



# ASAMBLEA REGIONAL DE CANTABRIA

## DIARIO DE SESIONES

Año XVI - IV LEGISLATURA -

22 OCTUBRE 1997

- Número 226

Página 3979

Serie B

### COMISION DE POLITICA SOCIAL Y EMPLEO

**PRESIDENTE: ILMO. SR. D. MIGUEL ANGEL GOMEZ PENAGOS**

**Sesión celebrada el miércoles, 22 de octubre de 1997.**

\* \* \* \* \*

#### ORDEN DEL DIA

**Página**

- |     |   |      |
|-----|---|------|
| 1.- | Debate y votación de la Proposición no de Ley Nº 268, relativa a modificación de la normativa en materia de prestaciones de viudedad y de orfandad, presentada por el G.P. de UPCA. (BOA nº 170, de 7.7.97). [4.3.U.61].  | 3980 |
| 2.- | Debate y votación de la Proposición no de Ley Nº 294, relativa a escrito presentado por el G.P. de UPCA como Proposición no de Ley, relativa a prohibición de minas terrestres antipersonas, presentada por el G.P. de UPCA. (BOA nº 206, de 12.9.97). [4.3.U.63].  | 3982 |
| 3.- | Pregunta Nº 292, relativa a presentación del Plan de Ayuda a los Enfermos de Alzheimer, presentada por Dña. María Luisa Alonso García y D. José Ramón Saiz Fernández, del G.P. de UPCA. (BOA nº 172, de 7.7.97). [5.2.0235.00].   | 3985 |
| 4.- | Comparecencia Nº 86, del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a fin de informar sobre los criterios del Consejero para que no existan Unidades Móviles de Reducción del Daño (Metabús) en la zona oriental de Cantabria y otros extremos, presentada por dos Diputados del G.P. Socialista -Art. 168 R-. (BOA nº 209, de 16.9.97). [7.8.C.S.44]. | 3988 |
| 5.- | Designación de la Ponencia que habrá de informar el Proyecto de Ley de Creación del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Cantabria. [1.21].  | 3996 |

(Comienza la sesión a las diez horas y diez minutos).

\*\*\*\*\*

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Vamos a dar comienzo a la Comisión de Política Social y Empleo.

EL SR. VILLORIA DIEZ: Sr. Presidente...

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Sí, tiene usted la palabra.

EL SR. VILLORIA DIEZ: Muchas gracias, Sr. Presidente.

Nada más una sugerencia en relación con el uso del tabaco en esta Comisión. Yo propongo y soy partidario, dado que recientemente hemos aprobado una Ley aquí de Drogas, que no se fume en esta Comisión.

Muchas gracias, Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Bueno, como tal sugerencia la recogemos, y...

(...Desconexión de micrófonos...)

Buenos días nuevamente.

Damos comienzo a la Comisión de Política Social y Empleo, para la que han sido todos formalmente convocados.

La iniciamos con: Debate y votación de la Proposición no de Ley Nº 268, relativa a la modificación de la normativa en materia de prestaciones de viudedad y de orfandad, presentada por el Grupo Parlamentario de la Unión para el Progreso de Cantabria.

Tiene la palabra para su defensa, D. José Ramón Saiz.

EL SR. SAIZ FERNANDEZ: Bien, gracias, Sr. Presidente.

Estamos ante una Proposición no de Ley que ya se ha debatido y aprobado en otros Parlamentos Autonómicos. Y aunque en el caso de Cantabria hay pocos casos afectados por lo que entendemos que es una injusticia social que hay que resolver; creemos que la injusticia existe.

Y por tanto, creemos que debe aprobarse el que el Consejo de Gobierno solicita al Gobierno de la

Nación la modificación de la normativa vigente en materia de Seguridad Social, en todo aquello que afecta a las prestaciones de viudedad y de orfandad, para que proceda a suprimirse como requisito que el trabajador fallecido se encontrara en situación de alta, o asimilada, en el momento de su fallecimiento.

Ya digo que no hay muchos casos en España. Se pueden contar, yo creo que por menos del millar de casos en todo el Estado; pero que ponen de manifiesto una injusticia. Porque cuando una persona fallece, está casada y tiene hijos, y en ese momento no está de alta en la Seguridad Social; a pesar de haber superado con creces los 500 días, que es el mínimo para tener derecho a la pensión; pues se le deniega la pensión de viudedad. Lo que no deja de ser -como digo- una injusticia. Porque en ese momento ya ha cumplido con creces, en muchos casos, con los 500 días de cotización que exige la Ley vigente.

Nosotros creemos que estamos ante un vacío del que no son responsables los legisladores. Pero que en todas las leyes, en ocasiones, se producen este tipo de vacíos que finalmente, a la hora de aplicar las Leyes, generan determinadas injusticias social. Y en este caso, consideramos que es preciso corregir, cuando se detectan estos casos, y con el fin de evitar agravios que, a nuestro juicio, es necesario superar, y más en aquellos casos incluidos en lo que denominamos política social o estado de bienestar.

Por tanto, lo que pedimos a la Comisión de Política Social, es que el Gobierno de Cantabria realice gestiones ante el Gobierno de la Nación, para la modificación de esta normativa vigente; y para que todas aquellas viudas que están pleiteando y que están acudiendo a los Tribunales; no con mucha fortuna en algunos casos, porque la Ley no lo prevé; puedan ver solucionado un problema que a todas luces demuestra una injusticia manifiesta. No por el propósito -como digo- de los legisladores, sino por algún vacío de la legislación vigente.

Esto es todo lo que contiene esta Proposición no de Ley. Con el deseo de que el propio Gobierno de la Nación, que pueda ser consciente de estos casos, proceda a solucionar estos problemas planteados a familias que han visto cómo el cabeza de familia ha fallecido, y su viuda no tiene derecho a pensión; simplemente, porque en ese momento no estaba dado de alta en la Seguridad Social.

Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias.

A continuación, tiene la palabra el Representante del Grupo Parlamentario de IUCAN, D. Martín Berriolope.

EL SR. BERRIOLOPE MUÑECAS: Gracias, Sr. Presidente.

Aunque haya sido de una forma un poco precipitada, nosotros vamos a votar a favor de esta iniciativa.

Nos hubiera gustado que fuera una iniciativa más precisa, con respecto al Régimen General de Seguridad Social, y que hubiera especificado más la iniciativa. Pero no obstante, pensamos que es una iniciativa razonable, que se puede apoyar; y por lo tanto, cuenta con nuestro voto.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Diputado.

A continuación, para una breve intervención, tomo el uso de la palabra.

Para manifestar que desde nuestro Grupo Parlamentario no tenemos nada en contra de la iniciativa; entendiéndolo que no es algo que corresponda al Consejo de Gobierno como materia en la que esté implicado. Pero sí que no tenemos nada en contra en que se hagan las gestiones oportunas para dar solución a este colectivo de personas que se puedan sentir afectadas.

Tiene el uso de la palabra la Representante del Grupo Parlamentario Socialista, Dña. Ana Zarrabeitia.

LA SRA. ZARRABEITIA CIMIANO: Gracias, Sr. Presidente.

Nosotros también vamos a votar a favor de esta Proposición.

Porque entendemos que por un error no se debe perder un derecho tan importante. Y hemos observado que en la Ley de acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado no se recoge esta situación.

Gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra la Representante del Grupo Parlamentario Popular, Dña. Yolanda Pérez-Oleaga.

LA SRA. PEREZ-OLEAGA VARONA: Gracias, Sr. Presidente.

Nosotros también votaremos a favor.

Entre otras cosas, porque en esa situación que nos señala el Portavoz, en este caso de la Unión para el Progreso de Cantabria, habla de situación de alta, o asimilada al alta. De todas maneras, seguramente ya sabrá que hay una serie de sentencias, tanto del antiguo Tribunal Central de Trabajo, como del Tribunal Supremo, como de los Tribunales Superiores de Justicia de distintas Comunidades, a favor de una interpretación flexible, de un tratamiento flexible de esta situación. Incluso se considera ya, como seguramente sabrá, situaciones asimiladas al alta, el paro involuntario, situaciones de drogodependencia, situaciones de alcoholismo. Lo que no se estaba considerando -que yo sepa- es la excedencia voluntaria y, en algunos casos, la situación de prisión para solicitar este tipo de prestaciones.

Nos parece bien, porque ya hay una serie de sentencias favorables. Lo que, efectivamente, consideramos es que es una normativa de carácter estatal; y que en este caso, nosotros podremos solicitar, y luego ya, el Parlamento de la Nación determinará. Nos parece bien.

Lo mismo que nos parece bien el aumento de la cobertura de la prestación de orfandad, que se va a extender hasta los 23 años. Lo cual favorece bastante las situaciones de los huérfanos, porque coge una edad mucho más larga que los 18 años, que era la situación anterior.

Por lo tanto, votaremos a favor de esta iniciativa. Efectivamente, podría haber sido más precisa, más concreta; pero votaremos a favor.

Muchas gracias, Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene el uso de la palabra, si lo desea, D. José Ramón Saiz, por la Unión para el Progreso de Cantabria.

EL SR. SAIZ FERNANDEZ: Bien, gracias, Sr. Presidente.

Con brevedad. Agradecer la posición de los distintos Grupos Parlamentarios.

Y manifestar, en línea con lo que ha dicho la Portavoz del Grupo Popular, que efectivamente, hay sentencias que interpretan en positivo el reconocimiento de estas pensiones. Pero hay otras que no lo han hecho. Y entonces, lo que es preciso es que los legisladores de las Cortes Generales tomen

conciencia de esta laguna, a nuestro juicio, involuntaria en el momento de redactar la normativa estatal.

Y por tanto, lo que simplemente conlleva esta iniciativa que sometemos a votación de Sus Señorías, es que el Gobierno de la Nación, sensible en este problema por indicación de los Grupos Parlamentarios, eleve una propuesta al Gobierno de la Nación para que proceda a modificar la normativa vigente en materia de Seguridad Social, y se solucione un problema; que - ya digo-, no afecta a muchas personas en todo el Estado, pero que eso no aminora el significado de injusticia social que tiene para estas familias.

Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Diputado.

Sin más intervenciones, pasamos a la votación de la Proposición no de Ley.

¿Votos a favor de la Proposición?, ¿votos en contra?, ¿abstenciones?

Se aprueba por unanimidad.

Pasamos al Punto 2º: Debate y votación de la Proposición no de Ley Nº 294, relativa a escrito presentado por el Grupo Parlamentario de la Unión para el Progreso de Cantabria como Proposición no de Ley, relativa a prohibición de minas terrestres antipersonas, presentada por el Grupo Parlamentario de UPCA.

Tiene la palabra para su defensa, D. José Ramón Saiz.

EL SR. SAIZ FERNANDEZ: Sí. De nuevo, gracias, Sr. Presidente.

Con brevedad.

Esta iniciativa se presenta coincidiendo con la celebración en Oslo de una conferencia internacional que ha tenido como objeto sentar las bases para la erradicación de las minas terrestres que matan o mutilan a un civil cada 20 minutos, según datos facilitados por la Cruz Roja Internacional. Según datos de la propia Cruz Roja, cada año, 96 fabricantes de 48 países producen entre 5 y 10 millones de minas antipersonas; tienen almacenadas más de 110 millones. Y es el arma de los pobres. Puede costar una mina unas 800 pesetas. Hay 340 tipos de minas. Y sin embargo, eliminar estas minas es una operación enormemente cara, entorno al millón de pesetas para desactivar cada mina de éstas, que han mutilado a miles de personas en los países más pobres del mundo.

El único objetivo de esta iniciativa es que la Asamblea Regional de Cantabria exprese que estas minas terrestres antipersonas deben ser prohibidas para evitar sufrimientos terribles a las poblaciones de los países desheredados de la tierra, sometidos a conflictos regionales.

Y por ello, se insta al Consejo de Gobierno a que solicite del Gobierno de la Nación que proceda a regular la prohibición total de su exportación, de acuerdo con la postura expresada por unanimidad por el propio Congreso de los Diputados.

Y hay hechos, en estos últimos meses, que están generando una enorme sensibilidad en favor de la eliminación de las minas antipersonas. Como puede ser, por un lado, la Conferencia de Oslo; por otro, la muerte de la Princesa de Gales, que había sido - digamos- una imagen mundial en la lucha contra estas armas mortíferas; por otro lado, la concesión del Premio Nobel a todas las asociaciones, o a la Asociación más importante que han protagonizado la oposición a estas armas mortíferas. Esto creemos que ha generado una sensibilidad mundial en contra de este tipo de armas, hasta el punto de que una potencia mundial como Rusia va a modificar, al parecer, su postura final, que no había quedado debidamente matizada en la Conferencia de Oslo, y parece ser que finalmente va a suscribir el documento de la Conferencia de Oslo; lo que significa un paso importante, y sobre todo más mundial, para desterrar este tipo de armas mortíferas.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Diputado.

Tiene la palabra el Representante de IUCAN,  
D. Martín Berriolope.

EL SR. BERRIOLOPE MUÑECAS: Gracias, Sr. Presidente.

Yo quiero expresar el apoyo de mi Grupo Parlamentario a esta iniciativa.

Nos parece bien, nos parece positivo que la Asamblea Regional de Cantabria asuma como propia una política de preservación de los derechos humanos y la no violencia en el mundo. Pensamos que este tipo de iniciativas se tenían que producir con más asiduidad, puesto que en última instancia somos una Cámara política que puede opinar sobre ese tipo de cuestiones.

En el caso concreto de las minas antipersonales, es un problema de una importancia extraordinaria. Genera sucesos trágicos cada 20 minutos, decía el Portavoz de la UPCA; parece que es un standard de la Cruz Roja. Yo creo que es un dato absolutamente aterrador.

Y por lo tanto, nosotros nos vamos a sumar a esta iniciativa, y nos vamos a sumar con entusiasmo; sabiendo que es más una declaración de principios que de otra cosa. Pero creo que es bueno dotar de contenido por esta Cámara y pronunciarnos sobre este tipo de cuestiones.

Nada más. Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Diputado.

Por parte del Grupo Parlamentario Regionalista.

Ante la propuesta que nos presenta el Grupo Parlamentario de la UPCA sobre la prohibición de las minas terrestres antipersonas, tenemos que manifestar que a nuestro Grupo Parlamentario le gustaría presentar una propuesta, a los Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios de esta Comisión.

Para el PRC, qué duda cabe que al igual que el resto de los Grupos -espero-, es contrario al comercio de este tipo de armamentos. Pero la iniciativa que nos presenta creemos que adolece en exceso de una retórica poco afortunada; y hace uso y abuso del nombre de una persona fallecida que ha despertado cierta conmoción a nivel mundial, y sobre todo en la prensa -por decirlo de alguna manera- amarillista, o la prensa rosa.

Sin embargo, en la exposición de motivos, en ningún momento se menciona; ahora creo que de alguna manera sí lo ha mencionado el Sr. Portavoz; a la Asociación de la Campaña Internacional para la prohibición de las minas antipersonas; y más concretamente a su coordinadora, la americana Esther Williams, sobre la que ha recaído el pasado viernes, 10 de octubre, el Premio Nobel de la Paz.

Anticipando que estamos totalmente de acuerdo con la iniciativa. Y como bien nos dice el Portavoz del Grupo Parlamentario de la Unión para el Progreso de Cantabria, que esto es una resolución que ya se aprobó por unanimidad en el Congreso de los Diputados; nosotros entendemos que lo más loable en esta iniciativa -si le parece bien al Proponente- sería que se retirara la iniciativa, y que entre todos los Grupos Parlamentarios de la Cámara se elabore un texto conjunto -como no es la primera vez que ocurre en esta Cámara- que pueda elevarse al Pleno de la Asamblea como Declaración Institucional.

Entendemos que para este tema; puesto que como decía anteriormente, en el Congreso de los Diputados ya está aprobado, y está aprobado por unanimidad; lo más lógico, para nuestro Grupo Parlamentario, sería que se elaborase un texto, por todos los Portavoces que designen los Grupos Parlamentarios, y que se leyese como una Declaración

Institucional.

Si por el contrario esto no fuese así, no tendríamos ningún inconveniente y aprobaríamos la iniciativa.

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, el Sr. Villoria.

EL SR. VILLORIA DIEZ: Muchas gracias, Sr. Presidente.

Sras. y Sres. Diputados.

¿Cuál es el problema?

El problema es que durante cincuenta y cinco años, las minas antipersonales han causado más muertes y heridos que las armas nucleares biológicas y químicas combinadas. La defensa de un proyecto para parar el uso de las minas antipersonales, ha sido premiado recientemente -como se ha comentado- con el Premio Nobel de la Paz.

Este movimiento internacional ha condicionado un cambio en la opinión pública; un cambio favorable a que los Gobiernos firmen un Protocolo de prohibición de las minas terrestres. Así por ejemplo, el Gobierno del Sr. Aznar, que en principio no era muy proclive a firmar este Protocolo; finalmente, se ha adherido a él. Estados Unidos, el país más poderoso de la Tierra, todavía no se ha adherido a estos Protocolos.

Pero el problema de las minas terrestres, también llamadas antipersonales, no acaba aquí. ¿Por qué? ¿En qué se diferencia este tipo de armamento de los otros, y qué le hace ser tan terrorífico? Pues bien, la diferencia es fundamental. Cuando se firma el armisticio, o el alto el fuego, las minas siguen matando porque son armas fuera de control; matan indiscriminadamente a los amigos, a los enemigos, a militares, civiles, mujeres y niños, sin ninguna discriminación.

Aunque esta campaña ha puesto el problema de actualidad; repito que desde hace 55 años las minas terrestres han venido matando y mutilando. Por ejemplo, en los años 70, en Polonia, fueron atribuidas 4.000 muertes y 9.000 heridos a las minas plantadas y abandonadas durante la Segunda Guerra Mundial; y esto, a pesar de haber eliminado 15 millones de ellas, a costa de un gran coste económico. Luego, el problema no es nuevo; aunque gracias a esta campaña nos enteramos de cosas que han sucedido hace muchos años.

Las minas antipersonales terrestres matan - como se ha dicho anteriormente- cada mes, a 800 personas en el mundo y a otras 1.200 las mutilan irreversiblemente. Es decir, que cada 20 minutos una

persona, civil o militar, es herida o muerta por las minas.

La proporción de amputados en algunos países es elocuente. Estados Unidos tiene un amputado por cada 20.000 habitantes. Camboya, un amputado por cada 384 habitantes. Angola, un amputado por cada 334 habitantes; es el record, Angola.

Millones de minas han sido plantadas en países como Afganistan, Angola, Bosnia, Camboya, Croacia, Eritrea, Irak, Mozambique, Somalia, Sudán, Vietnam. Es evidente que son países pobres y devastados por las guerras; lo que aún agrava más el problema, como luego veremos.

Porque para atender a las víctimas, hace falta dinero. ¿Y cuáles son los costes para atender a estas víctimas? Pues imposibles para estos países. El coste de la atención quirúrgica y la colocación de una prótesis artificial, cuestan en un país en desarrollo, 3.000 dólares; lo que equivale a 450.000 pesetas, más o menos. También los costes de la retirada de las minas son muy elevados -como antes se ha comentado-; y específicamente, según los datos que el Grupo Socialista posee, una mina cuesta entre 3 y 30 dólares; es decir, entre 450 y 4.000 pesetas. Y retirarla, cuesta entre 300 y 1.000 dólares. Es decir, entre 45.000 pesetas y 150.000 pesetas.

Si relaciono estos gastos y los países afectados, concluiremos que las minas antipersonales afectan a los más pobres, a los más desfavorecidos, y a los que peor pueden hacer frente al problema económico de sufragar el gasto sanitario. Pero no es sólo eso.

Por otra parte, las minas terrestres han sido usadas para prácticas genocidas y de limpieza étnica, al ser un instrumento utilizado para expulsar a comunidades y a grupos humanos de sus tierras; y dado que las minas siguen vivas tras el alto el fuego, siguen impidiendo el retorno de los refugiados a sus hogares.

Por ejemplo, una prueba de esto es que la actividad económica agrícola, tras la Paz, no se desarrolla porque los campos están llenos de minas que siguen en guerra. Sin minas, según los datos de Afganistán, la actividad económica se elevaría entre un 88 y un 200 por ciento; en el caso -repito- de Afganistan; según las zonas y a tenor de los informes del British Medical Journal, publicados por el Doctor Anderson.

¿Pero qué es una mina antipersonal, y qué le diferencia de otro tipo de armamentos? Pues tres características fundamentales. Está diseñada para producir sólo víctimas humanas. En segundo lugar, es un arma de acción retardada, de efectos

indiscriminados, que mata y mutila por igual a civiles y militares; incluso muchos años después de que el conflicto haya terminado. En tercer lugar, son invisibles. Y dado que se plantan sin criterios y sin atender a la doctrina -por llamarlo de alguna manera- militar de hacer un mapa con una localización, con localizadores, y que deben estar vallados; no se diferencian del campo no minado. Por lo tanto, esto les hace aún más terroríficas.

Por último, algunos datos expresivos del daño en términos humanos. Las minas son sembradas en el ámbito rural, lejos de los centros urbanos; y las víctimas civiles suelen ser granjeros, pastores y niños. Estos permanecen después de ser alcanzados por una mina, después de pisar una mina, permanecen horas con un miembro arrancado, esperando una ayuda sanitaria. Pero esto cuando las ambulancias en estos países son escasas y los helicópteros de evacuación sencillamente inexistentes.

Por lo tanto, por cada víctima que consigue llegar a un hospital, otra persona muere en el campo sin asistencia de ningún tipo, según las estadísticas. Y esto tras el alto el fuego, muchas veces, la mayor parte de las veces.

Además, como a perro viejo todo son pulgas, les recuerdo que los países afectados, son sociedades que están entre las más pobres del mundo. No tienen sistemas sanitarios adecuados, cuando los gastos sanitarios son enormes. Voy a poner un ejemplo. Si comparamos una herida de bala y una herida de una mina, vemos que la estancia media en un hospital para una bala son 18 días; necesita 1,9 intervenciones quirúrgicas y 0,5 unidades de sangre. Mientras que en el caso de un herido por una mina, precisa 32,2 días de hospitalización, 4 intervenciones quirúrgicas y 3,2 unidades de sangre, según fuentes de la Cruz Roja en su Boletín Internacional.

Acabo con una referencia al tipo de víctimas. Las minas matan sin control e indiscriminadamente, en términos de objetivo, tiempo y espacio. En cuanto a los niños -y con esto finalizo- el 23 por ciento de las víctimas en Afganistán son niños; y en general, 1 de cada 10 víctimas es un niño. Según algunas fuentes, el 85 por ciento de los niños alcanzados por una mina, mueren antes de alcanzar el hospital y no aparecen ni en las estadísticas. Esta mayor ratio de mortalidad de los niños está derivada de la mayor vulnerabilidad del niño, por la mayor proximidad al suelo y cerca de la mina de sus órganos vitales, y por la menor capacidad de resistir una hemorragia que un adulto. Además, el drama de los niños se acrecienta porque deben sufrir varias reamputaciones a lo largo de su etapa de crecimiento, ya que el hueso crece más que los tejidos de alrededor que lo cubren; y por lo tanto, asoma por el muñón.

Finalmente, el panorama humano no dejar de

llamar a la puerta de la conciencia colectiva, cuando los mutilados, al no poder adaptarse a la vida laboral, sobreviven pidiendo limosna por las calles; como por ejemplo en Angola, como un doloroso recuerdo del peaje que las minas le han cobrado a la población civil. Peaje que seguiremos pagando durante todavía muchos años más.

Por lo tanto, no a las minas antipersonales. Celebramos este primer paso de la conciencia colectiva a favor de la limitación de los armamentos.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sr. Diputado.

Tiene la palabra la Representante del Grupo Parlamentario Popular, Dña. Yolanda Pérez-Oleaga.

LA SRA. PEREZ-OLEAGA VARONA: Gracias, Sr. Presidente.

No podría esta Portavoz añadir más a lo expuesto por el Sr. Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista. De manera que se va a limitar a señalar que, efectivamente, todos estamos -y creo que toda esta Comisión, y toda la gente incluso que está aquí, aunque no sean Diputados- estamos de acuerdo en que las minas antipersonales son un arma de una eficacia demoledora, no solamente entre la población civil, todo tipo de población, pero incidentemente en alguna de los casos, como son los niños, medios rurales, etc. Esto es algo que va a ser difícil; yo creo que va a costar muchos años; va a costar -y así lo prevén- muchos años erradicar.

Lo que sí es importante es que se haya comenzado ya a luchar en su erradicación; que se haya ya iniciado no solamente una campaña, sino que haya mucha gente trabajando; de hecho, la plasmación está en la concesión del Premio Nobel de la Paz, que es quizás la culminación de un trabajo, y que a todos yo creo que nos debe de servir de foco, de guía, de permanente apoyo a esas asociaciones que trabajan por la paz y contra la violencia. Nos parece muy bien.

Como nos parece bien que el próximo diciembre, me parece que en Canadá, se firmará ese Protocolo; el Protocolo de Prohibición. Yo creo que el Gobierno Español estará de acuerdo, se firmará; y no sé la reticencia de algunos países a esta situación. Porque hemos oído y leído todas declaraciones, concretamente, de Yeltsin, el Presidente de Rusia; y después en algunos casos también unas declaraciones en contra, primero en Estrasburgo, habla de que ratificará en su momento y después, declaraciones contradictorias. Esperemos que todos se pongan de acuerdo, porque todos deben trabajar en este orden; todos los Gobiernos y todos los Estados.

Nada más, simplemente que nos parece también correcto el planteamiento del Grupo Parlamentario Regionalista, como planteamiento, la Declaración Institucional de la Cámara, en Pleno; y que ya en todo caso, depende de lo que el Proponente decida aceptar.

Muchas gracias, Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra el Representante de la Unión para el Progreso de Cantabria, D. José Ramón Saiz.

EL SR. SAIZ FERNANDEZ: Bien, gracias, Sr. Presidente.

Yo creo que poco se puede decir a lo que ya se ha dicho en esta Comisión por los distintos Portavoces, en relación a este grave problema y a esta arma mortífera; que como bien se ha señalado y reiterado, afecta a las poblaciones más pobres de la Tierra. Y que evidentemente, las naciones poderosas son las que tienen la posibilidad de evitar esta sangría humana diaria que queda reflejada en muchas ocasiones en los medios de comunicación.

De lo que ha propuesto el Representante del Grupo Regionalista, sí quisiera apuntar una discrepancia, aunque sea anecdótica. Y es que lamentablemente; no sé si lamentablemente; en algunas ocasiones, hay asociaciones internacionales que llegan a un conocimiento mundial, o a sensibilizar a la opinión mundial con sus propuestas, gracias a mitos, o a personas que tienen un relieve internacional concreto.

Yo estoy seguro que si no hubiese existido una campaña personal de lo que el Portavoz del Grupo Regionalista, creo que con error, ha dicho de la prensa amarillista; hoy, esta asociación internacional a la que se le ha concedido el Premio Nobel de la Paz, probablemente sería una gran desconocida. Probablemente.

Pero sin embargo, afortunadamente, sus trabajos son muy conocidos. Se ha celebrado esta Conferencia de Oslo. Ha habido personas que a nivel internacional se han sumado a este tipo de campañas. Y yo creo que eso ha sido realmente positivo, porque estas causas justas, cuando son apoyadas por personas que tienen impacto en la opinión pública, llegan a ser más populares; pasan a ser causas más populares en la sociedad internacional.

En cuanto a la propuesta que ha hecho el Grupo Regionalista; yo, como Proponente de esta iniciativa, no tengo ningún inconveniente; siempre y cuando el resto de los Grupos Parlamentarios se

posicionen a este respecto. Se ha posicionado el Grupo Regionalista. Se ha posicionado el Grupo Popular. Si así se posicionan el Grupo Socialista y el Grupo de Izquierda Unida Cantabria, evidentemente, no hay ningún problema para asumir esa propuesta, y que sea una resolución que salga de esta Comisión, en su momento; a propuesta, bien de la Mesa de la Comisión, o de los Diputados de cada Grupo Parlamentario. Y que se eleve a un Pleno del Parlamento.

No hay ningún inconveniente. Pero sí me gustaría conocer la opinión a este respecto del Grupo Socialista y del Grupo de Izquierda Unida Cantabria.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sr. Portavoz.

Para conocer su opinión, tiene la palabra el Representante de IUCAN, D. Martín Berriolope Muñecas.

EL SR. BERRIOLOPE MUÑECAS: Gracias, Sr. Presidente.

Por nuestra parte, ningún inconveniente en que esto se tramite así.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sr. Diputado.

Por el Grupo Parlamentario Socialista.

EL SR. VILLORIA DIEZ: Por nuestra parte, tampoco tenemos ningún inconveniente. Y nos imaginamos que como en otras ocasiones, se consensuará el texto.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sr. Diputado.

Por lo tanto, no sometemos a votación la Proposición no de Ley; puesto que queda retirada.

Y quedamos, de alguna manera, para hacer ese texto conjunto de todos los Grupos.

Muchas gracias.

Pasamos al Punto 3º del Orden del Día: Pregunta Nº 292, relativa a presentación del Plan de Ayuda a los Enfermos de Alzheimer, presentada por Dña. María Luisa Alonso García y D. José Ramón Saiz Fernández, del Grupo Parlamentario de Unión para el Progreso de Cantabria.

Tiene la palabra Dña. María Luisa Alonso.

LA SRA. ALONSO GARCIA: Gracias, Sr. Presidente.

El pasado 17 de febrero, esta Cámara aprobó por unanimidad una Proposición no de Ley que tenía cuatro puntos de resolución; instando al Consejo de Gobierno a presentar en esta Cámara, a la mayor brevedad de plazo posible, un Plan para ayudar a los afectados por la enfermedad de Alzheimer; tanto a ellos, como a las familias.

Yo sé; porque me he reunido con la Asociación de Enfermos de Alzheimer, incluso con el Director Regional de Salud Mental; que hay un Plan elaborado. Pero hoy quiero saber por qué, cuáles son las razones de que el Consejo de Gobierno no nos lo presente a esta Cámara.

Gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sra. Diputada.

A continuación, tiene la palabra, para responder a la Sra. Diputada, el Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, D. Jaime del Barrio.

EL SR. DEL BARRIO SEOANE: Sr. Presidente.

Señorías.

La Ley de 14 de mayo de 1996, de Salud Mental en Cantabria, pretende regular en el ámbito de esta Comunidad Autónoma las actuaciones que en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental sean necesarias para alcanzar un modelo de atención, que se ha dado en llamar "reforma psiquiátrica".

El desarrollo de dicha Ley, que recoge la unanimidad de los grupos políticos y sociales de Cantabria, y en la que el Gobierno de esta Comunidad Autónoma trabaja intensamente, ordena la elaboración del Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

En su artículo 10, dicha Ley se refiere a la necesidad de establecer programas especiales de atención a problemas de relevante importancia sanitaria, o que hasta la actualidad recibían la atención deficiente. Entre dichos programas especiales, incluye los orientados a la psico-geriátrica, ya que aúnan las dos características requeridas; relevante importancia sanitaria, por un lado; y atención deficiente, por el otro.

Como se indica en el Plan de Salud de Cantabria, el problema del envejecimiento de la población es especialmente preocupante en nuestra Comunidad. Según previsiones del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2000 habrá en Cantabria 96.000 personas mayores de 65 años. De ellas, unas 40.000 superarán los 75.

Aplicado a nuestra Región, los datos



epidemiológicos generales; más de 5.000 personas sufrirán cuadros demenciales, de tipo Alzheimer en una gran mayoría de casos. Al margen de otros 20.000, a efectos de otros tipos de trastorno mental; ya que morbilidad psiquiátrica de este grupo de población, se sitúa en torno al 30 por ciento, doblando prácticamente al resto de los grupos de edad.

Dentro de estos datos aproximados que avalan la relevancia de los trastornos mentales en la edad geriátrica, la enfermedad de Alzheimer ocupa un lugar capital; cuya prevalencia e incidencia va aumentando; ya que ligada como está al envejecimiento, cada año es mayor el número de personas ancianas y cada vez el viejo es más longevo.

Junto con el envejecimiento de la población, los cambios en modelo de vínculo familiar y la expansión creciente de demandas asistencial, escasas hasta hace pocos años, obliga a considerar las demencias como uno de los problemas socio-sanitarios de mayor crecimiento en los próximos años. La necesidad de promover programas especiales de atención en psico-geriatría se fundamenta, por otra parte, en la atención deficiente que reciben estos enfermos en la actualidad. Aunque es grande el esfuerzo realizado en lo relativo a dotación y financiación de plazas residenciales a tiempo completo, faltan ofertas que permitan atender en un régimen de tiempo parcial, hospital de día y centro de día, las necesidades de la población. Así lo manifiestan, entre otros, la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cantabria y el propio Plan Gerontológico Nacional.

El Plan de Salud de Cantabria, dentro de su apartado de objetivos e intervenciones, establece, en el epígrafe de envejecimiento, necesidades relacionadas con la potenciación de los cuidados domiciliarios; los programas de rehabilitación específicos; la promoción de estructuras socio-sanitarias, que en definitiva, posibiliten la estancia del enfermo en su domicilio siempre que sea posible; así como la formación de profesionales e investigadores en este campo.

Participando de estas mismas consideraciones, el Pleno de la Cámara de esta Asamblea Regional aprobó en febrero de este año, una resolución instando al Consejo de Gobierno a presentar un Plan de Ayuda a este tipo de enfermos, enumerando una serie de objetivos a incluir en el mismo. Por este Plan es por el que se nos pregunta hoy.

La existencia de un Plan de Ayuda al Enfermo de Alzheimer, tal y como lo entiende el Gobierno de Cantabria, no debe producirse como un hecho aislado; sino que interpretado adecuadamente el espíritu y la Ley de Salud Mental de Cantabria, ha de estar necesariamente integrado en un proyecto más amplio

de atención a los problemas de salud mental; no sólo de las personas mayores, sino de toda la población de Cantabria.

Es decir, el Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria, Plan que será aprobado y presentado en breve, antes de la finalización del próximo mes de noviembre.

Al margen de la presentación en breve del Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, los aspectos relativos a la asistencia psico-geriátrica, basados en trabajos preparatorios, comenzaron mucho antes de la señalada fecha de febrero de este año. Están perfectamente definidos, a fecha de hoy; y sus programas más importantes ya han sido dados a conocer a la opinión pública y a los propios familiares de los afectados.

Por otra parte, y esto es sin duda trascendental, las actuaciones en materia de psico-geriatría tienen un reflejo muy importante en el borrador de Presupuestos, elaborado por esta Consejería, para 1998; con más de 45 millones de pesetas, dentro de un Plan Especial de Psico-geriatría y atención a enfermos de Alzheimer.

Parece adecuado en estos momentos describir de manera resumida algunos aspectos del programa de psico-geriatría, y los pasos dados desde esta Consejería, y más concretamente desde la Dirección General de Salud Mental.

El primero de ellos es su adecuación a las necesidades reales. Aunque decirlo resulta una obviedad, cualquier programa debe partir de un conocimiento lo más completo de la situación. Al margen de la elaboración del Plan Gerontológico para Cantabria, Plan que está en marcha, desde la Dirección General de Salud Mental, se ha iniciado un estudio circunscrito al ámbito de la Salud Mental en la edad geriátrica.

El programa de atención en psico-geriatría se fundamenta también en la colaboración interinstitucional; así como del sector privado y de sus acciones, existiendo una adecuada coordinación con otros dispositivos asistenciales de la Tercera Edad. Debe ser también un programa integral e integrado, a todos los niveles; con continuidad garantizada en los dispositivos asistenciales que han de ser necesariamente diversos y adaptados a las necesidades, cambiando de manera flexible y sin interrupción a medida que éstas se van modificando.

Otra característica fundamental es la implicación de los usuarios; en este caso específico, el de los familiares. Ellos vienen soportando hasta ahora el peso de la atención a los enfermos psico-geriátricos. Es natural que la familia soporte este peso; razones culturales y de la organización de la propia sociedad,

así lo justifican. Resulta, sin embargo, ineludible aliviar en gran medida la carga constante. Debe existir desde la Administración sanitaria y la sociedad en su conjunto, el compromiso de cuidar a los cuidadores; cuidadores de estas personas con enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades crónicas.

En este sentido, los contactos mantenidos con los más legítimos representantes de los enfermos de Alzheimer, han dado lugar al convencimiento de que lo más urgente es la dotación de centros de atención durante el día; así como programas de información a la población y de concienciación a los responsables sociales y políticos.

Los actos celebrados el pasado día 21 de septiembre, con motivo del Día Mundial de Alzheimer, los ciclos de charlas-coloquio sobre esa enfermedad, ya celebrados y otros programados en algunos ayuntamientos de la Región, y las ayudas en forma de subvenciones a colectivos y afectados, dan una amplia respuesta a los puntos c) y d) de la Exposición de Motivos de la resolución de la Cámara, del mes de febrero.

La ayuda domiciliaria, tanto sanitaria como social, si, y sólo si está encuadrada en un programa integrado con otros dispositivos, es un modo de actuación adecuado y útil para la atención de estos pacientes. El equipo de Salud Mental en cada área debe hacer todo lo posible, pero no lo imposible, para mantener a los ancianos en su ambiente y evitar la ruptura de sus vinculaciones espaciales, afectivas y sociales, tan difíciles luego y a veces imposibles de recuperar.

Dentro de las modalidades de hospitalización, el papel de la Unidad de Agudos Psiquiátricos, dentro de un hospital general, consideramos que es de suma importancia. Recuperar la Unidad psico-geriátrica del Hospital "Marqués de Valdecilla" y concertar camas de breve duración, desde unos días hasta unas pocas semanas, evitando ingresos prolongados con un tratamiento intensivo, o simplemente como camas de respiro para los familiares, constituye uno de los objetivos, a corto plazo, dentro del Plan de Salud Mental.

Como indicaba anteriormente, gran importancia han de tener; y el esfuerzo que debemos hacer en este sentido es colosal; la dotación adecuada de plazas de hospital de día, sobre todo, de centros de día psico-geriátricos.

En 1998, esta Comunidad Autónoma contará, dentro de la primera fase, de un Plan específico, con 137 plazas de centros de día psico-geriátricos. La meta de este Plan, que se prevé tendrá su culminación a finales del año 2000, consiste en dotar a nuestra Región de casi 400 plazas repartidas en 23 centros de día adecuadamente ubicados por

toda la Comunidad Autónoma, según un estudio técnico elaborado por la Dirección General de Salud Mental, también en colaboración con los colectivos de afectados.

Este ambicioso proyecto, cuya culminación nos situaría a la cabeza de nuestro país, está siendo presentado actualmente a los ayuntamientos de nuestra Región, ya que en él juegan un papel muy importante los citados Ayuntamientos.

Por otra parte, y tras conversaciones mantenidas con la Consejería; al menos tres empresas de carácter asistencial están en este momento preparando sus instalaciones; en algún caso, acometiendo obras de envergadura, de cara a un eventual contrato de prestación de servicios con la Diputación Regional de Cantabria, para alojar enfermos de Alzheimer.

Los programas serios, realistas y eficaces, suelen conllevar más meses que aquéllos surgidos de la improvisación y de la inspiración momentánea. Lo que desde algún grupo político se denomina silencio, no es otra cosa que una intensa labor iniciada ya en diciembre del año 1996; donde todos los colectivos implicados en el programa Alzheimer están al corriente de ello.

Se están construyendo y habilitando un hospital de día y dos centros de día en Santander. Se están impartiendo, con la colaboración de esta Consejería, cursos para cuidadores, y se han programado charlas-coloquio, en diferentes Ayuntamientos de Cantabria. Los familiares de los enfermos, las entidades asistenciales y la propia opinión pública, tienen conocimiento de ello.

Desde el Gobierno de Cantabria, consideramos la dotación de centros de día, las camas de respiro, la potenciación de la ayuda a domicilio, los programas de formación e investigación; todo ello, dentro de un programa integral de psico-geriátrica. Constituyendo una respuesta razonable a las demandas de la población respecto a la atención a la salud de nuestros mayores.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Consejero.

Tiene la palabra la Representante de la Unión para el Progreso de Cantabria, Dña. María Luisa Alonso.

LA SRA. ALONSO GARCIA: Gracias, Sr. Presidente.

Yo he querido entender que antes de final del mes de noviembre va a estar presentado el Plan.

Pero por otro lado, me preocupa, porque me habla continuamente de un Plan de Psico-geriátrica; espero que no se olvide que hay enfermos de Alzheimer. Si nosotros hubiéramos querido un Plan Psico-geriátrico para esta Región, habríamos presentado un Plan de estas características. Hemos hablado concretamente de los enfermos de Alzheimer, porque es una enfermedad que aunque muchas veces se confunde con la demencia senil, no podemos olvidar que hay enfermos de Alzheimer de 50 años; que en estos casos, para la familia es una carga excesiva, porque los hijos son jóvenes, están estudiando, el cónyuge está trabajando porque está en plena edad de producir; y entonces, la situación de estos enfermos es gravísima. No creo que entren dentro de la Geriátrica, los enfermos de 50 años.

Nada más decir que sí es verdad que he entendido que a finales del mes de noviembre estará presentado el Plan.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra el Sr. Consejero.

EL SR. DEL BARRIO SEOANE: Bien.

Yo creo que un grupo político se interese por un aspecto muy parcial de la atención de un número de pacientes muy concreto, me parece que es legítimo.

Pero nosotros entendíamos que dábamos respuesta a su petición y a su demanda de tener un Plan de Ayuda a enfermos de Alzheimer; incluyéndolo dentro también del Plan, que también se pidió por esta Cámara, Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria.

Lo que he dicho es que antes de finalizar el mes de noviembre, presentaremos en esta Cámara el Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica; donde hay un apartado específico de Plan de Ayuda a Enfermos de Alzheimer.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Consejero.

Pasamos al Punto nº 4 del Orden del Día: Comparecencia Nº 86, del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a fin de informar sobre los criterios del Consejero para que no existan Unidades Móviles de Reducción del Daño (Metabús) en la zona oriental de Cantabria y otros extremos, presentada por dos Diputados del Grupo Parlamentario

Socialista.

Tiene la palabra el Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

EL SR. DEL BARRIO SEOANE: Sr. Presidente.

Señorías.

En primer lugar, reiterar, como ya lo he hecho en otras ocasiones, la disposición de esta Consejería a comparecer cuantas veces sean necesarias o lo estimen oportuno en esta Comisión, para debatir aspectos que así se consideren, lo mismo que a facilitar cualquier información de cualquier tema de esta Consejería.

En segundo lugar, lamentar que temas tan delicados como el que hoy nos ocupa, puedan ser en un momento determinado objeto de confrontación política con lo que entiendo que alcanzan derroteros a los que nunca se debía llegar.

Y pasando a la comparecencia solicitada por un Grupo Político, y contestando concretamente a aquellos puntos que se nos hacen referencia, que son cuatro; voy a pasar pormenorizadamente a referirme a cada uno de ellos.

En primer lugar, se nos pregunta: Criterios del Consejero para que no existan Unidades Móviles de Reducción de Daño (Metabús), en la zona oriental de Cantabria.

En primer lugar, el Consejero puede tener criterios profesionales y personales; pero como Consejero, no tiene otro criterio que el que no sea el de los técnicos que definen los programas y los estructuran. Insisto que cosa aparte, son criterios a título personal o profesional, que lógicamente obvio en mi trabajo y nunca pongo de manifiesto.

En segundo lugar, dentro de esta pregunta, no existen Metabuses en Cantabria. En Cantabria, lo que existen son Unidades Móviles de Reducción de Daño; algo mucho más amplio que la reducción a programas de dispensación con metadona, que se les otorga un curioso nombre, Metabús, en alguna Comunidad.

En tercer lugar, no hay establecidos criterios para que no existan Unidades Móviles de Reducción de Daños en la zona oriental de Cantabria, sino todo lo contrario. Es decir, hay criterios para que existan en toda la Comunidad Autónoma.

En este sentido, los criterios expuestos por los técnicos, e indudablemente asumidos por este Consejero, han establecido, para implementación en nuestra Comunidad Autónoma, desde el Programa Móvil de Reducción de Daños, unos criterios de

planificación que cualquier gestor entiende como necesarios. Me estoy refiriendo a la necesidad, la demanda, la disponibilidad presupuestaria. Entendiendo las siguientes prioridades entorno a la implantación del servicio; en este momento han sido, en primer lugar, zonas de más difícil accesibilidad a estos recursos, bien por lejanía, bien por comunicaciones, por medios de transporte, etc. Y en segundo lugar, zonas con dotaciones y recursos de atención en menor medida.

Por todo lo anterior, resulta obvio que tanto la zona sur como occidental de la Región, se encuentran en una situación de inferioridad en cuanto a la accesibilidad a recursos y programas asistenciales, que la zona oriental. Motivo por el cual se comenzó la implantación de dichas áreas de servicio, estando prevista la implantación en todo el territorio de esta Comunidad Autónoma próximamente.

La segunda cuestión para la que se me pregunta es: Gestiones realizadas para tratar adicciones, y/o este Programa en los dispensarios rurales sanitarios, o en los centros de salud.

El Gobierno de Cantabria, a través de esta Consejería, ha realizado múltiples gestiones con el Ministerio de Sanidad y con la Dirección General del INSALUD; al objeto de ampliar la cartera de servicios de atención primaria y lograr así objetivos que nosotros entendíamos fundamentales.

En primer lugar, ampliar la limitada oferta asistencial, en cuanto a tratamiento de drogodependientes que actualmente ofrecen los centros de salud y profesionales de atención primaria de la red del INSALUD. En segundo lugar, introducir la implantación de programas de mantenimiento con metadona en los centros sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma. En tercer lugar, procurar una potenciación en las medidas de reducción de riesgos y en los recursos de atención primaria del INSALUD.

En este sentido, estamos en condiciones de afirmar que se ha producido un notable cambio de actitud en la actual legislatura, con los responsables del Ministerio de Sanidad y de la Dirección General del INSALUD. Acerca de estos aspectos, hasta hace muy poco tiempo, totalmente imposibles de conseguir. Y fruto de estas conversaciones mantenidas, en este momento, se ha llegado a acuerdos para poner en marcha centros-pilotos para la dispensación de metadona, e iniciar programas de formación conjuntos a profesionales sanitarios, superando así la tradicional falta de interés de los responsables del INSALUD por ofrecer soluciones y alternativas a los drogodependientes en los servicios de atención primaria.

Este cambio de actitud de la Administración Central, merece nuestra felicitación; por cuanto

facilitará, de una vez por todas, el proceso de atención al paciente drogodependiente desde atención primaria, de forma real y lugar donde debiera haber estado siempre.

La tercera cuestión por la que se me pregunta: Seguimiento hasta el día de la fecha de los usuarios del programa de dispensación de metadona.

Los programas de dispensación de metadona se realizan de muy diferente manera. Desde luego, no es mi intención dar aquí una clase acerca del tema. Pero yo creo que no es posible seguir sin aclarar unas nociones básicas acerca de los tipos de programas de metadona.

Se pueden agrupar en tres grandes grupos. En primer lugar, programas que se denominan por los técnicos "de alto umbral, de exigencia, o programas orientados al cambio". Como su propio nombre indica, son programas cuyo objetivo terapéutico final es la abstinencia y persiguen la recuperación personal. Están limitados en el tiempo, y suelen estructurarse conjuntamente con otros programas de psicoterapia, o prevención de recaídas. Se manejan dosis bajas o decrecientes, y se realizan determinaciones toxicológicas en orina de control del consumo de cualquier tipo de sustancia. Estos programas, "de alto umbral, o exigencia a programas orientados al cambio", se llevan siempre a cabo en centros de tratamiento.

El segundo grupo, "programas de dispensación de metadona", son programas de media exigencia, o umbral medio, u objetivos intermedios, o programas adaptativos.

Este tipo de programas persiguen la adaptación social, o socio-familiar del individuo. Suelen ser de larga duración, de años. Y esporádicamente se asocian a otro tipo de intervenciones terapéuticas. No llevan, o no suelen llevar, controles toxicológicos asociados; excepto para opiáceos y cocaína, en alguna ocasión. Se utilizan dosis altas de metadona para este programa.

El tercer grupo, "programas paliativos, o de baja o nula exigencia". Son programas entre los que podríamos incluir por el que hoy se nos pregunta, programas de reducción de daño. El objetivo fundamentado de este tipo de programas es disminuir, paliar, y en la medida de lo posible anular, las consecuencias dañinas del consumo de drogas. Es decir, infecciones; como son, el sida, hepatitis, tuberculosis, micosis, etc.; prostitución, delincuencia. Son programas que se establecen por un tiempo indefinido y no conllevan determinaciones toxicológicas de control en orina, dado que su objetivo no es la abstinencia en el consumo de drogas, sino - como decía- la reducción del daño por el consumo de las sustancias.

La cuarta y última cuestión que se me plantea es: Relación de gastos hasta el día de la fecha, de los 50 millones transferidos del Gobierno Central, para el programa reducción del daño; y cuantía del convenio firmado con Cruz Roja para dos unidades móviles en funcionamiento.

A esto hay que decir que el Gobierno Central no ha transferido 50 millones para el Programa Reducción del Daño. El Consejo de Ministros, en su reunión del 4 de abril, acordó la transferencia a la Comunidad Autónoma de Cantabria, transferencia que hace anualmente, por una serie de conceptos; siete conceptos concretamente; por un importe total de 56.540.000 pesetas.

Como digo, estos 56 millones están distribuidos en siete conceptos finalistas diferentes. De los cuales, para toda clase de gastos que originan los programas específicos para situaciones de alto riesgo, entre los cuales podría tener éste de reducción de daños, se acordó la transferencia de 5.776.000 pesetas. Por tanto, no existe ninguna transferencia específica para la reducción de daños; y por supuesto, no existen 50 millones, a los que se hacen referencia en esta cuestión.

El importe del convenio para el ejercicio 1997, firmado con la Cruz Roja, para el funcionamiento de las dos Unidades Móviles, para el desarrollo del Programa de reducción de daños, para nuestra Comunidad Autónoma, es de 17 millones y medio.

Termino diciendo que -como decía- la aportación de la Administración Central del Estado a nuestra Comunidad Autónoma es de 56 millones de pesetas, para todos los conceptos. Cuando el presupuesto de nuestra Comunidad Autónoma, para el Plan Regional sobre Drogas, para el año 1997, es de 476 millones de pesetas.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Consejero.

A continuación, se abre un turno de intervenciones por los diferentes Grupos Parlamentarios.

Para su uso, tiene la palabra el Representante de IUCAN, D. Martín Berriolope Muñecas.

EL SR. BERRIOLOPE MUÑECAS: Gracias, Sr. Presidente.

En primer lugar, agradecer al Consejero la información que ha dado con respecto a esto.

Aunque yo creo que es una información que no ha explicado absolutamente nada. Nos ha hecho una formulación teórica de cómo se dividen los programas y cuáles son las demandas -podemos decir- standard, con respecto al tratamiento de los diferentes problemas que se plantean en la cuestión de la drogodependencia.

Pero a mí, por ejemplo, no me ha aclarado cómo se van a resolver el problema de los programas de metadona en la zona oriental. No me ha aclarado cuál es la alternativa inmediata, la que se va a poner en marcha, para la atención de los programas de metadona en la zona de Cantabria oriental; que creo que era una de las primeras preguntas, o la primera.

A mí me parece que ha hablado usted de formulaciones teóricas, de un acuerdo con los centros de atención primaria, de una serie de cuestiones, ha explicado lo del Metabús, y este tipo de cuestiones. Le agradecemos la información. Creo que es importante aclarar esas cuestiones. Pero desde luego, ese programa allí no existe. Hay una demanda importante de atención a esas cuestiones, por lo que esta mañana me comentaba en concreto una asistente social. Y no ha explicado en qué se van a concretar esas cuestiones.

Lo mismo que no ha explicado en qué se concreta en lo inmediato; porque ha dicho que se está avanzando mucho en la relación con los centros de atención primaria, con respecto a términos comparativos con la anterior legislatura; que me parece que a poco que se haga, se avanzará muchísimo porque no había nada. En la anterior legislatura -digo- que no había nada en el tema éste de la atención primaria. Y usted no ha explicado en qué se va a concertar eso. Entonces, ¿cómo se va a concretar?. Es decir, ¿cuáles son los acuerdos, cuándo se van a poner en marcha?

Por lo tanto, insistiendo en que es de agradecer la información que usted ha dado en muchos aspectos, creo que es una información meramente teórica de enunciados; pero que no ha bajado a lo concreto. No nos ha explicado nada de cómo se va a desarrollar este programa, qué es lo que se está haciendo, cuáles son los acuerdos, cuándo se ponen en marcha, etc.

Por lo tanto, creo que en una segunda intervención, usted responderá más precisamente; y se lo podremos agradecer.

Nada más. Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Diputado.

Desde el Grupo Parlamentario Regionalista.

Vamos a hacer una breve intervención. Porque al contrario de lo que piensa el Representante de IUCAN, nosotros entendemos que por parte del Consejero se ha dado una amplia explicación de cuáles es el Plan, cómo se va a desarrollar y cuáles son los criterios que se mantienen desde el Consejo de Gobierno; y más concretamente, desde la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

En cuanto al primer punto, los criterios del Consejo de Gobierno para que existan Unidades Móviles de Reducción de Daños. Nosotros entendemos que desde el Consejo de Gobierno se ha adoptado una política seria y acertada, incluso; en cuanto a que se ha dado prioridad a las zonas más deprimidas, por decirlo de alguna manera, o con menor posibilidad de acceso a poder resolver estos temas.

En cuanto al tema concreto que se nos plantea, desde la petición del Grupo Parlamentario Socialista, de Laredo, Santoña y Castro. Tenemos que decir que concretamente, en Laredo, hay un centro asistencial donde se trata este tema. Y en Santoña hay una unidad de dispensación donde también se desarrolla este tema.

De todas maneras, y a título de comentario, por algunas insinuaciones que se me han hecho desde los diferentes pueblos; sí me gustaría, sólo si lo tiene a bien la Sra. Diputada, porque no parece que ha caído muy bien esto: explicar, si tiene a bien, por qué se denomina eso del "triángulo de la Malvinas" a Laredo, Santoña y Castro; que nadie conoce, y que yo tendría gusto en saber cuál es la razón; por si es algo que se emplea desde el Grupo Parlamentario Socialista, con relación a este tema de la droga; o es que hay alguna otra razón que lo justifique. Pero solamente es a título de comentario.

Incluso, siguiendo con esta unidad de criterios que se mantienen desde el Consejo de Gobierno; si mis informaciones no son muy descaminadas; creo que para primeros de año se pretende -o en un tiempo muy breve, no daba fechas- que esté cubierta toda la Comunidad Autónoma con este tipo de asistencias.

En cuanto a las gestiones realizadas para tratar las adicciones en los centros dispensarios rurales. Aquí sí que tenemos que manifestar nuestra gratitud, por decirlo de alguna manera, o conformidad con el cambio tan importante que se ha dado en esta materia. Porque como bien sabrá la Sra. Diputada del Grupo Parlamentario Socialista, en el mandato del PSOE en el Gobierno de la Nación, se opuso frontalmente a que estos planes se desarrollasen en los centros de salud.

Gracias a las gestiones realizadas y al cambio de talante, desde los mandatarios sanitarios, en el

Gobierno de la Nación, se ha conseguido llegar a algunas gestiones. Y si mis informaciones no van muy descaminadas, se espera que para primeros de año sean tres los centros de salud que empiecen a realizar este tipo de seguimientos.

En cuanto al seguimiento hasta el día de la fecha del programa. Con la puesta en marcha de este Plan dirigido a los toxicómanos, y que creo que ha explicado suficientemente el Sr. Consejero, lo que se pretende es una reducción de los daños colaterales producidos directamente por la acción de las drogas; como son la prostitución, la delincuencia y enfermedades como el SIDA. Este es el objetivo básico y prioritario del Plan; incluso, por encima del abandono de la droga.

En lo que al cuarto punto se refiere, en la relación de gastos al día de la fecha. Ya creo que ha explicado sobradamente el Sr. Consejero que no existen esos 50 millones de pesetas; que esos 50 millones de pesetas vienen destinados a Cantabria para otras muchas finalidades. No vienen exclusivamente para este Plan. Y que por lo tanto, no se ajusta a la realidad la observación hecha por la Sra. Diputada del Grupo Parlamentario Socialista.

Y por lo tanto, sin más. Creo que el Sr. Consejero ha dado el dinero destinado al convenio con Cruz Roja. Agradecer la informaciones dadas por el Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Y animarle a que siga en esta lucha constantemente y en este trabajo, que creo que se tendrán que recoger sus frutos no muy a largo plazo.

Tiene la palabra el Representante de la Unión para el Progreso de Cantabria.

EL SR. GUTIERREZ FERNANDEZ: Gracias, Sr. Presidente.

Dar las gracias al Sr. Consejero, por las instancias en Comisión y las explicaciones que nos ha dado, sobre el Plan de Reducción de Daños.

Nosotros creemos que este Plan se debe mejorar; sobre todo, en aquellas partes donde no se está realizando ahora. También creemos, y esto porque yo lo conozco; en Liébana, hoy día, no están subiendo las Unidades a llevar metadona a los enfermos. Posiblemente, bueno y seguro es, porque sólo hay un enfermo. Pero según mis noticias, creo que hay más enfermos, más drogadictos, que podrían acogerse a este Plan, si la Unidad subiera otra vez a Liébana.

Con lo cual, yo le rogaría al Sr. Consejero que hagan un estudio de esto; para si posiblemente subiendo otra vez la Unidad, algún otro enfermo se pudiera acoger a este Plan. Creemos que la gestión se puede mejorar.

También tenemos la información de que la metadona produce hábito. Y nos gustaría saber si el hábito que produce es dañino, o es simplemente pasajero. Porque por lo que estamos viendo, estos enfermos, hay gente que llevan 7 meses tomando la metadona; y claro, si van a seguir así años, qué les puede producir, si este hábito después va a ser contraproducente.

Ya nos ha explicado los controles que se hacen a los enfermos.

Y por nuestra parte, nada más.

Gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Diputado.

Tiene la palabra la Representante del Grupo Parlamentario Socialista, Dña. Ana Zarrabeitia.

LA SRA. ZARRABEITIA CIMIANO: Gracias,  
Sr. Presidente.

Gracias, Sr. Consejero, por haber acudido hoy aquí.

Yo pienso que ha malinterpretado al Grupo Parlamentario Socialista. No hay ningún tipo de confrontación política; sino, sí un requerimiento de una explicación.

Así lo dije en mi primera rueda de prensa; que manifesté que estábamos totalmente de acuerdo en cualquier Programa Reducción de Daño. Felicitamos a los profesionales que trabajaban en el mundo de la droga. Y es más, añadíamos que estábamos orgullosos de que la sociedad ya entendiera que ser drogata o ser borracho, era ser persona dependiente de una adicción.

No me ha contestado a ninguna de mis extremos; o yo al menos no he sido capaz de poder recogerlo. Me ha dado datos que ya conocía. No es para mí nuevo saber que existe en más de un Centro de dispensación de metadona; 2 centros en Santander, 1 uno en Laredo, también en Torrelavega, y probablemente se esté dispensando en Santoña. Eso, en primer lugar.

En segundo lugar, sí soy consciente de que existen las Unidades Móviles de Reducción del Daño; que en el argot de la Cruz Roja, -he utilizado el mismo-, se denomina Metabús. Y sí puedo saber cómo funcionan estas Unidades, porque he estado presente en cómo realizan lo que ellos llaman Reducción del Daño.

La metadona no es una sustancia nueva; es una sustancia que como bien sabe el Sr. Consejero,

puesto que es sanitario, produce adicción. Y precisamente lo que yo comentaba en aquella rueda de prensa, es que heroína + metadona, en principio, sin ningún tipo de control, cuando ya había mucha metadona que se estaba dando en Cantabria, quizás no fuera la mejor planificación.

Con respecto a los datos de los dineros; desde luego, aquí veo "Programa asistencial reducción del daño, 50 millones; aportación Diputación Regional de Cantabria, 0. Y además, lo dividen en dos partidas: 20 millones, para programa asistencial de reducción del daño; y 30 millones, para el gasto de personal.

Como he dicho, el Programa Regional de Drogas está instaurado desde el año 1987. El Consejero le llevó; porque además se lo he preguntado hace un momentito; desde 1987 a 1990. En la actualidad, lo lleva otro profesional, desde 1990 hasta 1997.

Y por dar otro dato, el Capítulo de Personal son 205 millones, lo que lleva también el Plan Regional de Drogas. La metadona, todos sabemos que es muy barata. Lo que pasa es que quizás hay que planificar la metadona, en base a otras adicciones y con recursos sustitutivos. Sabe usted, igual que yo, que en algunos sitios se están reconsiderando que la metadona no es el mejor proceso, a la hora de tratar ya a los heroinómanos crónicos; igual que sabe que realmente el patrón de consumo de drogas está disminuyendo en la heroína.

Y por tanto, sin una buena prevención, sin una buena reinserción, y simplemente suministrando metadona, y no solamente en unidades móviles; quizás no sea el mejor fin para llevar este programa.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sra. Diputada.

A continuación, tiene la palabra la Representante del Grupo Parlamentario Popular. Dña. Yolanda Pérez-Oleaga.

LA SRA. PEREZ-OLEAGA VARONA: Gracias,  
Sr. Presidente.

En primer lugar, agradecer las explicaciones del Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Creo que son unas explicaciones ajustadas, concretas, precisas y necesarias; las necesarias para contestar a las preguntas que se han hecho en esta comparecencia. El que otros Grupos Parlamentarios no estén de acuerdo, pues es algo que cada uno tendrá que determinar; y así ha sucedido en las distintas intervenciones.

Nos parece ajustada la intervención. Y nos

parece además que aquí se está reconociendo que se están haciendo cosas. Estamos siempre igual. El otro día nos ha pasado con el Plan de Juventud, quiten ustedes el Plan de Juventud, oiga, pero si nos están diciendo siempre, o están diciendo al Gobierno, traigan un Plan. El día que hay un Plan, el día que se hace algo; ese día, efectivamente, ustedes creen que no se hace absolutamente nada.

Creo que trabajar, es trabajar en positivo; en estas cosas, y en materia social, el trabajar en sanitaria, el trabajar en positivo es reconocer lo que se está haciendo. Probablemente, mejorar; porque mejorar está al alcance de todos. Nadie es perfecto. Y entonces, si todo lo tuviéramos perfecto, lógicamente no tendríamos nada que hacer; es decir, estaría todo hecho, estaría todo al cien por cien. Creo que siempre hay capacidad de ir mejorando.

Creo que la Consejería, y concretamente la Dirección del Plan Regional de Drogas, lo están haciendo bien. Y demostrativo de lo mismo es el haber aprobado esta Cámara ya una Ley de Drogodependencias, que en tiempo, en forma y en momento; y quizás en esto -y vuelvo a repetir lo que dije en la intervención ante el Pleno- del tiempo que se tardó en aprobar este Proyecto de Ley por parte de esta Cámara, "mea culpa" en la parte que me corresponde.

Y creo que eso precisamente es arbitrar instrumentos para poder llegar a hacer una atención en drogodependencias que sea la mejor para Cantabria; que yo creo que esta Consejería no solamente lo va a conseguir, lo está consiguiendo, está ya subiendo los escalones de lo que se puede hacer hasta el momento, con los medios de que está dotada; y la política, en este caso, que se está haciendo, concretamente. Y que además ha reconocido aquí que se avanza en atención primaria, en programas de formación, de profesional en la atención primaria. Y esto para nosotros no solamente es suficiente; sino que yo creo que para la Comunidad de Cantabria es no solamente suficiente, igual hay que mejorarlo -insisto-; pero desde luego que se han hecho cosas, y se han dicho cosas muy en positivo. Y lo hablamos en esta Comisión, y en otras. Yo creo que estamos aquí, en esta Asamblea, para hablar en positivo; en negativo, yo creo que eso lo puede hacer cualquiera.

También podríamos ir a tiempos atrás. Lo que no se hizo en otros Gobiernos, y lo que no se hizo en otros Gobiernos que no solamente son de esta Comunidad, sino Gobiernos de una Nación.

Muchas gracias, Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sra. Diputada.

A continuación, tiene la palabra el Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

EL SR. DEL BARRIO SEOANE: Lamento que no me haya explicado bien. Pero he intentado responder a cada una de las preguntas que se me formulaban en la petición de esta comparecencia. Pero no tengo ningún inconveniente en detallar más alguna de las cuestiones que se han planteado.

Insistir en que la zona oriental no está olvidada; que el Programa de reducción de daños tiene como objetivo toda la Comunidad Autónoma. Ha habido una implantación en una área, en una zona concreta, puesto que por algún lado había que empezar; y la zona oriental -entendíamos, y así es- que había dos Centros, el Centro Asistencial de Drogas de Laredo y la Unidad de Dispensación de Santoña, que estaban ya realizando programas de metadona. Y por lo tanto, insistir en que sí existen programas de tratamiento con metadona en la parte oriental, con mejores comunicaciones y transporte público que no tiene aquella otra zona de nuestra Comunidad Autónoma en la que hemos iniciado la distribución de metadona por una unidad móvil.

En este sentido, hacer una aclaración. Antes lo he hecho, pero se siguen mezclando lo que son programas dirigidos a la eliminación o al abandono de una drogodependencia, con aquéllos que lo que buscan es una reducción de daños. Y en este sentido, comentar al Sr. Diputado de la UPCA, que los programas de tratamiento, la metadona es una sustancia similar a la heroína, que su utilización, indudablemente, como cualquier sustancia que crea una dependencia, crea dependencia.

Y los objetivos que se proponen los diferentes programas de tratamiento con metadona son esos objetivos que antes dividía en tres; aquéllos que van orientados al ir dejando la droga, por lo tanto, tienen dosis decrecientes, y no se puede consumir otra sustancia; aquéllos que no necesariamente buscan la sustitución inmediata, o la eliminación inmediata de una sustancia, sino que paulatinamente van bajando con otro tipo de programas, van ayudándose a la eliminación de esa droga en uno o dos años; y aquéllos que son por los que se nos pregunta hoy, que es un programa de reducción de daño, que su objetivo no es que se abandone la droga, sino que aun siendo drogodependientes, lo que se persigue es que las consecuencias dañinas del consumo de drogas, sean eliminadas; y me estoy refiriendo a infecciones como el SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.

El grupo de pacientes que han entrado en este Programa de Reducción de Riesgos, en estos momentos, superan los 300. Trescientos que hasta el día de hoy, a pesar de los más de 10 años de funcionamiento del Plan Regional de Drogas, no habían entrado en otros programas que ahora



enumeraré.

Es decir, hemos conseguido que una población importante de drogodependientes; probablemente los más deteriorados, física y socialmente; en este momento, están en un Programa. Un Programa que como objetivo primero, no tiene el abandono de la droga. Pero también tengo que decir que en los pocos meses que lleva funcionando, ya hay varios pacientes, o varios drogodependientes, que ya han solicitado su entrada en otros programas que sí que tienen como objetivo el abandono de la droga. Es decir, puede ser una vía que hasta ahora era inexistente, para que aquéllos que en peores condiciones estaban, tanto física como socialmente, entren en programas de abandono de la drogodependencia. Cosa que no se conseguía ni en Cantabria, ni en ningún sitio, con los programas -digamos- establecidos.

En este sentido, comentar que la Unidad móvil ha estado en Liébana; en un momento determinado ha tenido 3 y 4 pacientes; en los últimos meses tenía 1 sólo paciente. Y el que en estos momentos no suba la unidad a Liébana, no es porque no se le siga dispensando metadona; sino que el médico de atención primaria personalmente ha asumido esa dispensación de metadona.

Es decir, nosotros creemos, desde hace años, que la atención primaria que presta el INSALUD, no esta Comunidad Autónoma, debiera ser el primer eslabón en la atención a los drogodependientes.

Por eso, contestar también que por nuestra parte, esta insistencia con la atención primaria ha existido siempre. Pero nunca hemos encontrado eco ni respuesta por parte del INSALUD; ha sido en los últimos meses. En este sentido, ya hay convenios de colaboración firmados entre el INSALUD y esta Comunidad Autónoma; -rectifico- no firmados, sino en este momento están en tramitación administrativa. Es decir, se están tramitando administrativamente; cosa que no se había conseguido en los últimos 13 años. Es decir, en este momento ya hay una tramitación administrativa y una disposición oficial del INSALUD a que esto sea así, para que en los próximos meses ya haya centros de atención primaria dependientes del INSALUD que estén en Programas de dispensación de metadona. Probablemente, estos Programas de dispensación de metadona corresponderán a este tipo de programas que tenían como objetivo el abandono de la drogodependencia; no la reducción del riesgo.

Aclarar que este Programa es un programa más; que como Sus Señorías conocen, el mundo de la drogodependencia está sometido continuamente a cambios: cambios en sustancias, cambios en hábitos, cambios en vía de Administración, cambios de muchas características que exigen que un Programa Regional sea un programa dinámico. Lo cual, no quita que en

este momento, Cantabria sea una Comunidad privilegiada en cuanto a recursos dedicados específicamente, y bajo la financiación exclusiva del Gobierno Regional, a la atención de drogodependientes.

Hay que decir que Cantabria tiene una red pública de gestión directa, de 4 centros de tratamiento ambulatorio; 1 centro de tratamiento específico de metadona; 1 comunidad terapéutica de 45 plazas de financiación pública; 1 gestión directa de un programa de Unidades Móviles de Reducción de Daños, con cargo a los Presupuestos Regionales. Además de subvenciones de otros programas asistenciales de carácter privado.

Es decir, Cantabria, con tan sólo medio millón de habitantes; que no representan más allá de un barrio de una gran ciudad; que ese barrio se siente afortunado si dispone de 1 ó 2 ambulatorios. Cantabria dispone, en este momento, de una tasa, de un psicólogo y un médico con dedicación exclusiva al abordaje de las drogodependencias, para 750 posibles usuarios; y un trabajador social, cada 1.200 usuarios.

Es decir, Cantabria, en este momento, no tiene afortunadamente lista de espera en atención a drogodependencias; y en esto no estoy contabilizando los recursos provenientes de la iniciativa privada sin fines de lucro, como son Proyecto Hombre, Reto, etc. Es decir, este Programa es un programa que nace porque entendíamos que había una población de drogodependientes que no accedía a los programas convencionales; y la experiencia en los pocos meses nos está llevando a ratificarnos en que este programa era necesario, -insisto- con intención de que sea extendido a toda la Comunidad Autónoma.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):  
Muchas gracias, Sr. Consejero.

A continuación, abrimos un nuevo turno de intervenciones. Pero no sin antes recordarles que a las once y media estaba programada otra Comisión; por lo que rogaría que nos ciñéramos al tema concretamente, y la mayor brevedad posible.

Tiene la palabra el Representante de la Unión para el Progreso de Cantabria.

EL SR. GUTIERREZ FERNANDEZ: Gracias, Sr. Presidente.

Únicamente darle las gracias al Sr. Consejero, por sus explicaciones.

Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos):

Muchas gracias, Sr. Diputado.

Tiene la palabra la Representante del Grupo Parlamentario Socialista.

LA SRA. ZARRABEITIA CIMIANO: Sr. Consejero.

Me alegro mucho que en parte me dé la razón. Es decir, somos una población sólo de 500.000 habitantes y estamos gastando un presupuesto importantísimo en el Plan Regional de Drogas.

Yo le apunto desde aquí que sería importantísimo que supieran gestionar estos recursos y estos millones; que evidentemente, no solamente existe la heroína; sino muchas cosas más.

Y con respecto a lo que yo le he preguntado, claramente; me ha contestado, no hay reducción del daño móvil, como está habiendo en las zonas sur y occidental; en la zona oriental, no la hay. Hasta la fecha, no ha habido nada firmado con dispensarios rurales, ni centros de salud.

El seguimiento se verá, porque esto se acaba de implantar -según me ha dicho- hace 7 meses, lo de dispensar la metadona en unidades móviles. La metadona aquí se dispensaba hace muchos años, como bien sabe usted, y yo también.

Y con respecto a los 50 millones; que evidentemente, en el Presupuesto figuran, en los que ponen: Diputación Regional de Cantabria, no aportó nada. Claramente, yo sí veo que 20 millones eran para Programas de asistencia, de reducción del daño; del cual me ha dicho que 18 millones son para Cruz Roja y 30 para el personal. Efectivamente, en el Capítulo 2, hemos dicho que hay 205 millones para personal.

El Programa de droga, como bien hemos tratado en la Ley, hay que abordarlo desde muchos puntos de vista; desde un punto preventivo, desde un punto social, desde un punto de reinserción. Y quizás los recursos, con esta cantidad de millones que estábamos hablando, deberían gestionarse todo lo mejor posible; teniendo en cuenta de que aparte de heroinómanos, hay mucha población de adicciones en Cantabria.

Y a ver si es verdad que los de Castro no tengan que ir a Santander... Sí, a Santander; eso dicho, en la propia Marga. Sí, como se lo cuento.

Eso de que no hay lista de esperas, usted sabe que no es cierto. Cualquier usuario de llama a un CAD, sabe que mínimamente tres o cuatro semanas para llegar; y la primera para hacer una visita, en dos días aproximadamente. Y que los Centros que había, los había; es decir, no son nuevos, son desde el año 1987. Y los millones, son los que son.

Gracias, Sr. Consejero.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra la Representante del Grupo Parlamentario Popular.

LA SRA. PEREZ-OLEAGA VARONA: Gracias, Sr. Presidente.

Nada más quería agradecer las explicaciones del Sr. Consejero, y animarle a que siga trabajando en el Plan Regional con la gente con la que cuenta.

Gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra el Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

EL SR. DEL BARRIO SEOANE: Solamente contestar muy escuetamente.

Nuestra intención, indudablemente, es gastar lo mejor posible el Presupuesto que aprueba esta Asamblea. Y en este sentido, agradecería cualquier sugerencia de todos los Grupos Políticos. Nuestra intención, indudablemente, es gestionar mejor.

Cuando hago referencia al Presupuesto que tenemos en nuestra Comunidad Autónoma, insisto que es un Presupuesto único del Gobierno Regional; y que indudablemente se ha venido gastando en aquellos programas que hemos considerado prioritarios.

La zona oriental, en este momento, sigue teniendo las unidades de dispensación de metadona; donde en este momento hay más de 400 pacientes que no vienen a Santander, sino que están siendo atendido en Laredo y en Santoña. Y los responsables, tanto sanitarios como políticos, de Castro, concretamente, saben perfectamente los tiempos; cuándo se va a poner esta unidad móvil allí.

La preocupación que nos trasladan no es precisamente cuándo se va a poner esa unidad móvil allí; sino la avalancha de pacientes que acuden del País Vasco a esta unidad. Y ahí yo sí que pediría una colaboración de los partidos políticos para que sugieran a sus homólogos de nuestra Comunidad vecina, la implantación de programas de este tipo.

Entonces, insistir en que la zona oriental tendrá en los próximos meses su unidad móvil, porque así está ya (...) con la Cruz Roja.

Si en este momento no hay nada firmado con el INSALUD, en atención primaria, no ha sido porque nosotros no lo hayamos intentado, como consta, en los últimos años, en múltiples reuniones, Consejo Interterritorial, Comisiones Sectoriales de Drogas, etc. Y por parte de la Administración Central fue imposible.

En este momento, no se ha firmado porque requiere un trámite administrativo. Pero ya hay una intención, que nunca la hubo, de firmar este tipo de convenios.

Indudablemente, la metadona existe desde hace muchos años. Pero lo que se ha pretendido con este programa, no tiene nada que ver -insisto- con programas de metadona. Es un Programa de Reducción de Daño. Los programas de metadona - como decía- en Cantabria tienen en este momento más de 400 pacientes; y los Programas de Reducción de Daños, al día de hoy, se acercan a 300 pacientes diferentes. Son otro perfil de pacientes, que antes no habían entrado en ningún programa de los convencionales.

Insisto que este Programa es un programa novedoso que requiere la colaboración; y yo creo que la Señoría responsable del Partido Socialista es responsable de ello; requiere la colaboración de todos los Grupos Políticos y de todas las fuerza sociales, porque es un programa muy delicado de implantar. Y de hecho, muchas Comunidades Autónomas, ahora mismo, es cuando se están planteando su inicio y su implantación. Los próximos días nos visitarán responsables de otras Comunidades Autónomas, precisamente, para ver cómo se está haciendo en Cantabria.

Y por último, insistir en que en el Plan Regional de Drogas, en este momento, no existe lista de espera. El que para atender a un drogodependiente se tarde 2 ó 3 días, que es lo que se tarda en ajustar una agenda normal de atención en cualquier tipo de consulta, no creo que sea una lista de espera.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sr. Consejero.

Agradecerle, desde esta Presidencia, en nombre de todos los Grupos Parlamentarios, su comparecencia.

Pasamos al Punto nº 5 y último: Designación de la Ponencia que habrá de informar el Proyecto de Ley de creación del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Cantabria.

Tiene la palabra el Representante de IUCAN, D. Martín Berriolope.

EL SR. BERRIOLOPE MUÑECAS: D. Angel Agudo San Emeterio.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Por parte del Grupo Parlamentario Regionalista, D. Miguel Angel Gómez Penagos.

¿Por parte de la Unión para el Progreso de Cantabria?

EL SR. GUTIERREZ FERNANDEZ: Dña. María Luisa Alonso.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): ¿Por parte del Grupo Parlamentario Socialista?

EL SR. VILLORIA DIEZ: Muchas gracias, Sr. Presidente.

Yo mismo, D. Fernando Villoria.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): ¿Por parte del Grupo Parlamentario Popular?

LA SRA. PEREZ-OLEAGA VARONA: Dña. Yolanda Pérez-Oleaga.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Penagos): Muchas gracias, Sra. Diputada.

Sin más asuntos que tratar, dando las gracias a todos los asistentes, se levanta la sesión.

---

(Finaliza la sesión a las once horas y cuarenta minutos).

\*\*\*\*\*