la voluntariedad de la demanda así como su motivación y su consistencia, porque está comprobado que mucho esfuerzo que todos los servicios desde los familiares, sociales, o que la Comunidad ponga, si el toxicómano no va por propia voluntad es una pérdida de tiempo, de recursos y de otros jóvenes que pueden estar necesitándolo pues que estén perdiendo la oportunidad de acceder a ello.

La desintoxicación. El equipo del centro de salud mental determinará el tipo de tratamiento a seguir previo contrato terapeútico. El tratamiento se puede realizar de dos formas o bien domiciliaria, siempre que esto sea posible, o hospitalario. En este caso en el hospital del INSALUD u hospital concertado. Esto en función de que el Plan Nacional de Drogas destina tres camas por n° de habitantes, y en el caso concreto de Cantabria al tener 500.000 corresponderían a dos y media, dos algo, y por eso concederían tres camas, que habrá, con el INSALUD, habrá que gestionar a ver cómo se va a realizar o cómo se va a llevar a efecto.

Este servicio nunca podrá ser puerta de ingreso directo, siendo los centros de salud los que realizarán las indicaciones de hospitalización, a través de un previo informe médico, de un informe sicológico y un informe social.

Los centros de salud mental serán los que realicen la labor de seguimiento de los casos e incursión del afectado en un programa socio-terapeútico. Las urgencias serán a través de la red sanitaria general, se atenderán los casos de síndrome de abstinencia, urgencias somáticas y sobredosis. Las urgencias siquiátricas serán realizadas a través de los servicios correspondientes de la red de salud mental.

En cuanto a las medidas de rehabilitación y de reinserción social, destinadas a facilitar a los que han acudido o los que han accedido al abuso de las drogas, los medios más adecuados para situarlos en el mismo nivel de oportunidades que el resto de los ciudadanos y todo ello a través de la red de servicios sociales.

Se contemplan los siguientes dispositivos:

Servicios Sociales Comunitarios, a través de los cuales se posibilitarían los medios más adecuados para la solución de esta problemática en su propio contexto, familiar y social, en estrecha relación con el área sanitaria.

Programas de subvenciones para el tratamiento de toxicomanías, donde se intentará apoyar a aquellas experiencias que aporten nuevos modelos de asistencia, preferentemente de tipo urbano y los conciertos con las comunidades terapeúticas.

Coordinación con las Administraciones Locales para apoyar en su gestión iniciativas que favorezcan las reinserción y rehabilitación de toxicómanos.

Y, por último, el equipo coordinador, las funciones entre otras además de la puesta en marcha y seguimiento de este plan sería las de información y asesoramiento dirigido a los diferentes agentes sociales, que, como antes hemos indicado, pues son los maestros, los profesores, son los médicos, son los educadores de calle, los animadores socio-culturales, todos los que están en una relación directa con los jóvenes.

Educación con varios niveles de intervención, una actuación que antes ya hemos comentado, el ámbito escolar, dirigido a los educadores y maestros. Y en

el ámbito urbano a los animadores culturales, al movimiento ciudadano, a la policía municipal, a los medios de comunicación, etc.., para que estos y transmitan desde su nivel de ocupación las correspondientes acciones informativas y educativas.

Organización de Seminarios y Cursillos para la formación de profesionales más directamente relacionados con el sector, monitores de talleres, médicos, A.T.S., asistentes sociales.

Investigación sobre aquellas situaciones o características que nos puedan aportar un mayor conocimiento de la realidad sobre la que se quiere incidir, como datos epidemiológicos de la población, zonas de mayor incidencia de consumo, actitudes de la población, grupos de alto riesgo, etc.

Y por último, evaluación tanto de los programas y actuaciones como de los objetivos planteados para conocer la validez y la operatividad del trabajo realizado. Y en esto yo quisiera, por último, las instituciones que han de implicarse dotando ecoconómicamente todos los distintos programas, siendo hoy día los de reinserción probablemente los más necesitados, pero sin olvidar el de asistente social.

Yo, al margen de estas anotaciones, me permitiría hacer una observación en el sentido que, bueno, las toxicomanías tal vez es un problema que le tenemos ahí, un problema muy candente pero que se ha desmesurado, se está mitologizando yo creo el tema, la gente se está alarmando, mucha gente se preocupa principalmente, y es triste, lo digo así, porque crean un problema de inseguridad ciudadana, es verdad, es real, y el que lo sufre lo padece y lo tiene ahí, pero incluso para mí, desde un punto de vista de un abordaje serio, el problema está que tenemos una serie de enfermos, de personas que están afectadas y tenemos que dar una respuesta a esas personas, y la respuesta por supuesto es socio-sanitaria, pero que hay que atenderlos aunque estas personas no crean un problema de inseguridad ciudadana o de alteración de orden público, son pacientes necesitados de una atención, y para mí estoy convencido que ha de ser una atención desde el área sanitaria que la debe de asumir como un programa especial o específico los centros de salud mental, cuidado, se ha reivindicado previamente, y en la Ley de la Reforma Siquiátrica lo indica, programa prioritario de actuación, son programas que están dentro, son programas específicos que pueden tener su propia independencia, pero siempre

dentro de la estructura porque lo que no podemos caer es en la tentación de crear redes paralelas y con el tema de la toxicomanía podía pasar y se está apuntando ya como con el tema de la colza que se creen cosas especiales, equipos sí muy, muy, que podían a lo mejor, en un principio, ser como ser muy llamativos, muy de primera línea, pero que luego la realidad a lo mejor impone otros criterios. Probablemente, de hecho aquí mismo, en la Cruz Roja está llevando ahora junto con el Ayuntamiento, es el único punto de referencia o de asistencia, y el índice de personas que están acudiendo a recibir asistencia desde un punto de vista asistencial, en este momento creo que están recibiendo asistencia 25 personas, en el sentido que la reciben, otra cosa es que los medios que ellos carecen también es verdad que son muy escasos pero son 25 los que lo tienen, o sea que no nos vayamos a encontrar con que abrimos unidades en Laredo, o abrimos unidades en Torrelavega, específicas, con equipos específicos, con toda una dotación de locales específicos y luego nos encontremos que a lo mejor no podemos atenderlo.

Yo pienso que como una entrada seria y firme a un plan regional que hasta ahora no se había hecho ni se había realizado nada en Cantabria, ésta podía ser una introducción si en su día se demuestra que la demanda es mucho más grande que nos desborda todo y que hay que todavía que hacer lo más específico y hay medios y recursos para poder hacerlo pues entonces los aprovecharemos y los exigiremos, y si se nos pueden conceder pues estupendo para la sociedad y para los afectados, que yo pienso que muchas veces se nos olvida.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias, Sr. Camino. Vamos ahora a proceder al turno de pregunta que quieran realizar los Grupos Parlamentarios de esta Comisión.

El Grupo Parlamentario Socialista quiere intervenir. La Diputada Sra. Ruiz-Tagle tiene la palabra.

LA SRA. RUIZ-TAGLE MORALES: Bueno, ... que nos ha dado el coordinador del Plan Regional de Drogas, pero quizás lo que si hace falta a este Plan Regional es ... sino el aspecto de enlace de este Plan Regional con el Plan Nacional Droga. Quiere decir, que me parece que la exposición quizás no es usted precisamente el que tiene que exponerlo, sino que es el Sr. Consejero mejor el

que tiene que exponerlo, el enganche del Plan Regional de Droga con el Plan Nacional de la Droga.

Me parece importante el concepto que antes se ha dicho aquí sobre el tema de toxicomanía, porque yo o he entendido mal o he querido entender que el Sr. Coordinador ha dicho que efectivamente la asistencia a estos toxicómanos puede venir de los centros de salud mental. Pero eso es una parte de la asistencia sanitaria de estos drogadictos, pero el tema de la toxicomanía mayoritariamente es un tema de Bienestar Social, porque se ha dirigido muchas veces hablando de agentes sociales, servicios comunitarios sociales, servicios sociales ..., y esto en Cantabria los servicios sociales comunitarios es como hablar del sexo de los angeles, porque eso en ningún Ayuntamiento existe, en esta región tampoco existe. Quiere decir, que me parece bien que no se hagan redes paralelas, estamos de acuerdo como el tema que se ha puesto anteriormente aquí sobre salud mental, que deben ser los mismos centros asistenciales, centros de salud el que dé asistencia sanitaria a estos drogadictos.

Pero hay un tema importante en el Plan Regional de la Droga, que es el tema de la prevención que para mí creo que es muy importante y el tema de la reinserción social. Es otro tema que nosotros vemos falto y es qué hacemos con nuestros drogadictos que son crónicos, que sabemos que en el 95% de los casos no se van a curar sino que van a tener fases buenas o fases agudas que habría que ingresarles en algún momento determinado, que estén yéndose a otras Comunidades, a otros hospitales, a otros sitios fuera de nuestra región y que está costando mucho dinero a esos padres de familia que en ocasiones tienen ese dinero, pero en otras ocasiones no lo tienen.

¿Qué prestaciones vamos a hacer a estas comunidades de toxicómanos?, porque sabemos que la mayoría, el 95% no va a hacer una reinserción social, porque sabemos que mayormente fracasan, es una realidad. Entonces, yo creo que eso es una parte que el Plan de toxicomanía se tiene que plantear.

Hay otro tema que también nos preocupa y es el tema de las comunidades terapeúticas, asociaciones que ayudan al toxicómano, que en algún momento han estado cubriendo una parte asistencial que quizás la Administración Pública no ha cubierto, pero que desde luego en muchas ocasiones encubren pues me parece que una manipulación del propio drogadicto, y hay que decirlo claramente, para

que esas personas no salgan nunca de esa marginación de la que tienen, porque son mucho más domables que si no fueran drogadictos.

A mi me parece que esas comunidades terapeúticas había que la Comunidad Autónoma tiene que vigilar o prevenir o controlar, mejor dicho, la gestión y cómo se están dando esos tratamientos, si en algún se quiere hacer algún convenio con esa comunidad terapeútica, la cual nosotros no decimos que hay que anularlas sino que hay que controlar esos convenios porque, efectivamente, lo que ha dicho el Coordinador es que llegan los drogadictos, llega una serie de cosas alrededor del drogadicto y entonces me parece que están manipulando demasiado al drogradicto y a las personas que están alrededor del drogadicto.

Y con eso quiero decir que la Comunidad Autónoma tiene que saber qué convenio y con qué comunidad terapeútica está haciendo, a quien se está ayudando y qué control va a haber sobre esas ayudas. Porque eso es muy importante para que el drogadicto salga de su situación.

Hay un tema también que es el tema de la prevención, que me parece que en este momento, y si es poco dinero se deberían dirigir todos los esfuerzos. En la prevención creo que es importante, como ha dicho el Coordinador, la educación para la salud, creemos que los jóvenes son mucho más sensibles a la educación para la salud de su, que están afectando su salud más que otro tipo de moralinas que se utilizan muchas veces en este sentido.

A través de los maestros o animadores o plantilla profesional en este tema habría que intentar llegar a los colegios, institutos, porque sabemos a partir de los 12 años cada vez es mayor el aumento de drogadicción en los jóvenes.

Nos preocupa también, por ejemplo, un último estudio que ha habido en Torrelavega, la cantidad de drogadicción, y con esto me refiero a las drogas legales y las drogas ilegales, porque no se puede olvidar nunca que el alcohol y el tabaco producen mucho más muertes que pueden producir a lo mejor otra clase de drogas. Me parece que es importante que se haga un trabajo en el sentido de prevenir el tema del tabaco y el alcohol en la Comunidad, porque Cantabria, yo no tengo datos exactamente pero sé que es una de las regiones de alcoholismo bastante importante, y creemos que debería de atacarse ese problema de raíz.

Hay un tema importante que nos preocupa que es la publicidad. La oferta, la restricción de la oferta, podíamos decir de alguna forma, de las drogas es importante y en eso sí que podemos, la Comunidad Autónoma puede hacer mucha labor, porque si la publicidad del tabaco y el alcohol no se relaciona en el tema socio-cultural y deporte, que parece ser que es una persona más brillante el que fuma, y ese tipo de publicidad podemos quizás a través de los Ayuntamientos prevenir en los colegios, había ultimamente en un colegio que sabían el tabaco y el alcohol, era lo primero que sabían los niños del colegio, eran lo que veían, me parece que eso sí la Comunidad Autónoma puede hacer campañas continuadas y preventidas en este sentido.

Yo diría también que lo que se habla aquí de la hospitalización de los drogadictos, yo no se que opinará el Sr. Coordinador, nos parece que la hospitalización del drogadicto es una hospitalización de tres camas pero que debe estar incluido en un servicio de medicina interna, es unas camas especiales dentro de un hospital pero que no es un hospital siquiátrico en absoluto, sino unas camas para drogadictos pero que no tienen que ser precisamente de atención siquiátrica, no se si él es más técnico en esto que yo, pero vamos la opinión que yo pueda tener es de este tipo y sí que me importaría mucho que me dijera si se va a trabajar con las asociaciones de drogadicto o las asociaciones de padres de drogadictos, porque ellos están muy interesados en que se cuente con ellos para los temas del Plan Regional de la Droga, y pueden ayudarnos mucho en la evaluación de este programa.

Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias. Sr. Martín Silván.

EL SR. SILVAN DELGADO: Unas pocas preguntas más, vamos, abusando de la presencia del Dr. Camino entre nosotros, pero para tratar de conseguir una mayor concreción. Porque quizás concreción es lo que ha faltado, es decir, el año 86 ¿qué vamos a hacer?. Tenemos unos 30 millones acumulados en el Plan de Drogas, del presupuesto del 84, 85 , más lo del 86, y yo sí quisiera saber exactamente cómo vamos a gastar ese dinero.

En primer lugar quiero saber el coordinador ¿con qué equipo cuenta?, ¿quién configura el equipo que va a trabajar con el Dr. Camino?, ¿qué criterios se tienen para configurar ese equipo?, ¿qué criterios se tienen para dar esas plazas de ese equipo?.

En segundo lugar, me interesaría también conocer exactamente en dónde piensan ubicar los centros asistenciales y cuántos centros asistenciales, si van a ser uno o dos, eso quizás coincido con él de que no hay que magnificar el problema, de que cuántos centros asistenciales se van a abrir en este año, en el año 86.

Y también me interesaría que me facilitase información si se va a hacer algún estudio epidemiológico o si existe algún estudio epidemiológico sobre la situación de las drogas en Cantabria, para saber cuantificar evidentemente en base a la realidad que nos dé el estudio epidemeológico podemos prever la cantidad de recursos que vamos a necesitar. Evidentemente, si en Laredo, no se puede poner un centro si no sabemos qué pasa en Laredo. Por eso considero que es importante, nosotros siempre hemos abogado, y empezó haciendo un estudio epidemiológico el equipo de coordinación de ..., pues empezaron trabajando en ese sentido. Si se prevé un estudio epidemiológico sobre la situación de la droga, como otro pregunta, en ese sentido, sería, bueno esto más que una pregunta un comentario, y que una opinión que ... un poco lo que antes decía mi compañera en el tema de las toxicomanías.

Y el alcohol. Para nosotros, el Grupo Socialista, consideramos que el alcohol es la principal toxicomanía de la sociedad cántabra. Soy especialista en gestivo y sufro evidentemente las consecuencias del alcoholismo a nivel de cirróticos y pancreatitis crónicas, en cuanto a lo orgánico.

Yo pienso que es uno de los acentos ? que si se comtempla el plan de lucha contra la droga acciones dirigidas a la cuestión del alcohol. Y nosotros consideramos una prioridad fundamental dentro de ese plan. No se puede olvidar que el alcoholismo es hoy, con datos objetivos y demostrables, los que están más afectos por las drogas, y droga es aquello que altera las normas de conducta, como la altera el alcohol.

Muchas gracias, Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias, Sr. Silván. El Sr. Fernández Enriquez tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular.

EL SR. FERNANDEZ ENRIQUEZ: Sería un atrevimiento, un atrevimiento por mi

parte hacer aquí la crítica o el panegírico a la exposición que aquí se acaba de hacer y que felicito, y felicito especialmente a todos los que estamos por cuanto que aprecio un alto espíritu de solución de este problema que todos consideramos.

Para quienes de alguna forma sufrimos esta plaga de la drogadicción quisiera que lo que aquí estamos tratando de aplicar al futuro no fuese un canto celestial, sino que fuese una realidad, que todos nos pongamos de acuerdo en la mejor manera de hallar una solución a estos graves problemas, especialmente el de la juventud.

Estoy de acuerdo con que el alcohol y el tabaco son drogas que de alguna forma, numéricamente, a la sociedad la dominan, pero la defensa de la juventud con la drogadicción es auténticamente grave especialmente porque están en esa edad de indefensión y de falta de elección y de comprensión, del daño en el que entran, mientras que el tabaco y el alcohol es algo que tiene una más fácil reinserción y recuperación por decisión personal. Aunque qué duda cabe que hay que atacarlo todo.

Estoy de acuerdo con que sea un solo organismo el que trate de hallar la fórmula de aplicar a la sociedad, estoy de acuerdo en que los centros escolares tienen indudablemente una gran tarea que hacer, especialmente los maestros. Esas aulas de corta edad en las que fuma el profesor y los chicos y los alumnos fuman, eso indudablemente no es nada educativo. Esos bares donde se expenden alcohol en los centros de enseñanza media, no es nada formativo. Los maestros, los profesores que debieran de, y lo hacen algunos, por qué no, dedicar un mayor espacio a la enseñanza de este gran peligro que hay para nuestra juventud. Creo que esto es algo que debemos, debemos de dotarlo, estoy completamente de acuerdo, de los presupuestos precisos, de la organización precisa, para hallar la solución a este grave problema, de manera que no tengamos, a la vuelta de los años, que escuchar esto que se ha dicho antes con la siquiatría, que ha estado históricamente marginada, porque esto que hablamos aquí ahora se puede decir casi en el inicio del enfrentamiento con este grave problema, pudiera con el tiempo seguir durando, seguir enfermándose, seguir aumentando y no servir de nada lo que hacemos.

Solamente esto, porque en realidad creo que estamos todos de acuerdo en que este es un tema grave que debe de ser atacado con fuerza por el Gobierno Regional, por todos los estamentos de la región. Muchas gracias..

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias, Sr. Fernández Enriquez. Entonces, si les parece vamos a, por parte del coordinador, dar respuesta a estas preguntas que planteaba el Diputado Sr. Silván. Si el coordinador no ha tomado nota de ella yo he ido tomando nota y si quiere se las apunto. Creo que la primera es ¿con qué equipo cuenta el coordinador?. La segunda ¿dónde piensa ubicar los centros asistenciales en cuanto al año 86 concretamente?. ¿Se va a hacer un estudio epidemiológico y cuantificación de los drogadictos?. Y la cuarta es: la grave preocupación que tiene el Grupo Parlamentario Socialista en cuanto al tabaco y el alcoholismo que consideran esto como la principal droga que tenemos en Cantabria. Yo creo que estas eran, Sr. Silván, las preguntas que usted planteaba, ¿no es así?.

EL SR. SILVAN DELGADO: Sí, con un matíz, que el tabaco no creemos que es una droga, es una sustancia tóxica, pero no es una droga, no crea dependencia ni trastorna la conducta, evidentemente, el alcohol sí. Es un hábito, digamos, insano, pero no droga.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Yo he leído que en el Reino Unido un último estudio que han hecho y preveían que iban a morir de cáncer producido por el tabaco unas 100.000 personas en el año 86.

EL SR. SILVAN DELGADO: Sí, sí,....

LA SRA. RUIZ-TAGLE MORALES: Yo quisiera que me contestara también qué se va a hacer con los crónicos, los crónicos que ya va a ser muy difícil su recuperación pero que en algún momento hay que internarles, tienen momentos malos y eso hay que darle una solución también claro.

EL SR. CAMINO LAMELAS: En primer lugar, dar una serie de respuestas a las preguntas que ha formulado también Doña María Angeles Ruiz-Tagle, que yo también tengo aquí, y entonces voy a exponerlas.

Tal vez debido a una exposición que quise hacer tan breve, tan breve, pues me he dejado montones de cosas en el tintero o aquí en el trabajo que yo tenía ya realizado, pero pensé que si lo leía todo pues podía ser demasiado exhaustivo y no quería tampoco cansar con ello.

Pero, haciendo referencia a una de las preguntas de las comunidades terapeúticas que apuntaba cómo se va a controlar, por supuesto yo esto lo tengo recogido en cuanto a que existen circunstancias en las que el equipo técnico, siempre que el equipo técnico considere que el toxicómano no es subsidiario de un tratamiento ambulatorio y que la respuesta para lograr la resocialización está en una comunidad terapeútica. Serían sujetos con una adicción... de larga duración, dosis elevada y con unas características sociofamiliares que hacen inviables el proceso de resocialización en la comunidad a la que pertenece.

Algunos casos de politoxicomanía también les quería indicar. Por ellos se establecerán conciertos con comunidades terapeúticas. El equipo técnico recibirá información puntual de cada uno de los toxicómanos y planificará con los responsables de la comunidad terapeútica la acogida, la duración de su estancia así como el momento de retorno. Es decir, en eso tenemos muy claro que lo que no podemos convertir es que, bueno, que les demos unas vacaciones pagadas, dicho a lo mejor en tono un poco peyorativo, pero puede ocurrir que muchas veces por no haber hecho un estudio serio desde el principio, hemos mandado a jóvenes, como yo he recibido en más de una ocasión hasta procedentes de Canarias, que al día siguiente por la mañana se han vuelto a marchar. Entonces, hay que hacer un estudio muy serio, y luego los que se quedan hay el problema que puede ser, como en algunos tipos de comunidades en plan patriarca, que si hay que elogiar algo es que cuando no había nada estaban ellos, por supuesto que ahora han cambiado mucho las cosas, no pueden vivir tampoco de las rentas, se tienen que reactualizar, pero yo pienso que siempre que me hablan mal yo no tengo nada que ver con ellos, pero sin embargo hago esa defensa de que cuando no había nadie ellos dieron por lo menos una respuesta.

Entonces, son comunidades más bien que irían encaminadas un poco a este tipo de personas crónicas, es decir, que aceptarían ellos mismos un internamiento en un tipo de vida comunitaria muy exigente y con unas medidas restrictivas muy serias, pero que hay personalidades que fácilmente lo podrían aceptar, otras muchas no lo aceptarían. Con el resto de ellos ocurriría pues como puede ocurrir un poco con los hospitales siquiátricos que ha podido ocurrir, lo de las puertas giratorias, que entran, salen, entran y salen, cuando están bien, están bien, y cuando están mal vuelven a reingresar. Eso es

triste pero sería así. También los diabéticos tienen que estar poniéndose insulina cada equis tiempo, los enfermos con procesos bronquiales crónicos tienen que estar acudiendo cada dos por tres al médico, pero, bueno, eso pienso que desde los equipos, por eso los equipos sanitarios tienen tanta importancia, como la tienen los equipos de bienestar social.

En cuanto al equipo del que dispone el coordinador, en este momento se compone de un asistente social que procede de Bienestar Social, persona que ya llevaba trabajando con el equipo, bueno, no con el equipo, con los servicios de Bienestar Social, meses y conocía bastante bien la problemática de las toxicomanías aquí en Cantabria, mi propia persona y estamos a la espera de poder contratar a un auxiliar administrativo para que nos ayude en todas estas tareas. Por supuesto que desde el punto nuestro de vista esto para empezar es lo mínimo, es de desear que se amplíe mucho más porque tendremos que ir asumiendo con el tiempo muchas más funciones. Yo me he planteado que este primer tiempo que tenemos es un primer tiempo de puesta en marcha de algo, por eso cuando se habla, por ejemplo, qué estudios epidemiológicos podríamos hacer, yo digo ahora ninguno, tristemente ninguno, y todos dirían pero bueno si lo primero que hay que hacer es un estudio epidemiológico. Pues sí, también es verdad, pero bueno tenemos una serie de parámetros que nos pueden indicar que hay una mayor incidencia en Torrelavega, una mayor incidencia, bueno, hablamos lo de siempre, las áreas, que además como inciden con el área sanitario, con el mapa sanitario, que es Laredo, Torrelavega y son Santander.

Por supuesto, que hablas y te dicen que en Castro hay mucho, en Santoña hay mucho, en Cabezón me han dicho que hay mucho, que se conocen zonas, núcleos donde se está distribuyendo de una manera descarada, o sea, hay sitios puntuales donde todo el mundo sabe y lo conoce.

Entonces, nosotros no podemos magnificar el tema que sería, de momento, Torrelavega, Laredo y Santander donde se realizarían estos, se llevaría a efecto. Y quisiéramos aprovechar los recursos de salud mental para que ellos realicen estas tareas, es por eso desde mi planteamiento, como yo lo considero y como creo que se debe de hacer, porque aprovecharíamos esos recursos.

Es decir, esas personas que están trabajando dedicarían parte de su actividad, parte de su trabajo, a desarrollar esa asistencia, igual que les llega un depresivo les puede llegar un toxicómano con un problema, o puede

llegarle una familia, y eso lo abordará todo el equipo, pues desde el sicólogo, el asistente social y el médico, porque queremos que sean equipos multidisciplinarios que aborden el tema. Por eso yo cuando hablo de, sobre todo de la parte asistencial-sanitaria lo considero importante que esté ahí, como cuidado, como en los centros de atención primaria, porque los centros de salud dentro de sus campañas de prevención tendrán que dar formación a su vez a los médicos de APD, a los médicos de cabecera para que ellos mismos sean los primeros detectores y los primeros informadores y los primeros que, incluso que luego en su día lleven a efecto un seguimiento, es decir un paciente que viene de una comunidad terapeútica o que ha estado sometido a un tratamiento específico en Torrelavega, pero que sin embargo es de un pueblo lejano o no lejano, pero del área de Torrelavega pero que está más allá de Corrales, Las Fraguas, o incluso pues pueblos más, pero que el médico está ahí, o en Potes. Bueno, pues ese médico puede abordar, puede dar respuesta, pero claro para ello tendríamos que formarles.

Entonces, todo es una tarea que, claro, si empezamos a hacer un programa magnífico podemos decir cosas muy grandes y muy bonitas de ellas, pero yo quiero partir de lo poco que tenemos, incluso de los pocos medios pero que si somos capaces de ilusionar y entusiasmar a médicos y asistentes sociales que ya están en los centros asistenciales primarios, ellos mismos tienen que generar la.., ¿qué relación tiene con la..?, perdonad si salto de un tema a otro pero es contestando un poco a todo ello, ¿con el plan nacional?, total y absoluta. Es que por mi parte y el equipo coordinador y la Consejería al mismo tiempo es un acuerdo total y absoluto, la prueba es que nosotros estamos en permanente contacto con los responsables de Madrid a nivel del Plan nacional de drogas, hemos elaborado una serie de programas desde los distintos Ayuntamientos, en concreto, además de los tres de Santoña, Laredo, Torrelavega, se han incluido Camargo, bueno he dicho ya Santoña, me refería a Laredo, Camargo y Santoña, puesto que ellos disponían también de un equipo de asistentes sociales que la Comunidad Autónoma tiene allí realizando unas tareas de servicios sociales, que ellos pueden ser también vehículos de estos programas de información y orientación.

Hay otra serie de programas que son además de asistencia y de reinserción, a través de medidas o ayudas, por ejemplo los talleres ocupacionales, potenciar los que hay, sobre todo lo que hay, porque si se puedieran crear más cosas lo crearíamos, pero, cuidado, no lo crearíamos como algo específico de

toxicomanías, porque también en contra de eso se está. Se trataría de hacer talleres de reinserción donde podría haber incluso a lo mejor algún tipo de deficientes síquico, muy concreto, habría otro tipo de personas que no son toxicómanos pero son marginales, como ocurre en el caso de Laredo, que hay un taller funcionando ya, que cada vez va a más, en chicos no escolarizados, entre los 14 y los 16 años, como está ocurriendo en Torrelavega, en la Casa de los Muchachos, que habrá que potenciarlo. ¿Por qué?, porque son talleres que sin ser toxicómanos hay un alto índice de marginalidad y, por lo tanto, es población de alto riesgo. Hay estamos ya haciendo la prevención.

Yo entiendo que toda esta explicación es muy genérica, pero que por lo menos desde la coordinación hay la voluntad de que ninguno de estos pequeños esquemas se escape, porque somos sensibles a ello a todos los niveles, como profesionales y por la obligación que tenemos para llevar el tema, pero también como persona que soy vinculada a la psiquiatría podríamos decir es que nada más tienes una concepción. No, no, yo no psiquiatrizo el problema, yo veo el problema desde un área mucho más amplia, y si la psiquiatría la estamos haciendo comunitaria y no se me puede escapar a mí tampoco todos los ingredientes que conlleva la toxicomanía.

Por último, y tristemente, bueno, habrá más temas que se me escapan, me haceis el favor de recordarlo, pero mientras no se ataje de una manera radical el tráfico, que es la única manera de disminución de la oferta, no tenemos nada que hacer. Las cifras últimas que se han dado en un congreso que ha habido recientemente en Madrid son de trescientos mil millones de dólares en todo el mundo los que se movilizaron el año pasado, cuarenta veces el presupuesto nacional del Estado.

Entonces, ¿con qué medios nos encontramos nosotros para luchar con ellos?. Realmente es muy pequeño, realmente los medios de represión, que es competencia del Gobierno Central, que las está dando, las ha dado ya, incluso está inviertiendo cantidades para potenciar y mejorar todos los servicios policiales y de detención, pero sin ello tampoco podríamos hacer realmente una política seria a nivel regional, con lo que conlleva las áreas de Laredo, sobre todo el área marítima, como entrada de droga, a través de las embarcaciones deportivas, que son las que mayormente traen el suministro.

El alcohol por supuesto que tiene una incidencia tremenda, hasta el punto que también yo en uno ... es que a lo mejor voy saltando y mezclo...

EL SR. HINOJAL GARCIA: Del alcohol estaba hablando que precisamente las estadisticas que yo tengo sobre el alcohol tiene el mismo número de adeptos en España que todo el resto de cocaina, heroina, anfetaminas, inhalables, cannabis. Todos estos juntos suman lo que solo hace el alcohol.

El tema del alcoholismo es un tema tan grave como el tema de la drogadicción de la heroina.

EL SR. CAMINO LAMELAS: Lo que ocurre es, y perdonarme, es que como no me ha dado tiempo ya os daré ... y eso que esto es también un resumen de lo que yo creo que debe de ser.

Recordemos también el efecto multiplicador de riesgo que el hachis y el alcohol tienen para el consumidor de otras drogas, sin entrar en valoraciones de orden médico. Perdonar si no me he extendido puntualmente, pero creí que a lo mejor me iba a ir demasiado lejos.

Sin entrar en demagogia quería indicar que el alcohol, cuando se habla de la peligrosidad social de la droga, es muy serio que a una persona le atraquen una farmacia, que le roben un bolso, pero el treinta por ciento de los accidentes de tráfico se producen bajo los efectos del alcohol. Si eso no es peligrosidad social, dado desde un punto de vista técnico, entonces no quiero entrar en la demagogia con el alcohol, pero quiero que sea tenido en cuenta.

Por otro lado hoy dia está funcionando, y creo que funciona muy bien el servicio de, además es curioso, lo digo un poco por toxicomanía, dentro de psiquiatría la unidad de toxicomanía, que ellos se verian encantados de que les liberaramos de ese volumen de gente que tienen, y ellos que entraban en un pequeño contacto preconizaban que si en algún momento se abrieran estas unidades asistenciales, dentro del esquema que quisiéramos, pero que hubiera algo, pues que tanto Torrelavega como Laredo recogieran, dentro de su área de influencia, todo alquel alcoholico que fuera tributario de este tipo de asistencia.

Volvemos a lo de antes. Se habla de heroina, pero se habla porque ha sido el boom social que más ha preocupado a la gente, pero tendríamos mucho que hablar, lo que ocurre es que la gente tiene más asimilado socialmente el

problema del alcohol y del tabaco. No es por entrar tampoco en discusión, pero la clasificación nuestra ... (no se entiende) la incluye como tal.

El otro señor Diputado manifestaba, por supuesto dentro de los centros, habría que incidir que en los institutos y algunos colegios que tienen bar dentro del propio establecimiento cultural, que tengan cervezas o tabaco eso debia estar totalmente prohibido, pero prohibido y explicado. No prohibir, llegar un dia y de repente se encuentren sin cerveza, habría que hacerlo muy serio, sería muy demagógico llegar y ponerse todos de acuerdo en que cerrábamos, pero cerramos los mayores, por decirlo de alguna manera. Los jóvenes lo verían como un atentado y habria que explicarlo no un dia ni dos, y tendría que ser el propio profesorado del centro el que llevase a cabo esa campaña de decir no hay alcohol en este establecimiento.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): El Sr. Rodero quería intervenir.

EL SR. RODERO: Yo estaba un poco al hilo de lo que estaba diciendo el Dr. Camino. Es que a mí me tocó se protagonista de la creación del Plan Nacional de Drogas, y con esta ocasión tuve que ir a Madrid más de catorce veces.

Es un poco para disipar fantasias y para establecer las cosas desde mi perspectiva y en justos términos, y poder cuestionar aspectos sobre cuestiones más recortadas.

Se plantearon problemas plurales y heterogéneos, porque no en vano la droga tiene una relación tan variopinta con todos los factores que serían innumerables. Uno de los aspectos que se tocó es el de coordinar, este es fundamental, conlleva el que hagamos toxicómanos, conlleva el vivan muchos de los toxicómanos. Uno de los criterios fundamentales es cómo coordinamos todo, cómo hacemos que confluyan todos los intereses, que hay muchos, desde el campo jurídico, legal, sanitario-social, sanitario-general, psiquiátrico, psicológico, etc. Entonces es cuando se elaboró el criterio de coordinador del Estado, se elaboró el criterio de los coordinadores regionales en el que de alguna forma van a concluir todas las tomas de decisiones, y van a pasar por ahí todas las fuerzas de todos los organismos que tienen algo que ver, que son muchos, por no decir todos.

¿De quién dependen?. Esa es otra cuestión que se plantea hoy en la mesa y

donde estamos una o dos personas de cada autonomía, incluso fueron de algunas autonomías consejeros, algunos secretarios técnicos, bueno, dependen de quien depende donde tenga la capacidad de gestionar más fácilmente.

Lo que si es cierto es que debe de estar afín a las redes de protección social, por una parte, y a la red de sanidad por otra. Aquí coincidia que estaban las dos redes en la misma Consejería.

Es un tema que ha tenido su discusión en su momento, pero creo que hay un criterio genérico admitico, y es que cómo podemos hacer que confluyan todos los intereses y cómo podemos hacer que gestione esos intereses y los ponga al servicio de la sociedad. Nosotros creò que lo resolvimos realmente bien.

Alternativas asistenciales. Si de alguna forma la ... (no se entiende) es plural, es plural también la sintomatología. ¿Cómo vive el toxicómano su enfermedad?. De múltiples formas, de casi infinitas formas, haciendose delictivo, violentador, etc.

Llegamos a una conclusión, y la conclusión es que de alguna forma como estábamos haciendo la reforma psiquiátrica de forma simultánea habia una cierta conexión en un punto. Si nosotros pudiéramos resumir la expresión sintomatológica del toxicómano o la respuesta a la forma de medrar del toxicómano, en un terreno preventivo y asistencial, genéricamente hablando, desde la hepatitis a la alteración de la afectividad o a la depresión. Lo que sí era muy cierto es que de alguna forma la reforma psiquiátrica y el Plan Nacional de Drogas coincidian en un punto muy groseramente, en el Plan Asistencial.

Es decir, si yo para responder sanitariamente hablando necesito un equipo multidisciplinario, y para exponer el campo de la salud mental también necesito un equipo multidisciplinario, bueno, pues que sea este equipo multidisciplinario el que responda de forma homogénea lo mismo a la depresión que a la psicosis o a la alteración de la conducta del toxicómano.

Asi, yo no sé, supongo que tengan la Guia para la elaboración de programas de salud mental en la atención primaria de la salud, editada por el Ministerio, viene recogido problemas de salud mental más relevantes, por ejemplo. Problemas de salud mental más relevantes en la población, problemas

de salud mental, psiquiátricos. Por ejemplo, los escolares si tienen dieciocho problemas, por ejemplo fracaso escolar, el quinto problemas sería alcohol y drogas. De adultos, dice el primero sería transtornos emocionales, el segundo psicosis, el tercero enfermedades depresivas, el cuarto hábitos tóxicos. En el anciano incluso hay hábitos tóxicos.

Hay otra cosa para redondear esa faceta coincidente de ese tipo de salud mental de la respuesta al toxicómano. En el informe de la Comisión mixta para la reforma psiquiátrica, que también la conocen, en un página se habla de programas prioritarios sobre problemas específicos. Yo, si quereis, os leo un poco por situarlo, habla de la definición y características generales del tipo de programas: entendemos por programa específico de actuación al conjunto de acciones sanitarias dirigidas a cumplir un objetivo bien diferenciado, y que puede implicar a profesionales dependientes de instituciones diversas. Estos programas no deben dar lugar a la creación de centros y recursos asistenciales especiales o monográficos, y deberán actuar con independencia de la programación para la salud mental, evitandose así la creación de redes paralelas. Contemplarán en su diseño de forma diferenciada los aspectos asistenciales sanitarios, específicamente psiquiátricos, y los pertenecientes al campo general de la salud.

Habla más cosas de programas transitorios, estos son programas prioritarios. Hay dos tipos de programas, los transitorios y los programas prioritarios de carácter permanente. Dentro de los programas prioritarios de carácter permanente, consideramos en este apartado aquellos programas que por su propia naturaleza, infancia, adolescencia, vejez y enfermos mentales penados, por su incidencia e importancia socio-sanitaria creciente con perspectivas de larga duración, aún cuando actualmente revistan perfiles epidémicos o por alta prevalencia en determinadas áreas territoriales, precisan de soluciones a través de programas específicos y continuados.

Habla de prioritarios la salud mental infanto-juvenil, que no leo; la salud mental de la vejez y la drogodependencias, que es muy poco y lo leo. La drogodependencia, dice el documento para la reforma psiquiátrica en el aspecto asistencial, se trata de una problemática socio-sanitaria donde conflueyn transtornos ya conocidos como el alcoholismo y la dependencia de fármacos en continuo crecimiento, junto con otras alteraciones más recientes como es el consumo de estupefacientes. El problema de la drogodependencia abarca a casi

todos los grupos de población, y se caracteriza por presentar repercusiones cívicas y sociales junto a complicaciones somáticas sobreañadidas. La gravedad de este problema exige el desarrollo de un plan en el que se especifique los aspectos sanitarios médico-psiquiátricos, a considerar dentro de los programas de información, educación sanitaria, información, prevención precoz, tratamiento, dentro y desde los equipos de salud.

Es un poco hablando de la interconexión, en un aspecto concreto, de un plan y de otro.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias, Dr. Rodero.

El Diputado Sr. Silván tiene la palabra.

EL SR. SILVAN DELGADO: Señor Presidente: Hay un tema de los que ha expuesto el Dr. Camino que realmente yo le veo difícil de realizar, en base al personal que hoy existe en España cualificado. Es, por ejemplo, quién elabora un buen programa de salud escolar dirigido contra la droga. Va a ser difícil encontrar personal, lo va tener difícil el Dr. Rodero para tener personal que le ayude en el programa de planificación de gestión de la salud mental, porque es que hoy no tenemos este tipo de profesionales en España, y quizás haya que pensar desde la Consejería el prever la formación de esos programadores de educación escolar en el área de las drogas. Pienso que es un punto a tener en cuenta.

En otro sitios, bueno, la experiencia Pompidú, que creo es una de las más importantes en Europa, quizás haya que mandar gente desde el equipo de coordinación, para los que van a planificar y realizar los estudios de gestión, evidentemente no son los psiquiátricas clásicos o el médico de familia, hay que buscar personas y formarlas en ese sentido. Es una idea que quiero exponer ante esta Comisión.

Luego hay otro tema que es que el equipo de coordinación no debe limitarse a estas tareas que se han expuesto. Pienso que en las tareas de prevención, y me refiero a las relaciones con la policia. Pienso que es muy importante una buena relación y una buena información de la actitud que debe de tener la policia cara al drogadicto, me refiero tanto a la policia estatal como a las Policias Municipales, que han de jugar un papel importante, dado el profundo

conocimiento que tiene la Policia Municipal del medio en el que desarrolla su actividad tanto el drogadicto como el señor que vende la mercancia. Pienso que es un aspecto que se debe de tener en cuenta en el Plan de Toxicomanías en el sentido más amplio.

Otro tema que también me preocupa, porque es una realidad, es la relación drogadicto-SIDA. Los estudios que yo conozco de la comunidad autónoma del País Vasco prácticamente un noventa por ciento de los heroinómanos son portadores de SIDA. Es un tema que desde el equipo de coordinación se han previsto algunas medidas en ese sentido.

Nada más. Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias, Sr. Silván.

El coordinador puede contestar a la pregunta del Sr. Silván.

EL SR. CAMINO LAMELAS: En cuanto a lo de la educación escolar es un programa a llevar a efecto, en coordinación con el Ministerio de Educación y Ciencia. Hoy hay un proyecto piloto, que es el del País Vasco, que está en desarrollo. Sería de desear que las experiencias que se adquieran allí fueran transmitidas a toda comunidad, no solamente a las autonomías sino a nivel Europeo, porque es piloto pero a nivel de la Comunidad Europea.

Mientras tanto lo que sí indicábamos antes es que es la única via que hoy dia tenemos y es la menos perjudicial, más que la información directa, es la que os comenté antes en cuanto a los profesores y maestros darles nosotros la formación, pues seríamos los profesionales que estamos llevando el tema, y de hecho para este año con recursos pequeños, pero que sin embargo pueden ser muy multiplicadores, sería un curso de formación dirigido uno a los médicos, otros a las ... (no se entiende) y otro al profesorado.

Después de estos cursos se tratará de dar lugar la incidencia en ello para detectar qué grado de interés, qué grado de sensibilización han adquirido para que después en cada zona, y por eso yo tenía mucho interés en que los centros asistenciales sean ellos mismos los que generes, porque a su vez ellos podrían desde su respectiva área hacer mesas redondas, seminarios, tanto con médicos de cabecera de la zona como con los profesores, como con las asociaciones de vecinos o padres de familia.

En cuanto a la Policia Municipal, antes apunté la necesidad, igual que a los medios de comunicación, de también dirigir a ellos cursos, pero nos encontramos con un problema, que son muchas las necesidades, los recursos son pequeños y habrá que echarle imaginación, voluntad y tratar por todos los medios, y yo veo en muy buena medida que a la medida en que se abran estos centros asistenciales ellos ya pueden estar generando todo esto. Sería de importancia para mí que empezasen por ahí, porque además va a aumentar no la demanda de toxicómanos, sino la demanda de necesidades y de formación de las áreas correspondientes.

En cuanto a la relación drogadicto-SIDA, tengo que decir sínceramente que nosotros, yo personalmente, no la he contemplado, y no porque no haya querido sino porque me desbordaba. Sé que aquí la están llevando a cabo los que están ya trabajando en el tema a nivel asistencial, es decir, la Cruz Roja está trabajando en la medida que llegan pacientes y hacen pruebas, los mandan a Valdecilla, allí hacen los estudios, los controles, y a su vez como tampoco el equipo de laboratorio es completo lo envian al País Vasco para que ellos lo determinen, pero no hay nada.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias.

El Sr. Remiro tiene la palabra.

EL SR. REMIRO ALEGRE: Como prueba de esa interdependencia funcional entre la Dirección de Bienestar Social y el coordinador de toxicomanías, y como bien ha apuntado él depende del Consejero, y es una Consejería muy participativa y todos participamos en todos los programas.

Como prueba de la colaboración de la Dirección de Bienestar Social en el tema de toxicomanías, y ya venía haciéndolo anteriormente, antes se apuntaba el hecho de que no existian servicios comunitarios, soporte fundamental a la hora de la información y de la valoración inicial en un problema de estas características. Desde la Dirección de Bienestar Social, desde la Consejería en sí, se está potenciando la creación de estas actividades básicas de acción social municipales, que no existian salvo en ayuntamientos de más de veinte mil habitantes, ayuntamientos que actualmente por la Ley de Bases de Régimen Local estarían obligados a prestar esos servicios sociales.

El año pasado ya se subvencionó en una cuantia muy considerable la creación de tres unidades básicas a los ayuntamientos de Camargo, Santoña y Hazas de Cesto, y ofrecemos esa idea de seguir potenciando. De todas formas, desde la Dirección de Bienestar Social ya hay una Comisión de coordinación de los siete servicios sociales municipales existentes en Cantabria, que esperamos que puedan colaborar considerablemente en este tema.

Asimismo, y dentro del Plan Nacional de Toxicomanías, en la fase de reinserción social, es decir en el programa que llevaría la Dirección General de Acción Social, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, ya se habia apuntuado la posibilidad de que a través de ese programa nacional se financiara esa potenciación de equipos municipales, que llevarían a cabo esa primera fase de información de valoración, un seguimiento junto con los centros de salud mental y un seguimiento posterior en temas de prevención, tema de talleres juveniles, etc.

En cuanto a las labores desempeñadas y que en este caso se coordinarán con el coordinador del Plan, ya desde la Dirección General se habia considerado informar a un número considerado de familias con problemas de toxicomanía, se había colaborado con comunidades terapéuticas, se habia financiado en el año pasado a más de veinte familias con problemas económicos, se ha colaborado con el grupo AMAC de Torrelavega, se ha colaborado con instituciones que trabajan en el campo de prevención de toxicomanías, como era por ejemplo la Casa de los Muchachos, se habia llevado a cabo un programa de talleres juveniles, se habian llevado una serie de acciones que se seguirán llevando coordinadamente con el Plan Regional de Toxicomanías.

Un último tema que quería apuntar, que precisamente antes se me comentaba que se habia pedido contestación de Madrid, ha habido una propuesta de Madrid de financiación de un centro de reinserción social en Cantabria. Se nos ofertó a la comunidad autónoma, la comunidad autónoma lo ofertó a una serie de ayuntamientos, el ayuntamiento de Torrelavega tomó la iniciativa de ofertar unos terrenos para ese centro, y hoy se ha recibido contestación de que ese centro ha desaparecido de los presupuestos de la Dirección General, por cuanto que los terrenos que se habian ofertados no eran válidos, hecho que nos sorprende no gratamente y que entendemos debe de reconsiderarse el tema e intentar volver a conseguir.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Muchas gracias, Sr. Remiro.

La Diputada Sra. Ruiz-Tagle tiene la palabra.

LA SRA. RUIZ-TAGLE MORALES: Matizar un poco las palabras del Director Regional de Bienestar Social.

Yo me alegro que el Sr. Remiro diga todo lo que se va a hacer en un programa de acción social, pero mucho me temo que en el programa de acción social para las corporaciones locales ha salido el presupuesto de este año en cinco millones únicamente. Con eso no hay programa de acción social en casi ningún ayuntamiento, y usted lo sabe igual que yo.

Lo que aquí se está exponiendo como actividades, como programas, que yo estoy de acuerdo, no se compagina con la partida presupuestaria, porque con cinco millones no hay programa de acción social que pueda valer para esta comunidad autónoma, y entonces se ayuda a familias necesitadas, se ayuda a instituciones, pero no se hace una política propia para el tema de acción social y la programación regionalizada, y me alegro que en esto coincidamos, pero eso hay que remediarlo haciendo una programación de presupuestos distinta.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): El señor Consejero tiene la palabra.

EL SR. HINOJAL GARCIA: Creo que quedaba por decir que efectivamente desde mi perspectiva personal el programa de salud mental, el programa de toxicomanías en Cantabria, en un sitio necesariamente tiene que concluir. Es decir, un programa de toxicomanía, un programa de droga atiende a la prevención, a la asistencia, a la rehabilitación y a la reinserción.

Desde el punto de vista de la prevención puede ser más o menos discutible. Desde el punto de vista asistencial indiscutiblemente en el centro de salud, porque este centro de salud mental se va a poner en el Centro de Salud de Laredo. Y dentro de ese centro de salud mental habrá alguien o esos mismos profesionales se van a dedicar a atender al que está con un problema de enfermedad mental, entre las que se incluyen los toxicómanos, la rehabilitación y la reinserción.

Desde el punto de vista de la prevención, si los equipos son multidisciplinarios, es que se ha dado la circunstancia que yo he pedido a ambas partes cuál es la composición de sus equipos, y las dos partes me contestan para una equipo de salud mental un psiquiatra, un psicólogo, un ATS, un asistente social y un administrativo. Y llega drogas y dicen yo necesita un psiquiatra, un psicólogo, un asistente social, un ATS y un administrativo.

Cuando hay que racionalizar indiscutiblemente lo que tiene que hacer es utilizar al máximo los recursos, si pones un equipo si pueda atienda a esas dos cosas.

De todas maneras, nosotros tenemos un programa que juntamente los de salud mental con los de toxicomanía, indicando aquellas cosas en que se pueden unificar, junto con las aportaciones de la Administración Central, de la Comunidad Autónoma y de los ayuntamientos, tienen para el año 86, por eso que nos permite asegurar que en el mes de junio, julio o agosto podemos establecer los tres dispensarios de salud mental, que en una parte muy importante, no aquellos que específicamente responden a bienestar social, los va a atender estos centros de salud mental, y al mismo tiempo se atiende el plan de drogas, porque es que tenemos aportaciones desde salud mental, de 30 millones de pesetas con lo que nos transfiere AISNA, tanto en la dotación de psiquiatras, psicólogos, ATS, administrativos y asistentes sociales, entre los que nos transfieren y las vacantes, tenemos una dotación que presupuestada son más de treinta millones, que se pone a disposición del conjunto.

Desde la Administración Central se aporta para los ayuntamientos, via administración autonómica, nueve millones y medio, lo que ocurre es que todo esto lo estoy adelantando ahora pero no lo tengo firmado, y yo ya estoy bastante escaldado con los temas, me están diciendo que están preparando el convenio para firmarlo, pero no lo hemos firmado. Y para la autonomía un programa de siete millones y medio de pesetas, la verdad es que se queda muy bajo con los cuarenta y tantos millones que a mí se me han ofrecido en las reuniones interautonómicas con la Administración Central.

Luego sube bastante la aportación de la Administración cuando dicen sí, pero es que además de esos diecisiete millones de pesetas os damos quince millones de pesetas, porque como vamos a crear tres camas en el Hospital de Valdecilla y cada una vale cinco millones de pesetas, hombre, bueno, pues

bien, pero bueno. Y después la aportación de la Diputación Regional, que también aquí se lleva hasta los veintisiete millones setecientas mil pesetas.

Queremos decir que estamos de acuerdo en que efectivamente todos los recursos son pocos, pero con estos también estamos de acuerdo en que administrando bien y racionalizando podemos instalar, en principio, una mínima red, que empiece a atender tanto el tema de salud mental, específicamente contemplado, como el tema de la drogodependencia. Y a nosotros sí que nos parece que es importante.

Y además yo digo más, y se lo he dicho a las dos partes, una de las primeras acciones que se debieran de emprender, y he pedido que me lo estudien en orden a cuánto pudiera costar, es a la necesidad de hacer un estudio epidemiológico, tanto desde el punto de vista de las infecciones como desde el punto de vista de la drogadicción. Que yo no sé todavia tampoco si no fuera conveniente contratar con un equipo determinado un estudio epidemiológico, no solo a nivel de drogas sino en general de toda Cantabria, que para mí seria mi gran ilusión, porque es que Cantabria no lo tiene, y lo deben de tener muy pocas comunidades autónomas.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Si no hay más preguntas que hacer vamos a dar por terminada esta sesión.

EL SR. SILVAN DELGADO: Señor Presidente, si me permite un segundo. Si nos pudiesen aportar el documento elaborado sobre el Plan de drogadicción sería bien recibido.

EL SR. PRESIDENTE (Montes González): Que por lo menos se envie uno a cada Grupo Parlamentario, y si es posible uno a cada miembro de esta Comisión.

Muchas gracias a todos ustedes. Se levanta la sesión.

Finaliza la sesión a las diecinueve horas y cincuenta minutos.

*****