

DIARI DE SESSIONS DE LA **COMISSIÓ D'ASSUMPTES SOCIALS** DEL PARLAMENT DE LES ILLES BALEARS

D.L.P.M. 349-1992

Fq.Con.núm.33/27

IV Legislatura

Any 1999

Número 36

Presidència
de l'Honorable Sra. Joana Aina Vidal i Burguera.

Sessió celebrada dia 17 de febrer del 1999, a les 12,15 hores.

Lloc de celebració: Seu del Parlament

SUMARI

I.- COMPAREIXENCES:

1) Dels autors del Pla de drogues.

546

LA SRA. PRESIDENTA:

Senyores i senyors diputats, començarem la Comissió. Hi ha substitucions?

LA SRA. FERRER I BASCUÑANA:

Sí, Sra. Presidenta. Pilar Ferrer substitueix Guillem Vidal.

LA SRA. PRESIDENTA:

Moltes gràcies.

LA SRA. GARCIA I QUEROL:

Gràcies, Sra. Presidenta. Carme Garcia substitueix Miquel Gascon.

LA SRA. PRESIDENTA:

Moltes gràcies.

Passam abans de començar la Comissió a donar la..., agrair l'assistència a aquesta comissió a la Dra. González i al Dr. Bartomeu Mestre, autors del Pla autonòmic de droga.

I.1) Compareixença dels autors del Pla de drogues.

I passam al primer punt de l'ordre del dia, que és el relatiu a la compareixença dels autors del Pla. Té la paraula la Dra. González.

LA REPRESENTANT DE LA CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (Dra. González):

Buenos días. Bueno, antes de entrar en mi exposición he traído cinco carpetillas -creo que son ustedes cinco grupos parlamentarios- con datos actualizados en relación a la primera parte del Plan, donde pone "Diagnóstico". Son datos en relación al SEIT, a la encuesta domiciliaria y a la encuesta escolar. La encuesta escolar es del año 96, la encuesta domiciliaria es la del año 97...

¿No se oye? Más cerca. ¿Así se me oye? Vale, vale, no tengo problema en repetir.

Decía que he traído cinco carpetillas con los datos actualizados relativos a la primera parte del Plan, datos extraídos, en un caso, del SEIT, el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. En este caso están los datos del año 96 y del año 97 ampliados con algunas tablas que no tienen ustedes en el documento entregado, entre ellas la última parte que es el indicador de mortalidad, que desde que el tema drogas pasó a la Dirección General de Sanidad de nuevo, nos metimos mucho más con ello, con lo cual tienen los datos del año 96 y 97, también. Sí, sí, sí... Además, lo de la encuesta domiciliaria del año 97 y la encuesta escolar del año 96. Como son fotocopias, de todas formas dejaré unos originales luego a la presidenta para que, si hay algún número que no ha salido en la forma adecuada, puedan hacer ustedes las fotocopias que quieran.

Una advertencia es que lo que les presento son los datos, los datos que evidentemente se incorporarán en las tablas al Plan, pero sin los comentarios correspondientes, porque éstos, es decir, el Plan, cuando pase por el Parlamento y se apruebe, si es que se aprueba, en la forma en que se apruebe definitivamente y si hay que hacer correcciones de algún tipo, automáticamente, a parte de las que se puedan hacer, esto será incorporado con los comentarios correspondientes, pero es para que ustedes tuvieran adelantados los datos que hemos actualizado.

Bien, sin más preámbulo, voy a relatar sucintamente cómo fue la redacción del Plan. Cuando se encomienda al equipo redactor, que en este caso estaba formado por el doctor Mestre, que está aquí presente conmigo, jefe de la Sección de salud mental de la Conselleria de Sanidad, por los psicólogos María José Rodríguez y Sebastián Soler, que en estos momentos ya no están en nuestra conselleria pero sí estaban en la Unidad central de drogodependencias, y por mi misma, bajo la supervisión del coordinador del Plan autonómico de drogas que es el director general de Sanidad, el doctor Crespí, pues cuando se nos encomienda este tema se nos dice que se trata de actualizar el Plan redactado bajo las directrices del doctor Munar, que era el anterior coordinador del Plan autonómico de drogas de Baleares, y este plan, que fue escrito, fue redactado con la participación de consells insulares, ayuntamientos, personas de la Universidad, psicólogos, asistentes sociales, etc., hasta un total de 29 personas, fue redactado por una proposición no de ley aprobada en este parlamento y entregado, dando cumplimiento a la misma, en el año 95. Por lo tanto no se trataba de hacer un nuevo plan, sino de actualizar el que estaba ya en nuestra posesión, en la Conselleria de Sanidad.

Esta es una de las razones por las que, bueno, no hemos puesto equipo redactor ni gente que participó porque es una situación un poco..., no la llamaría extraña pero sí un poco inusual, es decir, lo que estamos haciendo es una revisión, una puesta al día, bajo la perspectiva de actualizar los conceptos y las directrices que el propio Plan nacional de la droga da sobre prevención, sobre asistencia, incorporando los nuevos conceptos y aclarando o reordenando un poco lo que es la red asistencial y el tema de la coordinación, pero substancialmente, si ustedes se miran el anterior plan, substancialmente es el mismo. Lo que pasa es que al haber hecho esas pequeñas modificaciones o esas grandes, según se vea, pues no nos parecía correcto incluir automáticamente la lista de los que participaron en el anterior, y tampoco nos ponemos, incluso, a nosotros mismos.

Como he dicho, se revisó lo que son estrategias, lo que pretende que sea la forma de llevar a cabo la asistencia, la prevención, la reinserción y la evaluación, formación, investigación y documentación según los casos y según los documentos nuevos que se nos había..., bueno, y los cambios que podían haber habido a nivel nacional o incluso con los nuevos conceptos internacionales, y en cuanto a las funciones de las administraciones, coordinación y estructura organizativa, se parte de la directrices del Plan nacional sobre drogas, de la Ley general de sanidad, de la Ley de régimen local y de la Ley de acción social de nuestra comunidad autónoma, que indican ya las competencias que hay, quizás no explicitándolas en el tema concreto de drogas, pero no hay que olvidar que el tema drogas es un tema que afecta a muchos sectores su resolución y su prevención; no es como puede ser -¿qué diría yo?- pues una tuberculosis o una lepra, que simplemente va a la red asistencial que en algún caso también hará falta la aportación de actividad de un asistente social, según el caso, pero que dentro de la propia red de asistencia se resuelve el tema.

En el caso de la droga en muchas ocasiones factores ambientales son los que provocan y generan el que una persona caiga en el tema de la droga, se convierta en drogadicto, y en otras ocasiones factores de índole solamente familiar pero terminan que esta persona, al ser drogadicta, termina en un proceso que requiere de la asistencia social. A parte de que en la prevención -que siempre se ha dicho, y más últimamente, que debe ser totalmente inespecífica, y al decir inespecífica significa pues que cuando estamos promoviendo la utilización del tiempo libre a través del deporte, y esto pues puede ser desde la escuela, fuera de la escuela, desde los ayuntamientos, desde los consells insulares, desde el Gobierno balear, se está haciendo prevención de droga- cuando se está hablando de mejorar la situación laboral de una familia que puede provocar, si no se consigue, que una persona o algún familiar termine en la droga, estamos hablando de actuaciones que están contempladas, según estas leyes que he dicho, ya de forma normal y ordinaria, en competencias de ayuntamientos, consells insulares o Gobierno balear o Insalud, por la parte que no está transferida.

En el caso del Plan nacional, cuando hace referencia a las directrices de los planes autonómicos, dice que estos, los planes autonómicos, "coordinarán niveles, competencias y servicios de las distintas administraciones". Nos hemos basado en esa directriz a parte de lo que indican las propias leyes. Este mismo plan nacional dice que se contemplará el papel importante a desarrollar por las administraciones locales, especialmente en la red de servicios sociales y en todo lo que suponga programas de prevención y reinserción social. La Ley general de sanidad da la competencia de planificación en todo lo que sean servicios de salud al Gobierno balear en el caso transferido -el Estatuto de Autonomía también-, la planificación y la actuación de la asistencia salvo en los casos como el Insalud, que en estos momentos no está transferido pero que, como todo el mundo sabe- tarde o temprano estará la transferencia realizada.

En el caso de la Ley de acción social, en el artículo 1, que es el objeto de la ley, y en el artículo 2 así ampliado con el artículo 10, apartado e), se ven, desde nuestro punto de vista, claras las competencias y las actuaciones que justamente se tienen que tener por parte de los servicios sociales.

En cuanto a la red asistencial, y antes de entrar en ello pero también va ligado, el espíritu que propugna el Plan nacional de la droga es que en ningún momento se hagan redes paralelas, sino que se utilicen justamente las redes existentes, que otra cosa -en lo cual yo no me voy a meter- es si estas redes son suficientes o no, pero que se utilicen las redes existentes. En cuanto a la red asistencial no se propone una red paralela, insisto, sino una red formada por la red social y sanitaria existentes, donde cada cual, y basándonos en las competencias que tiene cada una de ellas, incluya dentro de sus actividades las que se encaminan a la promoción de la salud, prevención, tratamiento y reinserción de la drogadicción.

La aparición del sida y su alta incidencia, por desgracia, en el grupo de drogadictos, los tratamientos con metadona, naltrexona, hacen que el abordaje del problema -y estoy refiriéndome a la parte asistencial, evidentemente- no sea primordialmente social, sino también médico o sanitario, por lo que ambas redes deben estar complementadas entre sí más que nunca, y quizá lo más difícil sea trabajar coordinadamente, simplemente porque no se tiene el hábito de hacerlo, no porque cuando hables con cada uno de ellos no te digan que efectivamente tiene que ser así, sino porque realmente lo que se pulsa es que no hay el hábito, y no sólo en el área asistencial, sino en la promoción de la salud y prevención comunitaria, o no, según el nivel de la red de que estamos hablando, y en cada uno de ellos se realizará prevención, que es lo que ponemos nosotros dentro del plan, prevención, promoción de salud o asistencia, y va a depender de qué funciones te corresponden a ti por las competencias que tienes y a ese nivel qué puedes desarrollar en estos ámbitos. Todo ello supondrá, tal como se expresa en el propio plan, no sólo un esfuerzo de coordinación, como ya he señalado antes, sino también un esfuerzo de adaptación e incorporación de recursos y la adecuación de las actividades proponiéndose una sectorización en la asistencia. Eso sí que es algo que no estaba propuesto en el anterior plan.

En cuanto a los recursos que se describen el plan como existentes, no hay que olvidar el tiempo transcurrido, también, y que mientras tanto, aunque ese plan no esté aprobado por el Parlamento realmente no se han paralizado las actividades ni de la Conselleria de Sanidad ni de las otras instituciones que trabajan en el tema de la droga, hay que aumentar o añadir un centro de tratamiento ambulatorio que abrió sus puertas el mes de julio pasado, dependiente de la Conselleria de Sanidad, tratamiento completo en el sentido de que, bueno, con metadona, sin metadona o naltrexona, dependiendo, evidentemente, del perfil del usuario, que es lo que también se propone la parte de asistencia en cuanto a estrategias. Por otro lado, este mes de febrero ha abierto sus puertas algo que también se propone dentro del plan, que es la unidad de desintoxicación de alcohólicos, solamente alcohólicos, de alcoholismo, porque la unidad de desintoxicación para heroína, etc., está ubicada en el Insalud, en Son Dureta concretamente, desde hace bastante tiempo, pues ha abierto esta unidad que está ubicada en el hospital Juan March con cuatro camas.

Bien, por último, en lo que es el Plan, se definieron los objetivos y actuaciones para el período 1998-2001, y tal como dice el epígrafe no es un programa de intervención, no pretende ser un programa de intervención; es un listado de objetivos generales, objetivos específicos, actividades..., es un listado que es lo que la Conselleria plantea como directriz para luego realizar los programas de intervención que, obviamente, y teniendo en cuenta las distintas dependencias institucionales, cada cual con su presupuesto o sus propias actividades, van a tener que ser coordinadas en el seno de la comisión territorial donde están representadas todas estas instituciones, incluso las ONG, o así está establecido, y esa comisión permite perfectamente que luego haya grupos de trabajo de técnicos que puedan desarrollar aquellos trabajos que les encomiende la comisión territorial y luego, evidentemente, una vez finalizados, trasladados a la comisión territorial para ser aprobados.

Por lo tanto, los programas de intervención, incluso a lo mejor modificando alguno de los objetivos que están ahí, evidentemente, los programas de intervención van a tener que ser desarrollados y, como tales, poniendo los objetivos no sólo generales, específicos y operacionales, sino quien va a realizar el cronograma, cómo lo va a realizar, en qué tiempo, con qué grupo diana, etc., etc., va a tener que ser desarrollado conjuntamente en aquellos casos en que esa intervención suponga la intervención -valga la redundancia- de distintos estamentos, o entidades, o instituciones, o simplemente por parte de una de las instituciones si es algo que le afecta solamente a ella; ahora bien, dentro del seno de esta coordinación y teniendo un poco como referencia, como guía, que es lo que se pretende con este plan, al Plan de drogas, que no pretende más que ser un punto referencial.

Entre los objetivos que hemos puesto en este listado hay algunos que justamente se consideran necesarios para suplir un poco esas deficiencias que hemos notado los que hemos estado trabajando en el Plan, es decir, uno de los objetivos, si mal no recuerdo, es justamente tener un conocimiento adecuado de las necesidades que tenemos en cuanto a necesidades asistenciales, en cuanto a centros, si los centros que tenemos realmente deben servir para lo que están sirviendo o deben ser reconvertidos. Lo que ocurre es que en este momento eso es algo que se considera que es mejor hacerlo conjuntamente, entre otras cosas porque la dependencia de algunos de estos centros no es del Gobierno balear sino que es de otras instituciones.

En el tema, y ya para finalizar, algo que se ha planteado y que se tiene muy presente en la Conselleria de Sanidad y creo que también el propio conseller lo dijo cuando presentó aquí el plan, es la necesidad detectada por parte nuestra de que se desarrolle una ley que contemplaría lo que es el plan, no los objetivos y las actividades, evidentemente, pero sí lo que son estas directrices del plan y quizás ampliado incluso más, y haciendo quizá más hincapié en esas competencias que, yo insisto, desde mi punto de vista técnico están contempladas ya en las distintas leyes, lo que a lo mejor hay que puntualizarlas más para aclarar y esclarecer, porque a veces pensamos que es un problema a parte. Yo quiero pensar, como sanitaria que soy, que no es un problema a parte, es un problema de la sociedad y es un problema de salud, el que tenemos con las drogas, como comenté la otra vez con el tema del sida. Por lo tanto, tiene que estar incorporado de forma natural, con aquellos elementos que hagan falta, pero de forma natural dentro de nuestro sistema asistencial y contemplado como tal.

Y por mi parte nada más.

(La Sra. Vicepresidenta substitueix la Sra. Presidenta en la direcció del debat)

EL SR. PRESIDENT:

Gràcies, Sra. González. El Sr. Bartomeu Mestre vol intervenir?

Ara, per tant, podem passar, si les senyores diputades i els senyors diputats... Tant podem fer una interrupció com podem continuar. Podem continuar, no?, veig l'assentiment de tots. Per tant, acabades aquestes intervencions, podem passar a la formulació de les preguntes o a les observacions per part dels diferents grups parlamentaris.

Per part del Grup Parlamentari d'Esquerra Unida té la paraula la Sra. Thomàs.

LA SRA. THOMÀS I ANDREU:

Gràcies, Sra. Presidenta. Vull agrair la presència dels redactors del Pla autonòmic de drogodependències i també les explicacions que ens han donat, sobretot perquè ens han donat una novetat que no coneixíem, i és que les instruccions que havien rebut per part dels responsables polítics de la conselleria era, no la redacció d'un pla autonòmic de drogodependències arrelat a la realitat de les nostres illes i que significàs una eina de feina per abordar una problemàtica tan important com és aquesta, sinó senzillament actualitzar el Pla del 94 i, per tant, senzillament revisar si aquell pla s'havia d'actualitzar en alguns aspectes. Evidentment, si és així no hauria d'haver estat presentat com a Pla autonòmic de drogues, sinó com a actualització del Pla del 94 i, evidentment, les expectatives haguessin estat distintes per part dels grups parlamentaris i de tots aquells professionals, tècnics, usuaris, associacions, etc., que pensaven que l'any 98 es podia presentar un pla autonòmic de drogues per a les Illes Balears que fos realment una eina i un instrument per millorar la realitat i poder transformar una mica aquesta realitat.

De tota manera, amb aquest novetat senzillament vull agrair les paraules de la Sra. González i ja ens ha dit ella mateixa que l'equip d'actualització del Pla del 94 ja no va considerar convenient consultar ni ampliar la redacció del nou pla, o l'actuació del pla anterior, perquè ja consideraven que aquella eina del 94, aquell document, ja havia estat prou treballat. La veritat és que per part del Grup Parlamentari d'Esquerra Unida ja diguérem a la presentació que va fer el conseller de Sanitat, que ens havia decebut profundament aquest pla, pensàvem que no responia a la realitat d'aquestes illes.

Agraïm també que ens hagin actualitzat les dades perquè, de fet, aquest pla autonòmic va tenir entrada en el Parlament el 8 de juny del 98, i l'actualització de dades que ens ha donat pràcticament són 96, 97, pot ser del juny al febrer era un problema d'informàtica o era un problema de recollida de dades, per tant agraïm que avui a la darrera compareixença se'ns hagin actualitzat, però és evident que si es fa un pla, s'actualitza un pla del 94, amb unes dades inicials del 94 i del 95 la realitat evidentment pot canviar poc, però allò que pensam és que el 98, i ara ja que s'està debatent en el 99, hi ha prou observatoris, prou persones professionals, tècnics, etc., que podrien haver millorat i podrien haver actualitzat molt més. Hem comprovat en les compareixences en aquesta comissió d'Afers Socials del Parlament de les Illes Balears que es confirma allò que ha dit la Sra. González: no s'ha tengut present ni s'ha demanat cap ajut tècnic o ajut professional de persones que treballen fins i tot fora de les nostres illes, o de totes aquelles persones que treballen en altres administracions, els consells, ni el d'Eivissa, ni el de Menorca, ni el de Mallorca, ni l'ajuntament de Palma, ni, pel que sembla, les ONG que també treballen en aquest terreny, com pot haver estat el Projecte Home, que va venir en aquest parlament, com altres -Creu Roja, etc.- que aquest grup parlamentari havia demanat la seva compareixença i no va ser possible.

De tota manera, aprofitant que són els autors d'aquest document, voldria demanar-los si no han notat que el document en si té grans mancances com pot ser la necessitat, el plantejament de la necessitat d'un observatori permanent, essent que les Illes Balears, malauradament, som una de les comunitats autònomes que apareixen a totes les estadístiques de l'Estat espanyol com a una de les que tenen més incidència de les drogodependències i toxicomanies. No ho hem vist i, per tant, avui matí mateix hem conegut i ens han explicat la tasca que fa l'observatori europeu i, per tant, ens semblaria que seria un dels objectius i no només un objectiu, sinó una de les necessitats a plantejar per a les Illes Balears.

Per altra banda, una altra mancança que hem vist seriosa d'aquest pla però que entenem ja que estat l'actualització del 94 i potser la realitat de fa cinc anys és diferent de la d'ara, és la gran mancança de parlar de la coordinació i les relacions amb les ONG que treballen aquest camp, per exemple, la mancança d'actuacions des de les administracions a la presó, a tot el món penitenciari, en allò que significa la realitat d'un percentatge tan elevat d'interns a la presó que estan internats per motius de delictes comesos en relació a les drogodependències, o aspectes de prevenció que la Sra. González, evidentment, ha dit que hi ha una part de prevenció que no importa dir-la perquè és evident, si es fan actuacions com a promoció de l'esport o de qualsevol aspecte alternatiu a un oci de la gent jove no lligat al món de la drogodependència, ja s'està fent prevenció, però ens sembla que manca una anàlisi o una valoració de què ha significat fins ara la prevenció en el mitjà escolar i quina valoració se'n fa en el Pla, de si realment ha de millorar, ha de canviar, etc.

Però finalment només vull insistir en què pensam que és un pla molt millorable i que també -però crec que ja sé la resposta que em dirà la Sra. González- si la Conselleria de Sanitat coneix els plans autonòmics que han fet a altres comunitats autònomes i si coincideix o si veu la necessitat d'acostar-nos més a un pla autonòmic semblant al Pla català o al Pla d'Euskadi o al mateix gallec, en front del nostre, si realment amb mitjans, amb possibilitats i amb tots aquells instruments que se li donassin des del punt de vista de les instruccions polítiques, si pot pensar ella que per a les Illes Balears seria molt més eficaç un pla autonòmic molt més ample i molt més arrelat a la realitat com són aquests exemples d'altres comunitats autònomes. Moltes gràcies.

LA SRA. PRESIDENTA:

Gràcies, Sra. Thomàs, per la seva intervenció. Per contestar té la paraula la Dra. González.

LA REPRESENTANT DE LA CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (Dra. González):

Gracias. Bueno, en primer lugar y haciendo referencia al hecho de que la Sra. Diputada no considera la necesidad, ya que es una revisión del Plan del 94, presentado al Parlamento en el 95, la necesidad de traerlo a esta cámara, como técnico funcionario, porque estoy en la Administración, teniendo en cuenta que se aportó como mandato y se entregó pero que no siguió ningún otro de los pasos que tendría que haber seguido, es decir, creo que ni siquiera fue aprobado por Consejo de Gobierno, simplemente fue traído aquí pero aquí no fue ni discutido ni nada, es decir, estos pasos que estamos pasando ahora no estaban hechos, pienso que tanto si es revisión como si hubiese sido totalmente nuevo sí tiene su razón de ser, porque si no estaríamos en la misma situación que estábamos antes. Por lo tanto, dejando a parte sus consideraciones, yo personalmente, insisto que más como funcionaria que estoy en la Administración, creo que sí tendría que haber pasado el proceso que está pasando.

Evidentemente, si se partió de aquél es porque era un trabajo realizado, era un trabajo en el que participaron muchas personas y se supone que se acercaron a la realidad que había en la comunidad autónoma, a parte de que, dejando algunas matizaciones, a veces ligadas a cuestiones presupuestarias -lo acaba usted de indicar un poco cuando hacía referencia a otros planes- la mayoría de planes que hay en las comunidades autónomas son bastante genéricos y son del estilo del que aquí hemos dado nosotros; luego podrán tener unas matizaciones u otras, pero ahí sí que yo como técnica y funcionaria no soy quien ni para decirlo, ni para proponerlo, ni para considerarlo y, es más, si yo viniese aquí quizá como una persona..., como ha venido el doctor Amador Calafat, quizá le podría contestar, pero yo me tengo que abstener de contestar a esa parte, como usted supongo que comprende.

Vamos a ver, en relación a la actualización de datos, mire, nosotros presentamos el trabajo a primero de enero del 98, con lo cual había datos del 97 que no se tenían; se aprobó en mayo del 98. Entonces sí es cierto que ya teníamos datos, quizá, del 97. Ahora estamos aquí en febrero del 98, del 99, perdón. Los datos del 98 no los tenemos, y yo no sé cuánto va a durar el proceso en el que estamos, pero a lo mejor la próxima vez que nos vemos ya le tengo los del 98 o a lo mejor incluso de más adelante, porque la recolección de datos, las fuentes de información, etc., suponen siempre un retraso. Justamente esos apartados de todos los planes son los que a mi me resultan más incómodos porque son los primeros que se tocan, que se hacen, y sin embargo cuando terminas el proceso se te han quedado anticuados todos. En realidad cada año tendríamos que sacar una memoria con esos datos, esa es la realidad; es decir, lo substancial, el punto de partida, vale, es el que tenemos en un momento dado, porque te paras en un momento dado, lo otro es lo que puede quedar más afianzado con las rectificaciones que se hagan o que se dejen de hacer, pero lo otro, lo que son los datos, es algo que se tiene que dar anualmente, entiendo yo, con los retrasos que suponen las memorias anuales en toda institución y en todo lugar.

En relación al observatorio, con la palabra observatorio autonómico no está incluido, evidentemente. Llamarle observatorio es una forma de llamarle, pero de hecho hace unos seis o siete meses se creó el observatorio nacional, en el cual estamos incluidos nosotros, donde está incluido el SEIT, y donde, pues debe hacer como diez días, se ha iniciado el proceso dentro de este observatorio autonómico de la puesta en marcha, que será dentro de un par de meses, de las sondas rápidas de información, incorporadas al observatorio nacional, evidentemente, pero comunidades autónomas estamos incluidas no todas las de España, estamos Baleares, islas Canarias justamente por su situación estratégica geográfica, y consecuente además en cuanto al tema de drogas; y luego están otras comunidades autónomas que son con mayor número de habitantes. Entonces estas sondas de información rápida están hechas para detectar de una forma inmediata aquellas novedades que puedan surgir en relación a las drogas, ya sea por la aparición de alguna droga nueva, ya sea por la aparición de alguna reacción adversa nueva, desconocida, o cualquier información que sea novedosa. Está hecho a través de Internet, con contactos directos, y los cuatro puntos elegidos concretamente en Mallorca -queríamos incluir parte de Ibiza, parte nuestro, al final se nos dijo que tenía que ser del mismo lugar- está la policía nacional, está urgencias del Hospital General, está Médicos del Mundo y está uno de los centros de tratamiento de la Conselleria de Sanidad.

Como puede verse, se han puesto aquellos elementos que pueden dar algún tipo de información, y además muy distinta por el tipo de actuación que tiene. Es decir, a un centro de tratamiento lógicamente van los que van a tratamiento, muchos se pinchan, lo sabemos, pero bueno, son los que están en tratamiento; en urgencias de hospital puedes encontrarte cualquier cosa, desde el punto de vista asistencial; policía tiene su menester; y Médicos del Mundo nos parecía oportuno porque hacía falta alguien que pudiera detectar algo sobre todo en aquellos grupos en que de alguna forma no estaban metidos en la red. Médicos del Mundo, como todos ustedes saben, son los que hacen el intercambio de jeringuillas, que el Gobierno balear las subvenciona, y por lo tanto justamente tienen contacto con personas que en algún caso ni se han planteado contactar con el sistema sanitario. Esto es un elemento más incorporado, pero queda claro que un observatorio tiene que ser algo vivo, y que no se crea con un real decreto y con esto se constituye todo. Nosotros dentro del objetivo de información tenemos la información necesaria y continuada para saber la realidad. ¿Qué supone esto? Vamos a poner otros elementos, evidentemente, y aquellos que hagan falta. Pero con la palabra observatorio autonómico no está, pero si estamos en la red, el SEIT está incluido en la red nacional, es uno de los sistemas más largos en el tiempo mantenidos, de toda Europa, y que se sigue manteniendo, y que incluso pretendemos mejorar, pero con esa palabra no está incluido, con lo cual se podría poner.

La coordinación con las ONG hay dos puntos en los cuales creo que esa coordinación en parte se hace ya, y en parte se tiene que hacer más. Una es, es decir, la Comisión Territorial he comentado que había la representación de ONG, por tanto ahí es un punto de coordinación, un punto donde estarán presentes. En cuanto a lo que ya se hace, los convenios que firmamos con las ONG evidentemente estamos en coordinación con ellos para las actividades.

La evaluación y la prevención de las actividades realizadas dentro del ámbito escolar. Sí es cierto que no se ha hecho evaluación de todas las actividades que en los últimos años se vienen realizando. Es intención de la Conselleria hacer una evaluación por su cuenta, pero lo que ha quedado claro, sobre todo con los nuevos programas que hemos incorporado este año desde la Conselleria, es que uno de los puntos importantes es la evaluación, y de hecho se está pidiendo la evaluación, es uno de los elementos que se pone justamente en las estrategias dentro de lo que es prevención y todos los demás, pero sobre todo en prevención; que los programas que se planteen no solamente tengan los indicadores adecuados, sino también la evaluación correspondiente, porque ése es un defecto que tenemos en muchas áreas, no solamente en el tema de drogas.

En relación a la cárcel, es que ha habido dos puntos, uno era en relación a la cárcel, que lo contempla el Plan, que tiene que haber un acercamiento y una coordinación con el tema de la cárcel; y había el otro, que ahora mismo no me acuerdo, y con la dinámica que se lleva aquí no sé si puedo preguntarlo, para que me lo vuelva a preguntar, pero cuando usted me lo planteaba, me he acordado de que sí lo tenemos, quizá no con la extensión que usted desearía, pero sí lo tenemos planteado dentro del Plan.

LA SRA. PRESIDENTA:

Ha acabat, Sra. González? En torn de rèplica té la paraula la Sra. Thomàs.

LA SRA. THOMÀS I ANDREU:

Només una petita cosa: En el tema de la presó, és evident que pot estar plantejat, però nosaltres el plantejàvem des del punt de vista de si realment la Conselleria ho veu com una cosa immediata, o sia, objectius generals és evident que és fàcil incloure a tot el possible mapa la intervenció, però era allò que hi ha una gran mancança, no hi ha cap programa; i per tant, a veure si a la Conselleria era una de les coses prioritàries.

De tota manera, hi ha un altre aspecte en què volia insistir. És cert que l'actualització de dades, ens va passar també quan vàrem discutir el Pla autonòmic de sida, l'actualització de dades és un tema que s'ha de fer anualment, és evident, però és que nosaltres quan plantejam que un pla ha de tenir un diagnòstic, després del diagnòstic saber quina actuació s'ha de prendre, i quines eines has de posar per millorar aquesta realitat, és evident que si el diagnòstic el tens de l'any 94-95 i estàs parlant d'unes eines i d'uns instruments o d'unes administracions l'any 98, evidentment potser no quadren les coses, encara que el nom existeixi sempre: consells, ajuntaments, serveis, punts d'atenció continuada, totes aquestes coses existeixen, però les realitats fan que t'adaptis a allò que realment passa ara, al gener del 98, al juny del 98; i no al 94, que a més a més ja estava pensat pel 94, i malauradament en aquest tema les dades només ens donen unes estadístiques, allò que ens ha de preocupar del diagnòstic és què duen darrere aquestes estadístiques i com es pot intervenir per canviar aquesta realitat.

I finalment, com que coincideix amb la mateixa persona, la Dra. González, que ja va venir també a aquest parlament per parlar del Pla autonòmic de sida, voldria saber si dins l'equip redactor d'aquest pla, en qualque moment s'ha plantejat que ha d'anar íntimament lligat o coordinat el Pla autonòmic de la sida, el Pla de drogodependències, dins el Pla general de salut, perquè la impressió que dóna des del punt de vista de fora -evidentment no som nosaltres els responsables de la gestió de la Conselleria de Sanitat- és que estan tots aquests plans elaborats des de la mateixa conselleria, sembla que han estat com a bolets que s'han anat presentant separatament, i no tenen una relació una cosa amb l'altra, i havent-hi aquí una part dels autors, ens agradaria que ens donàs la seva visió sobre com s'interrelacionarà tot això, si dins el Pla de salut pràcticament no s'esmenta, com a mínim. Llavors una mica com ho han previst vostès. Moltes gràcies.

LA SRA. PRESIDENTA:

En torn de contrarèplica té la paraula la doctora González.

LA REPRESENTANT DE LA CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (Dra. González):

Vamos a ver, en cuanto a la cárcel se refiere, a mi me resulta un poco difícil asegurar si será de forma inmediata o no. Desde mi punto de vista la intención de empezar a trabajar en la cárcel, conjuntamente con los médicos, y con posibles programas, incluido el tema metadona, que hoy por hoy lo único que se hace es dar metadona a aquellas personas que son ingresadas en la cárcel y están ya en tratamiento, es algo que sí pretendemos hacer, de hecho ya estamos teniendo conversaciones a nivel técnico, evidentemente, para tener una idea de la situación y la repercusión que puede tener, porque muchas veces -ahora estoy pensando en metadona- no puedes empezar una actividad sin tener asegurado luego la absorción de esas personas en el caso de metadona, por ejemplo. Pero en relación a otras actividades además, la verdad es que por parte de la cárcel, sobre todo los sanitarios, hay una disposición muy positiva, y yo como técnico confío en que esto suceda pronto, porque ya hemos empezado a hablar, pero no puedo dar respuesta porque yo no soy el político.

Evidentemente hay un plan de sida, evidentemente hay un plan de salud, hay un plan de sida y hay un plan de drogas, y vistos separadamente puede parecer que sean *bolets*, como ha dicho la Sra. Diputada. Yo pienso que no son *bolets*, en absoluto; hay todos aquellos elementos que coinciden en el grupo diana de drogadictos, por su drogadicción por un lado, por la afectación de sida, están contemplados para que se hagan coordinadamente. De hecho en el caso concreto nuestro, de nuestra conselleria de Sanidad, en mi jefatura de servicio está el tema drogas y el tema sida, con lo cual para intercambios de jeringuillas, etcétera, se hace conjuntamente, no trabaja cada uno por su lado. En otras comunidades autónomas le puedo decir que sí hay un servicio de una cosa y un servicio de otra, o incluso está en otra conselleria, es cuando he visto que ha quedado muy bien delimitado las actuaciones que tiene que ver con sida y drogadictos quien las llevas, en unos casos las llevan desde el Plan de drogas, y en otros casos desde el Plan de sida. Lo que sí hay es una coordinación. De hecho usted, si recuerda lo que pone el Plan de sida, se habla de los drogadictos, por lo tanto se tienen en cuenta, la necesidad, etcétera. Por lo tanto, puede parecer que sean cosas independientes, yo no las tengo como tales. Lo que pasa es que tienes que escribirlo, y en el tiempo se escribe en un momento diferente que el otro. En la mente tienes claro que una cosa tiene que ir ligada una cosa con la otra, es igual que el Plan de salud; el Plan de salud es ver la salud en un conjunto. Lo separas por temas, porque tienes que separarlo por temas, pero es que en muchas ocasiones incluso pusimos en el Plan de salud un apartado especial, porque resulta que con esas actuaciones vas a incidir en un montón de enfermedades. Por lo tanto, es tenerlo en cuenta, y desde la Conselleria de Sanidad desde luego se tiene en cuenta.

LA SRA. PRESIDENTA:

Gràcies, Dra. González. Passam al torn d'intervenció del Grup Parlamentari PSM-Entesa Nacionalista. Té la paraula la Sra. Bover.

LA SRA. BOVER I NICOLAU:

Gràcies, Sra. Presidenta, senyores i senyors diputats. En primer lloc agrair a la Dra. González i al Sr. Bartomeu Mestre que estiguin aquí amb nosaltres a la comissió per informar-nos en relació amb el Pla autonòmic de drogues. Dir en primer lloc que, ja que s'ha comentat que l'aportació que fan al Pla és com a tècnics, com és lògic, per tant li demanaria que totes les preguntes que li fes, malgrat estigui en clau política, les transformàs a nivell tècnic, perquè nosaltres pensam que som representants polítics, cadascun d'un determinat projecte polític, i totes les aportacions tècniques les intentam transformar en línies polítiques, però que estiguin contextualitzades, per tant, a nivell en aquest moment de debat del Pla autonòmic de drogues.

Tots els ponents que ens han informat a la Comissió d'Assumptes Socials fins ara ens han afirmat i reafirmat en diferents ocasions que és necessari que tot el tema, totes les actuacions a nivell de prevenció de drogodependències, i del Pla autonòmic de drogodependències no és només un tema tècnic, sinó que s'hauria d'arribar a un consens social i polític. Per aquí va la primera pregunta, que m'agradaria que em responguessin: Per què no han intervingut altres administracions, altres serveis, i persones que fan feina d'una manera voluntària en aquest tema, en el tema de drogodependències, ONG? Vostè ha fet referència al Pla de droga del 95, és ver, el director general d'Acció Social, aleshores el Sr. Miquel Munar, va ser el cap d'elaboració d'aquest pla de drogodependències, sí hi va participar des del Consell de Mallorca, des d'Eivissa també es va comentar, i des de Menorca em pareix que també, des del Servei de drogodependències de Palma, i d'altres sectors i altres ONG que feien feina en aquest sentit. Però aquest pla no s'ha desenvolupat. És ver que s'han fet, potser, actuacions a nivell aleatori, però no s'ha desenvolupat específicament el Pla, ni va passar per la tramitació

parlamentària que passa ara aquest Pla autonòmic de drogodependències.

Per tant, vostè ha comentat que el Pla que debatem ara és una revisió del primer pla, però nosaltres no ho hem entès així en cap moment; no hem entès en cap moment el plantejament que fos una revisió del primer pla, perquè tant si és una revisió del primer pla, com si és un pla, el primer Pla autonòmic, pensam que s'han de donar unes característiques, unes línies bàsiques perquè puguem dir, puguem parlar o puguem entendre que sigui un pla com a instrument de planificació.

Per tant, m'agradaria que em concretàs ara, a la seva resposta, tant si és revisió del primer Pla, del Sr. Munar, com si és el Pla autonòmic de drogues, si em podria concretar la graduació de les administracions a nivell de l'execució de programes o actuacions que planteja el Pla, o sigui qui ha d'executar els programes o els objectius que es plantegen en aquest pla?, qui ha d'executar aquestes accions? Com s'han d'executar les línies plantejades? Amb quins recursos comptam a les nostres illes, perquè no es planteja clarament, per treballar i dur endavant programes de prevenció primària, secundària i terciària, i a partir d'aquí quins s'han d'incrementar? Li demanam com a tècnica, com a visió global del Pla, i per tant quins instruments tenim i quins s'han d'incrementar, quins s'han d'iniciar, programes, quins són necessaris iniciar, programes nous, quins s'han de desenvolupar i per què? Per tant, com s'han valorat o avaluat els programes del primer Pla? Si és una revisió, això ha de constar al Pla, i no ho hem vist nosaltres al Pla que vostè ens ha presentat, que com a tècnica i redactora ens ha vingut a exposar.

També una altra pregunta que m'agradaria que em contestàs és quins criteris s'han de plantejar a nivell de procés terapèutic, recomanacions, nous tractaments, problemàtiques?, per què no es plantegen al Pla de què parlam ara? Quins canvis s'han produït del Pla de 95 a l'actual? Quina valoració es fa del Pla del Sr. Munar, per dir-ho de qualque manera, que es va elaborar en el 95? Quines actuacions i plantejaments del Pla del 95 es varien i per què? Quins nous plantejaments es fan al document que nosaltres tenim?

Després també ha comentat que s'han posat en marxa programes nous a nivell de prevenció de les drogues a les escoles. Quina valoració fan dels programes que estaven al primer pla, i per què es canvien, i quins programes nous són aquests que no es concreten en el Pla?

Vaig saltant preguntes que ja ha contestat a la portaveu d'Esquerra Unida. Ha comentat que ens han aportat informació complementària, que era una de les denúncies que havíem fet tots els grups parlamentaris, en el sentit que les dades que teníem acabaven en el 95-96. També ens ha dit que les dades que ens aporta són del SEIT, si no vaig equivocada, i és ver, veig que les dades que ens dóna són del 96-97, i li voldria demanar si ja el SEIT inclou les altres drogodependències a nivell de recollida de dades. Sabem que fins al 95-96, em pareix, si no vaig equivocada, només recollien les dades en relació a heroïna, i consum d'heroïna bàsicament; és a dir, el concepte de toxicomanies no era tan ample com és actualment.

I també, les dades que ens han donat a la taula número 2, si em podria dir si aquestes dades són de Mallorca, són de Menorca, si estan generalitzades per illes, o sia que són de les Illes Balears, o si són dades de l'Estat espanyol. Només a la darrera taula, allà on posa "indicador de mortalitat", aquí sí s'especifica que és del partit judicial de Palma, però a les altres dades no s'especifica. Gràcies.

LA SRA. PRESIDENTA:

Gràcies, Sra. Bover, per la seva intervenció. Per contestar té la paraula la Sra. González.

LA REPRESENTANT DE LA CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (Dra. González):

Gracias. Vamos a ver, empezaré por la última, porque tengo las tablas aquí delante. Justo antes de las tablas, en la parte de indicador de mortalidad, se especifica que es el partido judicial de Palma, pero se indica porque no hay datos referidos a los demás; y en el caso de los partidos de Mahón, Ciudadela, Manacor e Inca, los registros empezaron en el 97, y los casos anuales es de 1 o 0. Ésta es la razón por la que no se pone.

En relación a todas las tablas del SEIT, son datos relativos a las Islas Baleares, no son relativos a España. De hecho ya lo he indicado, cuando eso se traslade a la parte primera del Plan, pues se harán los comentarios en relación justamente a esos mismos datos referidos a España en esos mismos años. Supongo que con eso contesto a lo que usted quería indicar.

Me disculpa un momento, pero es que estoy buscando las notas que he tomado cuando usted me lo estaba diciendo. Bueno, voy a intentar memorizarlo.

Vamos a ver, el ejercicio que usted me pide quizá usted está acostumbrada a hacerlo, pero a mí me va a resultar un poco difícil, porque yo pienso como técnica, y trasladarlo a la parte política, o al revés, lo que usted me plantea desde el punto de vista político hacer la extracción técnica, es que quizás no lo he entendido, pero bueno, yo voy a intentar responder a lo que usted me plantea.

En relación a prevención, usted ha planteado que otros grupos que han venido por aquí, otras personas, han planteado que era necesario un consenso social y político al respecto. Bueno, yo estoy de acuerdo, pero creo que eso tiene que tener lugar, desde mi punto de vista, en la Comisión Territorial, donde habrá la representación política y social, y donde además los planteamientos pueden ser políticos, aunque luego se tenga que traducir a programas o actuaciones o intervenciones de tipo técnico, que para eso he comentado yo en su momento que lo normal, y además así lo prevé, es que puedan crearse grupos de trabajo, que suelen ser formados por técnicos, y suelen ser técnicos de las distintas instituciones que trabajan en ese tema, para intentar trasladar ese planteamiento a la realidad desde el punto de vista técnico, y que luego sea aceptado o no.

Vamos a ver. Si mal no he entendido, me plantea porque se hace la revisión y porque no se hace otro tipo de actuación en relación al Plan. Yo no puedo responder por el conseller, evidentemente, no estoy en su pellejo, pero lo que no hay que olvidar es que ahí había un plan hecho por la misma conselleria, y sin cambio de legislatura, porque la incorporación del nuevo equipo, me refiero conseller y directores generales, fue a mitad de legislatura más o menos, y yo me imagino que lo que no se podía hacer era tirar por la borda lo que habían trabajado otros y que, salvo pequeños retoques, no hacía falta volver a empezar de cero.

Las diferencias que pueda haber entre un plan y otro, quizá en el otro plan eran mucho más minuciosas, pero también al ser mucho más minuciosas, y justamente habiendo tenido lugar una reestructuración en que orgánicamente el Plan iba a otro lugar, y por lo tanto se contemplaba como elemento de coordinación la Comisión de Acción Social, etcétera, eran elementos que ya estaban fuera de lo que es la Conselleria de Sanidad; y entonces lo que sí planteamos los técnicos, para ser más pragmáticos - quizá desde su punto de vista no es lo correcto. Me parecería muy respetable - es, sin pretender ser simplistas, estructurar el Plan de forma que pasasen los cambios que pasasen orgánicamente, que pueden ocurrir, no se tuviera que volver a retocar el Plan; porque así como en un programa haces los cambios que requieres, incluso el programa te lo puedes plantear para un año, para dos o para tres, eso ya depende de los objetivos, si son a muy corto plazo o a largo plazo, un plan normalmente no es algo que se haga cada año, lleva mucho trabajo y por eso he hablado antes de que lo que sí es normal es dar los datos anualmente, porque eso sí que son modificaciones que hay, pero normalmente los planes duran de cinco a diez años, eso ya es una cuestión del político que decida si va a durar diez, o cinco, o más años.

Entonces, cuando plantea con qué recursos, quién, cómo y cuándo, que creo que es lo que plantea, para mí la respuesta tiene que estar justamente en los programas. Le voy a poner un ejemplo: Imaginemos que se decide, no digo en qué nivel, ni si en la Comisión Territorial o si desde la Conselleria de Sanidad, no digo cómo, o incluso por parte de un consell insular, se decide que es necesario un trabajo comunitario. Un trabajo comunitario supone que, depende de los objetivos que nos pongamos, evidentemente, pero supongamos que es de disminución de riesgo, va a tener que intervenir la UTS de la zona, va a tener que intervenir -por eso es comunitario- el centro de salud de la zona, va a tener que intervenir alguna organización, si es que existe, de la barriada o de la zona; va a tener que intervenir, por ejemplo, también los colegios. Deben estar implicados todos, estamos hablando de un trabajo comunitario. ¿Qué papel va a desarrollar cada uno? Pues cuando se plantea el programa es cuando se plantea según los objetivos "tú harás esto, tú harás lo otro", pero no "tú, tú, tú", sino "esto me corresponde a mí", coordinadamente, y es una forma de trabajar. Es a lo que yo hacía referencia al principio, cuando he hecho la exposición de entrada, que hay cosas que no estamos habituados a hacer, pero se tendrán que hacer, y en el tema de drogas mucho más, porque son muchos los elementos que intervienen, no sólo en la asistencia, sino también en la prevención.

Por lo tanto, con qué recursos, con qué personas, yo creo que justamente será el programa lo que definirá quién, cómo, cuándo y dónde. Y esto en un plan no se puede poner, o al menos es mi punto de vista, ojo, si no, de lo que estamos hablando, también desde mi punto de vista, es de un programa de intervención, que insisto también puede ser para muchos años, porque hay objetivos que son a muy largo plazo.

Y en relación a la escuela, he dicho que se han abierto y se han empezado programas nuevos, pero es que -quizá mi memoria me falla- no estaban especificados programas en la escuela en el plan anterior, como tales programas; estaba indicado que se tenían que hacer actuaciones en la escuela, con los docentes, etcétera; incluso te ponía de 6 a 8 años, o de 6 a 9, luego de 9 a 14, etcétera. Lo ponía, evidentemente porque no vas a hacer el mismo tipo de intervenciones con chavales de 14-15 años que con los niños, eso es evidente, ¿no? Entonces eso es un programa que ha empezado la Conselleria de Sanidad, sabiendo que hay otros programas también; pero no hemos cambiado ningún programa en ese sentido dentro de lo que era el anterior plan.

Los criterios asistenciales cambian de un día para otro como tales criterios, los criterios que hemos puesto son los que creemos que podrían perdurar en el tiempo, es decir acercamiento del tratamiento al usuario, diversificación del tratamiento, con lo cual tenemos que tener los centros de tratamiento ambulatorio, con la posibilidad y el abanico de todo tipo de tratamiento. Luego ya vendrán comunidades terapéuticas, pero esto son elementos que según el perfil, el terapeuta de un centro asistencial ambulatorio podrá decidir "ése conviene que vaya a una comunidad terapéutica". Algunos van directamente a una comunidad terapéutica, se quedan, otros salen, porque no les va el sistema, porque no es lo mismo un tratamiento a un drogadicto, que tiene unas peculiaridades individuales, aunque tenga un perfil general, pero tiene unas peculiaridades muy particulares cada uno, con una problemática, con una forma de reaccionar, de responder. No es lo mismo que cuando tenemos gripe, que todos respondemos, más o menos, de la misma manera. Por lo tanto, se hace mucho hincapié en que el Plan tiene que ser con acercamiento al usuario y realmente aplicando el tipo de tratamiento que corresponde.

No hemos indicado particularmente cuáles, porque hace unos años o se hablaba de naltrexona, después se habló de naltrexona, el mismo tema de la metadona, al principio, era solamente como tratamiento, ahora se habla en algún caso de tratamiento real, tratamiento real significa que el objetivo es la curación, como mantenimiento o sólo desintoxicación, o incluso como disminución de riesgo.

El Lamp está ahora en un período de unos estudios para ver, realmente, su eficacia y su utilización. Se está haciendo a unas determinadas comunidades autónomas. Eso será un elemento más que se añadirá. En la prensa se está hablando de la heroína, la OMS está haciendo unos estudios especiales. Por tanto, ahora, en un plan decir qué tipo de tratamientos sería limitarnos mucho, y por otro lado, no hay que olvidar que el terapeuta, sea médico, psicólogo, etc., normalmente es un equipo multidisciplinar, creo que tiene que tener esa libertad. Lo que era importante era, para nosotros al menos, que los centros de tratamiento, ambulatorio sobre todo, porque los de comunidades terapéuticas, insisto, es otra historia, otra historia pero porque son cerradas en sí mismas, tiene su razón de ser; en este sentido, que todos los centros hicieran todo tipo de tratamiento, sobre todo porque pensamos en una sectorización, y, por lo tanto, no podemos dejar que un grupo de personas, porque está en un sector, dije de tener las mismas posibilidades de tratamiento que otras que están en otro sector.

Esto en relación con los criterios asistenciales.

Supongo que me dejo algo en el cajón, però...

LA SRA. PRESIDENTA:

Ha acabat, Sra. González? Gràcies.

En torn de rèplica, té la paraula la Sra. Bover.

LA SRA. BOVER I NICOLAU:

Gràcies, Sra. Presidenta. Vostè, Sra., González, ha comentat en un moment donat que els plans autonòmics, específicament aquest, de drogues, no haurien de ser molt canviants, nosaltres creim que sí. Nosaltres, quan parlem de Pla, l'entem com un instrument, no com un document. Quan deim nosaltres que s'ha de revisar i s'ha de valorar, i s'hi han de fer canvis, aquests canvis han d'estar basats en una valoració i avaluació diària, quotidiana, molt difícil, entenc que molt difícil, de programes, d'actuacions, que es duen a terme en aquest sentit, no només polítiques preventives, sinó ja també els programes que estan més consolidats sobre drogaaddicció.

Per tant, quan li he plantejat aquest tema de la revisió del Pla, ho era en aquest sentit, en aquest sentit, sempre com a instrument de treball, que es pot revisar i que no es pot tancar, dir que tenim un Pla elaborat, potser sigui vigent durant deu anys. Els canvis, és una cosa que vostè ha comentat, jo crec que li ha sortit sense voler, perquè en els canvis que hem tengut aquí, a les Illes Balears, en deu anys, a nivell o en percentatges de drogodependència, de consum de drogodependències, hi veim, segons les informacions que ens han donat els diferents ponents, han anat variant, ha variat tant la droga d'inici que duu a l'addicció a joves i a al·lotes com també ha anat baixat de 14, gairebé de 15 anys, l'edat d'inici dels joves que començaven a consumir alcohol o cannabis a 12 anys i busques.

Durant aquests deu anys, ja ho hem dit i ho hem reiterat altres vegades, s'han fet campanyes preventives, s'han fet programes preventius, s'han fet aquests programes escolars, sobre els quals he demanat quins són els que han variat, perquè jo sí que he estat mestra i assessora de centre de professorat, he donat aquests cursos al professorat sobre prevenció de drogodependències, i veig que són els mateixos que es fan.

Per tant, jo li deman quins són, quina valoració se'n fa, quins canvis s'han produït durant aquests anys, a nivell de contingut d'aquests programes, perquè ens adonam que aquests plans, preciosos, i (...) que qualsevol pla que es faci de qualsevol àrea, sigui quina sigui, dins la sanitària, dins la de benestar social o dins l'educativa ha de ser dinàmic, però que sigui dinàmic no ho hem d'entendre mai com per copiar programes nous, copiar tècniques noves a fora, saber si aquí, a les nostres Illes, poden ser positives en el context que hi ha.

Per tant, és aquí quan jo hem plantejat aquest tema de la valoració del Pla, quina en fan, i ho he comentat a nivell tècnic, perquè entenc que jo, en la meva feina, com a tècnica, no ara, sí que tenc dret a dir quines actuacions, quines línies, han de determinar, si són prioritàries, dins l'àmbit que em moc, dins l'àrea en què me moc com a tècnica. Jo crec que sí vostè té una responsabilitat, sí que té dret a dir-ho, no a nosaltres, però sí que té dret a dir que s'ha d'anar cap a aquests plantejaments, hem de donar prioritat a aquestes línies, quins criteris hi ha d'haver per reduir el consum i l'hàbit d'haver de prendre qualche estimulants el caps de setmana, en el lloc de feina, sempre tenim, la veritat, excuses per consumir estimulants.

Vostè ens ha posat també un exemple de treball comunitari, beníssim. Nosaltres estam totalment d'acord que hi ha d'aver aquest tipus de treball comunitari, si volem reduir el consum de drogodependències, llavors perquè, en principi, no estam d'acord amb les grans campanyes preventives, però sí amb programes preventius a nivell de drogodependències.

El que li dic és que estam totalment d'acord amb aquest plantejament, de coordinar recursos humans. La coordinació de recursos humans també duu implícitament una reducció de recursos econòmics, segurament, segurament, però el que jo li planteig és com es pot dur endavant aquesta coordinació i com es pot assumir aquesta coordinació per tots els participants, diguem-ne, en aquest treball comunitari que vostè ha exposat, si no se'ls ha demanat l'opinió, si no hi han participat, si no els han donat un lloc per dir quan s'ha planificat, quan s'ha donat prioritat, quan s'han detallat programes, bé, no estam (...) de detallar, però quan s'haurien d'haver detallat programes en el Pla.

Per tant, vostè, com a tècnica, no com a política, com a tècnica, crec que estaria molt més tranquil·la, o jo, com a tècnica, estaria molt més tranquil·la, si m'aguessin donat una mà tots els col·lectius que després han de dur endavant aquest treball comunitari que vostè ha plantejat. Va per aquí la meva intervenció.

Jo crec que, a vegades, quan parl, crec que parl el mallorquí, el català, del Pla, i no sé si m'ha acabat d'entendre, perquè cada vegada que parlem, no m'acaba de concretar allò que jo li deman.

Una de les preguntes que li he fet, concretament, és: La revisió, avaluació tècnica (...) política, perquè sé perfectament la feina que vostè fa, han fet dels programes que es plantejaven al Pla del 94; aquesta revisió i avaluació ha hagut de dur, forçats, uns canvis, forçats, perquè quan revises, no només et reafirmes en el que és positiu, sinó que has de tenir la valentia de concretar elements que siguin nous, i més si parlem d'aquests temes, sempre en temes socials. Quins canvis suposa aquesta revisió, quins programes o projectes s'han consolidat i quins se n'han creat de nous? Si no m'ho pot contestar ara, si de cas, ho farem per escrit a la Conselleria de Sanitat. Gràcies.

LA SRA. PRESIDENTA:

En torn de contrarèplica, té la paraula la doctora González.

LA REPRESENTANT DE LA CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (Dra. González):

Bueno, es verdad que siempre tenemos problemas usted y yo, pero la Sra. Diputada de Izquierda Unida también me habla en mallorquín y la entiendo, se lo digo porque mi marido me habla en mallorquín siempre, por lo tanto, lo entiendo perfectamente, pero bueno, a veces son problemas de concepto.

Bueno, en primer lugar, yo creo que la diferencia en el entendimiento entre lo que usted me plantea y lo que yo le contesto es porque tenemos distintos conceptos de lo que es un plan y un programa. A mi me encanta Pinó, a otro le encantará otro..., o que es una planificación programación de tipo sanitario, y a lo mejor usted va por otro lado.

La verdad es que en muchas ocasiones, cuando hablamos de programación y de planificación dentro de la propia conselleria, por definir conceptos, hemos tenido discusiones muy largas, o sea que yo creo que es un problema de lo que entiende cada uno por plan y programa.

Para mí, un plan es, a muy largo plazo y muy genérico, porque tiene que estar relleno de programas, y éstos son los que, efectivamente, se van a... Evidentemente, a lo largo del tiempo también va a evaluar el plan, pero un poco como resultado de los programas que has definido y que has ejecutado. Efectivamente, para mí, lo que es importante es el programa, y ahí es donde, sin lugar a duda, tienen que intervenir los actores que van a intervenir después; a nivel político, en su caso, cuando se haga el planteamiento, y a nivel técnico, porque a veces los políticos pueden plantear algo y que luego los técnicos les hacen ver que eso es imposible, a no ser que se dé más dinero, más personal, o que sí, que efectivamente es factible. Entonces, para mí, creo que tenemos un concepto diferente de plan y de programa. Evidentemente, el ejemplo que le he puesto del trabajo comunitario era un ejemplo. Por supuesto que para poner esto en práctica tienen que estar todos los actores, y tiene que surgir un programa escrito, con unos indicadores, y luego hacer una evaluación, y con el tiempo eso tiene que surgir de la propia base, para entendernos, o sea, tiene que ser de una forma natural, y que habrá que evaluar, evidentemente, es uno de los problemas que hemos tenido hasta ahora, que no se ha evaluado nada, seamos sinceros.

Usted habla de los programas de educación. Vamos a ver, básicamente, el programa que se ha llevado a cabo, al menos en Mallorca, es *Tu decides* o *Tu decideixes* -pronuncio muy mal-. Entonces, básicamente, hace dos cursos, creo, o un curso..., bueno, el curso anterior, hubo un programa piloto desde el Plan Nacional, plan piloto, con cinco escuelas, de lugares donde podía haber bastante problemática de la droga y cinco testigos, que se hizo con la Universidad de Santiago de Compostela, eso fue desde el Plan Nacional de la Droga juntamente con el Ministerio de Educación, no estaba transferida la educación en ese momento.

Entonces, en cuanto a los programas que se han puesto en marcha este año desde la Conselleria de Sanidad, primero, no se han evaluado los demás, no se han evaluado por nuestra parte, pero es que tampoco los hemos eliminado, y cuando hemos hecho la oferta que se ha hecho, hemos hecho la oferta, lógicamente, para que se adhirieran libremente, y nos consta que hay quien no se ha adherido, porque resulta que ese programa que estaba muy metido en la escuela les va perfectamente, no hay que modificar esto.

Desde el punto de vista de prevención en la escuela, vamos a ver, lo que está clarísimo últimamente es que la prevención tiene que ser de tipo inespecífico.

¿Qué herramientas necesitamos, básicamente, desde mi punto de vista? Formación del profesorado para que pueda luego incluir los objetivos, etc., si hace falta, si resulta que están muy formados y no le hace falta, pues nada. Lo que pasa, y esto ocurre con el profesorado y ocurre incluso con los médicos, es que a veces te crees que meterte en aquello es algo muy diferente y, cuando lo tocas con las manos, te das cuenta que lo estás haciendo cada día, pero con los ejemplos que te dan, etc., te surgen ideas. Esto es así.

Entonces, lo que se ha hecho desde la conselleria este año es plantear un programa, un convenio con la Fat, que para la gente menuda, es decir, para primaria, es, básicamente, también puede ser para secundaria, pero básicamente es formación del profesorado, se han apuntado los que han querido, y que es totalmente inespecífico, porque al final estás haciendo educación para la salud, al final se reduce a esto. Va a haber una evaluación, hay que tener en cuenta que los cursos han empezado hace relativamente poco, aquí tengo datos para decirle cuántos profesores se han incorporado. La evaluación de este caso, concretamente, se hará más adelante, cuando finalice.

Luego se ha planteado otro para secundaria, ¿Y tú qué piensas?, es el título, totalmente inespecífico, idóneo para las tutorías, por ejemplo, o incluso algunas asignaturas de esas nuevas a las cuales, seamos sinceros, a veces el profesorado no sabe qué contenido dar, de tan novedosas que son, y bueno, son temas totalmente inespecíficos, no se habla de droga para nada, de eso se trata.

Pero aquéllos que tienen un programa dentro de la escuela que les funciona, que el profesorado se siente a gusto con él, es que pueden seguir con él, lo importante, desde nuestro punto de vista, es que se haga prevención a través de programas inespecíficos y desde lo que es el currículum en la escuela.

Ahora voy a intentar buscarle... Tengo tanta documentación que no sé, al final, el número de personas que... A ver... Concretamente, además, en este caso el Pipes, que es el de primaria, sobretudo, pero también va secundaria, que es el que supone la formación del profesorado, que estuvo en coordinación con Educación para que se les dieran créditos, cosa importante, porque el esfuerzo que supone al profesorado hacer este trabajo, que al menos le suponga créditos. Por primera vez, y si me equivoco, que alguien me lo diga, se va a hacer también en Menorca y en Ibiza, se ha empezado con Mallorca, pero el curso que viene se va a hacer en Menorca y en Ibiza.

Entonces, el total de profesores inscritos en este programa, el Pipes, en Mallorca, ha sido, para cuatro cursos, 61 profesores para Palma y 23 para Manacor, con lo cual hacen un total de 84. Estas personas que han terminado la formación desarrollan una programación concreta para aplicar en su propio centro, que puede ser por sí solos o con gente de su propio nivel o más allá de ello, es decir, se trata también de hacer un poco lo de la mancha de aceite, es decir, que unos incorporen a otros en esta red.

Y en cuanto a ¿Y tú qué piensas?, no tengo la suma total, pero si no he equivocado, son 45 colegios los que van a desarrollar ¿Y tú qué piensas?

Hemos añadido algo más que es importante, creemos nosotros, y además, he sabido, no sólo en ese tipo de programas sino en cualquiera, de la inclusión de familias, es decir, la sensibilización, la orientación y los cursos a los familiares, que también se hacen y que se han ofertado a través de unos monitores, monitores externos, a las Apa de todos los colegios que participan en uno u otro programa de los que acabo de nombrar.

Bueno, en cuanto a la pregunta que usted me hacía sobre cómo van a conseguir la coordinación si no han participado, es que yo espero que participen y, por lo tanto, que la coordinación sea la adecuada, porque, además, se me quedó muy grabada la frase de un técnico de la Conselleria de Sanidad que hace tiempo me decía que todo el mundo demanda que hagamos coordinación, pero si no se dejan coordinar, ¿cómo lo vamos a hacer? Pero bueno, me imagino que en este caso, si participas en el diseño, pues es que lo vas a hacer y supongo que la coordinación existirá, es mi deseo, porque si no, no hay nada.

LA SRA. PRESIDENTA:

Gràcies, Sra. González. En torn d'intervenció, té la paraula per part del Grup Parlamentari Socialista, la Sra. Leciñena.

LA SRA. LECIÑENA I ESTEBAN:

Gracias, Sra. Presidente. Agradezco la asistencia a la Comisión de los responsables o autores del Plan de la Conselleria de Sanidad.

Quiero empezar un poco haciendo alusión a lo que han dicho, que es una actualización del Plan anterior este Plan que estamos debatiendo.

El Plan anterior fue un plan que no había cumplido los trámites parlamentarios precisos, no se había debatido ni se había aprobado. A nuestro entender, se podía haber retirado perfectamente, se podía haber tirado por la borda, como usted decía, que dudaba, porque ni era bueno y, además, probablemente, ni siquiera nadie se hubiera enterado, y le voy a poner un ejemplo: el presidente del Consell Insular de Ibiza y Formentera, que además es presidente del Patronato, que lleva toda la atención de toxicomanías, ni siquiera sabía que existía ese documento. Por lo tanto, probablemente, nadie se hubiera enterado.

Empecemos por la primera parte del Plan, datos incluidos en el Plan. Los datos que han incluido en el Plan, y pienso que no están actualizados y que además tienen (...) importantes. Lo mejor sería casi arrancar estas primeras veintiséis páginas, que es un tercio del Plan, porque yo creo que aportan poca cosa. No entendemos por qué las han incluido. Pero vamos, lo que más nos preocupa es saber si los programas y actividades que están descritos en este Plan autonómico de drogas están basados en el análisis de estos datos, porque si es así, creo que no servirían estos programas, y deberíamos proceder a retirar el Plan y a elaborar uno nuevo, y si no es así, quisiera saber en qué datos están basados, ¿en los que nos acaban de facilitar? Yo creo que siguen adoleciendo de los mismos defectos que el Plan.

Todos los técnicos que han comparecido aquí..., ni ustedes mismos manejan datos del usuario. Conocemos el perfil del usuario pero no conocemos la población diana que está afectada. Entonces, quisiera saber cómo van a determinar la población diana a la que se debe dar cobertura. Porque usted misma habla de estrategias, ha utilizado la expresión perfil del usuario. Creo que no solamente es al usuario a quien hay que plantear estrategias, sino a esa población diana a la que hago referencia.

También se refieren al Seit como a un sistema suficiente para la recogida de datos, sin embargo, tal como reconoce, lo describe, el propio Plan autonómico de drogas, el Seit trata, en realidad, de un sistema de información basado en tres indicadores indirectos de consumo de opiáceos o cocaína, el indicador de tratamiento, el indicador de urgencia y el indicador de mortalidad. En este Plan, el Seit solamente recoge el análisis que hace el primer indicador, el de tratamiento, recoge la evolución del número de personas que hicieron tratamiento en Baleares del 87 al 95, aquí ya, con los que nos han dado, hasta el 97. Por lo tanto, pensamos que este informe del Seit es incompleto, dado que solamente aporta resultado de uno de los tres indicadores a los que hacía referencia, analiza indicadores indirectos y solamente a opiáceos y a cocaína, por lo que excluye otras drogas, algunas que son de mayor consumo en nuestra comunidad autónoma, como puede ser el alcohol, el tabaco o las drogas de síntesis, además, todos sabemos que el indicador del tratamiento solamente es la punta del iceberg. Por tanto, con esos estudios y encuestas que nos facilita el Seit, no creemos que se pueda llegar a definir cuál es el perfil del toxicómano en nuestra comunidad autónoma y, por tanto, no sirven para saber cuál es la repercusión de esta problemática en nuestras Islas.

Por lo tanto, creemos que sigue siendo necesario mejorar el sistema de recogida de datos, una mayor coordinación nacional y europea, y creemos, como ya hemos expresado en otras ocasiones, que el Observatorio Autonómico de Drogas sería la mejor manera.

A las sondas rápidas a que ha hecho referencia aquí, que, por cierto, a no ser que se me haya pasado, creo que no consta en el Plan, entonces, tal como las ha descrito, nos parece que recogen información parcial, solamente en Mallorca, y sabemos que la incidencia, inclusive del tipo de consumo de drogas, puede ser diferente de unas islas a otras, por lo tanto, por esto, nos parece parcial, y también que puede ser incompleta, dado que no recoge datos de servicios importantes, como pueden ser urgencias en Son Dureta, centros de salud, etc.

Ya pasando a otro punto, creemos que este Plan también tiene una gran indefinición de los programas y actividades, sobre todo lo que hace referencia a la población a la que van dirigidos, que no consta, no consta específicamente en cada una de estas actividades quién tiene que llevarlas a cabo, qué instituciones o organismos no gubernamentales tienen que llevarlas a cabo, cuál es la duración de estas actividades, y, sobre todo, no sabemos cuál es el coste por programa. Si no sabemos cuál es el coste por programa, mal podremos cuantificar el Plan, y si no está dotado económicamente, creemos que es un déficit muy importante a la hora de llevarlo a cabo.

En cuanto a la evaluación de los programas de actividades, quisiéramos saber cómo pensaban evaluar la actividad, la efectividad y la medida de la cobertura. En el Plan solamente se describe la población pero sin entrar a detallar criterios ni indicadores a utilizar, ni cómo se va a hacer. Usted, en su intervención, ha dado más datos, pero aunque son insuficientes, es que ni siquiera estos datos están incluidos en el Plan. Entonces, ¿es que se va a hacer una nueva redacción del Plan?, porque veo que usted da datos que no están incluidos, y esto me preocupa, porque es que usted misma ya dice que este Plan no es adecuado, de una manera indirecta, claro, no lo va a decir de una manera directa.

En cuanto a la red asistencial, si es suficiente o no. ¿Quiere decir que no son los técnicos, y más, los técnicos de la conselleria, quienes pueden determinar si los recursos asistenciales son suficientes o no?, sobre todo si son suficientes ara llevar a cabo programas de actividades que ustedes mismos son los que los han elaborado. ¿Ustedes creen que tiene que ser una decisión política? Yo creo que no, si ustedes han elaborado unos programas y actividades, sabrán quién y con qué recursos se tienen que llevar a cabo, por lo tanto, tendrán que saber si los recursos que hay actualmente son suficientes o no. Además, hace poco debatimos el Plan de salud mental y (...) técnicos entonces fueron capaces de determinarlo, y creo que los técnicos son los mismos, o por lo menos algunos de ellos son los mismos que han redactado el Plan de salud mental y éste.

Pero es que es más, le voy a poner un poco el ejemplo de Formentera, es la isla con menos recursos asistenciales, siendo que ahí hay mayor incidencia de consumo de drogas, además, es un lugar de experimentación y distribución de nuevas drogas, y no solamente creo que los recursos son insuficientes, quisiera saber su opinión, sino que incluso desaparecen recursos asistenciales como el de una comunidad terapéutica, sin que en su lugar se sustituyan por otros recursos, como pueden ser pisos o que haya una coordinación con instituciones de otras islas, donde se pueda dar esa cobertura que ha desaparecido allí. Como técnico, ¿usted cree que es adecuada la situación?, ¿que es suficiente? Yo se lo pregunto como técnico, no como política, eso se lo tengo que preguntar al Sr. Conseller.

También ha hecho alusión a que como la red asistencial, a veces, depende de varias instituciones, que debería haber un consenso, es que si en la redacción de este Plan hubiera habido un consenso, probablemente este Plan hubiese sido capaz de recoger cuál es la red asistencial que tendría que existir para llevar a cabo el Plan, pero como que este Plan se ha redactado sin ningún consenso, y no sé cuál tendrá después de todas estas intervenciones, ya lo veremos.

Creemos que no queda muy aclarado qué es la prevención y la promoción de la salud, que a veces las definiciones se confunden, que no queda muy claro quién debe llevar a cabo los diferentes programas y actividades en ambos casos, que hay ausencia de colectivos muy importantes, como puede ser población reclusa, o sea, población que está en instituciones penitenciarias, todos los toxicómanos marginados que no acuden a ningún servicio, que están en la calle, no sé cómo se va a hacer. No se hace mención tampoco al *ratio* de profesionales que tendría que haber para cubrir estos servicios. En el Plan de salud mental fuimos capaces de hablar de *ratios*, aquí no hemos sido capaces de hablar.

No sé. En resumidas cuentas, somos una de las comunidades autónomas en las que mayor incidencia hay de consumo de drogas y, sin embargo, somos la última en aprobar un plan, un plan que creemos que no es adecuado, que aquí se está definiendo como marco referencial y se está pidiendo que haya una Ley autonómica de drogas. Nos hemos pasado cuatro años, pues, sin Plan, sin Ley.

Ya sé que esta pregunta no se la tengo que hacer a usted, pero permítame que haga esta reflexión en voz alta: ¿Cuánto tiempo tendrá que pasar para que los responsables de la conselleria adquieran el compromiso firme de llevar a cabo todas las actuaciones suficientes y que están en sus manos para, de alguna manera, acometer el problema de las drogas, un problema tan importante, de una manera mas efectiva? Gracias.

LA SRA. PRESIDENTA:

Gràcies, Sra. Leciñena. Per contestar, té la paraula la doctora González.

LA REPRESENTANT DE LA CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (Dra. González):

Gracias. Bueno, la última pregunta, usted misma da por hecho que no se la puedo contestar, por lo tanto, no voy a hacerlo.

Yo tengo la impresión de que usted está haciendo referencia a programas. No hay ningún programa descrito en este Plan. sí, sí. Vamos a ver, cuando yo he nombrado al principio el listado de objetivos específicos o generales específicos y actividades, son un listado, no son un programa. Somos conscientes de que esto no es un programa, es que no es un programa, no pretende ser un programa, al menos por nuestra parte, la de los técnicos, no pretende ser un programa, eso, porque, insisto, yo, como técnico, considero que los programas..., y no va a ser un solo programa, va a haber distintos programas con subprogramas, etc., o sea, que, quizá, no sé, pero eso es una realidad.

Ha hecho usted una buena pregunta, población diana, cómo conocerla. En Navarra lo han conseguido, pero, ¿sabe cómo? con un registro nominal durante un año... Perdone, estuve ayer hablando justamente con los que hicieron el tema, en Madrid. Durante un año estuvieron haciendo busca y captura, registro nominal, para cruzar luego datos, de toda persona drogadicta que contactaba con el sistema sanitario. A mi me encantaría hacerlo, porque, efectivamente, usted tiene razón, si se sabe el grupo diana a que va dirigido, puedes tener datos para saber qué necesidades tienes en los instrumentos, en los centros de asistencia, etc.

Usted habla también de los *ratios*. Mire, es algo que desde hace dos años y medio, cuando me incorporé al tema de la droga, planteé enseguida. Los *ratios* no están muy definidos, quizás por una razón, porque el tema de salud mental, de traumatología, etc., hace años y años que se está trabajando con ello, y se tiene experiencia para sacar *ratios*, y en el tema de drogas, por desgracia, se está trabajando desde los años 81, 82, por lo tanto, es un poco difícil.

Una forma de sacar *ratios* es conseguir que cada centro te diga cuántos individuos ve, con qué personal y con qué frecuencia, entonces, con el conjunto de datos de todos los centros asistenciales, si te dan esos datos, que es la forma como se sacan los *ratios*, y viendo luego la calidad de la asistencia, puedes sacar unos *ratios*.

Me encantaría poderlo hacer, pero a veces resulta muy difícil conseguir esos datos de los centros asistenciales que no dependen de la Conselleria de Sanidad.

Me parece un poco exagerado decir que, por el hecho de estar aportando continuamente datos nuevos, esto significa modificar totalmente el Plan. Bueno, yo creo que sí, justamente, podemos aportar cada vez más datos, es porque cada vez trabajamos más en ello, es para poder trabajar más con ello, o sea, sacaremos más datos y cada vez habrá más.

Creo que no he dicho que el Seit, y si lo he dicho, lo he dicho mal, para mi no es suficiente, es muy importante, tiene una larga duración en el tiempo, con lo cual podemos ver las tendencias, que es importante, pero el Seit no es la única fuente de información que necesitaríamos o que necesitamos, tendríamos que tener otras muchas más.

En relación a por qué no se ha cogido Son Dureta en lo de la sonda de información, mire, una de las formas que el Seit, lo de urgencias, no se puede hacer en Mallorca, es porque los datos nos los tendría que dar urgencias de Son Dureta, y no lo hemos conseguido durante muchos años, entonces, nos pareció mejor coger el Hospital General, entre varias razones, una, porque muchas veces los que están afectados por urgencias, en el tema de relacionados con drogas, tienen la costumbre, la inercia, de ir allí, porque hay profesionales que conocen el tema, de hecho, el encargado de ese tema allí es el doctor Sord, que ha trabajado con drogadictos hace bastante tiempo, y bueno, es un hospital más de nuestra comunidad autónoma.

En relación al Seit, desde el año 96, y por eso tienen datos añadidos, por eso parece que hay una disminución de inicios de tratamiento con heroína, se incluye el alcohol, cosa que antes no se hacía, por lo tanto, está ampliado.

Y en relación a Ibiza, vamos a ver, la comunidad terapéutica, cuando se sacó, creo que fue antes o justo antes de nosotros aterrizar o cuando se estaba aterrizando, me refiero a los técnicos, no hablo de políticos. Los conocimientos que yo tenía, y no voy a entrar en si era preciso o no quitar esa comunidad terapéutica, los datos que teníamos son que prácticamente se nutría, sobre todo, de gente de Palma, lo que no quita que ustedes no tengan la opción, evidentemente, de tener comunidades terapéuticas allí o aquí. Es decir, hay unos recursos, unos recursos, que tienen que ser a nivel autonómico o a nivel insular, va a depender de la demanda que haya de los mismos, porque si no, saldrían demasiado caros, pero yo entiendo que, por ejemplo, entre los recursos que se proponen, que son necesarios, en el Plan, está la necesidad de una comunidad terapéutica de corta duración y que no sea, como el Proyecto Hombre, algo cerrado en si mismo, que no es que diga que sea malo, sino que es así, y que puedan remitirse desde los centros de atención ambulatoria para luego revertir, tres cuatro meses. Entonces, esa, que nosotros considerábamos que era necesaria era un poco la que cubría la que tenían en Ibiza, y lo lógico es que si conseguimos que ésta se cree y se defina, los ibicencos tengan tanto derecho como los menorquines o mallorquines a asistir a ella cuando exista la necesidad.

Y bueno, prevención y promoción de la salud, creo que está en las definiciones dadas por la OMS dentro de lo que es la parte dedicada a prevención y a promoción de la salud. De todas formas, le diré una cosa, igual que lo de planificación y programación, en prevención y promoción de salud son dos conceptos que muchas veces se confunden por los propios técnicos y que el límite está a veces difuminado. La prevención forma parte de la promoción de la salud, la promoción de la salud es una serie de actividades, suelen ser inespecíficas, que van dirigidas incluso no a prevenir una enfermedad, concretamente, sino a dar un nivel de salud al individuo, que sería el óptimo. Por lo tanto, van a ser actuaciones inespecíficas, en algunos casos, específicas, y además en las que se globaliza mucho y está a muchos niveles, es decir, cuando estás haciendo algo y te parece que no es de promoción de salud, es promoción de salud, el tema del ambiente, el tema ambiental, el tema carreteras, el tema alimentación, etc., es conseguir que el individuo sea capaz de buscar aquellos hábitos que le van a favorecer su salud o van a mantener su salud. Prevención son actuaciones, por eso se confunden muchas veces, que van a prevenir una enfermedad, concretamente, una actuación, concretamente. Por eso, en drogas, se habla tanto de prevención y promoción de la salud, porque en algún caso será una actuación de prevención, pero la mayoría de las veces lo que estamos haciendo o debemos hacer es promoción de la salud. Y lógicamente, aunque prevención, parece ser, que solamente, o podía parecer, que es antes de que tenga lugar el acontecimiento, lo que sí que es cierto es que tanto promoción de salud como prevención, igual que prevención, en donde tenemos primaria, secundaria y terciaria, según el momento en que actúas, en promoción de salud tenemos que hacer lo mismo, si el punto de partida es perfecto, mejor, pero si el punto de partida es una situación no muy buena, como puede ser la de un drogadicto en activo, igualmente puedes hacer actuaciones de promoción de salud y de prevención.

LA SRA. PRESIDENTA:

Gràcies, Sra. González. En torn de rèplica, té la paraula la Sra. Leciñena.

LA SRA. LECIÑENA I ESTEBAN:

Gracias, Sra. Presidenta. Solamente algunas puntualizaciones. Dice que aquí solamente no se habla de programas ni de nada, que solamente se habla de objetivos y de estrategias y que, posteriormente, se desarrollarán programas, subprogramas, etc. Quisiéramos saber si es que va a haber un anexo a este Plan, en donde se recoja este desarrollo posterior, o si simplemente va a depender que cada conseller, cada ayuntamiento, cada institución implicada en el tema, lo desarrolle como quiera y haga los programas que quiera, y solamente va a ser, como alguien ya dijo aquí, un marco referencial sin más, es decir, poca cosa.

Sobre datos nuevos en cuanto a datos epidemiológicos, que aparezcan continuamente y que no se recojan, pero usted me está hablando de desarrollar cuál es el sistema de evaluación, y yo creo que eso sí que tendría que estar recogido.

Y en cuanto al conocimiento de la población diana, mire, yo tengo aquí un documento del Ayuntamiento de Barcelona del año 95. Claro, no se lo puedo decir porque no lo puedo resumir ahora, son unas diez o doce hojas de este documento. Del 95 al 99, habrá evolucionado mucho. Pero utilizan otros datos (...) otros servicios, no solamente los propios de toxicomanías, sino otros servicios, como urgencias hospitalarias, muerte por sobredosis, incidencia de tuberculosis, de sida y un montón de cosas que están aquí a diferente escala; es decir, que no hay que recurrir solamente a la delincuencia para conocer, o sea, que yo creo que es posible, desde luego, siempre son estudios aproximados, pero yo creo que si esto es hasta el 95, fíjese del 95 al 99 lo que se habrá investigado, y bueno, yo creo que los técnicos estarán más puestos al día que yo, pero creo que si que puede haber datos para conocer cuál es la población diana, y lo que estamos viendo en todas las comparencias es que nadie contempla cómo hacer el estudio de esa población diana, todo el mundo nos habla de perfil de usuario, y nada más, y ustedes mismos, en las estrategias, han hablado de perfil de usuario, si no, puede comprobarlo cuando leamos las intervenciones aquí, en el *Diario*. Gracias.

LA SRA. PRESIDENTA:

En torn de contrarèplica, té la paraula la doctora González.

LA REPRESENTANT DE LA CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (Dra. González):

Gracias. Vamos a ver, seguramente es que me expreso muy mal.

Cuando hablamos del grupo diana, y he dicho que la forma de hacerlo es la que he dicho, yo no he hablado para nada de delincuencia. He dicho que seguramente este trabajo está hecho con captura y recaptura, perdón, son métodos descritos, captura y recaptura, que significa, término médico de investigación, toda persona, y lo he comentado, que contacta con el sistema sanitario, sida, tuberculosis, urgencias, etc., etc., cruzan datos y tienen una idea. Lo único que quiero aclarar, es decir, si es tan amable luego de proporcionarme una fotocopia, se lo agradeceré, pero yo no me he referido a delincuencia, en absoluto, en absoluto. No, registro nominal, que no es de delincuentes, de drogadictos, bueno, lo veremos en el *Diario de Sesiones* pero creo que la palabra delincuente no la he utilizado, entre otras cosas porque no todos los drogadictos son delincuentes, pero bueno.

Mire, cuando hablamos del perfil del usuario, nos estamos refiriendo, o al menos yo me he referido al perfil del usuario cuando me he referido a la parte asistencial, es decir, el perfil que tiene este usuario es el que tú coges después de haberle hecho la historia social y la historia clínica, etc., ahí tienes un perfil de eses usuario, y decides qué es lo que le vas a aplicar. Efectivamente, todos los estudios que hay están basados en los que van a centros de tratamiento, evidentemente. A mi me encantaría hacer un estudio de éstos, me encantaría, como técnico, además, nos facilitarían mucho los datos.

Yo creo que no hay que hacer un anexo al Plan con los programas, yo creo que cada año, y no en enero, sino en octubre o antes, tienen que estar perfilados los programas del año siguiente o aquéllos que duren varios años, consensuados dentro de la Comisión Territorial, quizás elaborados por los grupos de trabajo o por quien tiene que intervenir. Por lo tanto, en principio, pienso que ésta sí que es una forma de coordinación, que cada año o cada dos años se saque un volumen con estos programas, con los objetivos, etc., me parecerá perfecto, quién interviene, quién no interviene; además, irá muy bien, porque luego, a la hora de hacer la memoria, lo tendremos más fácil, o sea que yo pienso que la coordinación va a ser factible.

Sistema de evaluación. Aquí lo único que se indica, y se hace mucho hincapié, es que es necesaria la evaluación, pero cada programa va a requerir una evaluación diferente y van a definirse unos indicadores diferentes, por lo tanto, no podemos ponerlo aquí si no están los programas. Y creo que es todo.

LA SRA. PRESIDENTA:

Gràcies, Sra. González.

Finalment, queda la intervenció de la representant del Grup Parlamentari Popular. La Sra. Alberola té la paraula.

LA SRA. ALBEROLA I MARTÍNEZ:

Moltes gràcies, Sra. Presidenta. Per part del Grup Parlamentari Popular, agraïm la presència de la doctora González i del doctor Mestre com a part dels autors de la redacció del Pla.

Per part del nostre Grup, sí que els voldríem dir o manifestar la nostra felicitació per la redacció d'aquest Pla, no ho volem fer des d'un punt de vista triomfalista, pel sol fet que el Grup Parlamentari Popular doni suport al Govern, sinó que, realment, els felicitem després d'haver mirat exhaustivament el Pla que el Govern va presentar aquí, en el Parlament.

Tal vegada, com molt bé ha dit la doctora González, és un tema per veure des de diferents punts de vista o de tenir clar el que és un pla, la concepció d'allò que és un pla.

Tal vegada, si es pot presentar aquesta disjuntiva, és perquè sí que pensam, des del nostre Grup, que el Pla autonòmic de drogues havia d'haver-se presentat un poc abans, d'açò sí que també supòs que tots som conscients, i aquí hi ha aquesta disjuntiva, perquè és un Pla que, maldament s'hagi presentat en el Parlament i s'hagi pogut debatre a consciència, sí que hi ha uns programes que ja són en funcionament, que ja s'han posat en marxa, i tal vegada açò pot ser motiu de confusió, però el nostre Grup està totalment d'acord com s'ha dissenyat aquest Pla, perquè els plans, i nosaltres n'hem vist en diferents temes, no tan sols pel que fa a plans de salut, sinó el de geriatría, plans de la dona, són, com vostè diu, genèrics, indiquen unes directrius, uns objectius generals i uns objectius específics, on es preveu que es desenvoluparan uns programes, que hi haurà unes avaluacions, que hi haurà una formació, que hi haurà uns indicadors.

Per tant, pensam que aquest Pla, tal com s'ha redactat, està en la línia correcta i que serà l'eina o l'instrument que després ens permetrà, amb els programes que ja tinguin les diferents institucions, poder-lo desenvolupar i poder-lo avaluar, perquè s'hi contempla totalment el capítol de coordinació, que serà l'eina que ens permetrà i obligarà, perquè no hem d'oblidar que, tal com el conseller de Sanitat va exposar quan va fer la presentació del Pla aquí, en el Parlament, que aquest Pla també servirà d'eina tal de poder desenvolupar o poder dur a terme la presentació de la Llei de drogues, on, realment, d'una manera vinculant, es podran exposar les competències, un poc arran del que és la vertebració de a pròpia Llei d'acció social, qui en té les competències, quines administracions, què és el que han de fer les administracions, i també, en el tema del finançament, a qui correspon el finançament, cosa que queda perfectament definida en la Llei general d'acció social o, per exemple, també en la Llei de bases de règim local, o en la Llei general de sanitat del 86. Per tant, comptam amb tot un desenvolupament jurídic que permetrà tot el que sigui l'aplicació del Pla autonòmic i el Pla estratègic de la sida ja d'una forma vinculant.

També, el Grup Parlamentari, com que és un tema que ens preocupa moltíssim, tot el que podem recollir dels diferents ponents que han passat per la Comissió, sí que està totalment disposat a recollir totes les propostes que vejam que poden ampliar un poc el Pla o aportar-hi un poquet més de claredat, juntament amb el Govern, per poder, aquestes propostes de resolució, acceptar-les o presentar-les, el nostre Grup.

En aquest cas, no li faríem cap pregunta, només li agraïm les noves dades actualitzades que han aportat i, de nou, d'una manera molt sincera, felicitar-los per part del nostre Grup. Moltes gràcies.

LA SRA. PRESIDENTA:

Sra. González, té la paraula.

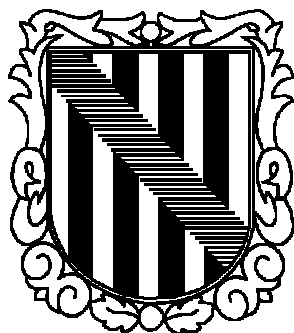
LA REPRESENTANT DE LA CONSELLERIA DE
SANITAT I CONSUM (Dra. González):

Bueno, gracias, sobre todo por las alabanzas. Nada más.
Muchas gracias a todos.

LA SRA. PRESIDENTA:

Conclòs aquest debat amb la compareixença de representants de la Conselleria, de la doctora González, i la presència del senyor Bartomeu Mestre, el representant de la Conselleria de Sanitat i Consum, senyores i senyors diputats, moltes de gràcies també per la seva col•laboració.

En no haver-hi més assumptes a tractar, s'aixeca la sessió.



DIARI DE SESSIONS
DEL
PARLAMENT
DE LES
ILLES BALEARS

PREU DE LA SUBSCRIPCIÓ

Un any	2.000 pessetes.
Sis mesos	1.000 pessetes.
Tres mesos	500 pessetes.
Preu de l'exemplar	100 pessetes.

Redacció i Administració
PARLAMENT DE LES ILLES BALEARS
C/ Palau Reial, 16
PALMA DE MALLORCA

Imp. Parlament de les Illes Balears. Palma