

DIARIO DE SESIONES



DE LA ASAMBLEA REGIONAL DE CANTABRIA

Año IX — II LEGISLATURA 25 enero 1990

— Número 1 B

Página 1

Presidente:

ILMO. SR. DON JOAQUIN DIAZ RODRIGUEZ

COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO, CELEBRADA
EL DIA 11 DE ENERO DE 1990.

COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO,
CELEBRADA EL DIA 11 DE ENERO DE 1990.

ORDEN DEL DIA

- Comparecencia del Consejero de Sanidad y Bienestar Social, a petición propia, ante la Comisión, a fin de informar a la misma sobre el Hospital de Santa Cruz de Liencres y otros temas de interés referentes a la sanidad regional.

(Se inicia la sesión a las doce horas y cuarenta minutos).

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Buenos días. Vamos a comenzar la sesión para tratar el punto del orden del día, que es la comparecencia del Consejero de Sanidad y Bienestar Social, que a petición propia quiere comparecer ante esta Comisión de Política Social y Empleo, y tiene como objetivo informar sobre el hospital de Santa Cruz de Liencres y algunos otros temas de interés referentes a la sanidad regional, que es el orden del día de esta Comisión.

Ante todo, agradecer la presencia del señor consejero y de los altos cargos que nos acompañan: D. Eduardo Rubalcaba Pérez, secretario general técnico de la Consejería; doña María Concepción Fernández Patallo, directora regional de sanidad; D. Darío Ruiz de Salazar Gutiérrez, director gerente del hospital de Liencres; D. Ignacio Burgada Sáiz, director de gestión del hospital, y D. José Campa Villegas, coordinador de proyectos y obras de la Consejería.

También aprovecho para felicitar el año a todos los presentes, aparte de agradeceros vuestra presencia.

La Comisión informativa se desarrollará bajo los términos que se desarrollan otras: en primer lugar interviene el consejero haciendo la exposición sobre el tema del orden del día, y a continuación la intervención de los portavoces, de menor a mayor, con el tiempo que se estime necesario y pidiendo y solicitando a los intervinientes que sean lo más aclaratorios que pudieran. Así llevaremos la sesión, si les parece.

Sin más, tiene la palabra el señor consejero Conde Yagüe.

EL SR. CONDE YAGUE: Muchas gracias.

Hacia algún tiempo que yo tenía interés en hacer una comparecencia ante donde la debo hacer, que es ante esta Comisión, para expresar de manera clara cuál es el proyecto que nosotros propugnamos para la sanidad de esta región, para aclarar dudas, interpretaciones, etc., que se han vertido en distintos medios de comunicación, muchas veces de manera errónea como veremos después. Y en este sentido yo agradezco que se me haya dado esta oportunidad, a petición propia, de comparecer ante ustedes para hacer una disposición, en principio general, de cuál es nuestro programa y nuestro proyecto en materia sanitaria, y después profundizar en un tema tan controvertido, como es el del hospital de la Santa Cruz de Liencres.

Por tanto me van a permitir que el orden del día lo altere, en el sentido de hacer primero una exposición general y en esa exposición general integraré el tema de Liencres en mayor extensión.

En el planteamiento sanitario regional lo primero que hay que tener en cuenta es cuáles son nuestras competencias. Y ahí han existido también errores importantes, cuando se ha dicho que una Consejería de Sanidad era difícilmente admisible porque no tendría competencias. Bien, en sanidad tenemos todas las competencias, absolutamente todas, excepción hecha de dos, que son: sanidad exterior, que no la tendremos nunca porque esa se la reserva el Estado, como todos ustedes conocen, y lo que hace referencia a la asistencia de los enfermos de la seguridad social. Por tanto, en lo demás tenemos todas las competencias, incluyendo la totalidad, la globalidad de la planificación sanitaria.

Hecha esta introducción, diré que en un primer apartado, en lo que hace referencia a la asistencia primaria, nuestro planteamiento, lo que estamos haciendo y lo que se hará en el futuro si nosotros seguimos, es el siguiente: primero, se firmó con el señor Ministro de Sanidad y Consumo un concierto, un convenio, que a mi me parece que es altamente beneficioso para la Comunidad, en el que con claridad se precisan cuáles son nuestras misiones y cuáles son las misiones que le competen a la administración central y más concretamente al INSALUD.

En ese sentido, y dentro de la asistencia primaria, hay que diferenciar dos programas básicos de infraestructura: un primer programa de infraestructura, que son los consultorios rurales, y un segundo programa de infraestructura, que son los centros de salud.

Efectivamente que toda la reforma de la asistencia primaria que se contempla en la Ley General de Sanidad gira en torno a la puesta en marcha de los equipos de atención primaria. Esos equipos de atención primaria evidentemente es lógico que dispongan de una infraestructura, aún cuando pueden funcionar sin esa infraestructura. De hecho se pueden establecer equipos de atención primaria sin centros de salud y sin consultorios rurales, pero lo lógico es que los tengan. Y en este sentido, claro, hay que proporcionarles esa infraestructura.

Por parte de la Comunidad Autónoma de Cantabria el programa de consultorios rurales se inició en el año 1988. Tiene prevista la construcción de 117 consultorios en toda la región, con un costo aproximado de 2.000 millones de pesetas -es un poquito menos, pero digo números redondos-. Esos son íntegramente aportados por la Diputación Regional de Cantabria.

En la actualidad el balance es el siguiente: terminados tenemos 23; adjudicados tenemos ya todos, menos 8. Estos 8 no están adjudicados por problemas que no competen realmente a la Diputación Regional, sino que son problemas de los Ayuntamientos, o problemas que surgen de tipo urbanístico no resuelto. Pero podemos decir que prácticamente la totalidad del programa de consultorios rurales lo tenemos ya prácticamente concluido o por lo menos se concluirá en los próximos meses.

En el convenio que hemos firmado con el Ministerio se contempla que no sólo la construcción, sino el mantenimiento de estos consultorios rurales, corresponde a la Diputación Regional de Cantabria.

El programa de los centros de salud en ese convenio se contempla claramente que compete al INSALUD, tanto en lo que respecta a su construcción como a su mantenimiento. Está prevista que toda la red de centros de salud esté concluida entre tres y cinco años, y nosotros esperamos, de verdad, que esto se cumpla así.

Evidentemente que su objetivo, como señalábamos anteriormente, es dotar a cada zona de salud de este centro, como estructura básica y de funcionamiento de los equipos de atención primaria.

Como he dicho, las previsiones son que entre tres y cinco años se concluya esta red, y nosotros vamos a vigilar escrupulosamente este cumplimiento por cuanto que entre 4 y 6 centros al año deben de hacerse.

Con esto que les acabo de decir tendremos únicamente la infraestructura, pero eso no es lo más importante, ni en medicina primaria ni en medicina hospitalaria. Hacer hospitales o hacer centros de salud es fácil si se tiene dinero; el problema es que luego todo eso funcione. Y para que todo eso funcione hace falta convencer a los que van a trabajar en este nuevo modelo de asistencia primaria de que es mejor esto que lo que venían haciendo.

Y efectivamente, a nuestro juicio, es mejor por cuanto que, por una parte, se contemplan aspectos de los que estamos deficitarios en la asistencia primaria, como es no sólo la curación y el diagnóstico, sino la prevención y la reinserción del enfermo, y, por otra parte, se trata de evitar, y probablemente se evitará si todo esto se lleva a buen puerto, el tradicional aislamiento que no pocos profesionales tienen en sus pueblos, en sus medios de trabajo y que continuamente están protestando por ello, están reivindicando que esto no sea así.

Como nosotros tenemos las competencias transferidas en el tema de los sanitarios locales, tanto médicos como ATS, nos compete, naturalmente, facilitarles la integración en estos centros de salud, en estos equipos de atención primaria. Y esto tiene algunas dificultades que a los que somos

médicos no se nos escapan. Fundamentalmente problemas de tipo económico; es decir, es evidente que algunos médicos al integrarse en equipos de atención primaria disminuirán sus percepciones económicas, y esto es una grave dificultad con la que nos encontramos. Otra dificultad que no se nos puede tampoco escapar es que es una modificación de los hábitos de trabajo que estos profesionales tienen. No es lo mismo trabajar en solitario con sus errores y con sus aciertos, que exponerse a un trabajo en equipo, que probablemente requiere una formación continuada y una preparación mayor.

Y yo hablo con toda claridad al decir que no pocas veces el problema de la integración, de los médicos sobre todo, es el cierto temor que tienen a enfrentarse a esta nueva situación. Nosotros tenemos, de alguna manera, que facilitarles esta integración, partiendo, eso sí, desde un principio básico de voluntariedad. Nosotros no podemos ni queremos obligar a nuestros sanitarios locales a integrarse en los centros de salud, porque sabemos que desde esa obligatoriedad no tendríamos otra cosa que problemas y desde luego un fracaso ya desde el principio en el funcionamiento de los equipos de atención primaria.

Dicho esto, comentaré que nosotros hemos ofertado la integración en los equipos de atención primaria a todos aquellos médicos que naturalmente tienen ya construidos sus centros de salud. Se les ha comunicado oficialmente que pueden solicitar ya esta integración, que pueden ya firmar esta integración, cuando ellos lo estimen oportuno.

En este sentido, y juntamente con el Director Provincial del INSALUD y el Subdirector para la asistencia primaria, tuvimos una reunión en la Consejería a la que convocamos a todos estos profesionales, médicos y ATS, con el objeto de disipar dudas y quitar temores. Quedamos en que por escrito y firmado por el Director del INSALUD y por nosotros, se comunicaría a cada uno de estos médicos todos y cada uno de los puntos que ellos querían que les aclaráramos. Esta carta, esta comunicación se les va a remitir; se les dará quince días a continuación para que voluntariamente se integren. Yo espero y tengo la seguridad de que prácticamente entre el 90 y el 95 por ciento de estos médicos titulares y estos ATS titulares se integrarán en los centros de salud que ya están en estos momentos construidos.

Mientras esto ocurre, evidentemente que tenemos que facilitar y mejorar las condiciones de trabajo de los sanitarios locales. Y en este sentido hemos

trabajado y creo que lo hemos hecho aceptablemente bien, porque estos sanitarios locales en nuestra región no han planteado conflictividad, en base a los acuerdos que conseguimos, de manera que, como ustedes saben, ha habido una huelga nacional de sanitarios locales médicos que no ha afectado a nuestra Comunidad, repito, porque conseguimos el acuerdo de una serie de principios que yo ahora les comentaré y que hemos puesto en marcha.

El primero de estos acuerdos. Hemos aceptado su reivindicación, porque nos parece justa, de homologación con los funcionarios de la Diputación Regional del grupo A. Como ustedes saben, hasta ahora se les abonaba una cantidad porcentual del orden del 80 por ciento del salario básico de los funcionarios del grupo A, y luego les pagaba, naturalmente, el INSALUD por cartillas. Nosotros les hemos subido al cien por ciento; el INSALUD, lógicamente, les seguirá pagando por cartillas. Por tanto tienen un sueldo desglosado: parte Diputación Regional, parte INSALUD.

Segundo punto, que a mi me parecía trascendente resolver, es el tema de los traslados de los sanitarios locales. Evidentemente que es una injusticia manifiesta que los más jóvenes y lógicamente, o en principio, incluso interinos, y que puedan tener una preparación menor o unos méritos menores, estén ocupando las mejores plazas, en tanto que otros que llevan muchísimos años de profesión, etc., estén en las peores. Y esto es porque no se ha hecho concurso de traslado. Nosotros hemos acordado hacer un concurso de traslado de inmediato. ¿Por qué no se han hecho y qué dificultades tienen los concursos de traslados?. Pues miren, una cláusula es que cuando se hace un concurso de traslado, el 33 por ciento de las plazas se reservan al exterior, es decir, a otras Comunidades Autónomas. Entonces nosotros hemos intentado el acuerdo para hacer un concurso simultáneo de toda las Comunidades Autónomas, de manera que todos saquemos el 33 por ciento a la vez, con lo cual, evidentemente, nosotros les cedemos el 33 por ciento de las plazas, pero los demás nos las ceden a nosotros. Ha habido tremendas dificultades para que esto sea así. De las últimas reuniones que tuvimos del Consejo Interterritorial se llegó al acuerdo de que en un lapsus de tiempo de seis meses todas las Comunidades Autónomas, con excepción de la Comunidad valenciana, el País Vasco y Navarra, sacaríamos los concursos de traslados; estas tres no los sacaban pues porque no les parecía bien sacarlos. No sé si cumplirán lo acordado de sacar estos concursos en los seis meses previstos. Algunas desde luego ya lo han cumplido y lo han sacado, como por ejemplo Galicia y como por ejemplo Asturias. Y lo que

nosotros vamos a hacer es sacarlo de inmediato; de hecho, están elaboradas ya las bases, está elaborado el baremo y está pendiente de la reunión de la Comisión Superior de Personal de la Diputación Regional de Cantabria, que me parece que se va a reunir el lunes, para inmediatamente llevar al Boletín Oficial de Cantabria el concurso de traslado de los sanitarios locales.

A continuación de este concurso de traslado, también hemos acordado inmediatamente después convocar oposiciones libres para cubrir las plazas, oposiciones libres para tanto médicos como ATS. Afecta a pocos médicos, porque en estos momentos tenemos sólo 15 interinos, pero afecta a muchos ATS, de manera que el 80 por ciento de los ATS de la Comunidad Autónoma de Cantabria son interinos. Y por decirles un dato, que podría ser jocoso pero que yo creo que es dramático, ha habido un ATS que se ha jubilado interina, porque no se han sacado oposiciones en su momento. Nosotros las vamos a sacar de inmediato. Están también elaboradas las bases, está elaborado el baremo, está elaborado el programa y falta lo mismo, el lunes en la Comisión Superior de Personal se tratará para posteriormente al concurso de traslado, sacar las oposiciones libres.

Un cuarto punto que nos parece importante y que también hemos hecho con los sanitarios locales, es el tema del reciclaje, es decir, formación continuada. Este es un tema tremendamente complicado. Tan complicado que existe una disparidad tremenda de criterios, no sólo en lo que respecta a la administración o personas distintas de la administración, sino a los mismos médicos y a los mismos ATS. De manera que nosotros lo que hemos firmado y hemos acordado es que ellos mismos nos planteen el tipo de reciclaje que quieren. No es lo mismo que nosotros establezcamos cursos de cuatro meses de ocho horas, que eso supondría un gran costo para la Comunidad por cuanto que habría que poner sustitutos o interinos y, por tanto, duplicar sueldos, y eso probablemente no lo vamos a poder hacer, no es lo mismo eso que decir que les vamos a organizar cursos a partir de las cinco de la tarde, después de haber hecho sus labores y sus trabajos, y que se sustituyan entre ellos mismos. Esto, naturalmente, exigirá un mayor esfuerzo por parte de estos sanitarios, pero que está más de acuerdo y más dentro de las posibilidades que nuestra Comunidad tiene en estos momentos.

Con estos planteamientos, por tanto, de potenciar lo que la Ley General de Sanidad dice en lo que respecta a la puesta en marcha de los centros de salud,

de los equipos de atención primaria, para vencer la soledad del médico rural, para potenciar el trabajo en equipo, para atender aspectos tan básicos como son la prevención y la reinserción social del enfermo, creo que tenemos un buen programa en lo que hace referencia a este apartado en esta Comunidad.

Pasaremos a continuación a comentar el segundo apartado, que es el de la asistencia hospitalaria. En la asistencia hospitalaria lo primero que quiero hacer es una valoración de cómo estamos y después de cómo vamos a estar.

Dividiremos en tres apartados el tema de la asistencia hospitalaria: camas de enfermos agudos, camas de media y larga estancia, y camas psiquiátricas.

Por lo que respecta a enfermos agudos, el número de unidades de hospitalización del Hospital Nacional Marqués de Valdecilla es, según nuestros datos -esto puede oscilar en 40 más o 40 menos-, 1.199; a los que hay que sumar: hospital de la Cruz Roja de Torrelavega -en muy malas condiciones, por cierto-, 103 camas; hospital de Santa Clotilde, 150 camas; sanatorio Madrazo, 66. Por tanto, en la actualidad tenemos un número total de camas para enfermos agudos de 1.518, con un índice de camas por 1.000 habitantes de 2,87. Comparando las cifras que acabo de referir con las de otras Comunidades Autónomas, llegamos a la triste conclusión de que ocupamos el número dieciseis. Solamente Extremadura y Castilla-La Mancha ofrecen peor situación, con índice de camas por 1.000 habitantes de 2,58 y 2,44, respectivamente. En el otro extremo y como regiones mejor dotadas nos encontramos: Navarra con 4.49; Madrid, 4.19; Aragón, 4.13 y Asturias, 4.13. Y la media nacional es de 3.75. Por tanto, estamos en camas de enfermos agudos en estos momentos francamente mal.

Segundo apartado: camas de media y larga estancia. Tenemos los hospitales transferidos del AISNA(Liencres y Pedrosa) que, como ustedes saben, se reconvirtieron en el hospital de Liencres para hacer un único centro para media y larga estancia. Pedrosa, como ustedes saben, se ha inaugurado ya para un centro de acogida de toxicómanos. Actualmente en el hospital de la Santa Cruz de Liencres debería de haber unas 200 camas -hay menos porque hay una planta cerrada-, y en la Mutua Montañesa tenemos 52. El índice de camas por 1.000 habitantes, teniendo en cuenta lo que acabo de decir, es de 0.47, y esto supone ocupar el octavo lugar dentro de las Comunidades Autónomas, teniendo por delante de nosotros a: Canarias, con un índice de 1.17; La Rioja, 0.81;

Castilla-León, 0.61, entre otras. La media nacional es de 0.44. Estamos, por tanto, bastante mejor ahora mismo en camas de media y larga estancia que en camas de enfermos agudos.

Tercer apartado: camas psiquiátricas. En esta región existen dos centros hospitalarios de atención al enfermo psiquiátrico: el hospital de Parayas, dependiente de la Fundación Marqués de Valdecilla, dotado de 152 camas, y el hospital de Nuestra Señora del Rosario, de iniciativa privada, que cuenta con 318. El primero dedica su atención, como ustedes saben, exclusivamente a varones, y el segundo dedica exclusivamente su atención a hembras. El índice de camas por 1.000 habitantes es de 0.89 y ocupamos el octavo lugar entre las Comunidades Autónomas, precedidos en los primeros lugares por: Navarra, con un índice de 1.83; Castilla-León, 1.77 y La Rioja y Aragón con 1.69, y una media nacional de 0.88.

Si sumamos los tres grupos citados, es decir, agudos, media y larga estancia y psiquiátricos, el índice de camas por 1.000 habitantes es de 4.04, y ocupamos el lugar número trece entre las Comunidades Autónomas. Vamos precedidos en los primeros lugares, para hacer una comparación de dónde deberíamos llegar, por Castilla-León, que tiene un índice de 6.40, es decir, más de dos puntos por encima de nosotros; lo mismo que Navarra, que tiene 6.33 y que Aragón, que tiene 6.29. Y con una media nacional de un punto por encima de nosotros, es decir, de 5.03.

¿A dónde vamos?, ¿cuáles son las previsiones futuras de acuerdo con el planteamiento que tenemos?. Miren, yo soy consciente de que tenemos meras camas que la mayoría de las Comunidades Autónomas -me refiero a camas de agudos-, pero las tenemos mejores. Eso es un hecho que parece incuestionable. Pocas Comunidades Autónomas tienen un hospital de tal alta tecnología y tanto prestigio como Valdecilla, que tenemos la suerte de tener nosotros. Y esto que es una suerte, a la vez es un problema, y un problema que nos compete a todos, que es el futuro, plantearnos el futuro del hospital Valdecilla. Y ese es el mayor problema que yo tengo y ese es el mayor problema que tendrán los que me sucedan y es el problema que se planteará en los próximos meses y en los próximos años. Porque parece claro que aún cuando ocupamos un lugar tan retrasado en camas de agudos, el costo que en sanidad tiene esta región es muy alto, mucho mayor que el de la mayoría de las Comunidades Autónomas. Y, claro, desde una perspectiva de Estado central, evidentemente se plantean problemas a la hora de pedir más, porque es pedir más sobre ya mucho.

Entonces todo el planteamiento que se haga en el futuro yo creo que tiene que pasar por una reconversión, vamos a llamarlo así, del sector hospitalario, colocando a cada hospital en su sitio y diciendo lo que este hospital tiene que hacer. En este sentido, existe el acuerdo ya con el INSALUD de lo mismo que hemos hecho un convenio para la asistencia primaria, vamos a hacer un convenio para la asistencia hospitalaria, y estamos trabajando para que este convenio vea la luz en los próximos meses. De hecho no la ha visto ya por el tema de las elecciones y por no haber podido reunir a la Comisión de Coordinación. Este convenio definirá, repito, las funciones de cada hospital con claridad y con rotundidad y, naturalmente, estableceremos lo que es absolutamente necesario establecer: una permanente conexión entre el INSALUD y la Comunidad Autónoma, hasta tanto no se nos transfiera el INSALUD, en cuyo momento todo pasará a depender de nosotros. Todo o quizás no, porque una de las soluciones posibles que habrá que estudiar y meditar es que el hospital Valdecilla permanentemente sea un hospital suprarregional, no dependiente de la Comunidad, sino dependiente del Estado central. Es posible que quizás esta sea la única manera de mantener los niveles tecnológicos que ahora mismo tiene. Pero esto yo ahora mismo no lo sé, lo estamos estudiando y nos corresponderá a todos el en su momento adoptar esta grave o, por lo menos, esta importante decisión.

¿En qué términos, por tanto, quedarán los hospitales y lo que nosotros vamos a plantear al INSALUD y lo que vamos a firmar, Dios mediante, con el INSALUD en ese convenio?. Pues como hospitales de agudos queda claro que tenemos los siguientes:

- Primero, Laredo -no voy a hacer historia de cómo se creó Laredo-. En cualquier caso lo hizo la Diputación, se transfirió, digamos, o por lo menos se cedió el uso al INSALUD, y su puesta en marcha parece imminente. Se ha retrasado durante algún tiempo pues por los problemas lógicos que surgen para la puesta en marcha de cualquier centro hospitalario: surgieron problemas para el equipamiento de rayos X, plomacia de las habitaciones; ahora tenemos el problema de la acometida de la luz, porque se nos piden 38 millones más que los que ya se pagaron, porque Oostas no deja hacer la línea por el aire y hay que hacerla subterránea, incluso una parte submarina. Eso está retrasando la puesta en marcha del hospital de Laredo. Pero, en cualquier caso, el hospital de Laredo se va a abrir de inmediato; de hecho, el concurso para la provisión

de las plazas está en el Boletín Oficial del Estado y yo espero que, evidentemente, antes del verano este hospital se pueda poner en marcha.

- Segundo punto y segundo hospital hacia agudos es el de Torrelavega. El hospital de Torrelavega para el área de Torrelavega, si se cumplen las previsiones y nuestra misión es que se cumplan, y en ese convenio a ver si podemos hacer que nos firmen que efectivamente se cumplirá que el año 1991 se podrá poner en marcha el hospital de Torrelavega, con lo cual se resolverá un problema trascendental y es dotar de asistencia hospitalaria a un área tan importante como es Torrelavega, que ahora mismo está totalmente huérfana de esta asistencia hospitalaria. Porque ya he esbozado antes, y repito ahora, que el hospital de la Cruz Roja difícilmente tiene unos mínimos para seguir funcionando como hospital de agudos. Realmente yo creo que el hospital de la Cruz Roja habrá que replantearse lo que se va a hacer con él muy pronto.

- Tercer hospital de agudos que nosotros hemos planteado, es el de Reinoso. Como saben, la clínica de Reinoso es un tema o ha sido un tema muy polémico. Yo el tema de la clínica de Reinoso diría que lo debemos de despolitizar completamente. El planteamiento que hemos hecho de poner en marcha la clínica de Reinoso no tiene nada que ver, por lo menos desde mi punto de vista, con ninguna razón de tipo político. Lo hemos reivindicado siempre, desde las épocas en que yo era presidente del Colegio de Médicos. Yo creo que es necesario un hospital de área en Reinoso, no porque el número de población en sí mismo sea suficiente como para justificar un hospital de estas características, sino porque existen dos razones que tenemos que valorar siempre. La primera es la situación orográfica, la climatología que ese área tiene, y que no sólo corresponde al área de Santander o a la zona de la región de Cantabria, sino que además esa clínica debe de englobar a las regiones próximas, que tienen los centros hospitalarios muy alejados; porque no hay que olvidar que Aguilar de Campoo, Barruelo, etc., etc., tienen la clínica más próxima pues a ciento y pico de kilómetros. Por otra parte, existe otro problema que no debemos obviar, que no es un problema sustancial, pero que es importante, y es que la clínica de Reinoso existió, que se dio asistencia hospitalaria a la población de Reinoso durante tiempo y que de repente se les quitó. Por tanto, en la comarca de Campoo existe una reivindicación permanente para tener su hospital. Nosotros lo que hemos hecho es facilitar el que esto sea así.

Y se planteaban diversas posibilidades para proceder a la reapertura de la clínica de Reinosa: una de ellas evidentemente hubiera sido que el INSALUD, de alguna manera, hubiera concertado con la propiedad de la clínica de Reinosa el número de camas que hubiera considerado oportuno; otra hubiera sido que el INSALUD hubiera adquirido la clínica de Reinosa y la podía haber utilizado como centro de salud y como hospital. Yo creo que eso hubiera sido lo más lógico. También comprendo que el INSALUD se encontró con problemas importantes como consecuencia de la actitud que la propiedad de la clínica tuvo con la administración central y que dificultó grandemente las posibles negociaciones que en estos campos pudieran llevar a efecto.

Visto que el INSALUD no podía o no tenía demasiados deseos, o las dos cosas a la vez, poner en marcha la clínica de Reinosa por sí mismo, nosotros decidimos una fórmula, una fórmula que era desde la Diputación Regional de Cantabria subvencionar la apertura de la clínica de Reinosa. Y esto lo podíamos hacer de dos maneras. Una, propiciando que una empresa privada comprara la clínica de Reinosa, y nosotros, a través de un aval, le apoyáramos en esa compra. A mi no me parecía eso bien. Por eso se optó por una segunda razón, por una segunda posibilidad, y era comprar la Diputación Regional de Cantabria la clínica de Reinosa y después darla en gestión a una empresa privada. Es lo que hemos hecho.

La operación de la clínica de Reinosa a mi me parece que es altamente beneficiosa para esta Comunidad, porque la clínica de Reinosa que tiene casi 4.000 metros cuadrados construidos y casi 4.000 metros cuadrados de terreno a su alrededor, nos ha costado, en números redondos, 170 millones de pesetas. Hay que sumar, naturalmente, los impuestos de transmisión, etc., de manera que el coste total de la clínica de Reinosa ha estado en torno a los 220 millones de pesetas, absolutamente todo incluido.

En una segunda fase, y una vez que adquirimos la clínica de Reinosa, como ustedes conocen, la sacamos a concurso público de gestión y se ha concedido esa gestión a una empresa, que se llama hospitales Cervatos, S.A. En las fases del concurso se contemplaban dos puntos importantes, que me importa reseñar, y son: primero, que todos los gastos concernientes a la puesta en marcha de la clínica los asumiría la empresa que se quedara con la misma. Así ha sido. Estos gastos han estado en torno a los 60 millones de pesetas -me refiero a

arreglo de fachadas, tejado, etc. etc-. Segundo, a partir de la puesta en marcha de la clínica de Reinosa, la Diputación Regional de Cantabria se compromete a subvencionar a la empresa en sus pérdidas hasta una cantidad máxima mensual de 18 millones de pesetas.

Nosotros hemos hecho el siguiente cálculo: 18 por 12 son doscientos y pico millones. Suponiendo que el INSALUD no quisiera concertarla de ninguna manera, a la Comunidad Autónoma de Cantabria le costaría la clínica de Reinosa un poco más de doscientos millones de pesetas. Me parece una cifra no excesiva, desde luego asumible, porque con eso resolvemos el problema de la asistencia hospitalaria aguda de esta comarca. Como pensamos, esperamos y estamos seguros de que el INSALUD nos concertará la clínica de Reinosa en un número de camas que ya veremos cuál es, a la Comunidad Autónoma de Cantabria no le va a costar nada la clínica de Reinosa; estoy absolutamente seguro. Y yo espero, además, que en ese concierto que firmemos se incluya como hospital de área la clínica de Reinosa.

- Nos queda como hospital de agudos el área de Santander y el hospital Valdecilla. Parece evidente que el hospital Valdecilla debe de tener dos apartados y los debe de tener desde ya. A mi me parece totalmente antieconómico que una apendicitis nos esté costando del orden de 33.000 pesetas la cama al día. Eso realmente en términos de economía sanitaria no se entiende. Es decir, hay que arbitrar alguna fórmula para que en el área de Santander haya un hospital de agudos que no sea Valdecilla, o que sea Valdecilla pero con una tecnología menor. Dicho de otra manera, para el área de Santander hay que arbitrar un hospital de agudos de bajo costo o medio costo. Y Valdecilla yo creo que es demasiado grande para ser un centro especial. Yo he tenido la suerte de trabajar en un centro especial de estas características, que es la clínica Puerta de Hierro, que tiene 400 camas, y el hospital Valdecilla, como centro especial de alta tecnología y supraregional, no necesitaría más. Porque hay que tener en cuenta que con buenos hospitales de enfermos agudos, aquí y fuera de aquí el porcentaje de enfermos que te llegan para alta tecnología y superespecialización es muy pequeña, porque no hay muchos trasplantes cardíacos, no se hacen muchos trasplantes hepáticos, etc. etc., que es para lo que, en definitiva, existen estos centros de alta tecnología y nivel supraregional. Por tanto yo plantearía que en el hospital Valdecilla existe suficiente espacio para hacer un hospital de agudos de área, y un porcentaje de camas a determinar, pero no excesivo, debe de tener la

máxima tecnología, porque es la única manera de que nosotros logremos que Valdecilla sea considerado entre los hospitales de élite en la sanidad nacional. En este sentido, yo planteo y espero conseguir que cofinanciamos, y sé lo que estoy diciendo, la más alta tecnología para el hospital Valdecilla, de manera que si hay que poner resonancia magnética, que yo creo que sí hay que ponerla, la tenemos que poner en Valdecilla, y si la tenemos que cofinanciar, la cofinanciamos; que si hay que poner litotricia, y yo creo que sí que hay que ponerla, la cofinanciamos y la pongamos en Valdecilla, etc. etc. etc., de manera que la Comunidad intervenga, dentro de sus posibilidades, en el sostenimiento de este hospital, que es obligación de todos sostener, en los términos que actualmente tiene, mejorándolos en el futuro todavía más.

En el concierto que vamos a firmar de asistencia hospitalaria, contemplaremos también los hospitales privados que existen o puedan existir en el futuro. Porque la idea es crear una red de hospitales, una red de hospitales descentralizando lo máximo posible la gestión, y esto muy importante, y señalándoles objetivos. De manera que la idea es que un hospital privado para que tenga un concierto con la seguridad social o con la Comunidad Autónoma cuando el INSALUD nos sea transferido, no se haga por las buenas, sino que tendrá que plantearse qué es lo que va a hacer, de qué manera. Y es obligación de la administración, cuando concluya el período durante el cual dure esa gestión, investigar si esos fines, si esos objetivos se han cumplido, y si no se han cumplido, disminuir o incluso quitar los conciertos. Esta es la manera como queremos integrar dentro de la red hospitalaria regional los hospitales privados que existen y puedan existir en el futuro, desde los principios básicos de calidad, descentralización de la gestión, pero también control de la gestión por parte de la administración. Porque lo que, evidentemente, no estamos de acuerdo es que existan hospitales privados que tengan habitaciones de lujo, que tengan televisiones todas las habitaciones, que tengan floreros y flores por todos los pasillos y que no tengan una unidad de cuidados intensivos mínima, de que no tengan una unidad de banco de sangre y que no tengan nada de nada. Este planteamiento creo que es absolutamente, bueno, impresentable y que lo que hay que hacer en el futuro es lo que acabo de decir: control por parte de la administración de que estas clínicas privadas deben de cumplir los requisitos mínimos que se les exigirán y si no, se les deberá de cerrar, y si no cumplen los objetivos en su totalidad, se les deberán de quitar las subvenciones correspondientes. Esto lo integraremos, repito, en el concierto que espero que firmemos en los meses próximos.

Con toda esta red de hospitales tal como va a quedar, como les acabo de reseñar, e igual me hago demasiado extenso, pero creo que es importante decir que pasaremos a ocupar en lo que a enfermos agudos se refiere, tendremos un índice de camas por 1.000 habitantes de 3.59 y quedaremos en el lugar número once dentro de las Comunidades Autónomas; contando con 1.199 camas de Valdecilla, 150 de Laredo, 200 de Torrelavega, 105 en Reinosa, 150 de Santa Clotilde y 66 del sanatorio Madrazo. Mejoraremos, por tanto, sustancialmente nuestro número de camas de agudos. Y a mi no me importa tanto el índice, porque ya he dicho que en calidad superamos y superaremos más en el futuro, probablemente, a la mayoría de las Comunidades Autónomas.

Y vamos con un tema trascendente y que ha sido parte de mi solicitud de comparecencia, tema del hospital de Liencres. Miren, el hospital de Liencres ha sufrido una serie de vicisitudes y cambios de planteamiento en los dos últimos años. Inicialmente el hospital de Liencres se planteó como un hospital de media y larga estancia. Como ustedes conocen, se transfirió este hospital del AISNA en muy malas condiciones y había que hacer una inversión en infraestructura. La inversión inicial que se planteó es o fue del orden de los 800 millones de pesetas, teniendo en cuenta que a este hospital de Liencres iba a tener que ir también la parte correspondiente a Pedrosa, es decir, de ortopedia y traumatología, y que por tanto había que hacer quirófanos. Posteriormente se hizo una modificación sobre el proyecto inicial del hospital de Liencres, de manera que lo que inicialmente eran 800 millones de pesetas de infraestructura, pasó a convertirse en 2.270 millones de pesetas, aproximadamente. Y el Consejo de Gobierno aprobó remodelar el hospital de Liencres con una inversión de ese tipo, de 2.270 millones de pesetas, aproximadamente. Aquí está todo el proyecto -si ustedes quieren, luego se lo ampliaré, yo no quiero cansar-, lo que es la planta sótano, semisótano, primera, segunda, etc., lo tenemos. Y nos acompaña el técnico coordinador, señor Campa, para que les dé todas las explicaciones de tipo arquitectónico que consideren oportunas.

Pero lo que nos importa más es si con esta nueva cantidad se modificó o no o se modificaron o no los objetivos del hospital de la Santa Cruz de Liencres. Y no se modificaron; es decir, que con esta nueva cantidad se seguía planteando el hospital de la Santa Cruz de Liencres como un hospital de media y larga estancia, en el cual se ubicaría lo que se llama por ahí ortodoncia

infantil, pero que no es ortodoncia, sino que es un programa de salud buco-dental. Yo debo reconocer que pensaba que también era ortodoncia lo que se iba a hacer, pero no es así; es un programa de salud buco-dental. Entonces lo mismo que existen en Liencres siete sillones instalados, porque allí es donde tenemos sitio, podrían existir esos siete sillones en la Dirección Regional de Sanidad o en un chalet de El Sardinero. No exige hospitalización el plan de salud buco-dental. El plan de salud buco-dental, la ortodoncia es una pequeñísima parte de ese programa, que incluye el despistaje de enfermedades maxilofaciales y dentarias de niños en los colegios, que incluye el arreglo posible de estas anomalías en los mismos hospitales móviles que van a los colegios o bien se les desvía a Liencres para hacerles programas de tratamiento a menor costo de lo que les viene costando en la calle. En este sentido, no es gratuito el programa de salud buco-dental, sí es gratuito para los que tienen beneficencia; para los que no tienen percepción, la Comunidad Autónoma asume el tratamiento de estos pacientes. Pagan una cantidad poco menos que simbólica los que tienen unos ingresos del orden del salario mínimo interprofesional; pagan 30.000 pesetas por todo el tratamiento. Estos tratamientos cuestan medio millón por término medio. Hasta los tres millones de pesetas hemos puesto una cantidad de 80.000, y los que tienen más de tres millones hemos puesto una cantidad de 120.000. Con esto financiamos el programa; es decir, a la Comunidad no le cuesta nada el programa de salud buco-dental, lo financiamos y prestamos, yo creo, un importante servicio social. De hecho, otras Comunidades Autónomas están copiando este programa de salud buco-dental, que a mi me parece excelente y desde aquí yo quiero felicitar a la persona que lo ha diseñado, que es el doctor Pellón. Yo creo que su programa va a ser copiado, de hecho en parte ya está siendo copiado por otras Comunidades Autónomas.

Entonces Liencres quedaba para media y larga estancia; ubicar los siete sillones de salud buco-dental, pero eso no es hospitalización; y un programa de cirugía estética no definido. La prueba es que en el organigrama de puestos de trabajo de la Diputación -que está en el Boletín Oficial de Cantabria- no hay ninguna plaza, que yo sepa, para cirugía estética y plástica. En cualquier caso, yo creo que el planteamiento para cirugía plástica y estética que se haría en principio no podría ser otro que utilizar uno de los quirófanos convencionales y poner una o dos consultas y, por tanto, con un costo muy pequeño. De hecho, la cantidad que figuraba el año pasado en los presupuestos para este programa era del orden de los 25 millones de pesetas, de los cuales

no se ha gastado nada. Se ha derivado todo lo de cirugía plástica y estética a salud buco-dental.

Por tanto, el Consejo de Gobierno aprueba la ampliación de la obra civil, que parece que era necesaria, pero no modifica los objetivos: Liencres, hospital de media y larga estancia.

Así las cosas, cuando se planteó la posibilidad por el anterior Director Regional de Sanidad de otra modificación del hospital de Liencres; pero modificación que ya no era tanto arquitectónica, que también lo era, como conceptual. Es decir, que se planteó, por un lado, la ampliación de la obra, haciendo una planta más de las previstas y dos edificios más para instalación de resonancia magnética y de todo el equipaje del hospital, del corazón del hospital, es decir, lo que es calefacción, sistema de gas, etc., etc., (parte arquitectónica), y modificación conceptual de lo que iba a ser el hospital de Liencres. Y se pensó hacer del hospital de Liencres un hospital puntero en tecnología, con lo cual, a mi juicio -y esto es totalmente discutible y para eso estamos aquí- corríamos dos riesgos que yo, evidentemente, no podía ni quise asumir: el primero, qué íbamos a hacer con Valdecilla, porque si la gran tecnología la poníamos en el hospital de Liencres, obviamente Valdecilla no iba a tener esa gran tecnología, con lo cual corríamos el riesgo de que Valdecilla dejara de ser hospital de alto nivel tecnológico y supraregional; por otro lado, corríamos el riesgo de quién iba a pagar los gastos, quién iba a sostener un hospital, ya transferido a la Comunidad, de las características del hospital que se quería hacer.

Yo aquí tengo todo el programa que me dio el anterior Director Regional de Sanidad. Si ustedes quieren, yo lo puedo leer entero, aunque es muy largo. En cualquier caso, sí les voy a leer lo que se contemplaba como objetivos asistenciales de lo que se llamaba el nuevo hospital de la Santa Cruz de Liencres, que incluía:

- Cirugía ortopédica. La idea era poner ahí el centro, que se llamaba, el centro regional de cirugía ortopédica, incluyendo todo lo que se hace en cirugía ortopédica de Valdecilla, Laredo, Torrelavega, clínica de Reimsa; con programas que tenían un quirófano destinado a implantes articulares, un quirófano destinado a columna vertebral, un quirófano destinado a ortopedia infantil y un quirófano destinado a cirugía de la mano,

microcirugía, cirugía plástica y estética. Se puede desarrollar esto mucho más, porque la ortopedia de adulto comprendía: lesiones deportivas, de rodilla, infecciones, tumores, etc. etc. Pero, en resumen, toda la cirugía ortopédica de la región se quería centralizar en el hospital de la Santa Cruz de Liencres, detrayéndola de otros hospitales.

- Se quería poner reumatología, rehabilitación, patología neurológica, patología cardiopulmonar -les leo sólo el índice-, geriatría, diagnóstico precoz, ortodoncia infantil, cirugía plástica y estética, diálisis ambulatorias (se querían poner doce riñones artificiales), medicina deportiva, foniatría, unidad de litotricia, unidad de urología, diagnóstico por imagen. En el diagnóstico por imagen se contemplaba: resonancia nuclear magnética, tomografía axial computarizada, ultrasonidad, telemandos, panorámica dental, mamografía, así como un sistema de digitalización de la imagen y de transmisión vía telefónica de la imagen radiológica y ulteriormente electrocardiográfica. Endocrinología, fecundación in vitro, medicina laboral, laboratorio y otros servicios futuros, entre los que se incluía la posibilidad de poner incluso biomagnetismo. A título informativo diré que en Europa existen tres unidades de biomagnetismo. Son estrictamente experimentales; cuestan 500 millones de pesetas.

Este era el programa que se planteaba para el hospital de Liencres. Yo no digo que sea bueno o malo. Yo digo que para mí era inasumible por las dos razones que he expuesto. Porque, miren ustedes, yo me fui a Madrid con compañeros -yo creo que tenemos alguna experiencia en medicina hospitalaria, 22 años dan para mucho-, hicimos nosotros una valoración con el señor director del hospital, el director de gestión, que están aquí también, de lo que iba a costar poner todo esto y mantenerlo, que es lo más importante, y a la baja, poniendo cifras mínimas, eso sí que me van a permitir que yo lo lea: construcción, nos íbamos a los 3.500 millones de pesetas; equipamiento, nos íbamos entre 2.000 y 3.000 millones de pesetas; por tanto nos íbamos a unas cifras que rozaban los 6.500-7.000 millones de pesetas de construcción y equipamiento. Pero no es esto lo peor, a mi juicio, lo peor es que nos íbamos a los siguientes gastos:

- Personal. El número de personal por cama instalada lo referenciamos a otros hospitales, que naturalmente tienen que ser hospitales de tecnología

puntera, como se quería poner en Liencres. Valdecilla tiene 3,8 empleados por cama instalada; la Clínica Puerta de Hierro supera los 4 empleados por cama instalada; el Hospital Provincial de Madrid tiene 4 empleados por cama instalada. Siguiendo la línea de utilizar mínimos, calculamos que para Liencres fueran 2,5 personas por cama, es decir, mucho menos que cualquier otro, y entonces nos íbamos a una plantilla de 700 personas. Según esto, 700 personas, que además son personas que no son precisamente barrenderos, sino que son personas altamente cualificadas, pues una resonancia magnética no la maneja cualquiera, pusimos una cantidad anual bruta de 3 millones de pesetas, y nos salía para personal un costo de 2.100 millones de pesetas al año.

- En un segundo apartado venían los gastos de mantenimiento. Y partimos de la premisa general de que en todo hospital un 70 por ciento de los gastos corresponde a personal y un 30 por ciento a gastos de mantenimiento. En este sentido, y con esa premisa general, que no suele fallar, nos íbamos a unos costos de 700 millones de pesetas al año para mantenimiento, incluyendo: hostelería; agua, luz y electricidad; limpieza; calefacción; medicamentos; material desechable; etc. etc.
- Pero luego había otro apartado. El parque tecnológico hay que renovarlo; no nos sirve para siempre una resonancia magnética o una litotricia, etc. etc.. Y en la renovación el costo que nosotros estimamos mínimo se situaría en torno a los 200 millones de pesetas, y tanto más a medida que vayamos transcurriendo años, porque el envejecimiento del aparataje será mayor.

Por tanto, el coste global mínimo de mantenimiento del hospital de Liencres, según el nuevo proyecto que se planteaba, era del orden de los 3.000 millones de pesetas/año. Que tenía que asumir íntegramente la Comunidad, a no ser que el INSALUD nos lo quisiera concertar. Pero ya se encargó el INSALUD de decir que en absoluto iba a concertar un hospital de estas características, bajo ninguna circunstancia iba a concertar un hospital de estas características. Por tanto la Comunidad tenía que asumir 3.000 millones de pesetas/año para sostener el hospital de la Santa Cruz de Liencres.

Este planteamiento económico fue planteado ante, primero, una reunión que tuvimos consejero de Presidencia, Dragados, director de Liencres, etc. etc.,

para contrastar las cifras y decir si eran veraces o no. Todo el mundo estuvo de acuerdo en que este estudio estaba bien hecho. Y el Consejo de Gobierno, al que yo llevé este estudio, no aceptó el nuevo planteamiento del hospital de Liencres; se rechazó, por tanto, el proyecto que les acabo de leer.

Y lo que el hospital de Liencres va a ser es lo que desde el principio se dijo que iba a ser y lo que creo yo que debe de ser: un hospital de media y larga estancia; con aproximadamente 250 camas de hospitalización; en el cual, además, se van a incluir cuatro quirófanos; en los cuáles cuatro quirófanos, y dentro del convenio que vamos a hacer con el INSALUD, esto también lo incluiremos, no sólo se hará ortopedia y traumatología, sino que se derivará pequeña cirugía, que ahora se está haciendo en Valdecilla, al hospital de Liencres, con lo cual descargaremos el hospital Valdecilla de esta pequeña cirugía, que la llevaremos al hospital de Liencres, con lo cual ganaremos, evidentemente, mucho dinero. Estamos totalmente de acuerdo todos en que esto va a ser así. Ahora mismo el INSALUD nos da 2.900 pesetas por cama, me parece, y día; el nuevo concierto sobre estas premisas estará en torno a las 7.000 pesetas por día, que es lo que corresponde a un hospital de estas características; por tanto la Comunidad, evidentemente, al cien por cien va a poder subvencionar todos los costos del hospital de Liencres con este planteamiento.

Tendremos, por tanto, hospitales de agudos, un gran hospital de pacientes crónicos de media y larga estancia, y nos falta un tercer apartado, que es el tema de la asistencia psiquiátrica.

Sí quiero decir una cosa, que de estas cantidades que he dicho que ahora están presupuestadas para el hospital de Liencres, que son del orden de los 2.200 millones de pesetas para la remodelación, nuestro intento es reducirlo; es decir, es posible que esos 2.200 millones de pesetas nos puedan dar para la remodelación y el equipamiento. Yo lo voy a intentar, lo vamos a intentar todos, porque realmente un hospital de estas características no precisa, evidentemente, de lujos especiales y, por ejemplo, la parte que ya está construida es posible que nos sirva y que nos podamos ahorrar algunas cantidades de dinero. Que conste que no hablo en términos estrictamente economicistas, que en sanidad no sirven, sino en términos de practicidad. Vista la definición clara y rotunda de lo que va a ser el hospital de Liencres, la segunda parte es: ¿podemos ahorrarnos algo más?. No nosotros, sino la Comunidad. Es posible que sí. En eso estamos y lo vamos a intentar.

Un problema grave al que se enfrenta no esta Comunidad, sino todas sin excepción, es el de la salud mental.

Yo, si me lo permiten y no están muy cansados, o si damos un descanso o como tengan determinado. Si me hago muy extenso, me lo dice.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Yo creo que podemos seguir. Ya es el último apartado.

EL SR. CONDE YAGUE: De acuerdo.

Quiero decir que la asistencia psiquiátrica se va a aumentar en Cantabria. He hecho una estructuración en tres niveles: un nivel primario -le llamamos también comunitario-, un nivel secundario y un nivel terciario.

El nivel primario comunitario, como conocen algunos, ha sido cubierto por los neuropsiquiatras del INSALUD. Concretamente había cuatro en Santander y uno en Torrelavega encargados de la atención ambulatoria especializada, tanto de neurología como de psiquiatría. Y luego por los dispensarios de la antigua AISNA, y en este sentido está el Centro de Salud Mental de Adultos y el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica dedicado a la población infanto-juvenil, atención que iba dirigida a la totalidad de la población. Por otra parte, y en el año 1982, el Ayuntamiento de Santander puso en marcha un dispensario dedicado a la atención infanto-juvenil de la población de su municipio, que ahora ya ha dejado de funcionar.

Posteriormente a esto se ha producido una transformación y un intento de coordinación de los recursos de la siguiente manera:

- Por parte del INSALUD se han creado tres unidades de salud mental: una en Santander, una en Torrelavega y una en Laredo, con una dotación de personal y por unidad de un psiquiatra, un psicólogo y un ATS, y a ellas se les ha eximido de la responsabilidad de la atención neurológica, cosa importante.
- Por otra parte, la Diputación Regional de Cantabria en el año 87 recibió la transferencia del AISNA, y entre ellos se encontraban los dispensarios

que ya he dicho antes y que fueron integrados en el servicio de salud mental de la Dirección Regional de Sanidad, y que tienen la siguiente dotación de personal: cuatro psiquiatras, dos psicólogos y dos ATS. Este servicio de salud mental sigue prestando asistencia a toda la población que la demanda.

En el nivel secundario, que es atendido por la unidad de enfermos agudos del hospital Valdecilla, tenemos 52 camas, con una dotación de personal de ocho psiquiatras y cuatro médicos residentes.

En el nivel terciario, que corresponde a la hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia, está cubierto por los hospitales Nuestra Señora del Rosario, de Cueto, femenino y de carácter privado, y el hospital psiquiátrico de Parayas, masculino, gestionado hasta hace poco por la Fundación Marqués de Valdecilla. Porque probablemente ya conocen que en el entorno de la reforma psiquiátrica que estamos haciendo y que ya la tenemos prácticamente concluida, ha pasado a depender ya de la Dirección Regional de Sanidad; ya, por tanto, no depende de la Fundación Marqués de Valdecilla. El hospital de Parayas ya pertenece a la Dirección Regional de Sanidad, en definitiva, a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Hay que añadir, por otra parte, que otros enfermos psiquiátricos de Cantabria se encuentran ingresados en San Juan de Dios, de Palencia, de propiedad religiosa. El total de camas de hospitalización en conjunto es de 470, correspondiendo, como ya he dicho antes, 152 a Parayas, 318 a Nuestra Señora del Rosario. Sin embargo tenemos que hacer constar que la cabida real teórica del psiquiátrico de Parayas es de 314; en estos momentos tiene 152, pero se pueden hacer 314.

El análisis de los datos me ha permitido sacar las siguientes conclusiones: la primera, que existe una mala distribución de recursos. Porque, efectivamente, es fácil deducir que hay una carencia en el nivel primario y contrasta con el buen nivel o incluso en exceso que tenemos de hospitales de niveles secundario y terciario, como les voy a decir:

- En el nivel primario, los índices de la OMS, ¿cuáles son?: por 100.000 habitantes, 3,6 psiquiatras, 3 psicólogos y 2 enfermeras. Por tanto en Cantabria necesitaríamos 19 psiquiatras -cuando trabajan diez, nos faltan por tanto 9-, 15 psicólogos -trabajan 6- y 10 enfermeras -trabajan otras 6-; por tanto deficitarios en el nivel primario.

- Nivel secundario. Nos recomienda la OMS 10 camas de agudos por cada 100.000 habitantes, por lo que estaríamos en el número de camas adecuado, porque tenemos 52 en Valdecilla, como señalábamos antes. Por otra parte, la OMS recomienda también un número de psiquiatras de hospital general de 1,8 por 100.000 habitantes. El índice de Cantabria es de 1,9; por tanto estamos por encima. Y el de España es de 0,8 por 100.000; por tanto estamos mucho mejor. En consecuencia, y como decía, a nivel secundario de enfermos agudos estamos bien. Hay que tener en cuenta otra cosa, que con la apertura de los hospitales de Laredo y de Torrelavega, estaremos mejor, porque en estos hospitales también habrá unidades de hospitalización de pacientes psiquiátricos agudos.

- En el nivel terciario no existe acuerdo unánime, por lo menos yo no lo he encontrado, pero probablemente sería correcto hacer una estimación de camas psiquiátricas de media y larga estancia de 0,48 por 1.000 habitantes, y esto supondría un total de 288 camas. Parece que hay un poquito más enfermas mentales que enfermos: serían 168 mujeres y 120 hombres, que sumarían en total 288. Por tanto tenemos un exceso de camas a nivel terciario; ya he dicho que suman cuatrocientas y pico.

El segundo punto que me importa destacar es que la coordinación de los diferentes recursos que acabo de describir se hace extremadamente difícil por cuanto que dependen del INSALUD, de la Fundación Valdecilla, de la iniciativa privada, del Ayuntamiento, de la Dirección Regional de Sanidad. En consecuencia, y teniendo en cuenta todos estos puntos, mala distribución de recursos, una gran descoordinación, es por lo que nos hemos planteado en profundidad la reforma de la asistencia psiquiátrica en nuestra región, en los términos que yo les voy a esquematizar para no cansarles en exceso. Nos hemos planteado la reforma de la asistencia psiquiátrica así, en esquema:

- Creamos, en un decreto ya elaborado, el decreto está incluso para mandarlo al Boletín, creamos una dirección-gerencia de asistencia psiquiátrica y salud mental, con dos subdirecciones: una subdirección de gestión, y una subdirección de asistencia.
- En esta subdirección de asistencia nos planteamos en un primer apartado los centros de salud, primer eslabón a donde va a ir el enfermo psiquiátrico.

- Centros de salud en conexión con los centros de salud mental. He dicho que ahora hay tres; tiene que haber más y mejor dotados. Aquí se definen todas las funciones de los centros de salud mental -si ustedes quieren, luego se las puedo leer-.
- Estos centros de salud mental conectados con: por un lado, los hospitales de agudos; por otro lado, con los hospitales de crónicos.
- Como hospitales de agudos dejaremos lo que hay, lógicamente Valdecilla -ya he dicho que es suficiente, incluso en exceso-, y como hospitales de crónicos planteamos la profunda reconversión. Como primer paso hemos ya transferido Parayas de la Fundación a la Dirección Regional de Sanidad, como les he dicho antes. El segundo paso es la reforma del hospital psiquiátrico de Parayas, transformándolo en un hospital mixto (hombres y mujeres), con una cabida de unas 300 camas, con lo cual tendremos suficiente para cubrir todas las necesidades de asistencia psiquiátrica de enfermos o pacientes psiquiátricos crónicos de la Comunidad. Con lo cual podremos rescindir los conciertos que tenemos con Gueto y con San Juan de Dios, de Palencia.

Para que se hagan una idea, lo que yo tengo previsto estimativamente en principio y haciendo unas reformas mínimas, vamos, buenas pero mínimas, de Parayas nos gastaremos unos 300 millones de pesetas, quizás de los presupuestos de este año, y lo que nos vamos a ahorrar es: 200 millones nos cuesta este año el concierto con Gueto y 100 con Palencia; por tanto la amortización parece clara.

Naturalmente que en íntima conexión con todo este sistema están los centros de día y centros a medio camino, de los que no tenemos prácticamente ninguno y de los que tenemos que crear muchos, porque la moderna psiquiatría dice exactamente eso: menos hospitales de enfermos psiquiátricos crónicos, más centros de día en conexión con las unidades familiares. En eso estamos, en crear esos centros. Y una posibilidad por lo menos que tenemos para el área de Santander es Gueto. Yo creo que el hospital de Gueto, pues hombre, yo creo que ha cumplido una misión importante en esta Comunidad. No podemos dejar desprotegida la comunidad de Gueto, y nos sirve además la comunidad de Gueto y la tenemos que necesitar para esto: centro de día. En este sentido, yo ya he negociado con la superiora general la posibilidad de hacer de Gueto un centro de día mixto, y además que tenga otra parte, de la que somos deficitarios, que corresponde más bien a Bienestar Social pero que está a caballo entre Sanidad

y Bienestar Social, que es psicogeriatría. Hay muchos pacientes que están ingresados ahora en hospitales psiquiátricos que no tendrían que estar. Enfermedad de Teimer, cada vez más frecuente; otros tipos de demencias orgánicas, como la demencia multiinfarto, cada vez más frecuente a medida que envejece la población; ... de Fakington, etc., son enfermedades psiquiátricas no correspondientes a hospitales psiquiátricos, sino a estas unidades psicogeriatricas que, repito, en Gueto están valorando esa posibilidad, con lo cual nosotros les podríamos concertar ser centro de día y centro psicogeriatrico.

El actual servicio de salud mental queda como unidad de apoyo de todo este esquema, porque, repito, todo dependerá de una dirección-gerencia. Y, naturalmente, la dirección-gerencia dependerá de la Dirección Regional de Sanidad, que es la parte más alta de la pirámide.

Este es, por tanto, el decreto que vamos a sacar de salud mental, que no se ha sacado ya porque antes de sacarlo he querido que lo conozcan y me den sus sugerencias los psiquiatras, que creo que, en principio, deben ser los que mas entiendan de estos temas. En este sentido, en principio les ha parecido bien, y ya me han mandado algunas sugerencias el doctor Manrique, jefe del servicio de Valdecilla, el doctor Díez Aja, el doctor Aldama, etc. Probablemente la semana que viene se lleve a Consejo de Gobierno y se apruebe, espero, y se publique en el Boletín Oficial de Cantabria.

Este es, por tanto, nuestro proyecto para la salud mental.

Otro punto importante en sanidad es qué hacemos con la Fundación Valdecilla. Evidentemente la Fundación Valdecilla, tal como está ahora se creó me parece que fue por un decreto del año 66 o 67, como una Fundación de servicios públicos, que tenía dos apartados fundamentales: uno asistencial y otro investigador y docente.

En el apartado asistencial estaba Valdecilla, estaba Parayas, estaba el geriátrico de Bárcena, la unidad de infancia, etc. Si Valdecilla en el nuevo concierto, que me he olvidado decir pero lo digo ahora, estamos negociando con el Ministerio el nuevo concierto con Valdecilla, sobre una base clara y es que Valdecilla lo tiene que gerenciar uno o lo tiene que gerenciar otro. Parece lo razonable que aún reconociendo que la propiedad es nuestra, la gerencia debe

corresponder al INSALUD. Sobre esa base vamos a negociar y estamos negociando el nuevo convenio. En definitiva, ya la Fundación poco tiene que decir en Valdecilla; ya la Fundación nada tiene que decir en Parayas y poco, o cada vez menos, tiene que decir en geriátricos. Por tanto, la función asistencial que le correspondía a la Fundación prácticamente ha desaparecido.

Entonces queda sólo la función docente e investigadora, y en eso estamos. También en conexión con el INSALUD estamos esbozando la posibilidad de que la Comunidad Autónoma y el INSALUD y la Facultad de Medicina hagan un gran centro investigador dependiente de la Fundación. Para ello la Comunidad subvencionaría la reconstrucción de uno de los pabellones todavía no reconstruido. Nos supondría, en términos aproximados, unos 100 millones de pesetas esa reconstrucción. Después concertaremos con el INSALUD y con la Facultad el funcionamiento (personal, equipamiento, etc.). Y ese será el gran centro de investigación de Cantabria y ese será, a mi juicio, o debería de ser, a mi juicio, el futuro que le corresponde a la Fundación Marqués de Valdecilla. Es absurdo que a la Fundación Marqués de Valdecilla le pongamos labores asistenciales, con la nueva evolución que la sanidad tiene. Sí tiene una gran labor que hacer como organismo tutelador, por decirlo de alguna manera, de esto, de la investigación en Cantabria.

Yo quería hablar, y con esto termino, de los programas de salud. Tenemos transferido toda la salud pública. Es muy importante la salud pública. Hasta ahora -esto lo que quería decir de aquí nada más; luego, si quieren, comentamos más cosas- se venía viendo en los presupuestos cómo se asignaban cantidades, muchas veces insignificantes e insuficientes, para programas. Por ejemplo se decía: para hipertensión arterial, un millón; programa de no sé qué, un millón; programa para diabetes, medio millón. Yo personalmente creo que era tirar ese millón, ese millón y ese medio millón. Lo que nosotros pensamos hacer, y en los presupuestos de este año así se contemplará, es poner una cantidad global que ponga "programas de salud", sin definir cuáles, porque es posible que uno sólo de estos programas nos absorba los 85 millones que me parece que vamos a poder meter en esto. Por ejemplo, hacer un buen programa de valoración de factores de riesgo en la Comunidad Autónoma de Cantabria de enfermedad cardiovascular, que es el primer índice de mortalidad, una especie de estudio a lo pequeño nos supondrá más de 85 millones de pesetas, y no podremos hacer más. Pero es que vale más hacer un programa bien que diecisiete mal. Ese es nuestro criterio en los programas de salud y ese es el criterio que irá plasmado en los presupuestos de sanidad que este año se presentarán.

Probablemente me he dejado muchas cosas, pero en el diálogo que espero que establezcamos ahora, pues yo les contestaré a lo que pueda y sepa.

Muchas gracias. No tengo más que decir.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Gracias, señor consejero Conde Yagüe.

Corresponde ahora las intervenciones de los señores diputados de los distintos Grupos Parlamentarios, empezando por los Grupos de menor a mayor. Si el señor Censuro quiere intervenir, tiene la palabra.

EL SR. AYLLON MARTINEZ: Muchas gracias, señor presidente.

Gracias al consejero y demás miembros de su Consejería, por la información que acabamos de escuchar, que aunque larga, desde mi punto de vista pudiera resultar aclaratoria.

No obstante, dentro de lo que he venido oyendo y escuchando, desde mi punto de vista el sanatorio de Pedrosa me gustaría conocer en qué condiciones está ahora mismo, cuál va a ser el futuro y, poco más o menos, la estructura a grandes rasgos de su funcionamiento.

Por otro lado, sí que me interesaría el dejar de manifiesto que desde nuestro grupo político estamos con muchísimas ganas que de una vez por todas se aclaren ustedes en el hospital de Liencres, sea para cirugía estética, plástica, para buco-dental o para lo que sea, pero a ver si de una vez por todas se acaba con este tema, que se envejece, que se desvía, que no hay forma ni manera de poder orientar a toda nuestra población en Cantabria, que ya no sabe, cuando habla de Liencres, si habla de tuberculosos o habla de estéticas o habla de no sé qué. Además, al mismo tiempo, saber de una vez por todas la inversión que la Comunidad va a llevar a cabo, si es que lo tienen claro, en este hospital.

De momento nada más. Muchísimas gracias, señor presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Gracias, señor Censuro.

Señor consejero, ¿quiere contestar uno por uno?

EL SR. CONDE YAGUE: Sí.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): O sea, contesta ahora. Lo que sí le pediría, señor consejero, es un poco de brevedad, porque hay algunos temas que yo creo que pueden ser de interés.

EL SR. CONDE YAGUE: Voy a ser lo más breve posible.

Muchas gracias al señor representante del CDS.

Mire, el tema de Pedrosa no lo he tocado porque es Bienestar Social. Hoy era una comparecencia para temas de Sanidad y el hospital de Pedrosa está encuadrado en la Dirección Regional de Bienestar Social y por eso no he hecho ninguna referencia. Pero con mucho gusto se lo voy a decir a usted, ya que me lo pregunta, porque también depende de nuestra Consejería.

El hospital de Pedrosa, lo mismo que el de Lienres, se transfirió cuando se transfirió el AISNA, en muy malas condiciones. El entorno de la península de Pedrosa es maravilloso; ahí se puede hacer absolutamente de todo. Entonces se decidió, y yo creo que con muy buen criterio, dedicarlo para un fin social. Fin social, ¿cuál?. Pues se decidió hacer rehabilitación de toxicómanos, talleres ocupacionales y rehabilitación de alcohólicos.

En una primera fase lo que se ha hecho es la rehabilitación del pabellón uno y de las cocinas, para toxicomanías. En una segunda fase, que se hará más adelante, talleres ocupacionales, rehabilitación de alcohólicos. Es decir, rehabilitar otros pabellones progresivamente.

Se ha inaugurado ya lo que corresponde a la rehabilitación del pabellón uno y de las cocinas. Yo creo que ha quedado francamente bien, y yo le invito a usted a que un día vaya, creo que le va a gustar, de verdad. El costo ha sido reducido: el total de la obra y el equipamiento han sido 208 millones de pesetas. Está totalmente concluida, al punto de que los primeros enfermos ya van a ser recibidos en el hospital de Pedrosa el día 15 de enero, y en un mes se cubrirán las 45 o 50 plazas que este centro de rehabilitación y reinserción social de toxicómanos tiene.

¿Cómo va a funcionar?, me pregunta usted. En una primera etapa nosotros hemos pensado que había que encargárselo a alguien que tuviera suficiente experiencia en el tema. Y no hay mucha gente que tenga experiencia en el tema, y los resultados muchas veces son decepcionantes. Entonces se acordó a una unidad terapéutica, que tiene yo creo suficiente seriedad, que es ARGOS, cuya sede está en Borja, y tiene centros también en Zaragoza; darles la gestión de Pedrosa, en forma de convenio que se firmó con esta asociación ARGOS, de manera que a esta asociación se le pagan me parece que son tres millones de pesetas mensuales, y ellos ponen toda la infraestructura humana, todo el equipamiento humano, y ellos llevan o van a llevar a los enfermos. Desde el mes de mayo en que se firmó, han estado precisamente dirigiendo las obras de equipamiento del centro. Tiene laboratorios de musicología, talleres ocupacionales de carpintería, de marquetería, de tapicería, etc. etc. Es decir, es un procedimiento terapéutico que al parecer tiene unos resultados bastante buenos.

Esta sociedad ARGOS no sólo se ocupa de llevar Pedrosa ahora y de tratar a los enfermos, sino que además forma a nuestro propio personal, de manera que personas de nuestra Comunidad han estado yendo a sus centros terapéuticos de Zaragoza y Borja para formarse, de manera que en el futuro tomarán el relevo de la sociedad ARGOS y Pedrosa entonces será llevado por nuestro propio personal.

El costo que para la Comunidad tiene esto no está bien definido, y le voy a decir por qué. Porque no va a ser gratuito, lo mismo que decía de salud buco-dental. Efectivamente va a ser gratuito para aquellas personas que no tengan recursos económicos, se las subvencionará totalmente la Comunidad; pero, claro, los que tengan recursos económicos deberán abonar todo o parte de lo que cuesta el ingreso en la comunidad. Sería absurdo que una familia que tuviera unos ingresos de 10 millones de pesetas al año, pues no subvencionara 130.000 pesetas al mes, que es lo que va a costar la estancia, aproximadamente. Por el contrario, también sería absurdo que le cobráramos 130.000 pesetas a alguien que tiene unos ingresos de 1 millón. Por tanto tendremos en cada caso concreto que valorar la necesidad de cada persona, para ponerle su cuota y para que pague la parte que le corresponde, que puede ir desde nada hasta la totalidad.

¿Le he explicado un poco con claridad el tema o quiere alguna aclaración más?.

El segundo tema. Hombre, yo creo que en lo de Liencres me he expresado con claridad, y si no, lo siento, porque es que yo creía expresarme con toda claridad.

Liencres es y no puede ser otra cosa que un hospital de media y larga estancia, con un costo aprobado por el Consejo de Gobierno, que no puede subir, hombre, podrá subir si es que la obra sube un 5 por ciento, yo no sé los porcentajes que dicen los constructores, porque no soy constructor, pero son 2.000 millones en números redondos, 2.200 lo que cuesta la obra civil, y de ahí no puede pasar, salvo ese porcentaje, que puede ocurrir. Y les he dicho antes que vamos a intentar detraer, si es posible, de la obra civil para equipamiento. Por tanto, el costo en torno a los 2.500 millones de pesetas, y procuraremos que esto incluya obra civil y equipamiento.

Ese hospital, ¿qué va a ser?: media y larga estancia. En él estará ubicada la salud buco-dental, que no la ortodoncia. Pero eso no forma parte del hospital, que podría estar en esta casa; es decir, eso no necesita hospitalización. Se pone en Liencres porque es un sitio que tenemos y no tenemos otros.

Y en lo que respecta a cirugía plástica y estética, también he sido claro cuando he expresado que en el organigrama de momento no se contempla ninguna plaza para eso. Que en el futuro si se hace cirugía plástica y estética, que, entre otras cosas, puede ser necesaria, no un hospital de cirugía plásticas y estética, sino una sección, porque ahora los enfermos de plástica se mandan a Bilbao; la podíamos poner aquí, quizás. Pero eso supondría, ni más ni menos, que uno de los quirófanos que tenemos para operar otras cosas, se utilizará también para eso, y una o dos consultas se utilizarán también para eso. Es decir, que el costo sería para la Comunidad mínimo.

Por tanto hay que olvidar el tema de que Liencres va a ser un hospital para cirugía plástica, etc. No. Media y larga estancia, con un plan de salud buco-dental allí, y a lo mejor en el futuro tiene y es posible y hasta probable y hasta conveniente que tenga, probablemente, pues una sección de cirugía plástica, como lo tienen otros muchos hospitales, como por ejemplo el Piramidón de Madrid, o por ejemplo Cruces en Bilbao.

¿Está claro el tema de Liencres?. Es que lo quiero dejar definitivamente aclarado. Si no queda claro, yo es que más claro no lo puedo decir.

EL SR. AYLLON MARTINEZ: Si me permite, señor presidente.

Yo no sé si en realidad eso seremos capaces, dentro de la Comunidad, de hacerlo, porque todo ese programa, con otros programas anteriores, nunca jamás se ha determinado qué es lo que iba a ser Liencres. Dios quiera que ahora, como dice el consejero, sea la última oportunidad que tiene la Consejería para decir adelante y vamos a terminar con este tema, que preocupa a los cántabros.

EL SR. CONDE YAGUE: Mire usted, si eso no puede ser de otra manera, y se lo digo con toda sinceridad.

Además es que vamos a firmar con el INSALUD un concierto, con el INSALUD no, con el Ministerio, un concierto de asistencia hospitalaria, en el cual se escribirá, firmado por el Ministro y por quien esté entonces de consejero, esté yo u otro, se escribirán las funciones que les corresponden a cada hospital, y entre otras las que le corresponde a Liencres. Y eso llevará implícito un concierto, un convenio con el INSALUD, que nos pagará a tanto la cama. Aparte de otras funciones que corresponden a ese convenio, que por eso queremos hacer el convenio.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Muchas gracias, señor Censuro. Muchas gracias, señor consejero.

El portavoz del Grupo Socialista tiene la palabra.

EL SR. BLANCO GARCIA: Gracias, señor presidente.

Quiero comenzar agradeciendo al señor consejero de Sanidad y Bienestar Social y a los miembros de su Departamento su asistencia, a petición propia del consejero, para explicarnos la política sanitaria.

La verdad es que yo le quiero decir que aunque le agradezco su presencia, lo que nos ha venido a decir ya lo sabíamos, salvo dos o tres cosas. Lo sabíamos por la prensa, porque es la política del INSALUD, porque... bueno, yo creo que lo conocemos todos. Que Laredo tenía problemas arquitectónicos; desde

hace dos años. Que ahora tiene problemas con la luz, también lo sabíamos. Es decir, estas son cosas que aparecen diariamente en la prensa. Que Valdecilla es un centro muy bueno en atención de enfermos agudos, cuál va a ser su finalidad. Es que es la política del INSALUD la que nos ha venido a explicar, señor consejero, el 80 por ciento.

Yo destacaría de todo lo que nos ha dicho que quieren firmar un convenio con el INSALUD. Yo eso lo aplaudo. Aplauzo que quieran firmar un convenio con el INSALUD en materia de asistencia sanitaria. Y quiero también resaltar otro de los aspectos, que es la asistencia psiquiátrica, que nos ha anunciado un próximo decreto sobre reorganización de ello.

Yo tengo el concepto de que usted no ha cambiado, y digo no ha cambiado el matiz en cuanto a sus ideas sanitarias. Yo le quiero leer palabras suyas del Diario de Sesiones. Dice: "mi sueño es que las líneas maestras de la sanidad regional sean líneas no de un grupo político, no del Gobierno, sino que sean unas líneas consensuadas". Yo desde el día 15 de diciembre que está dicho esto, en que usted tomaba posesión, a partir de ser usted consejero, mi Grupo pues estaría muy gustoso en cambiar impresiones sobre cuáles son las líneas maestras de la sanidad regional y, desde luego, no hemos recibido ninguna invitación a ello. Bien es verdad que esto es un foro de debate también, la Comisión, y aquí se podría hablar y se debe de hablar sobre cuál es el proyecto que cada Grupo tiene y, por lo tanto, el consejero asumir aquellas cosas que cree que está dispuesto a asumir. Pero yo creo que sus palabras no van en esta dirección, van en una dirección de que los grupos políticos pues intercambien por lo menos documentación. Por eso mostrar una sorpresa y decir: bueno, se está firmando o a puertas de firmar un convenio, según usted mismo ha dicho aquí, con el INSALUD. Hombre, nos hubiese gustado dar nuestra opinión. Yo creo que a los demás Grupos también. Se está a punto de publicar un decreto sobre la reorganización de la psiquiatría; nos hubiese gustado opinar sobre ello. Pero, en fin, parece que solamente pueden opinar los psiquiatras. La Asamblea y los grupos políticos no son entidad o institución o personas o grupos con personalidad jurídica o física que le merezcan a usted la confianza como para ser consultados. No se lo reprocho. Cada uno tiene las formas de gobernar que tiene y algunas se contagian. ¡Qué quiere que le diga!.

Este es un tema importante, el de si se tiene diálogo o no. Pero vamos a los temas que usted ha expuesto. Digo que ha expuesto y que son novedosos al menos para mí; no sé si para otros señores diputados o comisionados lo son.

Reinosa. Yo quiero mostrarle extrañeza en dos cosas. Primero, ha dicho que van a subvencionar a la empresa las pérdidas. Yo le quiero anunciar que eso está prohibido por la Comunidad Económica Europea. No le digo más. Ustedes sabrán lo que van a hacer y cómo lo van a hacer. Pero una subvención de pérdidas a una empresa está absolutamente prohibido por la Comunidad Económica Europea. Si no que se lo pregunten a mi compañero, y compañero de todos ustedes en Comisión, Manolo Sebastián, que sabe mucho de reconversiones de empresas en crisis y de problemas industriales y laborales, y también de desautorizaciones de la Comunidad Económica Europea a ese respecto. Yo creía que habían aprendido ustedes ya, y sigo con el tema de la Comunidad Económica Europea y el metal, con Magefesa. Ahí hay avales de la Diputación, y me imagino que el Gobierno tenga alguna comunicación de la Comunidad Económica Europea diciendo que esos avales estaban mal dados. Y me encuentro con la sorpresa, que ya conocía por la prensa, que ustedes están dispuestos nada menos que a subvencionar las pérdidas de una empresa. Señor consejero, díganos dónde puedo montar un hospital en esas condiciones, que mañana mismo lo monto, de verdad. Porque lejos ya de hablar de Reinosa, o de la politización del asunto hospitalario, ustedes lo que hacen es romper la economía de mercado, ni más ni menos, y por eso está prohibido por la Comunidad Económica Europea.

Pero aparte de eso, es que ustedes dicen, y además lo justifican: nos va a costar al año 226 millones, como máximo, porque son 18 millones como máximo al mes. ¿Y quién va a controlar la calidad?. Es que de eso no ha hablado. Se le habrá olvidado, señor consejero. Pero han anunciado que están dispuestos a subvencionar pérdidas sin ningún control de la calidad. Eso no lo he oído por ningún sitio. Es más, han anunciado primero la subvención de pérdidas y ahora van a anunciar que van a controlar la calidad, y si no les retiran las subvenciones, ha dicho hablando luego de la clínica Madrazo, de la clínica San Juan de Dios, etc., San Juan de Dios me parece que ha dicho, o clínicas privadas de Santander a la hora de coordinarlos. Yo creo que la Diputación Regional, como usted mismo ha dicho, tiene todas las competencias de sanidad, excepto la sanidad exterior y la asistencia de los enfermos de la seguridad social. Claro, la clínica de Reinosa no se va a abrir para enfermos que no sean de la seguridad social, será para todo tipo de enfermos, digo yo, en principio. ¿A quién le va a corresponder el control de la calidad?. Yo creo que ustedes no son la institución que puede velar por la calidad de la asistencia sanitaria, porque no tienen esas competencias; porque tienen todas,

menos las de asistencia sanitaria, creo que es así. Ustedes lo podrán denunciar a otros organismos y podrán decir: oiga, no les pago. Podrán decir eso. Claro, la subvención ésta que doy a fondo perdido y que es ilegal, pues digo: bueno, no les pago.

Me parece que ustedes se han metido en un lío, me da esa impresión, esa ligera impresión, en el tema de Reinoso, y recojo sus palabras de que no quieren politizarlo o que hay que despolitizarlo, señor consejero, ¿qué es política?, le preguntaría yo. Pero, en fin, me parece que se han metido ustedes en un lío, porque si por casualidad el INSALUD no hace un convenio, usted me dirá a dónde va eso.

Segunda cuestión: Lienres. Yo coincido con el señor Ayllón, D. Censuro, bueno, pues usted ha venido aquí a descalificar al anterior Director Regional de Sanidad. Pero lo que no se ha dado usted cuenta es que no descalifica al Director Regional de Sanidad, a quien está descalificando es al Gobierno regional. Mire usted, lo podrán poner como quieran, lo podrán poner como quieran. El discurso de investidura es un discurso de investidura del señor Presidente, del actual señor Presidente del Consejo de Gobierno, y ahí se anuncia un centro de diagnóstico, de prediagnóstico, de ortodoncia y de cirugía estética, y usted nos viene a decir ahora que no se va a hacer eso. Bienvenido sea. Yo ya sé las razones por las cuales no se hace eso, y entre otras cosas las que usted ha dicho: porque el INSALUD les ha dicho que no pasan por ahí y les ha impuesto una racionalización de la política sanitaria. Usted lo ha dicho, yo no me invento las palabras; usted ha dicho que el INSALUD no estaba dispuesto a financiar y a concertar con ese hospital y que, por lo tanto, va a pasar como con la clínica Reinoso, que ustedes pueden hacer lo que quieran, pero que luego viene Paco con las rebajas. "Lo puede interpretar como usted quiera", es lo que ha dicho, y es como los demás lo hemos interpretado.

Pero a mi me parece que si usted lo que ha pretendido es salvarse usted y descalificar al anterior Director Regional de Sanidad, ha metido en un buen lío al Presidente del Gobierno. Y luego le ha querido ya salvar, y por eso digo que estoy de acuerdo con el señor Ayllón, diciendo que a lo mejor se forma una unidad de cirugía estética. Es que ya no sabemos exactamente si la ortodoncia es solamente siete sillones para dentistas, que es lo que parece que nos quiere decir; luego hay pero no hay cirugía estética, o puede haber.

"De momento", dice usted, palabras textuales, "de momento no se ha sacado el decreto de plazas"; pero es que dice de momento. Es que eso pasaba también hace dos años cuando se iba a hacer el gran centro de diagnóstico y prediagnóstico y ahora se ha cambiado. ¿Y quién nos dice que el momento ya ha pasado y pasado mañana sale el decreto por el cual se cubren las plazas de cirugía estética?. ¿Nos lo garantiza usted acaso, señor consejero?.

EL SR. CONDE YAGUA: Si estoy yo, sí.

EL SR. BLANCO GARCIA: ¿Y quién nos garantiza que va a estar usted?. Es que este es el problema. Por eso digo que el problema no es del Director Regional, sino del Presidente del Gobierno y de algo que este Grupo viene diciendo en muchos ámbitos de la actividad política de este Gobierno.

Nos está diciendo, y desde un punto de vista económico, cuáles eran las inversiones que se iban a hacer en Liencres. Por cierto, en Liencres de momento se ha engullido 500 millones que estaban para el saneamiento de la bahía. Lo digo para que lo conozcan los demás comisionados, por si no lo saben, y para que lo conozca usted. Eran 500 millones del Fondo de Compensación Interterritorial que como no había dinero para Liencres, pues se quitaron del saneamiento de la bahía, tan importante, y se llevaron para Liencres.

Y vuelvo a insistir, es que es la crítica que hace este Grupo a este Gobierno, al cual usted pertenece: ¿quién nos dice que pasado mañana no viene otro consejero de Medio Ambiente y nos dice que el parque de Cabárceno es una inversión desmesurada?. Porque es lo mismo. ¿O nos dicen que en el Palacio de Festivales la inversión también es desmesurada?, etc. etc., etc.

En definitiva, nos parece que la acción política del Gobierno regional es una acción política con unos objetivos planteados sin meditarlos, y sobre la marcha se está dando palos de ciego, pero a la vez tanteando a ver por dónde hay que seguir. Y esto es lo que está pasando en Liencres y en otras muchas cosas. Que usted nos lo reconozca en Liencres, bienvenido sea que se puedan solucionar y dar marcha atrás a algunos de los errores cometidos en Liencres; pero ya he dicho, interpretando sus palabras, cuáles son las razones de por qué Liencres no sigue hacia adelante.

Pedrosa. Unidad terapéutica para toxicómanos. No es lo que está ahora mismo, digamos, en boga para el tratamiento de toxicómanos. Bien es verdad que esto es cambiante prácticamente todos los años. Pero en principio un centro de reclutamiento, hablando de reclusión de toxicómanos, no me parece la idea más brillante para tratar esta plaga social. Pero, en fin, se han metido en una dirección; las inversiones están hechas, bien es verdad que no muchas; hay una necesidad de trasladar, y eso me parece bien, conceptuándolo en Liencres, la asistencia traumatológica y todo lo que llevaba Liencres consigo, y, bueno, lo dedican ustedes a toxicómanos. Ya digo que no es la idea del Grupo Socialista, no es la idea hoy en boga para tratar a los toxicómanos, pero veremos a ver qué resultado da.

Me preocupa una cosa, señor consejero, y es noticia de prensa, y esto es como pregunta: ¿de verdad no van a dejar entrar a un toxicómano que tenga SIDA?. Y no me pronuncio sobre el tema. Digo si de verdad no van a dejar entrar a los toxicómanos que tenga SIDA.

Otro tema: plan de urgencias, señor consejero. Yo voy por la ciudad, y me imagino que los demás miembros de esta Comisión, los presentes van por la ciudad y ven unas furgonetas que ponen SAMU, y el SAMU ya no existe, parece ser que no existe. ¿Pues por qué está una furgoneta que pone SAMU?, ¿quién la conduce?, ¿de quién depende?, ¿quién se ha llevado esa furgoneta si no existe el SAMU?, o por lo menos ¿quién pone o usurpa las letras del SAMU, que me imagino que serán de la propia Diputación como servicio de urgencias, y se lleva la furgoneta por ahí?. Es que estas cosas no pueden ocurrir, señor consejero. Pero, bueno, el tema es mucho más profundo que todo eso.

Le vuelvo a recordar palabras suyas del Diario de Sesiones: "Hay que crear una Comisión que estudie en profundidad el Plan Regional de Urgencias". La estamos esperando, señor consejero. "Lo que se ha gastado, lo que falta por gastar y qué es lo que hay que invertir para las urgencias en el terreno o en la sanidad rural". Estamos esperando esa Comisión, señor consejero.

Y algo de lo cual usted no ha hablado y es de la política de conciertos con el Ministerio de Sanidad en la balneoterapia. Hemos hecho una Ley de Balnearios, señor consejero, lo dije en el discurso de la orientación política del Estado de la región: no han tenido a bien desarrollarla. El caso es que hay tres balnearios en Cantabria, que yo sepa, que están haciendo conciertos

directamente con el Ministerio de Asuntos Sociales. Bueno sería que la Diputación, ya que tenemos una ley, ponga en marcha y dedique dinero a eso, y además haga los conciertos con el Ministerio. Esto también es sanidad, señor consejero, y usted lo ha dejado abandonado en su discurso. Bien es verdad que ha dicho que habría muchos más temas que tratar.

Por último, ya le digo que de lo que ha hablado, el 80 por ciento lo conocíamos, al menos yo lo conocía. Yo tengo que echar en falta en su discurso, que lo ha centrado mucho en asistencia sanitario y en aquello que no es competencia de este Consejo de Gobierno, pues de lo que es la sanidad. Un día nos dijo que había algo así como cuarenta municipios sin agua, otros veintitantos con agua defectuosa y contaminada, y si te he visto no me acuerdo. Volvemos a lo mismo, no sabemos qué ha pasado con ese agua, si se está haciendo, si no se está haciendo. Eso es sanidad, esa es la raíz de las competencias que tienen ustedes; de eso, de saneamientos, etc., pero no de la sanidad de la región. Y yo creo que habría que ir no ya a lo que usted nos dice de un sólo programa de 80 millones, o de 60 o de 85 millones, para, no sé, las enfermedades cardiovasculares o las respiratorias, que es verdad, hay que concentrarlo, y en eso le doy la razón, más en un programa que en diecisiete pequeñitos. ¿Pero por qué no empezamos de una vez por todas a hacer una base de datos epidemiológicos de esta región y ese sería el programa básico sobre el cual surgirían el resto de los programas que habría que hacer y a los cuáles ya hay que dedicarles mucho menos dinero?.

Es decir, este tipo de cosas que son la esencia misma de las competencias que ustedes tienen, son las que yo he echado en falta en su discurso, que nos ha venido a hablar, insisto y acabo, de algo que conocíamos porque es competencia de la administración, bien es verdad que en colaboración con ustedes. Pero que en esa colaboración nos gustaría a todos los Grupos -yo por lo que he oído al resto de los Grupos en intervenciones-, pero al menos al Grupo Socialista, formar parte de ese intercambio de documentación, que usted dijo un día que era su ideal y el alma de toda una política sanitaria diseñada por usted y que, bueno, no lo hemos visto ni en el Plan Regional de Urgencias, ni en este general sobre la Sanidad, ni en el de las transferencias. Porque también hay propuestas suyas diciendo que le gustaría constituir una Comisión para hacer un preestudio sobre el modelo de transferencia del INSALUD, del estudio económico, etc., y ha surgido al hilo de la exposición suya de Valdecilla. En eso coincidimos, yo lo he dicho también en otras ocasiones; pero hay que perfilar más las cosas.

Para resumir, señor consejero, yo creo que debe de aclararnos lo de Liencres, si va a haber cirugía estética o no la va a haber. Eso de que de momento no se cubren las plazas, pues a mí me deja tan intranquilo como al señor Ayllón, exactamente igual. Se va a crear un gran centro, ha dicho por último -digo que todo se pega, eso de hablar de grandes centros- un gran centro de investigación en Cantabria. Mire usted, señor consejero, dejémonos de experiencias, las experiencias con gaseosa, dejémonos de los grandes centros de investigación, porque también se iba a hacer uno en la Universidad de Comillas, un gran centro de investigación sobre la letras. Dejémonos de hacer experiencias con champán. Reconvirtamos la Fundación, si hay que reconvertirla, Marqués de Valdecilla en otras direcciones, y dejémonos de estas historias. Porque nos podemos encontrar luego con un centro que no hay quien le mantengan, y no puede volver a pasar exactamente igual que con Liencres. Lo de Reinoso ya le he sido muy claro: no se puede subvencionar las pérdidas de las empresas. Y luego quiero que me conteste este asunto del SIDA en Pedrosa, si les van a dejar entrar, si no les van a dejar entrar.

Gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Muchas gracias, señor Blanco.

Le ruego otra vez, señor consejero, que sea lo más preciso posible.

EL SR. CONDE YAGUE: Muchas gracias.

Evidentemente lo del consenso obviamente lo mantengo y creo que lo hemos practicado. Mire, son testigos del consenso que yo he intentado todas las centrales sindicales. No sé las veces que me he reunido con la UGT, muchísimas; con Comisiones Obreras, muchísimas; con CSIF, muchísimas; con los Colegios profesionales, muchísimas. Y realmente me he reunido poco con los grupos políticos, pero debe de reconocer su señoría que mejor que yo conoce las razones o por lo menos vislumbra las razones. No ha sido nada sencilla la labor que yo he tenido durante estos meses y probablemente la falta de diálogo que yo haya podido tener con su Partido y otros, en parte ha podido ser achacable a mí, pero sólo en parte, porque la agresividad que bastante de ustedes han mostrado hacia mí, y se puede tener eso a nivel personal, pero quizá no como persona pública, ha sido de tal calibre que en muchos aspectos

ha imposibilitado que con estos partidos políticos yo haya podido tener y mantener el diálogo que he mantenido, repito, con todas las otras fuerzas sociales de esta región, y ellos son testigos. Y esto es así al punto de que acordamos poner en marcha, comenzar a poner en marcha lo que marca la Ley General de Sanidad, que es la Junta Regional de Sanidad. Como no es el momento propicio quizás ahora, hasta que no se definan bien los centros de salud, para que todo el organigrama que se contempla en la Ley General de Sanidad se ponga en marcha, creamos, de acuerdo con las centrales sindicales (UGT, CC.OO, CSIT, Sindicato Médico Libre y Colegios profesionales) la creación de lo que se llama Junta Regional de Coordinación Sanitaria. Está creada, aprobada en Consejo de Gobierno, creada con una composición determinada, precisamente para tratar de todos y cada uno de los temas referentes a la sanidad regional. En cualquier caso acepto lo que me acaba de decir, y no se preocupe su señoría, que a partir de ahora tendremos comunicación permanente con ustedes y con otros partidos políticos si así lo desean, siempre partiendo de la base de la estricta competencia en materia sanitaria y no mezclando otros puntos que podrían ser mas espinosos. Creo que he sido suficientemente explícito.

Por otra parte, el convenio de asistencia primaria es que está ya firmado. Y el de asistencia hospitalaria lo proyectamos con el Director Regional del INSALUD, yo creo que fue en el mes de diciembre. El lunes nos vamos a volver a reunir para profundizar y para articularlo y para después tratarlo a nivel de la Comisión de Coordinación, que es, en definitiva, quien tiene que dar el visto bueno final, etc. Es decir, que nos queda mucho tiempo todavía. Y atendiendo a lo que usted me acaba de decir, ese convenio desde ahora le digo que será tratado también con ustedes y con otros grupos políticos. Es decir, no es un convenio cerrado, está, digamos, en sus inicios.

Del decreto de psiquiatría le digo lo mismo: todavía no está publicado. Y me viene bien la invitación que usted me acaba de hacer, porque se lo voy a entregar yo ahora, de manera que si nos hacen una fotocopia, por favor, para entregarle a los distintos grupos políticos lo que es el decreto de salud mental, naturalmente con un objetivo único: con el de que nos sugieran modificaciones, cambios, mejoras, etc. Porque, claro, conocerlo por conocerlo, se conoce en el Boletín Oficial de Cantabria. Pero este decreto ahora mismo le digo que no le voy a sacar, o por lo menos no lo vamos a plantear hasta tanto no recibamos las sugerencias de los grupos políticos, a los cuales se les va a entregar. Este es un compromiso formal que yo ahora mismo aquí adquiero. Eso

sí, lo que sí les rogaría es que fuera a la mayor brevedad posible esas sugerencias al articulado, o esas mejoras, o ese diálogo que podamos establecer. No he hablado de los problemas que existen de relación entre el INSALUD y la Comunidad por no extenderme en exceso, creo que los tenemos que resolver cuanto antes, y no admite dilación. No lo he querido comentar, ustedes los conocen tan bien como yo, que son problemas gravísimos que tenemos que resolver.

Usted dice que conocía todo lo que he dicho. Pues probablemente, porque, entre otras cosas, es usted un experto en sanidad; por lo tanto, lógicamente los conoce. En cualquier caso, mientras el INSALUD no se transfiera, y cualquier otra cosa, no sólo en Sanidad, en cualquier otro tema, pues lo que le corresponde hacer a las Comunidades Autónomas es; primero, las competencias que ya tienen asumidas, gestionarlas bien; segundo, cuando se tiene la responsabilidad completa de planificación sanitaria, establecer y articular con la administración central los mecanismos necesarios para que no vayamos por caminos diferentes. Y eso es lo que nosotros estamos intentando hacer, y eso creo que es una buena gestión sanitaria, entre otras cosas porque no podemos hacer otra cosa. Pero es que si no hacemos eso y vamos por caminos diferentes, lo que vamos a hacer es pues que el INSALUD diga una cosa, nosotros digamos la contraria, que dupliquemos un centro de alta tecnología, que pongamos más camas de crónicos de las que hacen falta, etc. etc., de manera que el que planifica, y la planificación nos corresponde íntegramente a nosotros, tiene la gran responsabilidad de crear los mecanismos necesarios para que en el futuro la sanidad de esta región sea equilibrada y armónica. Y esto naturalmente sólo se puede hacer, que yo sepa, de una manera, y es poniéndonos de acuerdo con la administración central. Es lo que estamos intentando hacer y creo que lo estamos consiguiendo; creo que lo estamos consiguiendo pues no del todo, lógicamente, pero en casi todo o en muchos aspectos.

Lo de la subvención. Es que el tema es que la empresa es nuestra, que la clínica Reinoso no es de la empresa, es nuestra, es de la Diputación Regional de Cantabria. Y nosotros la podríamos gerenciar, pero en lugar de gerenciarla simplemente se la hemos dado a gerenciar a otros. Lo mismo que el hospital de Laredo es nuestro y se lo hemos dado a gerenciar al INSALUD; pero el hospital de Laredo es nuestro. De manera que yo creo que no entramos dentro de la prohibición de la CEE, creo que no entramos en la prohibición; por tanto, creo que sí que podemos subvencionar a nuestra propia empresa, porque no es de otro.

Y claro que tenemos establecidos los mecanismos de control de calidad. Si su señoría se ha leído las bases del concurso de gestión de la clínica Reirosa, ahí se contemplan los mecanismos de control de calidad de la clínica Reirosa; ahí se contempla que hay una comisión paritaria formada por la empresa de gestión y la Diputación Regional, presidida por el consejero de Sanidad, con voto de calidad. Por tanto está en manos siempre de la administración el control no sólo de la calidad, sino de todo lo demás. Si se establece el acuerdo con el INSALUD, entonces en esa comisión entrará la otra administración también. Es decir, será una comisión a tres bandas: INSALUD, Dirección Regional de Sanidad o Consejería de Sanidad -da lo mismo-, empresa de gestión de la misma. Pero eso se contempla en las bases del concurso, que por lo que veo no se las ha debido de leer, o por lo menos en su totalidad, pero ya se lo digo yo. Está ahí contemplado y siempre, además, nosotros con mayoría.

Por lo que respecta al tema que me ha dicho que lo que yo he pretendido es descalificar al señor Director Regional de Sanidad, mire usted, en absoluto. Puede tener usted la completa seguridad de que eso no ha sido así. Me he limitado a hacer una transcripción de la historia de Liencres, de cómo evolucionó desde el principio, de cómo el Consejo de Gobierno lo único que aprobó, y me importa mucho y por tanto descalificar al Gobierno regional en esto es imposible, fue una inversión de 2.000 millones de pesetas, aproximadamente, para un hospital de media y larga estancia -eso está aprobado y ahí está la resolución del Consejo de Gobierno-, y que luego en ese hospital de media y larga estancia se pueda hacer una sección de cirugía plástica, que no tiene Valdecilla. Pues insisto en que es posible. Pero una sección no significa que un hospital se dedique a cirugía plástica, significa, ni más ni menos, que haya un despacho o dos despachos y que un quirófano se destine un día, dos o tres días a la semana a hacer intervenciones de este tipo, que, insisto, no tiene Valdecilla y que por tanto la Comunidad probablemente lo puede necesitar, porque ahora se están mandando a Bilbao. Por tanto eso es posible y defendible y sensato y no costoso para la Comunidad. Eso no tiene nada que ver con que el hospital de Liencres sea un hospital dedicado a la cirugía estética, en absoluto. Va a ser un hospital de media y larga estancia, y además para operar enfermos de ortopedia, traumatología y otras cosas, según los convenios que establezcamos con el INSALUD y de acuerdo con esto que estamos diciendo, de la coordinación que debe de existir entre ambas

administraciones. Por tanto que quede claro que yo no quiero descalificar a nadie: al Consejo de Gobierno, en absoluto, porque nunca ha aprobado otra cosa que lo que yo he dicho; ni al Director Regional, que sí tenía el proyecto de hacer ese hospital que yo les he dicho, pero que el Consejo de Gobierno no lo aprobó. Por tanto me importa mucho hacer esto, porque el Director Regional de Sanidad sí que intentó descalificarme a mí diciendo cosas tan falsas como que había sacado una plaza para mi mismo, y su señoría probablemente sabe que no tengo una, tengo en excedencia dos: una de la administración autonómica, porque es de las oposiciones del AISNA, y otra de la Seguridad Social. Por tanto no tengo que sacar algo que ya tengo. El intentó descalificarme a mí, yo a él no.

Usted me dice: claro, yo ya sé por qué usted ha cambiado el tema de Liencres. No. Mire, no cambié nada, para empezar. Me pareció que el proyecto que estaba gestando el señor Director Regional de Sanidad, que podría ser un proyecto válido, y yo no lo discuto, es todo discutible, a mí no me lo parecía y no lo defendí. El Consejo de Gobierno tuvo la misma opinión que yo y no lo defendió tampoco. No pasó absolutamente nada más. Ahora bien, sí le quiero decir que no se cambió la opinión porque el INSALUD dijera que no, porque el INSALUD, para empezar, no dijo nada. Yo sabía que no, digamos, que de una manera no oficial. Me he traído esta documentación para que vean cómo se pensaba gestionar Liencres. Se quería privatizar Liencres y entonces se quería encargar a una empresa de gestión, que se llama AMI, se quería encargar la gestión del hospital de Liencres, desde el punto de vista de criterios de privatización. Yo no sé cómo se puede gestionar un hospital público con 300 funcionarios por una empresa privada, no lo sé; pero alguna manera debería de existir cuando esto incluso se llegó plasmar en un papel de acuerdo de Consejo de Gobierno, que naturalmente ni se llevó ni se aprobó. Por tanto, se quería que se subvencionara Liencres, mejor dicho, que se mantuviera Liencres al margen del INSALUD, pensando que se convertiría en un centro de referencia nacional, incluso internacional, a donde acudirían multitud de enfermos que naturalmente, pues, cubrirían los 3.000 millones de pesetas que cuesta Liencres. Pero a mí me parecía que eso era demasiado arriesgado, porque el pensar que a estas alturas, con el costo que tiene la medicina, un centro se pueda sostener sólo desde la medicina privada, a mí me parece que en este país es prácticamente imposible; en este país y en esta región, porque de esta región lo que de verdad suena en el exterior es Valdecilla, no Liencres. Al revés, para que los enfermos vayan a Liencres -y yo hasta hace muy poco he

estado ejerciendo la medicina- hace falta poco menos que estar dos horas hablando con ellos porque no quieren ir, porque todavía sigue existiendo el concepto de que es un hospital antituberculoso y todavía la tuberculosis suena a enfermedad maldita. Por tanto se pensaba subvencionar, se pensaba este hospital mantener desde el punto de vista de la privatización. Yo creo que no hubiera resultado, pero es posible que sí. Eso realmente sólo el futuro lo podría haber dicho, y en estos momentos ese futuro no existe.

Lo del plan de salud buco-dental, yo se lo voy a mandar, si me lo permite, el plan entero, porque estoy seguro de que le va a gustar. No tiene nada que ver con la ortodoncia, que es otra cosa. Mire, empieza por la ... (no se entiende) de las aguas -ahí el gobierno vasco nos lleva mucha ventaja-, continúa con la inspección de los distintos chicos en los colegios, etc. etc. de las posibles anomalías que tengan; sigue con la corrección de esas pequeñas anomalías sobre la marcha en las unidades móviles (una caries, etc. etc., se la resuelven sobre la marcha), y en aquellos casos en que se precisa otro tipo de acción, como por ejemplo una endodoncia, o como por ejemplo abrir un flemón, o como por ejemplo ortodoncia, etc., esto se deriva no ya a una unidad móvil, sino a una base fija. ¿Dónde se instala esa base fija?. Pues ya lo he dicho, se instala en Liencres porque es el sitio que tenemos, pero se podía haber instalado exactamente lo mismo en cualquier otro lado, porque eso no precisa, como usted conoce perfectamente, ningún tipo de hospitalización. En conjunto, eso es el diseño del plan de salud buco-dental. Insisto en que otras Comunidades Autónomas lo están poniendo en marcha y nos lo están pidiendo. O sea, se lo voy a mandar para que lo estudie en profundidad y estoy seguro de que usted le va a dar la aprobación, porque no ha sido obra mía ni de nadie, ha sido obra de un prestigioso estomatólogo, que es el doctor Pellón, que es Jefe del Servicio precisamente de este plan.

No puede haber reclusión en lo de las toxicomanías; al revés, estos técnicos que van a llevar el centro de Pedrosa, ARGOS, si por algo destacan es por ser extraordinariamente abiertos. Es una gente yo creo que imposible de que recluyan a nadie. Ellos tienen un sistema terapéutico. El porcentaje de curaciones que tienen, bueno, es aceptable para lo que se lleva, porque los que toman heroína pues la mayoría de los pacientes recaen, pero ellos aproximadamente tienen un 30 por ciento de recuperaciones, lo cual está bien para las estadísticas que en estos momentos se manejan. Y allí existe, ya digo, no sólo tratamiento, sino, y lo que es más importante, reinserción.

Basta que inspeccione un día Pedrosa, vamos, yo con mucho gusto le acompañaría a ver Pedrosa, para ver cómo existen múltiples talleres ocupacionales montados, donde estos pacientes, una vez que han salido de las primeras fases, van a poder reinsertarse, aprender un oficio, etc. etc. En el futuro otros pabellones, he dicho, se deberán, se podrán rehabilitar para más talleres ocupacionales para jóvenes marginados, es decir, no utilizando sólo la península de Pedrosa para drogas sino para otras cosas, alcohólicos, etc. Por tanto, yo acepto lo que diga la proyección futura. Yo no soy un experto en tratamiento de toxicomanías. Yo sé, sin embargo, que en Valdecilla están haciendo ahora una experiencia piloto con otro tipo de tratamiento. Quizás estos métodos sean mejores en el futuro, no lo sé. La verdad es que ahora todo lo que se diga de toxicomanías es lo mismo que tirarse por una ventana sin paracaídas, porque es que no se sabe lo que va a pasar, si vas a matarte o no. En toxicomanías pasa lo mismo, yo creo que nadie sabe nada o muy poco, que estamos en los albores. Es posible que en el futuro esto haya que reconsiderarlo y quizás esto no sirva para centro de rehabilitación de toxicómanos porque los procedimientos terapéuticos sean otros. Pero no será una inversión perdida, porque sí se seguirán necesitando talleres ocupacionales para jóvenes marginados, y como están instalados, podrán ir allí los jóvenes a reinsertarse socialmente. Por tanto, yo creo que lo de Pedrosa con la inversión que ha supuesto, es una gran cosa para esta Comunidad.

Mire, como usted sabe, que médico es, el SIDA tiene dos vertientes: la infección y la enfermedad. Un portador sí será admitido en Pedrosa, un enfermo no. Los criterios de SIDA, claro, usted se los conoce; es decir, es la tuberculosis extrapulmonar, la infección por microbacterias atípicas diseminadas, la demencia. Esos no se pueden meter en un centro de estas características porque necesitan hospitalización. Es que sino no tienen un SIDA. Por tanto, enfermedad es una cosa, portador otra. Portadores, sí; enfermos, imposible. Pero si los enfermos de SIDA no se pueden tener la mayoría ni de pie. Lo que hay que habilitar para esos enfermos es centros hospitalarios apropiados. En Estados Unidos ya están haciendo centros hospitalarios específicos para ellos, y, entre otras cosas, al personal les tienen que pagar bastante más para que les quieran asistir, como usted probablemente conoce. Por tanto, creo que con esto respondo con claridad a su pregunta. Si no es así, pues lo siento no responder, pero es que una cosa es infección y otra es enfermedad. Y ahora tendríamos que hacer una sesión clínica para ver los criterios de enfermedad de SIDA, y no hay ninguna

enfermedad asociada al virus VHS que permita que un enfermo esté en un centro de estas características, y eso me comprometo a demostrarlo en una reunión científica, porque esto no es para hablarlo en una sesión política.

El Plan de Urgencias no existe, el Plan de Urgencias se desestimó por parte del Consejo de Gobierno. Entonces existen dos unidades ambulatorias en Liencres, que son las que usted ve, que son las ambulancias que se utilizan en Liencres. Es lo que existe, que yo sepa. Por tanto esas son las unidades. Habrá que cambiarlas el nombre. Están utilizándose para el hospital de Liencres. Ahí está el director de Liencres que nos puede decir la utilidad exacta que se les da. Entonces quizás haya que cambiarles el nombre de SAMU, es posible; pero, vamos, en el único problema que puede existir en ese sentido. Otra cosa ahora mismo del Plan Regional de Urgencias no existe. Lo que sí parece es que ahora, a través del INSALUD, se va a poner o se van a poder utilizar, y de hecho nos han pedido autorización para esto, el material que nosotros tenemos en Valdecilla, la Diputación, para utilizarlo, para poner el teléfono de urgencias, que en otras Comunidades ya se está poniendo también y nosotros con mucho gusto, en principio, no tenemos ningún inconveniente en cedérselo. Pero eso no es el SAMU, es otra cosa.

Por otra parte, yo creo que con la puesta en marcha de los centros de salud y de los equipos de atención primaria se va a producir una gran reestructuración de todo lo que son urgencias. Porque, claro, las primeras urgencias obviamente van a ser atendidas por los centros de salud. Lo mismo que por la puesta en marcha de los hospitales de área, que ahora no tenemos ninguno, pero cuando se abra Laredo, Reinosa, Torrelavega, lógicamente habrá un gran cambio en la atención de urgencias. En cualquier caso yo acepto también lo que me ha dicho, de que habrá que sentarse a recapitular lo que hacemos con urgencia, lo que desde luego no pasa por poner en marcha o por reactivar el SAMU otra vez.

Los balnearios. Mire, la ley hay que traerla otra vez a la Asamblea para reformar un punto. Yo recuerdo además que esto lo debatimos y, a propuesta suya, se dijo que los servicios médicos sería mejor establecerlos en convenio con el INSALUD. Lo recuerda, ¿verdad?. Pues no lo acepta el Ministerio de Sanidad y ese punto lo tenemos que corregir. Entonces los servicios médicos, bueno, vamos a traer la ley a la Asamblea para rehacer ese punto, van a tener que correr a cargo de la empresa, que estableceremos los mecanismos

correctores que sean precisos para que la empresa contrate los servicios médicos que desde aquí se le puedan imponer, más o menos. Pero eso es lo que ha ocurrido y por eso se ha retrasado el desarrollo de la Ley de Balnearios y la reglamentación. Yo espero traerlo inmediatamente, la corrección de ese punto. Lo del tema de los conciertos, estoy totalmente de acuerdo con usted en que a través de esa ley o después de esa ley hacer los conciertos con el Ministerio. Yo asumo totalmente lo que usted me acaba de decir.

Lo de la salud pública. Mire, he dicho que había muchos puntos que no podía tocar, y es así. Entre las cosas que se están haciendo, tenemos un gabinete de planificación sanitaria, y lo que está haciendo justamente ese gabinete de planificación sanitaria en estos momentos, cuyo jefe de sección es el doctor Ortega Mendi, es lo que usted ha dicho: un estudio de salud de la población de Cantabria. Eso está haciendo ahora mismo el gabinete de planificación sanitaria, cuyo jefe de sección es el doctor Ortega Mendi. Por tanto eso que usted me ha dicho, lo estamos haciendo ya.

Por lo que respecta a otros temas, como por ejemplo aguas. Mire, lo he obviado no por poco importante, sino porque fue objeto de una pregunta hace muy poco en la Asamblea que hizo el señor D. Censuro Ayllón, precisamente, y yo le contesté con amplitud. Después de detectar que en esta región existen municipios, y siguen existiendo, con aguas no potables desde el punto de vista bacteriológico, encargamos un estudio financiero a una empresa para poner los mecanismo de cloración automática necesarios, porque es la única manera de tener agua en condiciones, la cloración automática. Entonces nos hizo un estudio referido a diez o doce, se los leí al señor Censuro Ayllón y no sé si él se acordará exactamente de cuáles era, que yo ahora no me acuerdo de memoria. Eso nos supone unos 50 o 52 millones de pesetas que irán en los presupuestos de este año. No podemos hacer de repente cloraciones automáticas a todos los municipios porque nos iríamos a unas cifras escandalosas, lo tenemos que ir haciendo poco a poco. Este año haremos un grupo, el año que viene haremos otro grupo, etc. etc., o harán otro grupo. En fin, eso yo creo que en el curso de cinco o seis años podremos tener cloraciones automáticas en todos los municipios, pero, claro, el coste es muy alto y lo tenemos que hacer poco a poco. Eso es lo que hemos hecho en el tema de las aguas; o sea, que no nos hemos estado quietos, ni muchísimo menos. También quiero hacer constar, como le hice constar al señor Censuro Ayllón el día de la pregunta, que hay Ayuntamientos que han puesto todo tipo de obstáculos para que se hicieran las

inspecciones, etc. etc., por la empresa Aguas del Norte. No querían ni que se les mirara por miedo a no sé qué, pero ha sido así. En cualquier caso, en los presupuestos de este año irá una partida destinada a esos diez o doce municipios.

Que queremos profundizar en el tema de salud pública, en temas de inspección de establecimientos, bares, restaurantes, alimentación, medio ambiente. Bueno, eso está clarísimo que lo queremos hacer. Son los médicos titulares, como usted conoce, los que están encargados de hacer eso, y los veterinarios titulares. La reestructuración veterinaria ya ha supuesto un avance en ese sentido. Pero es que, por otra parte, el aumentarles a los médicos titulares su sueldo base al cien por cien de los funcionarios del grupo A lleva implícita una profundización en las exigencias en los temas de salud pública, de manera que una de las cosas que tiene clara la nueva directora regional de sanidad es esa: la exigencia mayor, muchísimo mayor, en estos temas de salud pública. Y a mi me preocupa particularmente el tema restaurantes y alimentación, que son dos temas claves. Entonces con esto creo que está el tema, de momento, claro. Veremos en el futuro si cumplimos lo que acabo de decir.

Transferencias del INSALUD. Mire, yo lo he obviado por razones de tiempo. Lo que pensamos hacer, y vamos también a discutirlo con ustedes; o sea, el guante que usted me ha lanzado, yo ya se lo he recogido. Inicialmente pensamos el hacer una comisión que se encargara de hacer un estudio previo necesario para las transferencias del INSALUD. Sin embargo, meditando llegamos a una conclusión: el hacer una comisión de estas características es difícil, porque es complicado desde el punto de vista económico, etc. saber cuánto cuesta un hospital. Porque no sólo es lo que cuesta al INSALUD, sino cómo está el escaner. Por ejemplo Valdecilla no me puede transferir el escaner en 6 millones de pesetas, me lo tiene que transferir en 6 o 5 porque está, como usted probablemente conoce, muy deteriorado. Entonces se tienen que valorar los edificios, cómo están los edificios, costo de rehabilitación de los edificios, cómo están los aparatos, costo de rehabilitación de aparatos, etc. etc., y eso para una comisión que se pueda hacer es muy complicado. Hemos pensado que en los presupuestos de este año irá una partida para contratar un consulting internacional. Hay empresas que específicamente se dedican a eso, a evaluación de costos. Sacaremos a concurso público un consulting para que nos estudie dónde estamos. Nos costará, ya le adelanto la cifra, 30 millones de

pesetas, eso es lo que nos va a costar, aproximadamente, pero es necesario. Porque sólo a partir de conocer dónde estamos, podremos ir luego a negociar la transferencia. De manera que yo creo que la cantidad que nos cueste el consulting va a ser plenamente amortizable. Por tanto, primera fase, consulting, y a partir de esos datos estableceremos ya, eso sí, una comisión política para iniciar o solicitar, si la Asamblea así lo considera, porque naturalmente esto tendrá que ser voluntad de la Asamblea y también del Gobierno central, iniciar los trámites precisos para que se nos transfiera el INSALUD, que es, como todos ustedes conocen, uno de los temas trascendentes que tiene esta Comunidad y otras Comunidades.

Yo lo del gran centro, perdone por lo de gran, yo también soy consciente de lo que es gran centro de investigación. Si en España no existe ninguno, no lo vamos a poner nosotros; o sea, eso está claro. El que quiere investigar ya sabe que se tiene que ir desafortunadamente a Estados Unidos. Pero eso creo que se corregirá en el futuro y que cada vez la investigación en España irá mejorando. Pero todavía estamos bajos a nivel de investigación y hay que reconocerlo así. Por tanto hablar de gran centro, discúlpeme, pero no he querido decir que vamos a hacer aquí algo maravilloso. No. Yo me conformo con hacer un centro de investigación -quito lo de gran- y darle de esta manera contenido a la Fundación, porque hay que reestructurarla. Yo otro contenido no le veo. Yo le rogaría a usted y quizás en el futuro me diga qué otro contenido le podemos dar. Desde luego asistencial creo que no, por lo tanto lo tenemos que dedicar a educación médica y a investigación. Entonces desde esa perspectiva, pues a mí me parece razonable que con una inversión que yo he dicho que nosotros podíamos cifrar en 100 millones, con un personal que puede poner el INSALUD del mismo Valdecilla, que en ese sentido ya hemos iniciado también conversaciones con el INSALUD, y con una Facultad de Medicina, que también está metida en Valdecilla, con un costo limitado, por todo lo que se está ahora desperdigando en Valdecilla, que usted sabe que se está haciendo investigación en el laboratorio de inmunología, endocrinología, etc. etc., que cada uno hace las cosas como puede, por enfermeras que muchas veces no quieren porque su misión no es esa, etc. etc., lo que queremos es centralizarlo y poner una unidad de investigación donde se haga lo que se está haciendo ahora; pero en lugar de hacerlo en veinte sitios separados, en uno sólo. Yo creo que como idea no es mala y que, naturalmente, lo valoraremos en el futuro y yo creo que llegaremos a esa conclusión, probablemente, tanto el INSALUD como la Facultad, como nosotros, de que conviene que hagamos eso: centralizar

toda la investigación allí. Y si sale grande, mejor, y si sale pequeño, pues qué le vamos a hacer.

Yo creo que con esto he contestado a todas las preguntas y cuestiones que usted me ha planteado.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Gracias, señor consejero.

¿El señor Censuro Ayllón quiere hablar?. Tiene la palabra.

EL SR. AYLLON MARTINEZ: Gracias.

Yo, señor consejero, siento la intervención que me ha forzado usted tener que hacer ahora mismo, relacionada con la frase que ha llevado a cabo y que probablemente todos los presentes no estén debidamente informados y pueda quedar en el aire la duda que quiero despejar. Usted ha hablado de que no hay diálogo con los grupos políticos porque ha existido una agresividad política hacia su persona. Entonces yo, digo que lamentablemente, tengo que intervenir para defender a mi Grupo, porque creo que mi Grupo no ha tenido ninguna agresividad contra usted, creo. Sin embargo, lo que sí tengo que decir es que la agresividad verbal, hasta incluso en esta Cámara, sí que la hemos soportado hasta con insultos personales, como usted bien conoce, y además intervino en el tema en defensa, precisamente por eso, y ni hemos acudido a juzgados, ni hemos dejado de mantener diálogo con el Presidente y con el Gobierno al que usted pertenece. Así que no me valen sus argumentos de falta de diálogo por la agresividad política, y que, por otro lado, entendemos que por algo habrá sido.

Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Yo creo que queda suficientemente aclarada la cuestión.

Señor Blanco, tiene usted la palabra.

EL SR. BLANCO GARCIA: Sí, gracias.

Yo iba a empezar casi por lo mismo, diciéndole que me parece muy bien que se reúna con las centrales sindicales, con los Colegios profesionales, con los

psiquiatras y con quien haga falta, pero poner la disculpa de la agresividad o no agresividad, pues los que estamos en política estamos para aguantar lo que haya que aguantar y si no nos vamos, dentro de, naturalmente, las leyes, las buenas maneras, las formas, lo que sea. Yo no lo planteo como el señor Ayllón, yo no he tenido ninguna agresividad con usted, ni verbal ni de otro tipo, lo único que no le felicité por el nombramiento, nada más. Pero, bueno, no es esa la cuestión. Ahora, si usted está planteando en esta comisión que no puede hablar con los grupos políticos, usted mismo se está cerrando las puertas. Usted lo ha dicho y yo lo dejo ahí. Por lo tanto, bueno es que reconozca que no ha hablado con los grupos políticos, que está haciendo las cosas un poco a su manera, o a la manera del Gobierno. Bien, si no es que sea bueno ni malo, es una manera de hacer las cosas, pero no es la manera como usted decía que había que hacer las cosas. Por lo tanto no es que recoja mi guante o no lo recoja, yo lo único que he hecho es recordarle lo que usted pensaba que había que hacer, y cuando lo ha podido hacer no lo ha hecho. Entonces me felicito de que ahora esté en mis manos ya el proyecto de decreto sobre la reestructuración de la psiquiatría, la salud mental y psiquiatría en Cantabria, y sobre otro tipo de cuestiones que dice que me va a mandar documentación.

EL SR. CONDE YAGUE: Las que usted quiera.

EL SR. BLANCO GARCIA: Yo no me refiero a crear una comisión para evaluar el escaner. Naturalmente eso no entra dentro de mis pretensiones. Pero sí tener los contactos oportunos como para que cualquier Gobierno, y en este caso este Gobierno, pues sepa cuál es la opinión por lo menos del Grupo Socialista, que es el que yo represento a la hora de hablar. Y yo creo que eso es bueno, porque al final los sindicatos tienen una opinión importante, los Colegios profesionales tienen una importancia social también y tienen todo lo que usted quiera, pero quien aprueba los presupuestos es la Cámara, que la conforman los grupos políticos que conforma la voluntad popular. Entonces a lo mejor es que estamos distorsionando, en base a una presunta agresividad, en la que ni entro ni salgo, pues estamos cuestionando las formas de hacer las cosas que siempre son portadoras de un contenido. Simplemente he expuesto algo que no me parece normal.

Solventado eso, por lo tanto, en esta reunión, y ya ha servido para algo la reunión, solventado ese asunto, vamos a algunos de los aspectos que sigo teniendo discrepancia con usted.

En el tema de la clínica de Reinosa, me dice: no, es que la empresa es la Diputación y se ha adjudicado en gerencia a otra empresa. Muy bien. Es lo que ocurre con Magefesa. GEMACASA es una empresa gestora de Magefesa, y se le han dado unos avales, unas subvenciones, que dice la Comunidad Económica Europea que no. Pues es exactamente lo mismo. No me haga un sofisma, señor consejero. Dice: en todo caso, como la empresa es la Diputación, las pérdidas son de la Diputación y se las pagamos a la Diputación. Bueno. ¿Y cuando tengan ganancias, también vienen para la Diputación?

EL SR. CONDE YAGUE: No es lo mismo.

EL SR. BLANCO GARCIA: ¡Ah!, o sea, cuando tenga ganancias, se quedan para el empresario privado; cuando tenga pérdidas, las paga la Diputación.

EL SR. CONDE YAGUE: Es que no se ha leído las bases.

EL SR. BLANCO GARCIA: Señor presidente, estoy en el uso de la palabra.

No, si es que no tengo que leerme ningún convenio, es lo que usted me está informando aquí, y a todos los Grupos. Es decir, la empresa es la Diputación, se le da la gerencia a otra empresa, cuando esta empresa tiene pérdidas, se le paga hasta 18 millones de pesetas, y cuando tiene ganancias, se queda esa empresa con ellas. Seguimos patinando, señor consejero, seguimos patinando. Por lo tanto seguimos con lo de siempre: la socialización de pérdidas y la privatización de las ganancias. Lo puede disfrazar como usted quiera, y es lo que ha dicho aquí. De todas maneras, insisto, sea la empresa la gerencia o sea la empresa la Diputación, las subvenciones de pérdidas de una empresa están netamente y claramente prohibidas por la Comunidad Económica Europea. No le digo más.

A partir de aquí, dice usted que si se establece un concierto con el INSALUD ya para la comisión de control de la calidad, que será una comisión tripartita; es decir, si hay un concierto con el INSALUD, quien establece los controles de calidad pues es la globalidad, ya establecida por decreto, con el propio Ministerio de Sanidad. Pero, bueno, son temas menores.

Lienres. Mire usted, no sé si usted ha venido aquí con el propósito de

descalificar al Director Regional. Dice usted que no. De acuerdo. El problema no es ese, si el problema es que en el debate de investidura se dijo: crearemos un gran centro de diagnóstico y prediagnóstico... (corte en la grabación). Eso es lo que está aquí, en el debate de investidura, y eso es lo que se le ha dado la vuelta. Por eso digo que usted lo que ha hecho es enmendar la plana a su propio Presidente, y el propio Presidente lo ha aceptado; por tanto se enmienda a sí mismo la plana. Conclusión que yo saco: que no nos podemos fiar de lo que se dice en un debate de investidura, porque al cabo de los años, por las razones que sean y que todos ya sabemos cuáles son, se endereza, y en este caso en la línea, digamos, que más de racionalidad, se endereza una situación. Y yo he puesto el ejemplo de Cabárceno. Pasado mañana cambian al consejero de Medio Ambiente y a lo mejor Cabárceno resulta que es una barbaridad; ya no se traen elefantes, se traen osos pardos. No lo sé. Y como usted dice que de momento el decreto de las plazas no sale en el Boletín, de momento, y que a lo mejor se pone una sección ahí, ¿y cuánto es la sección?, ¿cuántos médicos tiene esa sección?, ¿tiene unidad de quemados o no tiene unidad de quemados?, ¿esa sección es únicamente para poner unos injertos de piel o es para...?. Mire usted, eso de una sección, aquí pretenden ustedes engañar con el lenguaje?, y perdón por la expresión del engaño. Esa sección, ¿cuánto personal tiene?, ¿cuánto cuesta?. Es que usted no puede venir a decirnos aquí: a lo mejor se pone una sección. Todo para no desvincularse con las promesas hechas por el Presidente.

Lo ampara la ley. No. Aquello era una barbaridad, fruto del desconocimiento del Presidente y de las cabezas calenturientas del Director Regional y asesores del Presidente -ese es el problema político de quién sea asesor del Presidente-. Y digan: miren ustedes, es que vamos a hacer esto, esto y esto. Y se acabó, esa historia se ha acabado, se queda en el archivo, el Diario de Sesiones archivado, y punto. Dice textualmente: "la obligación de esta Comunidad Autónoma y de esta administración es llegar a acuerdos con las otras administraciones, en todo caso, y además, con el INSLUD". Y ratifica: "porque podríamos ir cada uno por nuestro lado", y al final dice: "y es que no podemos ir por otro lado". Claro que no. Me está dando la razón en la apreciación que yo digo, es que no pueden ir por otro lado. Y cuando el INSALUD se entera que están haciendo esa barbaridad, anunciada por el Presidente, corregida, por las razones que todos sabemos, pues el INSALUD dice: no, por aquí no.

Y vuelvo otra vez a Reinoso. No vayamos a seguir patinando en Reinoso, señor consejero. Y cuando esté hecho el desaguisado, entonces dice: no, es que ahora tenemos que volver otra vez por aquí, porque es que la idea genial que tuvo el Presidente, ahora secundada ya por el consejero de sanidad, pues hay que modificarla. Y volvemos a la política de caprichos que sigo diciendo constantemente que está haciendo este Gobierno; de caprichos, de "genialidades", entre comillas, y de despilfarro de dinero. Y usted ha reconocido que Liencres cuando yo he dicho que era un pozo sin fondo, usted lo ha reconocido, afortunadamente, por críticas de la oposición, porque el INSALUD se opuso, porque usted introdujo la racionalidad, o por lo que fuera, y el Presidente se encontró lúcido un día y dijo esto no puede seguir siendo así, pues se paró de invertir dinero. Pero nos ha costado, entre otras cosas, 500 millones de pesetas que iban destinados al saneamiento de la bahía.

Por lo tanto no venga usted diciendo que esto no es una pelea, que es que aquí ya hemos alcanzado la madurez y ya sabemos Liencres qué es lo que supone. No. Liencres era, efectivamente, un hospital privado, donde se quería hacer así como una clínica de la doctora Aglan, con estheticienne incluido, y esa era la idea del Presidente. Y no nos lo puede venir usted aquí a disimular, ni, hombre, a pensar que es que los demás no sabemos de lo que iba esta historia, ni de lo que va la historia reciente. Esta es la verdad de la situación, que se ha corregido en parte por muchas razones. Bienvenida sea esa corrección, porque nos iba a costar un ojo de la cara. Pero yo lo único que digo es que nos puede seguir estando costando en otras cosas, y en materia de sanidad, en concreto, he dicho una.

Toxicómanos. Ya se que los enfermos del SIDA hay que tratarlos en algún sitio, claro. No vamos a entrar en una discusión clínica; el efecto ventana, la aparición de la enfermedad puede tardar cinco, seis, siete, ocho años...

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Por favor, no entren en discusiones. Sigán con el tema política.

EL SR. BLANCO GARCIA: Mire usted, al final, con SIDA o sin SIDA, cuando haya que tratar lo del SIDA, tendrá que ir al hospital que tenga que tratarle, pero con SIDA o sin SIDA no alarmen ustedes a las comunidades de portadores de SIDA que no pueden ser asistidos ahí, porque sí pueden ser asistidos, según sus palabras. Por lo tanto, sí pueden ser asistidos hasta que tengan que ser asistidos del SIDA, para que nos entendamos todos.

Modelo. No nos gusta ese modelo que han empleado. Usted dice que no recluyen ahí a nadie. Mire usted, a mi me parece, al Grupo Socialista, tenemos como criterio a este respecto que la comunidad de tratamiento de los problemas de los toxicómanos cuando hay una crisis aguda es un hospital. Punto. Y cuando es la, llamémosle, desintoxicación, por llamarlo de alguna manera, la recuperación eso es el entorno social donde se desenvuelve la persona. Lo demás es hacer centros especiales para toxicómanos, que se han abandonado ya. Y añadido, a lo mejor dentro de diez años se vuelve a decir por la comunidad científica que eso es lo bueno, porque estamos, efectivamente, en mantillas. Pero de momento las unidades específicas para tratamiento de toxicómanos se han abandonado ya. Y ustedes han empezado a hacerlo, cuando se ha abandonado ya hace un par de años, por lo menos. ¿Esto qué quiere decir?. Conectado con lo de la comisión de planificación, no de planificación, de diálogo, quiere decir que si hay comunicación entre los grupos políticos, no con los sindicatos que no van a gobernar nunca, no con los Colegios profesionales que no van a gobernar nunca, no con los psiquiatras que no van a gobernar nunca, sino con los grupos políticos, que sí pueden llegar a gobernar, supone que este modelo puede ser cuestionado dentro de un año, dos años, tres años, cuatro años, con una inversión previa, todo porque no se ha llegado a una comunicación con los grupos políticos y un llámemosle consenso, o como le quieran llamar, sobre cuál es la forma de tratamiento de las toxicomanías en Cantabria, y el Plan Nacional de Toxicomanías. Nada más y nada menos significa eso.

Por último, el Plan de Urgencia. ¡Hombre!, pues pinten ya la furgoneta, porque yo la he visto ya como cuatro o cinco veces lo del SAMU. Y ahora vamos a lo serio: no estaría mal que también hubiese un Plan de Urgencias, no estaría mal. No con helicópteros, no el gran Plan de urgencias, no el gran laboratorio de experimentación, pero sí un Plan de Urgencias, señor consejero. ¿Que se seguirá llamando SAMU?. Bueno, pues porque está acuñado ya el nombre. Pues yo lo que le animo es a que se ponga en marcha ese Plan racional de Urgencias, que debe seguir existiendo, sobre todo teniendo en cuenta que dice que tienen un plan de carreteras. Pues con el plan de carreteras ya se puede adaptar el SAMU al plan de carreteras y a las autovías que dice también que va a hacer el Estado, y entonces ya podremos integrar las ciencias sociales en una ciencia médica y en atención a los pacientes.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Muchas gracias, señor Blanco. Señor consejero.

EL SR. CONDE YAGUE: Muchas gracias.

Yo reitero lo de la invitación al diálogo, y además encantado. No sé si de alguna manera podemos establecer el acuerdo en su momento de que ustedes formen parte de la comisión de coordinación sanitaria que hemos creado, junto con los demás. Entonces tenemos que hacer dos Juntas: una, porque desde luego yo también quiero que las centrales sindicales y los Colegios profesionales opinen, me parece que es muy importante y, por otra parte, podemos crear, yo no tengo ningún inconveniente, vamos, en eso no tengo ningún inconveniente, sino que tengo todo el interés del mundo en que cualquier tema sanitario y periódicamente nos reunamos para tratarlo. Por tanto existirán dos tipos de comisiones, porque naturalmente que esas otras organizaciones, a mi juicio, tienen una gran trascendencia y muchas cosas que decir, y de hecho muchas cosas han dicho y muchos conflictos hemos evitado gracias al diálogo que hemos sostenido.

Yo lamento de verdad, D. Jaime Blanco, que no se haya leído las bases de lo de la clínica Reinos, porque es que ahí viene especificado todo lo que es ganancias y pérdidas. Es decir, tenemos un mamotreto, y perdonen por la expresión, de bases, en las cuales hemos intentado atar todo. O sea, no es que las pérdidas las asuma la Diputación y las ganancias la empresa, ni muchísimo menos. Lo primero se dice que la empresa gestora ya digo que se ha gastado 60 millones en poner en marcha la clínica, que por cierto se inaugura el día 23, primer punto. Segundo punto: nosotros las pérdidas hasta 18 millones. Tercer punto: las ganancias, cuando se establezcan, se hace una tabla de reparto, y se dice: 10% para los gastos de gestión; 25% para renovación del material tecnológico de la clínica; el 25% para ganancia propiamente de la empresa, y el resto para la Diputación. Así, si no me equivoco, es como establecimos la tabla, que le repito: 10% para gestión, 25% para renovación tecnológica, 25% para beneficio de la empresa gestora, y el resto para la Diputación. Eso es lo que pone las bases y eso es lo que se va a hacer. Por tanto, no las pérdidas para la Diputación y las ganancias para la empresa, ni muchísimo menos.

He dicho que en esas bases la Comisión figura ya creada, no es que se diga para el futuro cuando el concierto con el INSALUD. Está creada una Comisión paritaria, empresa gestora-Diputación, con presidencia de la Diputación...

(Se produce un corte en la grabación).

No es ningún desaguizado la clínica Reinoso. No es ningún desaguizado, porque si fuese un desaguizado yo creo que tengo suficiente juicio, y los demás, como para no haberlo aceptado. He dicho: lo más que puede pasar es que se haga una inversión anual de 200 millones de pesetas por dar atención sanitaria a una comarca, como es Campoo. Si usted me dice que es un desaguizado eso, yo lo acepto; pero habrá que ver lo que dicen los de Reinoso. Eso no es un desaguizado. Sería un desaguizado si nos costara 5.000 o 3.000 o 2.000, pero es que nos cuesta 200. Además es que hay otra cosa que usted conoce, que debatido en un pleno de la Asamblea Regional, entre otros puntos, y además fue moción y por tanto votada, se aprobó que la clínica Reinoso se pusiera en marcha. Estará en el Acta de la sesión correspondiente. Con la abstención de ustedes, pero no con el voto negativo, abstención, y con la aprobación de los demás. Por tanto que se haya abierto Reinoso creo que es un éxito, del que nos debemos de felicitar todos los Grupos, porque todos estábamos de acuerdo, con la única excepción de ustedes, que tampoco estaban en desacuerdo sino simplemente en la abstención. Yo no me he traído el acta de sesiones, pero está.

Lo del SIDA es un tema científico. Yo creo que he aclarado que el VIH positivo es una cosa, la enfermedad es otra. Yo creo que los VIH positivos no son enfermos y pueden no enfermar nunca, o pueden enfermar a los 20 o 25 años. Porque, claro, no se han hecho estudios prospectivos suficientemente largos como para saber si todos los VIHs enfermarán; pasa como con los virus de la hepatitis, etc. Por tanto, cómo no se va a poder atender a los VIH, claro que sí. Lo que sí que habrá que tener, naturalmente, es unas normas para evitar el contagio, eso está claro. En eso yo creo que estamos de acuerdo y va a ser así.

En cualquier caso, mire, que lo de Pedrosa es objeto de discusión en cuanto a utilidad como comunidad terapéutica, etc., para el futuro, otros posibles gobiernos, etc., es posible, o incluso para el mismo Gobierno. Pero vuelvo a insistir en lo mismo que le he dicho: y los talleres ocupacionales

¿alguna vez se perderán?, ¿no serán necesarios talleres ocupacionales de reinserción de jóvenes marginados?. Por tanto la inversión nunca será una inversión ficticia y mal hecha. Unicamente se podrá rectificar el objetivo, sin modificar el costo. Porque es que lo único que existe en la comunidad o son talleres ocupacionales y luego una serie de habitaciones para que los que están allí pues duerman, y no hay más; por tanto, eso es utilizable para lo que ustedes quieran. Si se rectifica, talleres ocupacionales, y habrá que crear más. Por tanto creo que es una muy buena inversión, porque insisto que el costo ha sido de 208 millones de pesetas, incluido todo.

De acuerdo en lo del Plan de Urgencias. Hay que hacer un Plan, lo he dicho antes, lo he esbozado. He dicho, y repito, con la puesta en marcha de los centros de salud, de la infraestructura, en definitiva, de los consultorios rurales y de los hospitales de área, se modifica el concepto de urgencias. Eso está claro. Por tanto habrá que hacer un Plan de Urgencias adaptado a las nuevas circunstancias. Y yo acepto su sugerencia de que nos pongamos manos a la obra ya. ¿Elaborarlo junto con el INSALUD?. Pues sí, efectivamente. Entre otras muchas cosas que tenemos que hacer, una importante es ésta.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): El Grupo Popular tiene la palabra.

LA SRA. DIAZ VILLEGAS: Gracias, señor presidente.

Nuestro Grupo también quiere, al igual que han hecho los portavoces de los demás Grupos Parlamentarios, agradecer la presencia en esta Comisión del señor consejero y de los altos cargos de su departamento.

Valorar que esta comparecencia ha sido a petición propia, lo cual demuestra por parte del señor consejero interés en mantener informados a los Grupos Parlamentarios en el foro donde yo creo que de verdad debemos de recibir esa información. Y en esto discrepo con el señor Blanco, que antes comentaba que lo aquí expuesto, pues su Grupo ya tenía conocimiento de ello, que su Grupo Parlamentario de algunos aspectos tenía conocimiento, de otros a medias, y de otros lo ha conocido aquí. Pero en cualquier modo, en este momento todos estos datos tienen una oficialidad que hasta ahora no tenían.

En cuanto a su exposición, consideramos que ha sido brillante, pormenorizada y sobre todo clara, con lo cual creemos que ha sido enormemente

positiva. Estamos totalmente de acuerdo con la política sanitaria que ha expuesto, tanto en el ámbito de la atención primaria, como de la atención hospitalaria, como de la atención psiquiátrica, porque consideramos que de esta forma, con esta política que aquí ha expuesto, se da una equilibrada cobertura a las necesidades que en materia sanitaria tiene planteada esta región.

Decir también que estamos plenamente de acuerdo con el destino que se le va a dar al hospital de Liencres. Y a la vista de los datos y de las cifras que aquí el señor consejero nos ha expuesto, consideramos que no era conveniente ni era viable el proyecto que existía.

Por tanto, señor consejero, cuenta con nuestro apoyo y con el apoyo del Grupo Popular para llevar adelante la política sanitaria que aquí nos ha expuesto.

Nada más. Gracias.

EL SR. CONDE YAGUE: Muchísimas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Díaz Rodríguez): Muchas gracias, señora portavoz del Grupo Popular.

Yo creo que está suficientemente debatido y agotado el tema. Por lo tanto, buenos días y muchas gracias por su asistencia.

(Se levanta la sesión a las quince horas y veinte minutos).
