

# DIARIO DE SESIONES



## DE LA ASAMBLEA REGIONAL DE CANTABRIA

---

Año VI — II LEGISLATURA — 21 marzo 1988 — Número 24 B Página 1202

---

Presidente:

ILMO. SR. DON RICARDO CONDE YAGUE

COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO, CELEBRADA EL  
DIA 14 DE MARZO DE 1988.

COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO,  
CELEBRADA EL DIA 14 DE MARZO DE 1988.

\*\*\*\*\*

ORDEN DEL DIA

- Comparecencia, aplazada en su día, del Director Regional de Sanidad para informar a la Comisión del Plan Regional de Urgencias y otros proyectos de su responsabilidad.

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Si les parece, vamos a dar comienzo a la reunión que esta Comisión de Política Social y de Empleo va a celebrar. Accidentada reunión al menos en sus avatares de convocatoria, como todos ustedes conocen, pero hoy tenemos la suerte de tener con nosotros al señor Director Regional de Sanidad, D. Enrique Hormaechea.

La comparecencia, como ustedes saben, es a petición del Grupo Parlamentario Socialista, con el objetivo prioritario de que informe a esta Comisión sobre el estado actual y futuro, y pasado también, del SAMU, así como de los proyectos más importantes que la Dirección Regional de Sanidad tiene previstos en política sanitaria.

Antes que nada, yo agradezco profundamente al Director Regional su presencia con nosotros, y cuando quiera tiene la palabra.

EL SR. HORMAECHEA CAZON: Voy a hacer una breve exposición de cómo está el proyecto y, como ha dicho el señor Presidente, voy a hacer un poco un recuerdo histórico de todo el desarrollo del mismo.

El Plan Regional de Urgencias de Cantabria es probablemente uno de los programas de actuación en sanidad que más polémica ha suscitado y, en mi opinión, sobre el que más incomprensión existe. Este choque se debe fundamentalmente a un desconocimiento del mismo; desconocimiento del que no me siento responsable, ya que he procurado exponer su contenido todas las veces que me ha sido posible. Y digo que en mi opinión las críticas a este proyecto se basan en un desconocimiento de su contenido por las siguientes razones:

- En primer lugar, el citado proyecto se basa en modelos experimentados con éxito en gran número de países desde hace casi 20 años.
- En segundo lugar, sigue las recomendaciones de organismos nacionales (Gobierno Federal de Estados Unidos, Gobierno Federal de la República Federal Alemana, Ministerio de Sanidad de la URSS, etc.); internacionales (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud) sobre este tema.
- En tercer lugar, constituye un modelo sobre el que se están desarrollando otros programas regionales en España
- En cuarto lugar, constituye, asimismo, un modelo sobre el que el propio Ministerio de Sanidad basa sus proyectos.

En fin, que parece difícil que el problema esté en el proyecto mismo y, por lo tanto, creo que los problemas desencadenados a nivel de Cantabria se deben, insisto, a una falta de información.

Lo que sí es real es que han existido críticas y oposición a este proyecto, las cuales han dificultado su desarrollo hasta conducirlo a la situación actual, situación que comentaremos posteriormente.

Dado que este proyecto se inició por mí antes de estar en la Administración Regional, es responsabilidad mía más directa en este momento por el cargo que ocupó, y cuando es de prestar servicios a la Administración Regional, seguiré haciendo todo lo posible para que se lleve a cabo. Les ruego me disculpen si en la exposición uso frecuentemente la primera persona y parece que refleja un excesivo protagonismo personal.

Asimismo, ruego disculpen la extensión del informe, pero deben de comprender que si desde mi punto de vista uno de los obstáculos con que se enfrenta este proyecto es el de su deficiente conocimiento o difusión, me gustaría en estos momentos paliar en lo posible tal situación.

Vamos a comentar un poco, como he dicho, los antecedentes históricos.

Desde el momento en que terminé la licenciatura en Medicina y Cirugía en 1969 y comencé a trabajar en atención médica directa, tuve la sensación de que uno de los problemas peor solucionados era la asistencia médica de urgencia. La sensación que tuve entonces, y que por desgracia sigo teniendo diecinueve años después, es que este tipo de asistencia carece en absoluto de organización. Todo está dejado a la improvisación y no existe ningún tipo de control sobre la efectividad o eficiencia de los medios empleados o de los resultados obtenidos.

En base a esta preocupación, con una beca de la Seguridad Social, me desplazé en 1974 al Centro de Investigaciones Traumatológicas del hospital... (no se entiende) de París. Allí pude analizar el funcionamiento del sistema de coordinación de la asistencia médica de urgencia francés (SAMUF) y de sus unidades de asistencia médica. Posteriormente tuve la oportunidad de ampliar estos conocimientos tanto en otros centros del SAMUF de París como en Lyon. Se estableció entonces una relación de colaboración de gran interés con el profesor Martínez Almoinar, uno de los pioneros y responsables del SAMUF de París. Así, gran parte de las ideas en que se basa este proyecto han sido desarrolladas con su colaboración, colaboración que se mantiene en el Centro de Estudios de Medicina de Urgencia, que posteriormente comentaremos.

En base a estas experiencias, a mi vuelta a España se realizó un primer estudio de cómo podría establecerse un sistema de coordinación de la asistencia médica de urgencia en Cantabria -estamos hablando del 74-.

Planteamos un programa de colaboración entre Cruz Roja, Dirección Provincial de Tráfico, Seguridad Social y Hospital Marqués de Valdecilla. Este proyecto fue presentado al Primer Congreso Internacional sobre accidentes de tráfico en el mes de junio del 75. Sin embargo, a pesar de que los planteamientos eran muy sencillos, no hubo forma de que cuajara la colaboración y el proyecto quedó en eso, en proyecto.

En 1977-78, con una beca de la Fundación del AMO, estuve realizando en una clínica.... (no se entiende) para pacientes críticos, en la Universidad del Sur de California, en Los Angeles. Obviamente este servicio tenía una estrecha relación con los servicios de urgencia. Por ello estudié el funcionamiento de los mismos, en especial el programa llevado a cabo en el Hospital Reina de Los Angeles en relación con el análisis de electrocardiogramas transmitidos vía radio y el valor práctico de ese sistema.

En 1983 la Sociedad Española de Medicina Intensiva decidió crear una Sección de Asistencias Hospitalarias, de la cual fui nombrado coordinador. La primera actividad de esta Sección fue elaborar una memoria sobre coordinación de la asistencia médica de urgencia. Esta memoria fue analizada en la primera reunión hispano-francesa en la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias, en el mes de abril del 83, y con las modificaciones nacidas del análisis y discusión de este proyecto, dicho proyecto fue presentado al Ministerio de Sanidad el 4 de mayo del 83. Esta memoria se denominaba "Plan de Asistencia Sanitaria de Urgencia" y más adelante volveremos a comentar su importancia.

Este mismo mes de mayo del 83 se tuvieron los primeros contactos con la Consejería de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social de la Diputación Regional de Cantabria, encargándoseme un informe sobre la posibilidad de establecer un sistema de asistencia médica de urgencia en Cantabria.

Se realizó este estudio y en base al mismo, en junio de 1983 me es encargado por los responsables de la citada Consejería la elaboración de un proyecto definitivo para la organización de la asistencia médica en Cantabria, para cuyo fin se habilita en los presupuestos del 83 ocho millones de pesetas.

De todo lo que voy diciendo tengo documentación, por si acaso alguien quiere ver algún dato, o algún convenio.

Para la realización de este estudio se formó un grupo de trabajo de doce personas: un economista, un abogado, un especialista en informática, seis médicos, dos auxiliares administrativos y yo mismo como coordinador. Este equipo estuvo trabajando desde el 1 de agosto del 83 hasta el 31 de enero del 84, entregándose finalmente el proyecto en el mes de febrero. Este proyecto constaba de un volumen descriptivo del mismo y de doce volúmenes con los anexos -están los índices aquí por si tienen interés-.

El esquema del mismo es el siguiente, del trabajo que se ha realizado en este momento; se analiza la situación de infraestructura y funcional de todos los servicios u organizaciones dedicados a la asistencia médica de urgencia en Cantabria; se estudian los sistemas de asistencia médica de urgencia de diferentes países (Estados Unidos, Suecia, República Federal Alemana, Francia, Holanda y otros); se propone un ensamblaje de lo teóricamente adaptable de unos países, de todos estos países, a la situación de Cantabria, para en varias fases llegar a un servicio de asistencia médica de urgencia eficiente.

Las áreas a desarrollar eran las siguientes: una central de coordinación, control y comunicaciones con toda esta infraestructura; servicio de urgencia del Hospital Marqués de Valdecilla y otros servicios periféricos; sistema de transporte; programas de formación.

Pues bien, este es el proyecto que se presentó a la Diputación Regional de Cantabria en cumplimiento del encargo realizado y con lo cual se finaliza la primera parte de este programa.

Estudiado el proyecto por el Consejo de Gobierno de la Diputación Regional de Cantabria, se acuerda el inicial desarrollo del mismo. Sin embargo, los presupuestos destinados durante los años 1984 y 1985 fueron totalmente insuficientes para el ritmo que precisaba este desarrollo (20.400.000 en 1984 y 15 millones en 1985).

Ya hemos comentado que de forma esquemática las áreas de actuación eran las siguientes: central de comunicaciones y su infraestructura; servicio de urgencia del Hospital Marqués de Valdecilla; sistema de transporte; programas de formación.

Pues bien, al iniciar las actuaciones surgieron los primeros problemas, añadidos al escaso presupuesto. El más importante se produjo en relación a la sede o ubicación de la central de comunicaciones. Como ustedes sabrán, en los terrenos de la Residencia Sanitaria de Cantabria se construyó un edificio para situar en él la guardería del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, finalidad que nunca cumplió. En este momento el edificio llevaba literalmente abandonado varios años, y se negoció con el entonces director del INSALUD, señor La Mata, su cesión para ubicar allí la citada central y un terreno anexo al helipuerto, basado el proyecto en el modelo alemán. Pues bien, se aceptó por el INSALUD esta idea hasta el punto que se dieron los siguientes pasos:

- En primer lugar, el arquitecto del INSALUD, señor Mingo, redactó un proyecto en base a las necesidades expuestas por nosotros, proyecto que convertía el abandonado edificio de la guardería en un sitio idóneo para la central y centro de coordinación funcional del SAMU de Cantabria.
- En segundo lugar, se encargó a un ingeniero aeronáutico el proyecto de un helipuerto en ese edificio, proyecto que es recibido con los beneplácitos reales, por los ingenieros aeronáuticos, ... de Aviación Civil, etc.
- En tercer lugar, se inició el estudio de las comunicaciones, teniendo como base el edificio citado.
- En cuarto lugar, se realizó un estudio de seguridad para el edificio y el helipuerto.

Cuando ya estaba todo en marcha, tal y como lo hemos explicado, el INSALUD provincial se vuelve atrás y decide cambiar el destino del edificio de la guardería y dedicarlo a centro de salud. Este hecho supuso un contratiempo muy importante, dando lugar a una considerable pérdida de tiempo y de dinero. Como veremos a lo largo de mi exposición, no ha sido éste el único contratiempo serio del proyecto que estamos estudiando.

Visto lo referente a la central, pasemos a analizar los otros puntos.

En lo que se refiere al sistema de transporte, el pilar básico estaba previsto en ese momento que fuera la Cruz Roja, si bien con determinadas matizaciones, que podemos comentar si son de su interés. En este punto también

aparecieron unos problemas, derivados, por una parte, de una situación de conflicto interno dentro de la Cruz Roja y, en segundo lugar, a una falta de acuerdo entre Cruz Roja y el INSALUD para el transporte sanitario. Todo ello nos hizo desistir de establecer una dependencia excesiva de este organismo y buscar soluciones alternativas, que luego comentaremos, y fundamentalmente se refiere al transporte terrestre.

En cuanto al transporte aéreo, dado su coste y problema de operaciones, se mantuvieron contactos con diferentes organismos oficiales: SAR, Guardia Civil, Policía Nacional y Servicio de Vigilancia Aduanera.

Con la Policía Nacional inicialmente parecía factible llegar a un acuerdo, de hecho se tuvo una reunión con el director de todo el programa de helicópteros de la Policía Nacional, nos dijo que sí, se preparó para la firma y al poco tiempo nos llamaron diciendo que no. Pero después de varias reuniones se dio una explicación clara .....(no se entiende).

Con el Servicio de Vigilancia Aduanera se negoció durante varios meses y todo parecía indicar que se iba a llegar a un acuerdo, hasta el punto de que se preparó un borrador. De hecho, el borrador lo preparó el propio Director General de Vigilancia Aduanera. Luego nos comunicaron que no tenían presupuesto ese año y entonces se paró también.

Todo esto, sin embargo, como ustedes pueden comprender, produjo un importante retraso en todo el proyecto.

Por lo que se refiere a programas de formación, sí que podemos decir que se realizaron avances, al menos que se pusieron los cimientos para llegar a la situación actual, que más tarde analizaré y que creo francamente importante.

Podría resumir las actividades de 1984-85 en los siguientes puntos -en el área de programas de formación-: se realizó un Seminario en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, de Santander, sobre asistencia médica de urgencia, implicaciones sanitarias, económicas y sociales, en junio del 84; se realizó también un Simposium Internacional sobre asistencia médica de urgencia y planificación regional; se asistió a la Conferencia Internacional sobre la ..... cardiopulmonar, estableciéndose contactos con el American Hall para la implantación en Cantabria de los programas de ..... cardiopulmonar básica y



avanzada, se asistió a los cursos de .... avanzada en traumas, del Colegio americano de ....., con el fin de establecer estos cursos en Cantabria; se realizaron las primeras adquisiciones de material docente y se han hecho los primeros cursos de medicina de urgencia en la Escuela de Enfermería .

Por último, vamos a entrar en el tema del servicio de urgencias del Hospital Marqués de Valdecilla, sobre el que existe también bastante confusión.

Como dije anteriormente, uno de los aspectos que contemplaba el proyecto era el de los servicios de urgencia. El eje básico era el servicio de urgencia del Hospital Valdecilla, ya que este servicio debe ser el servicio de urgencia del área de Santander, más el servicio de referencia de las otras tres áreas sanitarias.

El servicio de urgencia de este Hospital nació muy insuficiente, ya que cuando su inició tenía cuatro boxer de exploración y seis camas de observación y hospitalización temporal. La primera reforma se realizó siendo yo responsable de este servicio en 1975, y cambió a seis boxer de exploración y dos boxer de traumatología -se dobló prácticamente-. Asimismo, se ubicaron en el área de urgencia una sala de radiología y una de suturas. Esto mejoró la asistencia, pero solo de forma temporal. Téngase en cuenta que la evolución del número de urgencias ha sido el siguiente: en 1975 hubo 26.000 urgencias aproximadamente, en el 87, 90.000. Por lo tanto, era necesario plantearse una reforma completa en el área de urgencias, de forma que ya se planteó siendo director el doctor López Vélez.

Pues bien, nos encontramos en la siguiente situación: necesidad de una reforma del servicio de urgencia del Hospital Valdecilla; necesidad de ubicación para la central de comunicaciones del SAMU.

Así, pues, se planteó al INSALUD y a la Dirección de Valdecilla la siguiente posibilidad: la Diputación Regional colaboraba en la reforma del servicio de urgencia, y a cambio se cedía la planta de helipuerto, el bloque de traumatología para ubicar la central. Es decir, que la planta de helipuerto siempre estuvo previsto que fuera destinada a este fin y para ello se construyó, sin embargo, en la época en que fue director del Centro el doctor Llamazares se cedió para oncología y la unidad del dolor, cosa a la que siempre nos opusimos por parecernos totalmente irracional.

Pues bien, en base a estas ideas se llegó a un acuerdo en los siguientes términos: primero, se realizaba la reforma del servicio de urgencias, reforma que constaba de dos fases: la propia del servicio de urgencia, y las áreas de apoyo (radiología, sutura, trauma, etc); la Diputación Regional financiaba la reforma del servicio de urgencia y el Hospital se encargaba del resto de la obra y del montaje del servicio. Esta reforma incluía la reparación y puesta a punto del área de superficie. En segundo lugar, el Hospital cedía en uso para la central del SAMU la planta helipuerto.

Vamos a ver cuál ha sido la realidad de todo esto.

La Diputación Regional financió la reforma del servicio, con un total de 96.775.836 pesetas. Con esta reforma, este servicio pasa a tener 19 boxers de exploración, 12 camas de hospitalización temporal, aparte de lo que ya había de dos boxers de trauma, suturas y radiología. Además, otras muchas mejoras en infraestructura y áreas de apoyo. El Hospital Valdecilla, si se quiere el INSALUD, no ha iniciado aún las obras del resto del área de urgencia, que es lo de radiología, sutura, etc. El plan de montaje acordado era de unos 45 millones de pesetas, pero sólo se han invertido 10 millones. De la planta helipuerto, que tiene .... (no entiende).

Sin embargo, y esto se repite a lo largo de toda la historia de este proyecto, todas las críticas han sido para la actuación de la Diputación Regional, que lo único que ha hecho es: en primer lugar, cumplir un compromiso a pié de la letra y, en segundo lugar, dotar al único hospital existente en esta Comunidad Autónoma del mejor servicio de urgencia hospitalaria de Cantabria. Si esto es motivo de crítica, creo que estamos perdiendo el sentido de la realidad.

Estas fueron fundamentalmente las actuaciones durante 1984 y 1985.

La siguiente fase o las siguientes fases las podríamos dividir en dos: establecimiento de la infraestructura, fase que se desarrolló en gran parte de 1986, e inicio del servicio, lo cual se realiza en 1987.

En 1986 estaba previsto para este proyecto un presupuesto de 200 millones de pesetas; sin embargo, esta cantidad se rebaja finalmente a 100.500.000 pesetas. Si tenemos en cuenta que de esta cantidad, 72.760.836 están

comprometidas para las obras de reforma en el servicio de urgencia, comprenderán las limitaciones y la imposibilidad de iniciar el servicio en el 86. Por lo tanto, durante este año las actividades realizadas se centraron en lo siguiente:

- Primero, central de comunicaciones. Como hemos dicho anteriormente, la ubicación de la misma estaba decidido fuera la planta helipuerto del edificio de traumatología del Hospital Valdecilla. Ahora bien, una idea que teníamos desde el inicio del plan era la de que este central fuera un centro de coordinación de todo el equipo de urgencias, que funcionara con un teléfono único de tres cifras. Por ello establecimos contacto con Protección Civil, manteniendo varias reuniones con responsables de este organismo en Madrid. Finalmente, y gracias a la colaboración del Director General de Protección Civil, y tanto del actual Delegado del Gobierno en Cantabria como del anterior, se llega a un acuerdo de coordinación por el cual se crea un centro único de comunicaciones, cuyo acceso es el 006 y cuya ubicación es la citada planta helipuerto. Este acuerdo es firmado finalmente por las tres partes: Director Provincial del INSALUD, Delegado del Gobierno en Cantabria, Director General de Sanidad, en el mes de noviembre del 86.

Como podrán ver ustedes, cada paso que se ha dado en el desarrollo de este proyecto se apoyaba en acuerdos de colaboración con las partes implicadas, buscando una óptima aplicación de todos los medios y tratando de evitar duplicidades de inversión o servicios. Insisto en esto porque a veces se ha dicho que este proyecto se iba a realizar totalmente a la ligera y que no tenía ningún apoyo en la realidad.

Siguiendo con el tema de la central, y con este tema fundamentalmente resuelto, se realizaron otra serie de actuaciones.

En primer lugar, se hizo un estudio del sistema de comunicaciones. Este sistema se basaba en radio, teléfono, buscapersonas y telex. Asimismo se estudiaron las conexiones de esta red con la de Protección Civil, etc. Dadas las limitaciones presupuestarias, el área a cubrir, si bien por teléfono era toda la región, por radio se estimó oportuno cubrir lo siguiente: el área de Santander y sus alrededores y el área de Liébana. En cuanto a la primera de las áreas, por ser la que más población cubría, y en la que se iba a iniciar la fase asistencial en el 87. En Liébana se pensó por sus características de

distancia y orográficas, que hacía que en ocasiones tuvieran problemas de comunicación telefónica. Dentro de las limitaciones citadas, se elaboró el proyecto y se adjudicó a la empresa SIMANS.

Asimismo se estudió el soporte informático del programa, el cual ya había sido estudiado en profundidad en el proyecto inicial. Sin embargo, la situación económica no permitía ir a la solución pensada inicialmente. Por ello se decidió la adquisición de dos ordenadores personales por las siguientes razones. Primero, podrían ser el soporte inicial del servicio, uno de ellos como banco de datos y el otro para gestiones, no suponían una gran inversión y, por tanto, era asequible, y, en tercer lugar, si posteriormente se desarrollaba el programa informático definitivo, siempre podrían tener utilidad allí o en otro servicio.

Asímismo se estudió el diseño operativo de la central, no solo como central del SAMU, sino como funcionamiento conjunto... (no se entiende).

Decidido este esquema operativo y su soporte mínimo, se solicitaron al Ministerio de Transportes y Comunicaciones la frecuencia por radio para este servicio. Veremos posteriormente cómo la concesión de estas frecuencias es un factor importante en el proyecto.

Asimismo se acordó con el servicio de mantenimiento del Hospital Valdecilla la de tipo de obras que habría que realizar para el acondicionamiento de las dos habitaciones que nos iban a ser cedidas inicialmente.

En segundo lugar, se siguió con los programas de formación. En este sentido, en el 86 se realizaron las siguientes actuaciones:

- Adquisición de material docente, prácticamente se completó el material que se consideraba necesario para los programas de formación.
- Se continuó la celebración de cursos, tanto para ATS y diplomados en enfermería como para médicos.
- Se hizo un proyecto para el Fondo Social Europeo. Este fue un proyecto que se realizó, como digo, para el Fondo Social Europeo en el área de nuevas

profesiones. Este proyecto desarrollaba lo que denominamos "programa para la formación de auxiliares técnicos de transporte sanitario". Este programa pretendía la profesionalización del personal de ambulancia, de manera semejante a los denominados ambulancieros franceses o a los técnicos en medicina de urgencia básicos en Estados Unidos. Dicho proyecto fue presentado al Fondo Social Europeo, aprobándose la memoria y concediéndose su realización a Cantabria. Este proyecto fue homologado por el INEM y, por tanto, es el único que existe en este momento en España con capacitación de personal de ambulancias. El primer curso se inició en el 86, terminándose en el 87, y estamos pendientes en este momento de que por el INEM se hayan hecho todos los trámites para hacer otro curso este año.

- Becas para la formación de profesores en Estados Unidos. Dada la práctica nula implantación de la formación de medicina de urgencia en España, uno de los mayores problemas a los que teníamos que enfrentarnos era a la falta de profesores. Ya se habían realizado algunas actuaciones en este sentido, pero aún no eran suficientes, por lo que se estableció contacto con la Universidad de ....., de Washington, para estudiar la forma de que colaboraran con nosotros en los programas de formación. En base a estos contactos se establecieron las bases para un posterior acuerdo de colaboración. Estas bases eran las siguientes: tres médicos de Cantabria serían admitidos ... (no se entiende); posteriormente, una persona con los suficientes conocimientos de inglés se desplazaría a dicha Universidad para trabajar con la coordinadora de los cursos, con el fin de aprender la metodología y su organización; por último, la coordinadora de los cursos de la Universidad se desplazaría a Santander para colaborar en la organización de los primeros cursos y comprobar "in situ" que existía material y personal suficientemente cualificado para cerrar el acuerdo de colaboración. Cumplido lo anterior, si el informe era favorable, se procedería a la firma del acuerdo de colaboración. En base a estas líneas de trabajo se convocaron tres becas para realizar en Washington estos cursos. Becas que fueron publicadas en el Boletín Oficial de Cantabria el 22 de octubre del 86.

#### Contratos de personal.

Entramos ahora en unos de los puntos que más conflictos ha planteado, en especial con el Colegio de Médicos. Dado que, en mi opinión, las críticas que

recibe la Diputación Regional en relación con este tema ha sido completamente injustas e injustificadas, procuraré exponer con la máxima claridad los hechos.

Como ustedes comprenderán, este proyecto no podía funcionar sin personal y, por otra parte, no existía personal formado específicamente para esa actividad asistencial. Por ello y teniendo como objetivo aprovechar todas las fuentes de financiación posibles, en virtud de unos convenios de colaboración entre el Ministerio de Trabajo y la Diputación Regional de Cantabria, firmados con fecha 10 de enero del 86, e INEM-Diputación Regional de Cantabria, de fecha 22-7-86 para la contratación de mano de obra desempleada subvencionada por el INEM y de acuerdo con la normativa contemplada en la Orden Ministerial de 21 de febrero del 85, a la Diputación Regional de Cantabria corresponde la aprobación de una serie de memorias, presentadas conforme a lo indicado en la base quinta, apartado dos, de la citada Orden Ministerial.

La Dirección General de INEM otorga subvenciones a varias obras y servicios, entre los que se encuentra el Plan Regional de Urgencias de Cantabria, con arreglo a las siguientes condiciones: cuatro meses de duración, 27.212.121 pesetas subvencionadas por el INEM para mano de obra desempleada y contratación de 36 trabajadores, incluidos 15 médicos.

La Diputación Regional de Cantabria, y siempre de acuerdo con la Orden Ministerial del 22 de febrero del 85, base séptima, apartado uno, que textualmente dice "la entidad colaboradora solicitará de la Oficina de Empleo correspondiente los trabajadores necesarios por medio de oferta genérica", se solicita de la Oficina de Empleo de Santander, mediante oferta de empleo genérica, estos treinta y seis trabajadores. La distribución era la siguiente: 15 médicos, 15 ATS, 4 radiotelefonistas y 2 auxiliares administrativos. No se realiza oferta nominativa alguna, aún cuando legamente se puede realizar así un 20 por ciento del total de las plazas. Es decir, que legalmente nosotros podríamos haber dado una lista con el 20 por ciento, diciendo: que se contrate a éste, a éste y a éste. No dimos ninguna.

Siguiendo la tramitación habitual, la Dirección Provincial del INEM envía mediante ficha la relación del personal seleccionado, entre ellos los 15 médicos, y la Diputación Regional realiza la contratación en práctica de las personas que figuran en la relación mencionada -la tengo, por si la quieren ver-.

Por lo tanto, todo se ha realizado dentro de la más estricta legalidad y las acusaciones de que estos contratos se hicieron a dedo, perdonen la expresión, pero me parece una tontería. Si el Colegio Oficial de Médicos tiene desde hace tiempo un problema con el INEM en relación ...

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Ruego al señor Director Regional que esa palabra de "tontería" la retire, por favor.

EL SR. HORMAECHEA CAZON: La retiro.

Si el Colegio Oficial de Médicos tiene desde hace tiempo un problema con el INEM en relación a los listados del paro y los criterios de selección para puestos de trabajo, lo que tiene que hacer es resolverlo con el INEM y no mezclar a nadie más en su propios conflictos.

Como habrán podido observar, al Colegio Oficial de ATS y diplomados en enfermería le ha parecido correcta la actuación, y ha sido exactamente la misma.

Los acuerdos citados contemplaban una aportación al 50 por ciento INEM-Diputación. Es decir, que se acordaba un contrato de ocho meses, con la financiación citada, cuatro meses pagaba la Diputación y cuatro meses el INEM. Así, pues, se preparó un programa de formación teórico-práctica de este personal para este período, que abarcaba del 1 de septiembre del 86 a 30 de abril del 87. En este programa de formación, y previo los correspondientes acuerdos, están implicados el Hospital Valdecilla y Protección Civil. Como pueden ustedes ver, cada paso que se da en el desarrollo de este proyecto está perfectamente estudiado y acordado por todas las instituciones implicadas. Es decir, para estos programas de formación se hizo un acuerdo firmado con el Hospital y Protección Civil, como digo.

El esquema temporal se estaba cumpliendo, con el fin de tener completada toda la infraestructura en el mes de mayo del 87, fecha en que el personal estaría cualificado para actuar.

Un punto importante a resolver era el tema de los conductores de las ambulancias. Siempre con la idea de aprovechar al máximo los medios

existentes, se plantea la oportunidad de que estas ambulancias, dependientes directamente del SAMU, fueran conducidas por los bomberos municipales, tal como se hace en muchos países de Europa. En este sentido, se establecieron contactos con el Ayuntamiento de Santander y se llegó a la elaboración de un protocolo de acuerdo de colaboración, el cual fue aprobado por la Comisión Municipal de Gobierno de dicho Ayuntamiento el 26 de diciembre del 86. Así, pues, otro punto que quedaba acordado por escrito para el desarrollo del proyecto.

Como comentario puntual les diré que el día 24 de octubre del 86 se realizó el simulacro de actuación de emergencia en el aeropuerto de Santander. Este simulacro, desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, fue proyectado y realizado por el personal contratado al SAMU, que estamos formando en este momento.

Pues bien, en las conclusiones del grupo observador crítico, que es un grupo internacional, figura literalmente lo siguiente: "en lo relativo a la actuación sanitaria de exterior, la coordinación general, los tiempos de respuesta, la asistencia a los heridos y el registro de los mismos, resultaron altamente eficaces". Esta era la tercera experiencia que se hacía en España, se habían hecho en Valencia y en Palma, y ésta fue la mejor. O sea, que parece que estamos formando de manera adecuada al personal.

#### Inicio del funcionamiento.

Esta fase corresponde al 1987 y se desarrolló de la siguiente manera, que exponemos.

En cuanto al personal, ya hemos comentado que tenía previsto finalizar su programa de formación el 30 de abril y, por lo tanto, la fecha prevista de comienzo del servicio era el mes de mayo. Esta fecha nos permitía tener un período de enero a mayo, durante el cual se llevaría a cabo lo siguiente:

- Aprobación de los presupuestos. Del estudio económico realizado para la financiación del funcionamiento del SAMU de Cantabria en el 87 se dedujo una financiación del INSALUD de 140 millones de pesetas, cantidad que figura en las transmisiones presupuestarias de la Dirección Regional de Sanidad. Sin embargo, en los presupuestos aprobados sólo se consignó una cantidad igual que



la del año anterior, es decir, 100.500.000 pesetas, por lo que nuevamente iniciamos otro año el proyecto con limitaciones.

- Montaje y entrada en funcionamiento de la central de comunicaciones. Este punto planteó problemas de diversa índole, que vamos a comentar. En primer lugar, los locales estaban ocupados por la oncología y la unidad de dolor, por lo que era necesario cambiar la ubicación de estos servicios. Esto se retrasó y finalmente sólo se desplazó la oncología, quedando dos despachos, que se destinaron: uno a Protección Civil y otro a SAMU, y posteriormente quedó libre otro despacho. En estos despachos fue necesario realizar una serie de obras de adaptación (instalaciones eléctricas, etc.). Gran parte de ellas fueron realizadas por el servicio de mantenimiento del Hospital, cosa que agradecemos enormemente. Sin embargo, para la instalación de la central de Protección Civil existieron problemas, ya que el presupuesto de este organismo y, por lo tanto, su contrato con Telefónica, no contemplaba algunas de las instalaciones necesarias, dado que Telefónica no estuvo dispuesta a realizarlas por su cuenta, pero esperamos una ampliación de créditos de Protección Civil. Es decir, tenían un acuerdo con Telefónica, que salía a concurso, por lo cual las obras que tenían instalaciones no estaban contempladas en ningún presupuesto y la Telefónica no quiso hacerlo, por lo cual Protección Civil tuvo que hacer una ampliación de crédito que retrasó bastante.

- Frecuencias de radio. Sin embargo, el mayor problema y la causa fundamental del retraso fue la concesión de frecuencias. Adjudicada la instalación del sistema a la empresa SIEMENS, como ya les he dicho, de forma inmediata se solicitó el Ministerio de Transportes, Turismo y Comunicaciones, Dirección General de Telecomunicaciones, la concesión de frecuencias de radio. Esto se hizo con fecha 10 de diciembre del 86. Pues bien, hasta el 15 de junio, es decir, seis meses más tarde, no se nos comunicó la concesión de las frecuencias, que, como sabrán ustedes, sin conocer la frecuencia no se puede proceder a la instalación del sistema, ya que hay que proceder a instalar los cristales adecuados a dicha frecuencia en cada uno de los aparatos de la red. Así, pues, nos mantuvo bloqueados hasta el 15 de junio, fecha a partir de la cual se procedió a programar la red con las frecuencias concedidas. Nos dieron la frecuencia y entonces se empezaron a preparar los cristales. Cuando empezamos a probar los cristales, nos encontramos con que una de las frecuencias que se nos habían concedido, la que se había programado a nuestra red, correspondía a una baliza VOT del aeropuerto de Santander que estaba

funcionando desde 1981, es decir, nos dieron una frecuencia que no nos valía porque era de aeropuerto. Ante esta situación, nuevamente estamos bloqueados, y no sólo eso, sino que la programación para dicha frecuencia era dinero tirado. Procedimos a informar a la Dirección General de Telecomunicaciones de este hecho y nos contestaron confirmando el mismo, diciendo literalmente: "hemos comprobado en esta Subdirección que la frecuencia de 173 megarcios está siendo utilizada actualmente en el aeropuerto de Santander sin la correspondiente autorización administrativa". Es decir, en el aeropuerto de Santander habían puesto esa frecuencia y no tenían constancia en el Ministerio de que existiera, con lo cual todo lo que habíamos hecho no nos valía, en especial todo lo que se refiere al sistema de buscapersonas. Hasta el 4 de noviembre del 87, es decir, prácticamente un año después, no se solucionó este problema. Estuvimos bloqueados un año entero.

- Central de Protección Civil. A pesar de todos estos problemas, se completó la central de comunicaciones, central cuya estructura funcional es la siguiente -casi, si no les importa, voy a perder un segundo, y les voy a explicar con un plano cómo es el esquema funcional de la central-.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Hacemos un receso de cinco minutos, diez minutos aproximadamente.

EL SR. HORMAECHEA CAZON: Creo que es lo más importante, porque en este momento...

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): De acuerdo.

(Se suspende la sesión durante unos minutos).

EL SR. HORMAECHEA CAZON: El sistema de entrada fundamental. Las centrales están, esto es, la central de Protección Civil que tiene seis puestos de trabajo y una grabadora y al otro lado, es decir, comunicado, está la central del SAMU, que son dos despachos pegados.

El sistema de entrada fundamental para toda la población es un número de teléfono único, de tres cifras, que no necesita monedas, se puede llamar desde cualquier sitio al 006, o bien esta central tiene también sus líneas de teléfono normales. Entonces puede llamar cualquiera al 006, a la central de

Protección Civil. Esta Central tiene una serie de líneas de entrada y luego tiene una serie de conexiones directas en teléfonos cabeza-cola con Bomberos, Policía Municipal, Policía Nacional, Guardia Civil, Cruz Roja, Cruz Roja del Mar, la Delegación del Gobierno, etc. Tiene comunicaciones directas con todos aquellos organismos que puedan estar implicados en un momento determinado en una acción de catástrofe, urgencia o lo que sea. Todas las llamadas, según llegan, se graban en esa grabadora a efectos de control y a efectos legales, una grabadora que marca la hora en que llega la llamada y la recibe un telefonista de Protección Civil que rellena una hoja con los datos de la llamada, hace una primera preselección del tipo. Porque la idea es ir centralizando en el 006, como se hace en todo el mundo, todas las llamadas no sólo las de urgencia como tales sino Policía, Bomberos, es decir, ir acostumbrando a la población a que es un número de teléfono para esto. Entonces si lo que solicita es una información o quiere hablar con alguien hay un árbol de decisiones de si le puede pasar, si no le puede pasar, si es competencia suya, si no es competencia suya, etc. Si es una situación médica lo que se hace es que pasa la llamada a la Central a la que está unido, en la que hay un médico las 24 horas. El médico tiene de entrada líneas con el 006 y otras líneas de teléfono con un número de teléfono normal que eso está previsto dárselo a todos los médicos de la región para que no tuvieran que pasar por ahí, y luego las líneas de salida que tiene, así como este lo que las tiene son con Protección Civil, Bomberos, Policía, todas estas cosas, lo que tiene es distribuidas 20 líneas por todo el Hospital, tanto por Valdecilla, por la Residencia, por Servicios de Urgencia, por Quirófanos, por Dirección, etc., para en admisión, si hay algún problema avisar al Hospital o pasar a un médico que quiera hablar con algún especialista de guardia, pasar ya directamente la línea. Eso en cuanto a teléfonos.

Entonces el médico según le pasa la llamada que piensa que es de urgencia tiene un protocolo en cuanto a recogida de datos y luego va tomando decisiones que pueden ser, simplemente, dar una información o un consejo, o lo que sea, o controlar, porque el sistema lo que hace es controlar todos los movimientos de ambulancias de la región, es un acuerdo al que se llegó con el Insalud, es decir necesito una ambulancia pues búscala, una ambulancia en la zona, hay una serie de mapas en la zona donde este busca la ambulancia más cercana como los radio-taxis, simplemente te busca la ambulancia más cercana, se asegura de que esa ambulancia ha ido, comprueba esto y además la ambulancia tiene que rellenar una hoja, una especie de historia del transporte, porque sin esa hoja

de historia del transporte no va a cobrar la ambulancia, es decir, tiene que rellenar una serie de datos, todos los cuales se adjuntan para hacer una especie de historia completa desde que llaman hasta que tenemos el resultado, sí es en el área de actuación del SAMU que en este momento iba a ser sólo Santander, como veremos, y es una urgencia que precisa una atención médica, es decir que vaya un médico con la ambulación del SAMU entonces lo que hace es mandar la ambulancia. Este es un poco el esquema de trabajo, que es el que se realiza.

Aparte del teléfono, que es lo que hemos explicado un poco, dispone asimismo de comunicaciones vía radio. Existen dos emisoras gemelas, que se ven en la foto, de la red de SAMU para evitar que por algún problema una falle, en conexión directa o vía repetidor con las ambulancias o con el área de Liébana que era lo que estaba en ese momento funcionando. Asimismo una emisora integrada en la red de Protección Civil. Y también una Central de Búsquedas, la finalidad de esa Central era soportar los búsquedas del personal de Protección Civil y SAMU que pudieran estar localizados y por otra parte, más adelante incidiremos en este tema, dotar de buscapersonas a todos los médicos rurales, que es otra de las fases del proyecto. Asimismo existía un telex en la Central con el fin de complementar el sistema de comunicaciones.

Al servicio de la Central de Protección Civil, como he dicho, está un especialista de radiotelefonía y en la Central del SAMU un médico, ambos las 24 horas, y el esquema funcional es el que veis.

Sin embargo, no deja de ser llamativo que a raíz de una serie de desgraciados accidentes sucedidos en Cantabria se haya pedido públicamente por algunos representantes de Grupos Políticos en la Asamblea Regional de Cantabria que se cree una central de comunicaciones y coordinación cuando esta Central ya existe y dentro de un proyecto más amplio, al tiempo que criticaban el proyecto considerándolo como desproporcionado y suntuoso. Siento en que la única explicación posible es la falta de conocimiento del propio proyecto.

Sin embargo, no puedo dejar de destacar en relación a este conocimiento dos hechos, en relación sobre todo a que aquí no se supiera. Primero, el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene en estudio un proyecto para establecer un teléfono sanitario. Este proyecto, que por otra parte me parece que aún no está suficientemente maduro, se basa en el esquema operativo del SAMU de

Cantabria. Si quieren les enseñe la documentación en la que el Ministerio ha mandado, además a todas las Consejerías de Sanidad de España, diciendo que se basa en esto. En segundo lugar la Fundación para el Desarrollo de las Comunicaciones -FUNDESCO-, que no se si la conocen, es una organización que constituye uno de los organismos de investigación más importante de la Compañía Telefónica Nacional de España. FUNDESCO es un organismo de investigación de la Telefónica que está dedicado al estudio de proyectos de investigación con futuro, en los cuales, luego, la Telefónica como tal puede invertir. Pues bien, esta Fundación está desarrollando un programa sobre sistemas de comunicaciones avanzadas en atención primaria. FUNDESCO ha constituido un grupo de trabajo de 30 personas para ver lo que se puede hacer de aquí al año 2000 en comunicaciones avanzadas en atención primaria, se están estudiando unos treinta y tantos proyectos y de esos proyectos, luego, los que se seleccionen son en los que ya va a invertir directamente la Telefónica. Pues bien, parece ser que la información que tiene FUNDESCO sobre el SAMU de Cantabria es mejor que la que tienen muchas personas en Cantabria ya que, en primer lugar, el diseño que propone como base del estudio es el seguido en Cantabria. En segundo lugar propone al grupo de trabajo, como documento base, las 42 experiencias que se consideran de más interés en todo el mundo en aplicación de comunicaciones en atención primaria. De estas 42 experiencias sólo cuatro son españolas, tres que se refieren a un aspecto monográfico, transmisión de electrocardiograma por teléfono, estas tres son del Instituto Social de la Marina para barcos, y sólo una que contemple aspectos globales, la de Cantabria. Aparentemente este proyecto, como digo, es más conocido fuera de Cantabria que dentro.

Desarrollo del programa informático. Ya se ha comentado que el proyecto informático inicial no pudo iniciarse debido a las limitaciones presupuestarias. El que se había estudiado era un estudio que tiene Siemens, que en España está montado nada más que en el Parque de Bomberos de Zaragoza y no sé si se ha terminado de montar ya en el de Madrid, no era tan grande pero era en esa línea. Por ello y como primera fase se adquirieron dos ordenadores personales, uno cuya finalidad era ser un banco de datos para el médico de la Central y otro para gestión. En los primeros meses de 1987 lo que se hizo fué, en primer lugar, alimentar el banco de datos, es decir que el médico de la central tuviera todos los datos posibles que le ayudaran a resolver dudas o cuestiones, o preguntas. Los datos que se incluyeron fueron datos de todos los Ayuntamientos, es decir tener de los 102 Ayuntamientos de la región todos los

datos de población, socioeconómicos, que tuvieran alguna relación con la urgencia; es decir dónde había empresas, riesgo de empresas, cuántos trabajadores había, dónde había colegios, qué comunicaciones había, por dónde pasaba tren, sí había taxis, sí había Guardia Civil, dónde estaba, sí había médico; es decir todo lo que podía ser de interés estaba metido en el programa ese. Otro, por ejemplo, farmacias de guardia de todo el año, de toda la región; programa de interacciones medicamentosas; programas de actuaciones, transportes sanitarios; la distribución de las ambulancias. Luego lo que se hizo fué definir las hojas de actuación y diseñarlas de forma que pudieran recibir tratamiento informático, es decir las hojas que tenía que ir rellenando cada uno en su función, el de radio, de ambulancias, etc.

Adquisición de ambulancias medicalizadas. El desarrollo temporal del plan establecía inicialmente una actuación con ambulancias medicalizadas restringida al área de Santander, dado que las estimaciones internacionales son de una ambulancia por cada 75.000 o 100.000 habitantes en áreas urbanas, se decidió la adquisición de dos de estos vehículos, en esta línea el día 27 de febrero de 1987 se publicaron en el Boletín Oficial de Cantabria las bases para la adjudicación de las dos ambulancias, adjudicación que se hizo a empresa Fridesa. Estos vehículos, las ambulancias ya las conocen, si quieren tengo fotografías aquí, estos vehículos cuya dotación fué completada con diverso material están perfectamente preparados para una asistencia y un transporte medicalizado al más alto nivel.

Coordinación con la red de ambulancias existentes. Si bien la asistencia medicalizada se restringió a una zona concreta, la coordinación del transporte sanitario abarcaba a toda Cantabria. Por ello se llegó a un acuerdo con el Insalud en el sentido de que para aquellas empresas de ambulancias que tuvieran concierto, que son tres, es decir Cantabria la tiene dividida el Insalud en cuanto a conciertos en tres áreas y en cada área hay una empresa, el problema que había, que teníamos que solucionar es que normalmente el Insalud si no hay un pedir no paga, no considera una facturación, al acuerdo al que se llegó es que nosotros llamábamos a cualquiera de las ambulancias, de estas concertadas en cada zona, y nuestra orden equivalía a un pedir siempre que, eso se lo establecíamos nosotros a la empresa de ambulancias, nos tenían que rellenar una hoja de control, con esa hoja de control nosotros grapábamos la hoja de orden nuestra y con eso cobraban. Este acuerdo y la distribución por áreas de las ambulancias de estas empresas, como digo, permitían coordinar

desde la Central todo el movimiento de ambulancias de Cantabria. Para todo ello se estableció un sistema de localización de todos los puntos de Cantabria existiendo un juego en la Central y otro destinado a cada una de las ambulancias, que es un sistema muy sencillo, es un mapa a escala de toda la región y cada punto de la región está en el ordenador con sus coordenadas, por así decirlo, entonces sí hay que buscar el pueblo que sea sabemos exactamente que es el 15 A2, por ejemplo y esto lo tenían las ambulancias para localizar.

Campaña publicitaria e información. El funcionamiento de todo el sistema hay que decir que está dirigido a mejorar la atención sanitaria de la población y, por tanto, la población debiera de tener la mayor información posible sobre las características del SAMU, su funcionamiento, formas de acceso al servicio, etc. Para ello se diseñó una campaña de publicidad e información, esta campaña tenía algunos componentes genéricos y otros especiales, por ejemplo programa de tóxicos. Había un folleto general de cómo funcionaba el servicio, una serie de pegatinas, y luego otro que era para entregar en supermercados, etc., que era para la prevención de intoxicaciones en la infancia con unas normas generales de actuación y luego esto para pegarlo en todo aquello que fuera tóxico para los crios, asimismo se diseñó una campaña no sé si van a ser posters o folletos a repartir a la gente de cómo acceder al servicio. La idea ha sido seguida en otras Comunidades Autónomas de forma muy sencilla, la única que está en estos momentos haciendo algo de este tipo es Navarra, en Navarra tienen un folleto más sencillo porque nosotros lo que pretendíamos era que fuera también un poco de educación sanitaria, en Navarra tienen el problema de competencias que todavía no está resuelto, vamos, ni en Navarra ni en ningún sitio, entre la Protección Civil estatal y la Protección Civil Autonómica, la Protección Civil Estatal es el 006 y la Autonómica es el 088, por eso ellos tienen el 088.

Programas de formación. En el área formación es, quizá, en el que hemos avanzado en 1987. De estos avances se podían destacar dos puntos en especial: el acuerdo entre la Diputación Regional de Cantabria, la Fundación Marqués de Valdecilla y la Facultad de Medicina de la Universidad de Whashington, ya hemos hablado de las condiciones que se exigían para este acuerdo. Pues bien, los representantes de esta Universidad dieron el visto bueno a todas las actuaciones previstas y el día 12 de mayo de 1987 se procedió a la firma del citado acuerdo. El mismo contemplada una serie de áreas de colaboración que se pueden simplificar en tres puntos: formación en medicina de urgencia, es decir

nos mandan todos los programas que se están desarrollando en formación en medicina de urgencia, los juegos de diapositivas, los libros ..., intercambios médicos residentes estudiantes de medicina. Eso se está estudiando por el Insalud. Afecta a cuatro residentes todos los años para que parte del programa de residencia lo hagan en Estados Unidos y estudiantes de medicina, de hecho va a venir un estudiante de medicina de Estados Unidos en abril con un convenio que ya está firmado por la Dirección del Hospital, y colaboración en proyectos de investigación, y luego la creación del Centro de Estudios de Medicina de Urgencia, este Centro de Estudios de Medicina de Urgencia se planteó como una forma de consolidar y potenciar el desarrollo de los programas de formación. Su constitución fué aprobada por el Consejo de Gobierno de la Fundación Marqués de Valdecilla en su reunión de fecha 11 de mayo de 1987, en la Memoria de Actividades de 1987 se puede apreciar que este Centro realmente tiene un importante funcionamiento durante este período, a pesar de que es el primer año, es decir se han hecho más de 25 cursos, y han pasado más de 400 personas, de hecho todos los alumnos de 6º de Medicina y todos los médicos residentes en el Hospital hacen estos cursos, y en la Escuela de Enfermeras todas las enfermeras, esto aparte de la gente que viene de fuera, como puede verse, en la Memoria está, el Centro de Estudios de Medicina de Urgencia cuenta con la colaboración de expertos de cinco países, tenemos un grupo de profesores asociados de Estados Unidos, de la Unión Soviética, Francia, Bélgica, República Federal Alemana y luego los españoles, no sólo de aquí sino de otras regiones. Asimismo el programa para el 88 pueden comprobar que es amplio. Esperamos que cada día se potencien más las posibilidades de este Centro, en especial las que se refiere a la colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria, de hecho casi el 60 por ciento de la gente que viene a alguno de los Cursos es de fuera de Cantabria. Y una de las actividades que se está haciendo, además, es la realización del propio material de docencia, libros, etc., incluyendo la realización de videos, estamos haciendo todas las prácticas introduciendo los propios videos, porque de este material hay muy poco en España.

Se hicieron otra serie de actuaciones menores en el 86, como la adquisición de diverso material para completar algunos programas de actuación: incubadora portatil, para el transporte de recién nacidos de alto riesgo, hace poco se llevó a un niño a Madrid en esta incubadora, material de inmovilización, material de docencia, etc., y luego se compró la ropa de la gente por un concurso.



Ya hemos dicho que la previsión de funcionamiento era empezar en mayo del 87, sin embargo por los problemas expuestos, principalmente en relación a la Central de Comunicaciones, no se pudo poner en marcha el servicio hasta el 1 de septiembre. Para este funcionamiento, dado que el convenio con el INEM terminaba el 30 de abril se realizó una prórroga de los contratos al personal que se había formado hasta el 31 de diciembre de 1987.

Entrando en las actuaciones concretas diré que el servicio entró en funcionamiento el día 1 de septiembre y sigue hasta el 31 de diciembre de 1987. El inicio del funcionamiento se hizo antes del lanzamiento de la publicidad y la información al público, ya que se pretendía durante los dos primeros meses ver los problemas que surgían e ir resolviéndolos, de manera que en el momento del lanzamiento el rodaje estuviera ya totalmente completo. Estaba preparada toda la publicidad, como ven, pero preferimos esperar y ver durante los meses de septiembre a noviembre, íbamos a empezar para ver qué problemas había y entonces una vez que viéramos que ya rodaba la cosa, hacer toda la publicidad, porque lo que no queríamos era que hubiera una demanda muy grande que no fuéramos capaces de absorber, que no hubiera problemas.

Luego no se hizo por los problemas que voy a decir. Este esquema de trabajo se nos desbarató totalmente a causa del incumplimiento por parte del Ayuntamiento de Santander del convenio en relación al funcionamiento de los Bomberos Municipales en este servicio. Recordarán ustedes el incendio de unos almacenes en Madrid en el que perecieron varios bomberos. También recordarán que a raíz de estos sucesos se desencadenaron en Madrid y posteriormente en otros puntos de España, una serie de reivindicaciones por parte de los Cuerpos de Bomberos Municipales. Parece ser que en el caso de Santander los bomberos aducían que además de su trabajo específico estaban sobrecargados con su colaboración con el SAMU. Esto, como digo, se trató con los bomberos y no se firmó el acuerdo con el Ayuntamiento hasta que los bomberos no estuvieron de acuerdo. De hecho estaban muy ilusionados, hicieron un curso y al principio no hubo ningún problema, pero a raíz de esto parece que presentaron una serie de reivindicaciones laborales y una de las bases era decir que además de todo lo que tenían que hacer como bomberos tenían que hacer esto otro, entonces lo dijeron en el Ayuntamiento fué: bueno, pues no haceis eso y punto, con lo cual el acuerdo que teníamos firmado, pues, no le prorrogaron. El hecho es que el día 10 de septiembre, es decir 10 días después de empezar, se nos comunica del

Parque de Bomberos que por orden de la Alcaldía dejaban automáticamente de prestar su colaboración sin más explicaciones. Como pueden ustedes comprender, esto causó un enorme problema en el SAMU ya que nos dejaban sin conductores, no teniendo, además, posibilidad económica de contratar conductores para este servicio.

En cuanto a actuaciones concretas en este tiempo de septiembre a diciembre: en cuanto a llamadas atendidas durante el período comprendido entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre, se atendieron 150 llamadas para problemas médicos, en el 006 se atendieron más, pero llamadas que nos pasaran al SAMU, 150.

Asistencia de urgencia realizadas. En este apartado podemos contemplar dos períodos, del 1 al 10 de septiembre, cuando teníamos toda la red funcionando con los bomberos, se realizaron 20 salidas de las ambulancias medicalizada, con un promedio de dos diarias, hay que tener en cuenta que esto se realizó sin información ni publicidad previa y siendo muy selectivos en las salidas, ya que si no se considera necesaria esta ambulancia se enviaba una ambulancia normal, es decir sólo se enviaba la ambulancia cuando se pensaba que realmente hacia falta que fuera un médico con este tipo de ambulancias, sino se mandaba la ambulancia normal. Del 10 de setiembre al 31 de diciembre sólo se realizaron dos actuaciones, ya no tenemos conductores, con el pe o -' de radio libre servicio como conductores.

Transporte interhospitalario. En total se realizaron en este período diez transportes interhospitalarios desde Santander, uno a San Sebastián, uno a Alicante, otro Barcelona, tres a Toledo, dos a Madrid y dos a Bilbao. Todos ellos de pacientes que requerían asistencia médica especial durante el traslado por su situación clínica.

Luego se hizo una cobertura asistencial preventiva de eventos públicos, sobre todo deportivos, subida a la Bien Aparecida, la corrida de toros de Castro, una competición de parapente, esta gente que se tira en paracaídas en los Picos de Europa.

En fin, que ha sido una actividad muy limitada como consecuencia de los problemas expuestos. Actividad que, sin embargo, ha tenido el nivel de calidad previsto y que nos ha confirmado por una parte la necesidad del servicio y por otra la posibilidad de prestarlo de manera adecuada.

Situación actual y perspectivas futuras. Vamos a centrarnos ahora de cuál es la situación actual del servicio y sus perspectivas futuras.

En el momento actual, o mejor dicho en el día 1 de enero el servicio dejó de funcionar.....(no se entiende). Como ya hemos indicado todos los contratos terminaron el 31 de diciembre.....(no se entiende).

Examinada la situación se decide establecer un compás de espera con el fin de valorar los resultados, fundamentalmente establecer nuevas líneas de negociación con todos los organismos indicados en este servicio.

Hemos de decir que en este momento contamos con un activo muy importante, activo que se puede presentar en lo siguiente: Servicio Urgencias de Valdecilla .....(no se entiende). Las obras realizadas creemos que han servido para mejorar muy notablemente la asistencia en el Servicio de Urgencia del Hospital Valdecilla. El servicio actual ha multiplicado casi por tres su capacidad asistencial, con una mejora notable de las instalaciones. Esta mejora, como he dicho anteriormente, no se centra únicamente en el área asistencial, sino también en las áreas de apoyo, administrativa, sala de espera, información, ...

...superficie es desde el punto de vista técnico muy adecuada y era urgente su reparación, no solo para mejorar su utilidad, sino incluso por motivos de seguridad. La red metálica protectora está en tales condiciones que de no repararse hubiera acabado cayéndose.

El único problema con estos análisis de superficie es que el INSALUD aún no ha realizado los trámites oportunos para su homologación para aviación civil y por lo tanto no está legalizado.

Central de comunicaciones. Como habrán podido observar, la Central de comunicaciones está totalmente montada y perfectamente dotada. El único aspecto que falta por desarrollar es el informático, si bien hablaremos más adelante.

Ambulancias. Se dispone de dos ambulancias medicalizadas de un alto nivel de calidad con su dotación completa y listas para funcionar.

Material. Material incluido en las ambulancias, se dispone de un alto material de asistencia hospitalaria, bien genérico o específico.

Centro de Estudios de Medicina de Urgencia, que sigue funcionando y como ya les he indicado, estableció su programa ...(no se entiende). Cuenta con una dotación muy importante en material docente. La realidad es que es el único centro de este tipo existente en España, y por eso ya les digo que casi el 60% de la gente que viene a los cursos es de fuera, de otras Comunidades Autónomas.

Se ha conseguido, además, crear un núcleo de profesores relativamente importante en número, pero, sobre todo, de gran calidad, que permite ir ampliando cada vez más la capacidad docente.

Gracias al convenio con la Universidad de....., se actualizan continuamente los programas ... De hecho recientemente nos han mandado un curso completo para ....(no se entiende).

Personal. El personal creo que es el mejor activo que tenemos y la mejor inversión realizada. En este servicio han estado trabajando 36 personas: 15 médicos, 15 ATS, 4 radiotelefonistas y 2 auxiliares administrativos. A estas personas se les ha impartido múltiples programas de promoción teórico-práctico y han rotado ..... Creo que este activo no debe perderse, ya que puede tardarse años en recuperar.

Experiencia global. En conjunto, la experiencia ha sido positiva y hemos demostrado que lo que sobre un proyecto ...en la práctica funciona. Esto ha sido la primera experiencia en España y si no ha continuado no ha sido por problemas relacionados directamente con el proyecto, así lo prueban algunas de las informaciones que les he expuesto. Así mismo es notorio que en todos los Congresos médicos y organizaciones sanitarias en los que se toca el tema de urgencias es el modelo de Cantabria el que sirve de referencia.

Les diré más, para 1992 existen dos proyectos muy importantes: Cataluña y Andalucía. Cataluña por la Olimpiada y Andalucía por el V Centenario. Ambas Comunidades Autónomas están desarrollando un programa en los cuales de alguna manera estamos participando.

En cuanto al futuro, creo que no debe plantear problemas si los acuerdos de colaboración se realizan seriamente y, sobre todo, si se mantienen.

Por la renovación del servicio creo que existen bases sólidas. En primer lugar, .....(no se entiende). En segundo lugar, en el proyecto de presupuestos generales de la Diputación Regional de Cantabria se incluye ya una partida de 50 millones para este fin. Protección Civil para reanudar el funcionamiento de la central de.....se tiene prevista la contratación de personal suficiente, parece que se va a hacer en abril. Y además, que es lo que apunté antes, tiene prevista una inversión importante en infraestructura informática.

El INSALUD, por otra parte se muestra dispuesto a una colaboración concreta en dos áreas, convenio para la asistencia en transporte sanitario, es decir, hacer una homologación del coste del transporte para hacer un convenio global anual y en segundo lugar colaborar económicamente en el desarrollo de una de las fases del proyecto que ya comenté antes, que es dotar a todos los médicos rurales de un buscapersonas, de tal manera que cualquiera en el pueblo si no encuentra a su médico nos llama a la central y nosotros primero ya se encuentra esa persona con un médico al teléfono, lo cual muchas veces primero la tranquiliza e incluso puede resolver el problema, y por otra parte se encargaría de localizarle, porque uno de los problemas en el área rural es que sobretodo en áreas poco pobladas es la dificultad de localizar al médico y no solo eso sino que puede desplazarse a un punto muy distante de su base, digamos, volver y resulta que tiene otro aviso en un punto cercano, con lo cual pierde gran cantidad de tiempo.

Así mismo se está negociando con el Ministerio de Sanidad la posibilidad de desarrollar en Cantabria el programa del teléfono sanitario. Este programa del teléfono sanitario desde el Ministerio de Sanidad es un programa que no tiene bien perfilado porque su idea es poner otro teléfono nuevo, el 042, entonces esa idea en el Consejo Interterritorial ha habido bastante oposición, por nuestra parte, por parte de Cataluña y por parte del País Vasco, fundamentalmente, porque no parece razonable que si Protección Civil tiene a nivel provincial ya una central que se ponga otra central más con el 042, que además no está muy claro las funciones, de hecho el propio Ministerio lo define como un teléfono "au-pair", que va a valer un poco para todo. Es decir, primero que no está muy bien definido; segundo, que yo creo que sería duplicar

y confundir más a la población; tercero, sería una inversión enorme, muy superior, y de hecho la última reunión que hubo, ya el propio Ministro lo reconoció muy superior, porque lo que comentaba el Ministerio en el proyecto es que eran unos dos ó tres millones de pesetas por cada central del 042, pero eso es un proyecto, como digo, totalmente fuera de la realidad, porque la central de Protección Civil aquí, sólo la central de Protección Civil ya vale 12 millones de pesetas.

Pero, en cualquier caso, el Ministerio de Sanidad para el 92 quiere tener un sistema de este tipo, sea con este teléfono o sea con otro. Este sistema es una posibilidad real de financiar parte del gasto en base a facturación de compañías de seguros, y luego la asistencia preventiva con competiciones deportivas, espectáculos públicos. Es decir, cada vez la mayor de las competiciones que incluyen un riesgo obligan a tener una ambulancia de este tipo y eso se factura, es decir, que una cosa es que a la población la salga gratis el servicio y otra cosa es que se regale el servicio a las Compañías de seguros.

En cualquier caso, las necesidades de servicio real y las experiencias de otros países desde hace muchos años nos dicen que es algo rentable, no solo socialmente, sino incluso económicamente.

Quiero recordar aquí un estudio realizado por el profesor Sebastián ...de la Escuela Superior de Administración de Empresas, para el seminario de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, ya citada. Era un seminario que era en el servicio de asistencia médica de urgencia en importancias me parece que eran social, económica y sanitaria. Pues la parte de economía se encargó este profesor, entonces se hizo un estudio de los costes de los accidentes de circulación en Cantabria tomando por base 1983. En este estudio solo valoraban los costes directos, indirectos referidos no por supuesto a los destrozos de vehículos, sino a personas, en cuanto a bajas, coste de hospitalización, se hizo un cálculo teniendo en cuenta incluso el índice de paro de ese momento, se hizo un cálculo de lo que valía, dependiendo de la ciudad, una persona muerta, que se puede calcular perfectamente. Entonces, sobre 1963 el coste de los accidentes de circulación en Cantabria fueron 5.800 millones de pesetas. Hecho por el mismo sistema que se hace, en Estados Unidos hay un estudio parecido, que se publicó en el 85, me parece, y hay otro de la República Federal Alemana con las mismas bases.

Por tanto, es razonable pensar que en 1988 estos costes serán superiores, aunque solo sea por motivo de la inflación. De hecho, volviendo a la cifra, a los siete meses publicó un estudio de la Dirección Regional de Tráfico que más o menos en relación con habitante para toda España venía a confirmar estas cifras.

Pues bien, está demostrado, en todos los países que funciona un Servicio de Asistencia Médica de Urgencia, como el que proponemos, que estos costes disminuyen al menos en un 20%. Eso no lo digo yo, se ve en un informe del Ministerio de Economía de la República Federal Alemana. Es decir, que si tenemos en cuenta que el coste total del programa para Cantabria estaría entre los 250, 300 millones de pesetas al año, unas 500 pesetas por habitante y año, que es lo que más o menos viene a ser en todo el mundo, alrededor de 500 pesetas por habitante y año, el ahorro que se produciría sería al menos de 1.000 millones de pesetas.

Por lo tanto, esto es una cosa que me gusta insistir, estos servicios se dice que solo los pueden tener los países ricos, y yo creo que es un error, que son ricos esos países porque tienen esos servicios y no tiran el dinero.

Para analizar las cifras que presento de 250 ó 300 millones de pesetas han de tener en cuenta que no sería, por decirlo de alguna manera, gasto nuevo, es decir que no es una cosa que se pone nueva que cueste 300 millones, porque se está produciendo en este momento un gasto en Servicio de Urgencia en Cantabria de casi 200 millones de pesetas. Se están gastando casi 100 millones de pesetas en transporte sanitario en este momento sin ningún control.

Es decir, lo único que se pretendería era organizar lo que se está gastando, habría que hacer unas inversiones, gran parte ya están hechas, y de alguna manera destinar adecuadamente esos recursos.

Esta idea de coordinación y aprovechamiento de los medios existentes creo que ha quedado reflejada en toda la exposición y quizás este empeño no duplica recursos, lo que en ocasiones ha planteado problemas.

Ahora bien, con la colaboración de todos los organismos implicados, se puede, en un corto período de tiempo, establecer en Cantabria un Servicio de

Asistencia Médica de Urgencia Regional que suponga no solo un salto cuantitativo sino cualitativo fundamental a nivel de cualquier otro país.

Creo pues, el diseño es bueno, que funcione y que es deseable.

Estoy totalmente convencido que en España se desarrollará Servicios de Urgencia adecuados y me gustaría que Cantabria, si no es la primera Comunidad Autónoma que disponga del mismo, al menos no sea la última.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): La comparecencia le informa al Sr. Director que incluía también otros proyectos de su responsabilidad. Querría preguntarle si desea exponerlos ahora o quizás después o no.

EL SR. HORMAECHEA CAZON: No, como dice otros, me gustaría, Sr. Presidente, que en este caso me dijera cuáles son.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Bien, pues entonces, hay dos opciones. Si quieren que hagamos un receso de cinco minutos, o que queden ahora las intervenciones de los distintos Grupos. Seguimos.

Entonces, yo creo que podemos seguir, si es que el Director Regional no está muy cansado.

Entonces abrimos el turno de intervenciones. Lo vamos a hacer de acuerdo como se hace en los Plenos, por Grupos de menor a mayor. En ese sentido le corresponde en primer lugar al Grupo Regionalista. Ahora mismo voy a dejar de ser Presidente de la Comisión para erigirme en portavoz del Grupo Regionalista y dejar aclarados algunos aspectos.

EL SR. CONDE YAGUE: En primer lugar, que desde un punto de vista ya no solo del Partido Regionalista, sino personal, se han manifestado bastantes inexactitudes a lo largo de todo este tiempo, como, por ejemplo, que yo personalmente me oponía frontalmente al plan, como que el Colegio Oficial de Médicos, del cual soy Presidente, se oponía frontalmente al plan, etc., etc. Todo eso no es verdad, y además el Sr. Director Regional de Sanidad probablemente lo sabe.

Yo sí conocía el Plan Regional de Urgencias, porque si usted recuerda yo



formaba parte de la Comisión, que en tiempos se estableció, cuando era el Doctor Ruiz de Salazar Director Regional de Sanidad, y sí que le conocía, y siempre he dicho lo mismo, es decir, el Plan Regional de Urgencias, desde un punto de vista técnico, puramente técnico, a mí me parece bueno, y no solo digo bueno, sino que me parece excelente. Lo que pasa es que, bueno, un proyecto de Sanidad para una región, para un país, pues no incluye sólo un Plan Regional de Urgencias, sino que se debe de hacer una valoración global, un proyecto sanitario conjunto, en el cual tendrá o no cabida, en determinadas circunstancias, un Plan Regional de Urgencias, como el Sr. Director Regional ha expuesto, o de una manera un tanto distinta.

De manera que nosotros, desde el Partido Regionalista, nos planteamos la Sanidad de Cantabria de una manera global, y no sólo nos planteamos el Plan Regional de Urgencias, admitiendo de entrada que el Plan Regional de Urgencias técnicamente nos parece bueno.

Yo creo que en estos momentos en la Sanidad de Cantabria, y en la Sanidad española, existen una serie de problemas de infraestructura tan graves que hay que atenderles de una manera prioritaria y además con carácter de verdadera urgencia, sirva la redundancia.

El primer punto, de ninguna manera funcionará un Servicio de Urgencias, ni funcionará absolutamente nada, si no modificamos drásticamente lo que es la Medicina Primaria. Efectivamente, la Medicina Primaria está a unos niveles realmente deficitarios. Yo en una intervención que tuve ante el Pleno del Congreso y aún cuando he sido objeto muchas veces de crítica por nombrar la palabra tercermundismo, yo creo que la Medicina en los medios rurales está a nivel tercermundista, y además podíamos hacer una encuesta entre los médicos rurales para que nos lo confirmaran. Porque el médico rural sigue pasando visita en sus casas, en sus despachos, tiene que poner su propia casa, tiene que poner su propio coche, no tiene absolutamente nada que no sean sus propias manos y un fonendoscopio rudimentario para diagnosticar a los pacientes. Y en ese sentido yo creo que lo prioritario, lo absolutamente prioritario, lo que en nuestro Grupo existe como primera premisa es derivar prácticamente todos los fondos que se puedan a la creación de infraestructura sanitaria en el medio rural. Esta infraestructura sanitaria en el medio rural a dos niveles: primero, creando consultorios en los medios rurales, suficientemente dotados, porque no basta con hacer la casa, o hacer un edificio mínimo, sino que hay

que ponerles un electrocardiógrafo, un equipo mínimo de rayos X, una camilla, y un sitio que sea por lo menos digno, y, en segundo lugar, apoyar, y esto me parece sustancial, la creación y desarrollo de los centros de salud.

Una vez que los centros de salud estuvieran creando y que estuviera creada la infraestructura en el medio rural, yo creo que el Plan Regional de Urgencias se podría enfocar de otra manera, y que probablemente el costo de 300 millones al año sería mucho menor.

En segundo lugar, yo creo que a otro nivel hay que contemplar en un proyecto global de Sanidad cuál va a ser la definición total y completa y definitiva del aspecto hospitalario cántabro. Es decir, en Cantabria, efectivamente existe un gran hospital de nivel supranacional, es el hospital Valdecilla, actualmente mal utilizado, porque se está utilizando un coste de 25.000 pesetas aproximadamente cama/día, para operar hernias, apendicitis y cataratas, lo cual es una barbaridad conceptual, y que nosotros lo que pretendemos es descentralizar la asistencia desde el hospital Valdecilla a una red de hospitales comarcales que hay que poner en marcha lo más rápidamente posible. Yo ya sé los esfuerzos que la Dirección Regional está haciendo para poner en marcha el hospital de Laredo, los incumplimientos que ha habido, soy plenamente consciente de ello, por parte del INSALUD, pero hay que insistir en que eso se ponga en marcha rápidamente. Hay que insistir en que se ponga en marcha rápidamente las obras del hospital de Torrelavega, y que a la mayor brevedad posible en Torrelavega exista una infraestructura hospitalaria. Hay que hacer un máximo de esfuerzo para que en Reinosa exista una dotación de camas hospitalarias. Y todos estos hospitales junto con los transferidos del AISNA, del que ahora, o de los que ahora hablaré, a mi juicio deberían formar una red única de hospitales a la manera como han hecho los catalanes también a los que tantas veces se menciona, dependientes de un único organismo, y yo espero que de la Diputación Regional una vez que INSALUD sea transferido, y le recuerdo al Sr. Director Regional que hubo una moción en la cual la transferencia del INSALUD se dió como prioritaria. Yo no sé cómo estarán las gestiones y si se habrán iniciado siquiera. Esto ya hace unos cuantos meses.

Dentro de ese proyecto global de Sanidad para Cantabria, con una reforma profunda de la Medicina Primaria, con la creación de una red de hospitales a la manera como he dicho, tendría cabida un Plan Regional de Urgencias probablemente de una manera un tanto distinta a como la plantea el Sr.

Director Regional de Sanidad, pero tendría cabida un Plan Regional de Urgencias, y nosotros lo aceptaríamos plenamente.

He dicho que iba a hacer una referencia a los hospitales transferidos del AISNA y no puedo por menos que hacerla porque a mi me sorprende mucho. El otro día estuvieron hablando conmigo los miembros del Comité de Empresa del hospital de Pedrosa para exponerme que iban a cerrar el hospital de Pedrosa en un breve plazo de tiempo, concretamente me dijeron que probablemente iba a ser en el mes de abril o en el mes de mayo. Bien, yo no sé si eso será así o no será así, pero en cualquier caso los presupuestos que yo tengo aquí en mi poder, de este año, se contempla una dotación para el hospital de Pedrosa del orden de 70 o de 80 millones de pesetas. A mi me parece una discordancia enorme lo que a mi me cuentan de que lo van a cerrar en abril y que en estos presupuestos figure una dotación para Pedrosa de, por lo menos, 70 millones de pesetas, y que, a la inversa, todo se quiere centralizar en Liencres y sin embargo la dotación que figura este año para Liencres es menor que la que figura para Pedrosa. Es decir, hay cosas que, o yo por lo menos este tema no le entiendo.

Como tampoco entiendo, probablemente, yo no sé si usted comparte en los mismos criterios que el Sr. Presidente del Consejo de Gobierno de Cantabria en el sentido de que en el hospital de Liencres se va a hacer una inversión de más de 1.000 millones de pesetas y que en el hospital de Liencres se va a hacer ese Centro de Prediagnóstico y Diagnóstico de la Cirugía Estética y la Ortodoncia infantil.

Bien, si usted lo comparte, yo le diré que nosotros desde luego no. En primer lugar, yo querría que usted, como es médico, me aclarara lo que es Prediagnóstico, porque yo todavía no lo sé. Y le digo lo de siempre, yo creo que ahora mismo propiciar la Cirugía Estética y la Ortodoncia infantil nos vendría bien a los feos, pero es que realmente no es ese el tema, sino que el tema es que existen otras muchas prioridades y que hay que destinar los dineros a donde más se necesitan.

Yo creo que ahora mismo el hospital de Liencres, sea único, o desglosado en Liencres y Pedrosa, lo que fundamentalmente tiene que atender es a ese tipo de enfermos, que es un tipo de enfermos crónico, que requiere una hospitalización porque en su domicilio no existen las características mínimas

para mantenerles en situaciones dignas, con un costo de cama por día que oscilaría entre 5 o 6.000 pesetas, aproximadamente, es decir, un costo muy bajo, muy inferior a Valdecilla. Usted sabe que Valdecilla está lleno de este tipo de enfermos. Les tenemos que dar salida a estos hospitales. Y, probablemente, lo fundamental sería que Liencres se ordenara para este tipo de enfermos, que les podríamos llamar enfermos crónicos, yo otras veces les he llamado hospitales geriátricos, pero parece que eso no gusta.

Ese sería nuestro criterio. Por tanto, esa inversión de 1.500, 1.600 millones de pesetas en Liencres me parece excesiva. Segundo, ese hospital yo creo que se debería destinar a enfermos crónicos. Y, tercero, no estamos en absoluto de acuerdo ni con el Prediagnóstico, ni Diagnóstico, ni Cirugía Estética, ni nada de estas cosas.

Querría hacer también otro comentario y es el tema que usted ha tocado, yo si no lo hubiera tocado, que es el tema de los contratos y del personal ya nombrado el Colegio de Médicos.

Yo aquí tengo pues una documentación de las posibles irregularidades que se cometieron en la contratación del personal. Yo simplemente le voy a poner un ejemplo de las irregularidades. Mire, aquí están, en las fichas del INEM, el orden de inscripción de los distintos médicos, entonces, lógicamente, las plazas se daban a los que estaban antes inscritos en el INEM, lógicamente. Es decir, la selección que hizo el INEM fue por orden de inscripción, exactamente por orden de inscripción, por tanto las plazas que se daban eran a los que estaban más antiguamente inscritos. No se cumplió en absoluto, y aquí está la prueba, aquí están las inscripciones de las personas que se les dió la plaza en el INEM, y cómo la persona que más recientemente estaba inscrita en el INEM, no solo se le dió la plaza sino que luego ustedes la nombraron Coordinadora del Plan Regional de Urgencias. Eso está aquí, es una prueba. Existen muchas más, incluso existe la contestación del Defensor del Pueblo a donde el Colegio de Médicos, efectivamente, recurrió, y donde también se nos da la razón. Es decir, en cualquier caso el tema está en la Audiencia Territorial de Burgos, y allí acabarán dando la solución definitiva. Pero que se cometieron irregularidades a nosotros nos parece por lo menos probable. Que las cometió el INEM, también estoy de acuerdo con el Sr. Director Regional de Sanidad, pero cuando la sección de médicos en paro del Colegio Oficial de Médicos recurrió, yo creo que podían ustedes haber estimado el recurso.

Tampoco lo estimó, es verdad, el, me parece que se llama el Delegado de Trabajo, aún cuando les dió la razón. Es decir, yo aquí tengo la resolución del Delegado Provincial de Trabajo, donde reconoce que se cometieron irregularidades, si ustedes quieren yo lo leo, y, sin embargo, les desestima el recurso, lo cual a mi me parece que es como poco sorprendente. Yo no dudo de la eficacia de todas estas personas que se contrataron, son médicos y gozan de todo mi respeto, pero, sin embargo, sí creo que para formar un médico en una especialidad hacen falta por lo menos cinco años, y usted lo sabe. ¿Cuánto tarda un residente en formarse?, cinco años. Teniendo en cuenta que además los residentes son la élite, por cuanto que tienen que pasar unas durísimas oposiciones donde de 30.000 quedan 28.000 desbancados. ¿Cómo es posible que en cinco o seis meses usted me diga que están ya plenamente formadas las personas que entraron?. A mi eso me parece sorprendente, yo creo que no están formados en absoluto, no pueden estarlo, y no es que sea una crítica de personas, es que simplemente un residente tarda cinco años.

Por tanto, me podrá usted decir que están en vías de formación, pero no ya formados. Y esto me parece pernicioso porque, claro, desde un teléfono, desde un teléfono, bueno, pues para las personas que no entiendan mucho de medicina les podrá parecer maravilloso. Mire, que le llamo al 006, que me contestan y que me dicen lo que tengo que hacer. Realmente, yo con veinte años de experiencia, más o menos lo que usted tiene como médico, no me atrevería por teléfono a decir absolutamente nada. Mire usted, que me duele la cabeza, pues si me duele la cabeza puede ser una jaqueca o puede ser una aneurisma cerebral. Es decir, es tremendamente peligroso desde un teléfono aconsejar nada y sobre todo si son personas que no tienen demasiada experiencia médica, y estas personas desde luego no la tienen. Yo creo que esas cosas también se podían haber hecho aquí de otra manera. Por qué no se utilizaron residentes ya con la residencia concluída, que están en paro. Que realmente estas personas haberlas formado hubiera sido mucho menos costoso y yo pienso que mucho más rentable. Probablemente tendrá una explicación que luego me la dará usted. Y la explicación de que se ha contratado a médicos en paro no me sirve, porque estos residentes también están en paro.

Yo en estos momentos no quiero ya hacer más comentarios, luego, después, según lo que el Sr. Director Regional me conteste, a lo mejor hacemos algún comentario más, pero de momento quiero que quede el resumen de que, primero, nuestro Grupo quiere un planteamiento global para la Sanidad Regional, y en

este sentido exigimos que se ponga en marcha todo lo que se aprobó en la moción, que en su día se hizo; segundo, que dentro de ese programa global se integre el Plan Regional de Urgencias, reconsiderado y negociado entre los distintos Grupos Políticos. Y esto es todo, que no es poco.

EL SR. HORMAECHEA CAZON: En primer lugar, he de decir que la afirmación que yo he citado en algún momento al leer esto, que usted como Presidente del Colegio de Médicos o como representante de un Partido Político ha estado en contra, yo no he citado a nadie personalmente, he citado al Colegio de Médicos como tal Colegio, o a Partidos Políticos.

En segundo lugar, es obvio que tiene que haber un proyecto sanitario conjunto, y existe. Es decir, que no se nos ha ocurrido hacer el Plan Regional de Urgencias como una cosa bailando en la nada. Existe un programa concreto, perfectamente desarrollado, con todos los puntos que hay que desarrollar en lo que se entiende un programa de salud, y esto es una parte de ello. Es decir, que como si esto fuera lo único, me parece que no corresponde a la realidad.

En segundo lugar, en atención primaria nosotros tenemos una responsabilidad que es sobretodo en los consultorios rurales. Responsabilidad subsidiaria porque realmente la responsabilidad es de los Ayuntamientos, lo que pasa es que comprendemos que los Ayuntamientos no tienen suficiente dinero para financiar y sobretodo a corto plazo....(no se oye). En el 85 se gastaron 7.840.000 pesetas en consultorios rurales. En el 86, 40. En el 87, 88. Y en el 88 se van a gastar 150. Es decir, se está gastando más en consultorios rurales que en el Plan de Urgencia.

En cuanto a esos consultorios rurales de los cuales se han hecho 18 y se van a hacer 66 este año, es decir, que para finales de este año, como mucho para mediados del 89, todos los médicos van a tener su consultorio y además todos excepto aquellos que solo son para una visita semanal, es decir, que algunos pueblos remotos, por problemas de la población, se tiene que desplazar un médico allí, y sólo va un día a la semana, todos van a ser del tipo CL2, es decir un despacho para médico, un despacho para la enfermera, una sala de espera, todos con su calefacción, etc., etc. Con una dotación que está negociada con el INSALUD que tengo que decir que la está haciendo muy buena, es decir, que no tiene ni siquiera.....(no se entiende), porque si ve el consultorio de Santillana tiene electrocardiógrafo, tiene sus aparatos de exploraciones, que corresponde tener a un nivel de ese tipo.

En cuanto a centros de salud, la última negociación que ha habido con el Ministerio, en la que se está tratando de la integración de los médicos titulares, que es uno de los problemas fundamentales para que no se desarrolle. Si, tal como está previsto, en marzo se aprueba y se publica en el Boletín Oficial del Estado, las nuevas retribuciones de los equipos de atención primaria, pensamos que ya no habrá inconveniente por lo menos inconveniente cuantificable, para que los médicos se integren, y con eso se pondrán en marcha dos ó tres centros de salud más este año, y se van a hacer muchos más centros de salud de ahora en adelante. Es decir, que pensamos que de aquí a dos o tres años se cubra, por lo menos, el 60% de la población en cuanto a atención primaria.

En cuanto que es un tema ya más filosófico decir si la asistencia de urgencia es una prioridad o no, o si corresponde a atención primaria o no. Pues le diré que en el 86 fueron atendidos en servicios de urgencia 250.000 personas en esta región. Si eso no es un problema, y mal atendidas, es decir, si el atender bien a 250.000 personas no es bueno...(no se oye).

En segundo lugar, le diré que uno de los índices más sencillos de cómo funciona la atención de urgencia es en accidentes de circulación que es un índice muy grosero. En un país que funciona un servicio de urgencia de cada 100 muertos en accidente de circulación, 20 mueren fuera del hospital y 80 dentro del hospital. En este país es la inversa. 80 mueren fuera del hospital y 20 dentro del hospital. Lo que quiere decir que muere mucha gente sin necesidad. Y el coste estaría en este momento por los 8.000 millones de pesetas lo que supone sólo en accidentes de circulación, no hablemos de trabajo y de otras cosas. Es decir, que yo creo que es un problema tan de atención primaria como cualquier otra cosa.

En segundo lugar, y eso lo hemos visto con una encuesta, uno de los problemas que más les presiona, que más se sienten desprotegidos los médicos rurales es la asistencia de urgencia, eso es lo que más les angustia, que se les apoya en asistencia de urgencia. Esta es su primera petición. Y de todos los datos, todas las protestas o todas las solicitudes de ayuda que tenga la Dirección de Sanidad el 80% es porque quieren que de alguna manera se les apoye.

En cuanto que se puede hacer con un coste menor, pues a lo mejor inventamos algo. Estos sistemas llevan funcionando veinticinco años en muchos países, el coste establecido es éste prácticamente en todos los países, 500 pesetas, el equivalente en francos, en marcos o en dólares en todo el mundo. Que se puede hacer más barato, por supuesto que se puede hacer más barato, si esto fuera de plástico probablemente saldría más barato que esta mesa de madera.

En cuanto a que exista una red regional de hospital, eso ya está previsto, ya está definida. Es decir, hay una red regional de hospitales con un hospital central, digamos, que será el área de Santander y además regional, con todas las connotaciones que pueda tener sobre eso. El hospital de Laredo, que ya está terminado, está pendiente de hacerse la entrega al INSALUD, que espero que sea en este mes. Y si se ha retrasado ha sido porque el Ayuntamiento de Laredo todavía hasta el martes pasado no nos ha cedido los terrenos. El hospital de Torrelvega está en marcha, con sus problemas pero está en marcha, se terminará seis meses antes, seis meses después, pero quiero decir que es una cosa que ya está.

En cuanto a hospitales de agudos, se está estudiando la posibilidad de hacer un concierto con la clínica Reinoso para cincuenta camas, se está estudiando. Es decir, que la red regional quedaría en unas 1.350 o 1.400 camas de agudos, que serían aproximadamente 2,5 camas por habitante, que si bien es bajo en relación a lo que hay en otros países, incluso en España, la idea que hay en este momento en todo el mundo es disminuir o frenar el crecimiento de camas de agudos. O sea, que de momento yo creo que es suficiente.

En cuanto a la transferencia del INSALUD, no es cosa que dependa de nosotros. La transferencia del INSALUD no se preocupen que nos lo van a transferir y a lo mejor antes de lo que queramos. En este momento está transferido el INSALUD, el 50 por ciento. A mi lo que me preocupa no es cuándo me lo van a transferir, sin que a lo mejor me diga: oiga, que el uno de enero del año que viene tiene el INSALUD. Esto puede pasar, porque la siguiente transferencia prevista es la de Galicia y la de Canarias. Entonces con eso estaría transferido casi al 70 por ciento. Y como lógicamente el INSALUD no va a existir eternamente para La Rioja y para Cantabria, pues el día menos pensado nos lo pueden transferir. Y en este momento lo que me preocupa no es exigir al Gobierno central que me lo transfiera, porque me lo va a transferir,



si me lo va a transferir, lo que tengo que hacer es estudiar cuándo y cómo me interesa que me lo transfieran, y desde luego no antes de cuatro años, porque no me interesa que me transfiera el Hospital de Laredo sin dotar, el Hospital de Torrelavega sin terminar y treinta centros de salud que faltan de hacer. Es decir, a mi me gustaría que se empezara a transferir el INSALUD cuando estuviera funcionando Torrelavega, estuviera funcionando Laredo, estuvieran funcionando los 32 o 33 centros de salud que tienen que estar con todos los equipos de atención primaria. A partir de ahí veríamos a ver, pero hasta entonces no. Porque eso supone unas inversiones que sería imposible hacer por parte de la autonomía.

En cuanto a los hospitales del AISNA. Los hospitales del AISNA son dos hospitales que nos pasó eso que tengo yo miedo que pase con el INSALUD: que AISNA se hizo un decreto que decía que AISNA desaparece en tal fecha. Entonces eso nos pasó. Aparte de que hubiera habido conversaciones antes, pero se transfirió a fecha fija, porque el organismo como tal desaparecía a fecha fija. Se nos transfirieron dos hospitales: Reinoso y con unos conciertos muy bajos. Entonces se han hecho una serie de estudios sobre la posibilidad: tener dos hospitales de cien camas es muy caro porque duplica el personal (para empezar muchos puestos: administrador, cocina, lavandería, etc.), porque el concierto que tienen es muy bajo y no se puede mejorar mientras no se hagan obras y hacer obras en los dos hospitales es muy caro. Entonces el proyecto que ha habido siempre es unificarlo en Liencres. Es lo que se está estudiando. Se encargó un proyecto a un grupo de arquitectos, que son los mismos que están haciendo el de Torrelavega, que han hecho Laredo y que se consideran en este momento en España los mejores, y como cobran lo mismo los arquitectos, los malos que los buenos, porque cobran a tanto por ciento, pues se lo hemos encargado a ellos. Entonces este proyecto, que son 1.200 millones de pesetas, que eso no quiere decir que se vayan a gastar los 1.200 millones; es decir, que existe un proyecto de 1.200 millones de pesetas, y de ese proyecto se hará la mitad. Todo se hará en un año, en cinco años o en lo que sea, porque está pendiente de decidir, y la idea es que en ese hospital se reunifique todo ahí. He tenido buen cuidado de que todo el material que se compre, dé lo mismo que sea en Pedrosa o en Liencres, porque no se compra ni un ladrillo, es decir es un aparato de rayos y un intensificador de imagen, entonces se coge y se lleva al otro lado, es decir que eso no es. Y hay menos presupuesto en Liencres porque Liencres está mucho mejor dotado, está mucho mejor en todo, porque Liencres, por lo que sea, por los directores anteriores que hubo, por lo que

sea, tiene mejor dotación que tiene Pedrosa. El proyecto que hay para hacer en Liencres, sí se hace, es hacer un proyecto de hospital de media y larga estancia por programas, hacer un programa geriátrico, un programa neurológico, un programa respiratorio, un programa cardiológico, etc., etc., programas que están perfectamente definidos en la Memoria que se aprobó al respecto.

En cuanto al personal. Que el INEM ha cometido irregularidades, no lo sé, ni soy yo quien para juzgarlo. Nosotros pedimos al INEM, de acuerdo con la legislación, una serie de personas; nos mandaron una lista, nosotros cogimos y contratamos a la gente que nos dieron. Ellos cómo cogieron la gente, no tengo ni idea, ni lo sé, porque ellos, yo tengo bastante con mis responsabilidades, es decir que ellos lo han hecho mal, pues lo habrán hecho mal; yo no digo ni que sí ni que no. En cuanto a que ese tiempo de un año de formación se considera un poco para atender una urgencia, pues no estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo. Además no sólo no estoy de acuerdo yo, sino que en todo el mundo funciona así; es decir, en muchos países no son los médicos los que atienden las urgencias fuera del hospital, porque las urgencias no es hacer un diagnóstico de un abdomen agudo, sino es hacer unos gestos que sean suficientemente eficaces para que no se muera una persona, y eso lo está haciendo gente que no son médicos que lo aprenden, porque las técnicas, y voy a reproducir una frase de un neurocirujano mundialmente famoso que es que las técnicas él es capaz de enseñárselas a un mono. Quiero decir que si para salvar a una persona, para que no se muera al llevarla a un hospital, hay que hacer una serie de pasos, los hacen, y de hecho los que no los hacen son los médicos porque todos los médicos que hemos examinado, según terminaban la carrera, ninguno ha sido capaz de hacerlo. Y en la Clínica 1º de Octubre se hizo un estudio con los residentes que habían terminado en Madrid, de los residentes que además los de Madrid, como usted dice, no sólo son los mejores sino los mejores de los mejores, los que van a Puerta de Hierro, a estos sitios; bueno, pues sólo el 5 por ciento fué capaz de hacer una resucitación cardiopulmonar, entonces yo cojo una persona, que además es médico, en otros sitios ni siquiera son médicos, sí yo cojo una persona y durante un año la estoy formando, sobre todo desde el punto de vista práctico, a hacer media docena de técnicas, las sabe hacer perfectamente, pero perfectamente, y yo estaría en este momento más seguro con ellos que con muchos especialistas del hospital, incluso de especialidades, como anestesia, medicina intensiva, etc., sé perfectamente lo que digo, y además es que no hacen una especialidad porque en este momento en España no existe la especialidad de medicina de urgencia, de hecho sólo existe en Estados Unidos.

En cuanto al teléfono que le parece difícil que alguien desde el teléfono resuelva casos. Pues eso, ya digo, es cuestión de ver lo que pasa en el mundo. Sólo existe un país en el mundo en que en la central de teléfonos de urgencia haya médicos, en Francia, y por problemas legales; en Suecia pusieron médicos y los quitaron porque era un desastre, eran incapaces, ¿por qué eran incapaces? porque tenían la mentalidad que usted ha planteado que es enrollarse a preguntar a la gente ¿y qué le pasa?, ¿y dónde le duele?, y no saben, porque lo único que tienen que saber es cuatro cosas concretas, y en Estados Unidos existe una profesión que es técnicos en comunicaciones médicas y lo hacen en tres meses porque es muy sencillo, porque lo único que tienen que decir es: el paciente esta consciente ¿sí o no?, sí no está consciente mandan ambulancia con médico, ¿es un accidente, sí o no?, si es accidente mandan ambulancia con médico, ¿tiene dolor en el pecho, sí o no?, es decir son cuatro o cinco cosas, y con esas cuatro o cinco cosas llevan trabajando 10 años y se ha visto que es más que suficiente para disminuir la mortalidad y de hecho hay un programa en una ciudad que se llama Seattle, en Estados Unidos, en Whashington, que tiene el mejor índice de resucitación cardiopulmonar del mundo, y funciona así, o sea que no debe de ser imposible.

En cuanto a los residentes en paro de anestesia y de intensivos. Que yo conozca, no hay; lo único que hay, puede ser, algún residente de anestesia que quiera quedarse aquí en Santander y le ofrezcan plazas en toda España y diga no, yo me quedo aquí. Incluso en El País viene todos los días anuncios de que se necesita anestesista, hasta tal punto que ha habido dos reuniones monográficas en el Ministerio en las que han participado todas las Autonomías para ver cómo se resolvía el tema de los anestesistas, oftalmólogos, otorrinos y no me acuerdo que otra especialidad. Es decir, lo que no tiene sentido es que haga un señor una especialidad de cinco años, de medicina interna, de anestesia de reanimación, de cuidados intensivos, de lo que sea para meterle en una ambulancia, porque no es esa la cualificación que necesita. Si usted mete en una ambulancia a un residente de medicina intensiva, en cuanto salga una plaza en el Hospital se marcha, con lo cual le deja tirado, tiene que buscar gente que de alguna manera es un trabajo duro, que no se puede hacer muchos años y que tiene que estar preparado para eso, como el señor que hace sillas tiene que estar preparado para hacer sillas, y no hace falta que sea Miguel Angel, nada más que sepa hacer sillas. Y eso es lo que estamos siguiendo nosotros. No me lo he inventado, es decir que no tiene ningún

mérito, es lo que se está haciendo en todo el mundo, y de hecho estamos siguiendo exactamente los mismos programas de formación, con el mismo número de horas médicas, con el mismo número de horas prácticas, la misma homologación, el mismo material, exactamente igual, y si no somos más tontos que los demás conseguiremos los mismos resultados que tienen en Alemania, en Suecia, en Francia, en Inglaterra y en Estados Unidos.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Bien, sí les parece vamos a ordenar la intervención de manera que intervenga cada Grupo, que el señor Director Regional conteste, luego al final hacemos una última reflexión, cada uno, y usted contesta globalmente a todos, le parece.

SR. HORMAECHEA CAZON: Bien, bien, como quiera.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Siguiendo el orden establecido tiene la palabra el representante del Grupo Socialista.

SR. BLANCO GARCIA: Gracias Sr. Presidente y gracias al Director Regional de Salud por la comparecencia y la exposición que ha hecho en la que ha arrancado del principio.

De la idea que el mismo ha dicho me interesa subrayar que "fué una idea personal y que por eso a veces podría hablar en esta Comisión con unos términos personales, pero que era fruto de esa idea y no fruto de la vanidad", más o menos lo que ha querido decir aunque no sean exactamente las palabras. Agradecerle que haya hecho esta exposición, o que haya sido no por causas de él, naturalmente, sino por otros trámites de la propia Asamblea y otros problemas que ha habido el que desde que nosotros, como Grupo, hicimos la solicitud de comparecencia hasta hoy, yo creo que ha pasado más de un mes, y lo único que hago es esa constatación para ver sí, de una vez, se pueden agilizar los trámites, porque a veces los problemas que se plantean, se intentan hacer los debates por los problemas que se plantean y claro, después de un mes, a veces no tiene sentido, en este caso no es el caso, porque el sistema de urgencias sigue siendo algo sobre lo que estamos discutiendo ahora, es de actualidad y vamos a tener que seguir discutiéndole, me dá la impresión.

Voy a seguir la misma exposición que ha hecho el Sr. Hormaechea desde el principio, y, quiero decir primero dos cosas: cuál es la posición de mi Grupo

respecto a un servicio de urgencias, y en segundo lugar, qué es lo que creo que ha pasado en el montaje de este servicio.

La posición de mi Grupo es muy clara: debe de existir un sistema de atención de urgencias. Lo que ocurre, y luego en la exposición haré las matizaciones conceptuales precisas para fijar la posición del Grupo en cuestiones concretas, pero como principio, evidentemente somos partidarios de que exista el servicio porque es modernizar la asistencia médica, naturalmente, y sobre todo es atender a los ciudadanos que requieren en un momento agudo una asistencia médica. Bien.

Segunda cuestión ¿qué es lo que creo que ha pasado en el desarrollo de este sistema de atención de urgencia, o de atención médica de urgencias?. Yo creo que es que se ha pasado en los cinco años, prácticamente, seis años, desde que surge la idea hasta el momento actual, se ha pasado de la teoría a los duros hechos de la realidad. Y me explico, y por eso voy a seguir el proceso, se ha pasado de una idea personal, teórica, probablemente - y esto no es ningún reproche- probablemente, digo, recogida de otros países y no adaptada a la realidad concreta de España, de España en el sentido administrativo y en el sentido de las necesidades, y menos de Cantabria, y se ha querido poner en marcha con muy buena voluntad personal. Pero lo que hay que constatar es que en el año 1984 ni el Partido que gobernaba en Cantabria -Alianza Popular o la Coalición Popular-, ni el Gobierno que estaba en ese momento eran partícipes de poner en marcha este servicio. Por eso es una idea personal y por eso se pone en marcha llamando a las puertas de aquellas Administraciones que pudieran tener competencia en todo ello: pero no surge como una idea política de desarrollo de un programa, ni de voluntad política de un Gobierno. Yo creo que en esto estaremos de acuerdo. Y ahí es dónde surgen las primeras dificultades que luego se traducen a todo el deambular de estos cinco o seis años del mismo sistema. Bien, se ha pasado por tanto de esa idea personal a la dura realidad, durante un camino que ha ido siendo un reguero de desilusiones personales, probablemente, a lo mejor lo estoy interpretando, con ilusiones también porque se conseguían algunas cosas, pero en la que hay algo que está gravitando permanentemente en todo el proceso es la descoordinación administrativa de todas las administraciones y eso es fruto de que es una idea personal, no un fruto de una idea de Gobierno que se pone en marcha.

Pero a la vez hay un problema, desde mi punto de vista, y aquí hago el matiz de cómo entendemos los socialistas este servicio, Y digo yo un problema y es que surge, probablemente, de la cabeza de un médico este servicio, yo quiero y me alejo de los problemas médicos en mis intervenciones políticas en esta Cámara o en otras Cámaras donde he estado y donde estoy, ya he dejado la medicina temporalmente, llevo ocho o diez años sin ejercerla, y por lo tanto no quiero entrar como médico en los problemas, quiero contemplarlo desde un punto de vista social y político, porque es desde donde tenemos que contemplar los políticos los servicios a los ciudadanos, y yo creo que uno de los defectos añadido a ese otro que he citado antes, de que sea una idea personal, brillante -probablemente- esa idea, pero personal y por lo tanto ha chocado con muchos obstáculos. El segundo es que surge de la cabeza de un médico, y por lo tanto tiene un defecto que es que se hipertrofia, utilizando una palabra médica, y se agranda lo que es el servicio de urgencias en algo que es mucho más complejo y que no tiene porque ser sólo un servicio médico de asistencia de urgencias, o un servicio de asistencia médico de urgencias, el SAMU, esto se llama en todos los países, en Europa, Protección Civil, y en España, si, Protección Civil, ahora, (como veo que hace gestos el Sr. Director Regional, gestos un poco de extrañeza), le voy a explicar cuál es el concepto: En España tenemos una baja cultura de lo que es la Protección Civil. De hecho recientemente es cuando el Parlamento Español hace una Ley de Protección Civil, y mientras tanto no existía una reglamentación o una normativa legal, estaban las competencias totalmente dispersas, de hecho no existía protección civil, no existe, diría yo, Protección Civil como tal, moderna, existe un embrión que ojalá se ponga en marcha, y Sr. Director General cuando usted dice que la urgencia no tiene que ser asistida por médicos, esa urgencia de la catástrofe, en la que mecánicamente, como usted ha citado a un neurocirujano los monos podrían aprender los pasos a seguir, me está dando la razón en lo que yo estoy diciendo, efectivamente, efectivamente se ha agrandado el aspecto médico del problema cuando realmente contemplado esto como un servicio de protección civil, no el SAMU, sino todo lo que conlleva las grandes catástrofes en la que una parte es el aspecto médico, contemplado como un servicio de Protección Civil hubiera funcionado bastante mejor. Y volviendo al proceso histórico resulta que nace como un hecho personal y que hoy la misma persona nos viene a decir que en este sistema tienen que participar distintas administraciones que coordinen todo el proceso, por tanto ha habido una evolución, también, personal en el concepto de la puesta en marcha de este sistema de atención médica de urgencias.

Pero hay más cosas, cuando se instala la central telefónica, curiosamente es una central telefónica de Protección Civil, naturalmente se vé la necesidad de que exista algo más que algo médico en sí mismo, pero curiosamente se instala en un Hospital y eso me parece, bueno no una barbaridad es un sitio como otro cualquiera donde se puede instalar, pero eso conlleva esa idea de que pivota todo el sistema en torno al sistema médico de que es un amplio concepto de protección civil, y ya la sorpresa es mayor cuando en el transcurso y en el devenir de la puesta en marcha de todo el proceso de asistencia, claro, se tiene que llegar a conectar con quién, pues con la Guardia Civil, a conectar con los Bomberos, y resulta que los Bomberos se niegan a participar. Por lo tanto no estoy lejano, mi Grupo no está lejano, en la idea de lo que debe de ser un sistema de asistencia, de lo que son las grandes catástrofes, y de lo que son los grandes accidentes, porque otra cuestión muy diferente es la asistencia médica de urgencia, eso es otra cuestión de la cual hablaremos, yo entiendo que el SAMU para lo que está diseñado es para grandes catástrofes o bien para salvamento y socorrismo de circunstancias excepcionales que se producen, como por desgracia ha ocurrido en Noja o en tiempo muy reciente en las costas cántabras, o grandes incendios forestales, o grandes colisiones en carretera, o derrumbamientos de edificios, evidentemente esto es Protección Civil, en la cual tiene que participar, naturalmente, un servicio médico, de ATS, de enfermeros, de toda una serie de personal adiestrado, educado, en las técnicas de rehabilitación, de traslado de enfermos y etc., etc., pero eso es un aspecto parcial del problema.

¿Qué quiero decir con todo esto, Sr. Director General, Sres. Diputados y Diputadas?. Quiero decir que en Cantabria, como en todas las regiones de España, y como en España que como he dicho ya existe muy poca cultura de lo que es Protección Civil, se necesita, pero como estamos hablando en Cantabria vamos a hablar de Cantabria, se necesita de, llamémosle, una especie de Junta Coordinadora, o como quieran llamarle, que coordine todos los servicios que intervienen en las grandes catástrofes o en aquellos eventos en los que se necesita el salvamento y el socorrismo. Resulta que la Cruz Roja por problemas que no ha definido muy bien, pues no pudo poner o no quiso poner las ambulancias a disposición del sistema de atención médica, los Bomberos se negaron a participar, oiga pues si la Cruz Roja que tiene ambulancias, si los Bomberos que son una parte crucial de las catástrofes cuando hay derrumbamientos y cuando hay incendios no participan, me va a decir usted ¿qué

es el sistema?, ¿en qué ha quedado el sistema?, ha quedado en la buena voluntad de unos médicos, de un proyecto que no está avalado, y seguiré insistiendo, ni por el Gobierno Regional, ni por el Partido que lo sustente, ni lo avalo antes, ni lo avala ahora, y cuando se ha puesto en marcha ha sido porque existió un Director Regional, antecesor de usted, a su puerta se llamó, lo aceptó y luego el Director Regional es el propio padre de la criatura, por lo tanto lo intenta poner en marcha pero se encuentra con la dificultad presupuestaria, pero nos encontramos con esta situación, por lo tanto no puede funcionar.

Propuesta por tanto: que se coordinen todos los sistemas. Las Polícias Municipales tienen que participar también, y, la Comunidad Autónoma sí tiene competencias para coordinar todas las Policías Municipales, hágase una Ley en esta Asamblea, que mande el Gobierno un proyecto de Ley para la coordinación, para la coordinación de los Bomberos sí que tiene competencias el Gobierno Regional y por lo tanto que se haga una Ley de coordinación de todos aquellos que intervienen en un sistema de salvamento y socorrismo, llamémoslo así gráficamente, para coordinar el sistema, luego hay que coordinar con ellos a la Guardia Civil, hay que coordinar a la Policía Nacional, hay que coordinar a la Cruz Roja, hay que coordinar, pues hágase un convenio de cooperación con el Ministerio del Interior, vía Delegación del Gobierno, instáurese aquí una Junta Coordinadora o como le quieren llamar, Patronato, o como sea, que coordine todo este tipo de acciones, porque la impresión que dá es que desde el principio lo único que se ha querido es hacer un Convenio con el Insalud, insisto, de tal manera que la idea era atender médicamente las catástrofes, el salvamento y el socorrismo, y es un aspecto concreto, parcial, del problema. Primer desacuerdo y primera propuesta de nuestro Grupo para que se ponga en marcha.

Segundo desacuerdo y propuesta para que se ponga en marcha. El segundo desacuerdo es que aquí se ha querido hacer una asistencia médica de urgencias, que a la vez contemplase el salvamento y socorrismo, lo sigo llamando así porque nos entendemos todos muy bien, salvamento y socorrismo, pero lo que se ha querido poner en marcha es la asistencia médica de urgencias. Y eso no se hace así, Sr. Director Regional, desde nuestro punto de vista, humilde punto de vista, pero no se hace así, porque ya está defasado en toda Europa occidental, a mí no me hable de Estados Unidos que es un modelo económico, social, político, bastante diferenciado con el europeo, pero en la Europa de



los Doce no se instauran sistemas piramidales de asistencia de urgencia, me explico: no hay en la cumbre de la pirámide alguien que dice a todos los otros que están por debajo cómo tienen que actuar, porque eso en el argot político se llama centralismo democrático, no sé, en el argot sanitario se llama la pirámide, no hay nadie, es lo que se ha querido montar aquí, no hay, el sistema ya está desfasado, el que en Valdecilla, como una expresión muy gráfica que ha utilizado el Director Regional, pues dice como si fuera alguna central de radio-taxi se dice a la ambulancia vaya usted al cuadrante 24. 2, pues no, mire usted, no, porque estamos, insisto, confundiendo lo que es salvamento y socorrismo, para lo cual debe tener y potenciarse el servicio de urgencias, dentro de esa coordinación, con algo que es el movimiento de ambulancias, que no lo tienen que dirigir desde Valdecilla, sino desde ese Plan, y en esto estoy de acuerdo con el Sr. Conde, en ese Plan regionalizado de asistencia de urgencias con Centros de Salud, con Centros Rurales, con Hospitales Comarcales, etc., porque sino van a entrar en competencias, y en colisión de competencias entre esa pirámide que es el Centro Nacional Marqués de Valdecilla que desde el teléfono le dice a una ambulancia dónde tiene que ir y otro Hospital, que se haga cuando se haga, va a ser el de Torrelavega, o se utilice cuándo se utilice va a ser el de Laredo, van a decir pero qué me dicen a mí de Valdecilla, no, no, esta urgencia viene aquí pero no porque lo digan desde Valdecilla, sino porque es el área sanitaria que viene en la Ley y en el mapa que se está diseñando actualmente, por lo tanto eso de la pirámide, usted estará conmigo que eso ya no se utiliza, que cada vez se utiliza más la descentralización administrativa en todos los sistemas y, por lo tanto, en la asistencia de urgencia, separado este concepto del salvamento y socorrismo, pues también se utiliza eso. Mi propuesta entonces para esto es que se haga cuanto más pronto mejor con el Insalud, sin el Insalud, con el Ministerio de Sanidad, como ustedes quieran, hagan la presión con la Administración Central para que se acabe de una vez por todas ese mapa sanitario, para que se acabe la dotación y algo en lo que estoy completamente de acuerdo con usted es que no se debe de transferir el Insalud hasta que no esten hechas todas las inversiones porque sino nos vamos a quedar compuestos y sin novia, nos vamos a quedar tal cual y no vamos a ser capaces de hacer ni un Hospital. Yo, desde luego, no tengo ningún furor de transferencias, de ningún tipo, pero no porque no sea ni más ni menos regionalista sino porque soy muy realista y en esto concuerdo con usted en que las transferencias se deben de hacer en el momento oportuno, en eso estoy de acuerdo con usted de que como sigamos diciendo, o sigan las Comunidades Autónomas diciendo que me transfieran, que me

transfieran, un día el Gobierno va a decir tomen ustedes, y nos vamos a encontrar, insisto, con algo que no vamos a saber manejar y muy mal dotado presupuestariamente, y luego nos vamos a quejar, por eso yo coincido en esa expresión con usted, en el sistema, exijámoslo, hagamos un concierto de nuevo con el Insalud, si es que es preciso, o háganlo ustedes desde el Gobierno, la fórmula que sea, pero que se dote, que se dote del sistema de urgencias a todas las áreas regionales de salud.

Y por último viene el sistema de los Presupuestos: usted viene diciendo, desde el principio, y yo si me conozco y estoy informado de lo que es el servicio médico de asistencia de urgencias, viene diciendo lo que ha repetido aquí, que cuesta unas 500 pesetas por ciudadano, por persona y año, y eso supone en Cantabria más o menos 250 ó 300 millones de pesetas al año, no se han invertido, lo ha dicho usted que no se han invertido en ninguno de los años, las razones creo que son las que yo esgrimo, tengo una idea personal no asumida políticamente por quien lo tenía que poner en marcha, pero en fin, lo cierto y verdad es que, en palabras suyas, se ha llegado a un momento en que está parado el servicio, bien, se ha parado el servicio y mi impresión y mis noticias no es que se haya parado para ver que es lo que se hace con él, o cómo se enfoca de nuevo el servicio, con lo cual nosotros estaríamos absolutamente de acuerdo dada la exposición que he venido haciendo, es decir, paremos, meditemos y pongámonos en marcha, si fuera así bendito sea Dios, pero es que no es así. Es que aquí, y lo he dicho ya de pasada, creo que fué en el debate del Estado de la Región, aquí hay muchos intereses económicos en juego, de ambulancias privadas o de otras, o de sistemas de asistencia médica privados, y aquí hay un proyecto, y lo quiero dejar muy claro, de privatización de gran parte del sistema, no por parte del Director Regional, naturalmente, naturalmente que no, porque además me consta que no participa en ninguna sociedad privada, que no participa en ninguna sociedad de ambulancias, que no participa en ninguna sociedad de las cuales pueden entrar en esa dinámica de utilización del sistema para lucro personal o lucro de la entidad, no, no, no por parte del Director Regional, pero sí hay presiones y presiones fuertes al Gobierno Regional para que se privatice, y esta es la razón Sr. Hormaechea de que el Presidente del Gobierno haya parado el asunto, como me temo muy mucho que las ansias privatizadoras del Sr. Presidente del Gobierno, que llama gestión externa a lo que se privatiza, que nos quiere privatizar el servicio de atención a las carreteras, pues que menos que se privatice también el servicio de urgencias, y eso ya es algo a lo cual el Grupo Socialista se va

a oponer frontalmente. Y por qué digo eso, lo digo no ya porque me hayan venido a comentar el hecho cierto, quienes quieren hacerlo, sino porque se están rescindiendo contratos, o no se están renovando contratos, mejor dicho, por lo tanto no es que se haya parado sino que es parada y marcha atrás, no es parar y decir: vamos a ver qué es lo que va a surgir, qué se hace con esto, no, no, es que se ha parado y se ha empezado a dar marcha atrás con la no renovación de contratos. Y todos los elementos confluyen en esta opinión que yo estoy dando, o que yo creo, que es que se quiere privatizar parte del sistema, dejando, naturalmente, la parte más costosa a la iniciativa pública y la parte más de lucro, lógicamente, a la iniciativa privada como siempre, socialicemos las pérdidas y privaticemos las ganancias; de esto tenemos una experiencia muy reciente con una propuesta, que no viene al caso, porque estamos hablando, en todo caso, estamos hablando de Sanidad y estamos hablando de salvamento, socorrismo, de urgencias, etc.

Bien, para concluir decirles, Sres. Diputados y Sr. Director Regional: primera cuestión, mi Grupo defiende un sistema regional de atención de urgencias. Segundo, matiza que esa atención de urgencias tiene que tener algo más que la atención de las grandes catástrofes, que es diferente el sistema y que eso se tiene que hacer en coordinación perfecta con otras administraciones, que se llama Protección Civil, que el Sr. Director Regional está de acuerdo con eso por las expresiones que ha utilizado aquí, y que hay que hacer desde el Gobierno Regional, poner en marcha las leyes oportunas para coordinar las Policías Locales, los Bomberos y todos aquellos que dependan de la Administración Regional y que puedan participar en estas tareas de salvamento, coordinar en una Junta Regional, o como se le quiera llamar, con las otras Administraciones, fundamentalmente o la parte del león ahí se lo va a llevar el Ministerio del Interior, hágase. Tercero, complétese el mapa de asistencia de urgencias para que estas sean descentralizadas, descentralizadas Sr. Director Regional; y cuarto, una vez que se tenga ya el modelo, yo le rogaría que venga usted aquí, no el modelo sino ya los hechos concretos de qué es lo que se quiere poner en marcha, que venga usted aquí, no a decirnos que es que se ha parado y no sabe qué va a pasar con ello. No a decirnos eso, sino a decirnos se va a hacer esto y entonces los demás Grupos podremos decir pues nos parece bien esto y esta parte no, queremos que se haga esto otro y discutir sobre el proyecto en sí mismo, no nos venga a decir que se ha parado. Y yo le agradecería que viniese a decir que se pone en marcha, que se pone en marcha sin privatizar nada de ello y además que va a haber Presupuesto para

poner en marcha algo racional del sistema y coordinado con las otras Administraciones.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Muchas gracias. Tiene la palabra el Sr. Director Regional.

SR. HORMAECHEA CAZON: Insisto en lo que dije al principio, que muchas de las cosas que se están planteando aquí es por un desconocimiento del proyecto, con perdón, porque en esto que es lo que se presentó en el 84 y en la página 198 dice: "nivel consultivo y asesor, hay razón para establecer un nivel consultivo que llevará el control de todo tipo de actividad, asistencia médica de urgencia, catástrofes, etc., el establecimiento de este Comité debiera quedar pendiente, entonces no se había aprobado, hasta la aprobación de la Ley de Protección Civil. Este Comité debiera, en nuestra opinión, tener un número de miembros fijos pero con la posibilidad de poder contar para casos concretos con la colaboración de expertos en temas específicos, etc.". Es decir desarrolla todo lo que es un Comité Regional que planifique, y esto está desde hace cuatro años. Quiero decir que no es que yo haya cambiado, como parece desprenderse de sus afirmaciones, que primero se me ocurrió a mi de repente sólo y luego fui diciendo: bueno a ver si me ayuda Protección Civil, si me ayuda... No, esto está desde el principio, desde el primer día, desde 1984 estoy teniendo reuniones con Protección Civil en Madrid para hacer esto, y con la Cruz Roja, ¿por qué no está la Cruz Roja?, -aunque me voy a saltar un poco el orden- porque tiene muchos problemas y debe de ser cierto que tiene muchos problemas cuando el Insalud no le contrata las ambulancias. Es decir que no es un problema solo nuestro, es decir que el Insalud no contrata las ambulancias de la Cruz Roja, y, como nosotros no podemos llamarlas y pagarlas porque nosotros no pagamos, paga el Insalud, los traslados por el acuerdo que tenemos pero ambulancias que nos autorice el Insalud, es decir nosotros llamamos a unas ambulancias que el Insalud nos dice que llamemos y, la Cruz Roja parece que el Insalud tampoco se fia de ellas porque no las tiene concertadas. Es decir que el sistema desde el principio está planteado con una coordinación con todas las Administraciones, todos los que están implicados y, de hecho esa coordinación, si quieren lo vemos aquí, tengo acuerdo firmados por el Delegado del Gobierno, por el anterior y por este, tengo acuerdos firmados por el Insalud, tengo acuerdos firmados con todo el mundo. Que luego se cumplan o no,

es otro tema, pero que está paso a paso expuesto con una Memoria diciendo queremos hacer esto, esto y esto, ¿está usted de acuerdo?, ¿qué pegas vé?, mandaba un borrador, lo miraban, nos lo devolvían, tanto del Director del Insalud como el Delegado del Gobierno, si estaban de acuerdo firmaban.

El Servicio de Urgencia de Protección Civil. Mire, hay una mezcla de conceptos entre lo que es protección civil y servicio de urgencia que yo creo que como usted dice es que no está claro, pero no está claro, yo si que lo tengo claro y en el resto de Europa está claro, en ningún sitio de Europa se llama Protección Civil, en ningún sitio de Europa, es decir Protección Civil es una parte, Protección Civil no quiere, normalmente, actuaciones diarias, es decir Protección Civil es una infraestructura que tiene unos programas de personal, un personal más o menos formado y localizado porque no está trabajando todo el día, tiene un catálogo de medios, un catálogo de recursos y un catálogo de actuación, es eso. Dentro de esas actuaciones que tiene previstas saben cómo localizar a la gente, cómo localizar a los medios, si hay un incendio en tal colegio cómo se hace, por ejemplo el programa para hacer el tema más gráfico, el programa informático que tiene el Parque de Bomberos de Zaragoza, que como antes decía es el más moderno de España, tiene un programa, bueno que si incendio en tal sitio, ¿qué medios hay?, ¿por dónde vamos?, ¿qué hacemos?, eso es Protección Civil, que hay una catástrofe en tal sitio, que en Campsa, pues de hecho es que yo colaboro en los programas de protección civil de esta región, el de Campsa, por ejemplo, pues cómo está hecho, cómo llegan los coches, qué se hace, pero Protección Civil no hace más, Protección Civil hace en colaboración con una serie de técnicos un proyecto, y este proyecto tiene unos medios y estos medios se sabe dónde están, los recursos, como van a funcionar, quién llama a quién, cómo se pone en marcha, eso es una parte de Protección Civil.

En segundo lugar se confunde la catástrofe con lo que se llama modernamente accidente con múltiples víctimas, es decir, puede haber una catástrofe, como la de Bilbao cuando la riada, o la de aquí, o las riadas de Bangla Desh, que no necesitan ninguna atención médica de urgencia porque el que se ahoga, se ahoga y punto, son atenciones sociales o socio-sanitarias posteriores, es decir, ahí no necesitan ninguna urgencia, no es lo mismo que un terremoto, las catástrofes hay doscientos tipos de catástrofes perfectamente clasificadas, se llegó a un acuerdo en una reunión en la que he participado hace poco en España, entonces Protección Civil tiene unas

misiones, ahora bien cómo se atiende a unas misiones, al conjunto de misiones que por una parte pueden implicar la asistencia médica y por otra no, porque muchas catástrofes no tienen que implicar la asistencia médica y por otra parte algunos accidentes con múltiples víctimas no tienen porqué implicar a Protección Civil si funciona bien la asistencia médica, es decir si hay un accidente de un coche con siete heridos, si funciona bien la asistencia médica no tiene que intervenir Protección Civil. Lo que sí hay que hacer es unos planes conjuntos y establecer cómo va a funcionar, una serie de niveles de actuación, pero no es que todo se llame Protección Civil. Protección Civil es una cosa, los Bomberos es otra, que ese es el error en este país que se dice lo hace Protección Civil, si Protección Civil no existe como una cosa que esté funcionando todos los días. Protección Civil no está para apagar incendios, ni para atender enfermos, para apagar incendios están los Bomberos y entonces lo que hay que hacer son Parques de Bomberos. Para atender urgencias están los servicios de urgencias médicas y para coordinar todo hay una Comisión Regional en la que están Bomberos, Protección Civil, la Policía, etc., y eso está propuesto aquí hace cuatro años, es decir que no es una cosa que se me ocurra hoy. Y eso funciona así en todos los países de Europa y no es Estados Unidos, y en todos los países de Europa no está en manos de protección civil, porque en Alemania las centrales están casi todas en manos de la Cruz Roja y controlan ellos la Protección Civil, ellos son los que dan la alarma, y en Suecia funciona igual, lo único que tienen es un teléfono que en Suecia, por ejemplo es el 90.000 y tienen una Central que en esa Central hay una persona allí que es la que la recibe, y sentadas, como si fueran estas tres mesas, aquí la que la recibe, aquí la Policía, aquí los Bomberos, aquí están todos, y es una coordinación y lo que va a Policía vá a Policía, lo que va a Bomberos va a Bomberos, lo que va a Médico va a Médico, y, si es una actuación conjunta entonces ya saben lo que tienen que hacer. Si es una actuación, como en un incendio importante pues tienen que ir Bomberos, Protección Civil, Sanidad, etc., pues tienen su programa, pero para la actuación diaria no tiene que actuar Protección Civil porque para atender un accidente de un señor que le han atropellado no tiene que estar Protección Civil, Y el error, y es el fracaso de este país en protección civil, es que sí nosotros, en ningún país del mundo y hay un libro muy interesante en el que se hace un análisis de todas las catástrofes con muertos que ha habido en los últimos cincuenta años, las causas, por qué murieron tantos, por qué no murieron, etc., el problema es que si no existen condiciones normales para la urgencia diaria, si no atendemos la urgencia diaria bien, es imposible que la atendamos cuando hay

una catástrofe, porque si el objetivo filosófico de atender una catástrofe es que a cada una de las víctimas, si son 100 por ejemplo, se las atienda como si fuera ella sola, si cuando hay una sola no se la atiende bien, es decir si el tiempo medio de un accidente de circulación aquí en Cantabria en llegar al Hospital es de media hora para una víctima pues si hay 100 se van a morir la mitad, y eso es lo hay y eso lo que hay que hacer es coordinarlo pero eso ya estaba previsto, y ya digo que no se confunda urgencia con catástrofe, ni con ninguna otra cosa.

Por qué está la Central en el Hospital: primero porque no había otro sitio, porque el Delegado del Gobierno no podía tenerla en el Gobierno Civil porque no tenía sitio, esto es una razón práctica, y, entonces como había sitio y la central dá lo mismo, como usted bien ha dicho, que esté ahí o que esté en Somo, es exactamente igual, pues se pensó que ahí como era un sitio que desde siempre está destinado a ese tipo de funciones, como tiene muy buena situación en cuanto a comunicaciones via radio por la altura, se pensó que iba ahí porque en la Delegación del Gobierno no podía estar, de hecho casi todo el material de la Central de Protección Civil llevaba casi seis meses antes de montarse embalado en la Delegación del Gobierno porque no tenían sitio, por lo menos eso se me dijo.

Por qué se integró a los Bomberos: Porque es lo que he dicho siempre, porque hay que procurar integrar a todo el mundo. El buscar conductores para una ambulancia significa que tenemos que tener 10 conductores por ambulancia, para tener los turnos, porque van dos personas por ambulancia. Segundo que los bomberos, aparte de que tienen más experiencia y muchas veces tienen que actuar porque es una actuación conjunta, es un incendio, es un coche que tienen que mover, que se quema o lo que sea, es gente que tiene una formación bastante completa en este tipo de programas, pues se pensó que era bueno porque normalmente no hay incendios todos los días, entonces aunque tuvieran que aumentar la plantilla de bomberos, tuviera que aumentar, había que aumentarla menos y se conseguían muchos más resultados funcionales si ese Parque de Bomberos se encargaba de los incendios y de las ambulancias que si se encargaba de las ambulancias otro personal. Aparte de eso, el convenio con los Bomberos contempla dos cosas que me parecen fundamentales. Una: cuando hay una urgencia médica salen los Bomberos con la ambulancia, cogen al médico y lo llevan a la urgencia. Pero otra no menos importante: cuando hay un incendio, va el camión de bomberos y va la ambulancia también. Porque es muy triste ver

en este país, y eso se ha visto incluso por televisión, en un banco que hay unos atracadores, con rehenes doce horas y cuando le pegan un tiro y sale le tienen que llevar en un coche de la policía porque todavía en doce horas no tienen una ambulancia ahí. Eso es lo triste.

El diseño para las catástrofes. En eso estamos, y llevamos trabajando con los de Protección Civil. Si es que resulta que nosotros con los de Protección Civil de aquí no tenemos ningún problema, llevamos trabajando mucho tiempo y estamos haciendo unos programas comunes.

Que se necesita una Junta de Coordinación. Ya digo que hace cuatro años que lo he dicho. Y que tiene que estar coordinado todo el mundo: por supuesto.

Que en Europa no existe ese control de ambulancias. Perdona que le diga pero no es cierto. Voy a ir país por país. En Francia existe una empresa que se llama el SAMU y entonces el SAMU, por ejemplo en París, para hacernos una idea, tiene siete distritos, cada distrito está coordinado desde un centro y desde ese centro se coordinan todas las ambulancias de esa zona, incluyendo todos los hospitales, y no solo las ambulancias sino las camas de los hospitales. Es decir que, por ejemplo, si hay cuatro hospitales en ese área, que tienen cuatro neurocirugía, por poner un ejemplo sencillo, cada día está de guardia un Hospital, y es desde ese centro que existe el mapa de los hospitales, y tiene una información hora a hora de las camas que tienen libres, donde deciden y lo que dice ese centro va a misa, y las ambulancias que no funcionan de acuerdo con esas normas, primero para entrar a funcionar necesitan unas características tanto de material como de personal; en cuanto a vehículos, si no funciona así no se les llama y funcionarán porque cada uno será muy libre de llamar a las ambulancias que quieran, y, esas ambulancias hacen lo que les dice la Central y nada más. En Alemania funciona igual, exactamente igual. En Alemania me parece que hay 47 Centros de Urgencia en la República Federal Alemana, que en gran parte están controlados por la Cruz Roja y en esas centrales se coordina todo, desde las ambulancias hasta la Policía, todo lo que se refiere a la atención de urgencias, y todas las ambulancias obedecen eso porque sino no cobran. En Holanda funciona exactamente igual, y, en Holanda hay en Amsterdam una habitación de este tipo, al lado de la Central, justo una habitación de este tipo que se llama catástrofes, donde tienen cada uno su puesto para planificación. En Suecia funciona exactamente igual porque si no no cobran. Es decir que yo, ciudadano



normal, llamo a la ambulancia que me dá la gana, miro la guía de ambulancias y la llamo, y la pago, pero si quiero que a mí me lleven oficialmente y que el Estado me cubra este servicio tiene que ser porque yo haya llamado al servicio y ese servicio me haya mandado la ambulancia, si ese servicio dice que no manda la ambulancia porque no lo considera necesario, no la manda y punto. Y así funciona, porque sino sería imposible. Y aquí, aunque haya cuatro áreas habrá un centro de decisión y si hay un enfermo que tiene un accidente en Potes y tiene un traumatismo craneal grave tiene que venir a Valdecilla y no tiene que pararse en Torrelavega. Punto. Porque eso es como funciona en todo el mundo, y no vamos a inventar nada, y eso es como se ha conseguido disminuir la mortalidad, nada más que eso, nada más que así. Y voy a poner un ejemplo muy sencillo: hubo un área que había 8 hospitales, se hizo un estudio durante dos años de todas las autopsias de todos los muertos de accidentes de circulación y el 23 por ciento eran enfermos salvables, perfectamente salvables, qué se hizo: nada más montar una central de coordinación que decía a qué hospital, es decir categorizar los hospitales por servicios, sin invertir un duro, y decir a la ambulancia a qué hospital tenía que llevarle y a cuál no, se repitió la historia y sólo el 5 por ciento era salvable, sólo con eso que no cuesta un duro, y eso lo están haciendo en todo el mundo.

En cuanto a que se vaya a privatizar el sistema o no, yo ya lo había leído en la prensa, no tengo personalmente ninguna noticia, no tengo ninguna noticia y como no tengo ninguna noticia, de lo que no sé no puedo afirmar sí es cierto o no es cierto, mi idea es que no y mi idea aquí es defender que esto se haga como tiene previsto hacerse, y eso es en la línea que yo estoy, ¿qué piensan otras personas?, pues lo que piensan otras personas no lo sé. Los contratos no es que no se hayan renovado, mejor dicho no se han renovado exactamente, es que el día 31 de diciembre se acabó, se acabó porque tenían el contrato hasta el 31 de diciembre.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Tiene la palabra el representante de Alianza Popular.

SR. PARRA BELLENGUER: Gracias, Sr. Presidente.

En primer lugar agradecer la presencia del Sr. Director Regional de Sanidad y por supuesto, por nuestra parte, tanto el planteamiento del Plan Regional Sanitario de la Región que aquí se ha hecho como la respuesta puntual

a los diferentes problemas concretos que de alguna manera daban vida y contenido a todo ese programa. Nos parece a nuestro Grupo que puede darse por satisfecho en lo que a esos contenidos se refiere.

Nada más, Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Sr. Hormaechea tiene alguna observación.

SR. HORMAECHEA CAZON: Perdón, se me había olvidado antes decir que en relación a eso que estoy totalmente de acuerdo que hay que potenciar todo el desarrollo de lo que es la planificación global de la región y en ese sentido estamos pendientes de que la Comisión de Política Autonómica dé el visto bueno a un acuerdo de coordinación con el Insalud, que es normalmente el trámite previo que se sigue para las transferencias. Es decir, primero se tiene una Comisión de Coordinación de Asistencia Sanitaria, que desarrolla todo el mapa sanitario, que el mapa sanitario estará en la Asamblea el mes que viene y se firmará, ya digo, en cuanto la Comisión de Política Autonómica, que parece que se reúne una vez al mes, está mandado hace quince días o sea que calculo que de un momento a otro dé el visto bueno, se firme y se hará una Comisión para el desarrollo de todos estos temas en conjunto, que yo creo que es lo importante.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Muchas gracias.

Abrimos un último turno de intervenciones global y luego el Sr. Director Regional contesta.

Yo voy a ser muy breve para dar algunas respuestas puntuales a alguna de las cosas que ha dicho. Primero lo del Colegio de Médicos. Yo no he dicho sino que lo ha dicho la prensa, que quede eso claro que tampoco yo he dicho eso.

Por lo que respecta a que creo que debe de reconsiderarse el tema del SAMU después de haberse planificado y constituida la reforma de la asistencia primaria y de haber hecho una red de hospitales públicos, lo sigo manteniendo porque, entre otras cosas, entre las funciones que les competen a los centros de salud figura también la medicina de urgencia y, por tanto, vamos primero a hacer la infraestructura en el medio rural, a potenciar los centros de salud ya creados, donde hace falta, y después yo también soy plenamente consciente

de que nos tendremos que sentar y tendremos que volver a considerar el Plan Regional de Urgencias si queremos que las cosas funcionen bien, y me refiero sólo a asistencia médica de urgencia, yo no me meto en otros temas que, entre otras cosas, los desconozco.

Una de las cosas que sí quiero decir es que el Servicio de Urgencias del Hospital Valdecilla me parece excelente, yo conozco mucho el Servicio de Urgencias, he trabajado en otros hospitales, en hospitales tan importantes como Puerta de Hierro, donde he estado bastante tiempo, y, efectivamente, es el mejor de todos los que yo conozco, por tanto ahí sí que hemos de felicitar a la persona que lo ha diseñado, sin embargo no tanto porque una cosa es la jaula y otra es el contenido, es decir la jaula es estupenda, el contenido no, porque sigue funcionando el servicio de urgencias como ha funcionado siempre, con las mismas personas, con los mismos medios, es decir en precario, se siguen produciendo hechos tan paradójicos, que es lo que yo vengo diciendo siempre que hay que descentralizar las urgencias, me parece que lo ha dicho también el Sr. Blanco, como puede ser que un Hospital como Valdecilla vayan suturas elementales que se pueden hacer en cualquier ambulatorio de cualquier medio rural, o cómo pueden acudir cefaleas vulgares que a lo mejor se atienden al día 20 o 30, de tal manera que ocurre que hay días, sobre todo en verano, que se atienden en Valdecilla 400 o 500 urgencias, y es porque está todo centralizado en ese servicio, y, precisamente lo que nosotros queremos es que eso no sea así, sino que se descentralice cada vez.

Por lo que ha dicho usted de que hasta monos harían algunas de las cosas, yo en eso sí que no estoy de acuerdo, además hago una protesta formal, como médico que soy, no, yo creo que los médicos somos médicos y a las personas que se les ha contratado es para que sigan siendo médicos no simplemente técnicos, técnicos es otra cosa, es una titulación inferior, no inferior en el sentido literal de la palabra sino otra titulación distinta, y cuando se contrata a un médico se le deben de dar las funciones de médico y si no existe la especialización de urgencias se debe de crear y en eso sí que estoy de acuerdo con usted, me parece que lo defiende usted. Bueno, en cualquier caso lo que sí es cierto es que cuando, por ejemplo se convocan plazas de urgencias, etc., se les da prioridades a las personas que tienen la titulación de cuidados intensivos y se desbanca de las listas de admitidos a las que no los tienen, esto, por ejemplo, ocurrió en el Hospital Valdecilla cuando a usted se le asignó la plaza de Jefe de Servicio. Nada mas, muchas gracias.

SR. BLANCO GARCIA: Bien, yo quiero decirle al Sr. Hormaechea que o yo no me he explicado bien, lo cual es posible, o usted no me ha entendido bien, y sobre todo lo que le quiero decir es que esto no es una cuestión de semántica, de si se llama protección civil o se llama catástrofe, o que se llama accidente múltiple. No. Yo lo único que le he hecho en exposición, lo único no, una de las cosas que más he insistido es que hay que distinguir dos niveles: uno lo que se llama salvamento y socorrismo, grandes catástrofes, accidentes múltiples, donde tendrá que intervenir aquel que más tenga que intervenir será el aspecto médico, pues el aspecto médico, el aspecto de protección civil, civil, bomberos, bomberos. Lo que quiero decir, insisto, es que haya una Junta coordinadora que se reúna y que alguien tome la decisión, porque el problema cuando hay accidentes múltiples o catástrofes, como usted les quiera llamar, o diferenciándole unas cosas de las otras, el problema es que hay muchas personas que toman decisiones. Eso no lo he dicho antes, pero quería que quedara entendido en lo que quería decir. Esa es mi propuesta, que haya una sólo persona que tome las decisiones y que esté preparada y que tenga mando en plaza, por así decirlo, para que pueda decidir.

Yo no sabía lo de los bomberos y me he quedado perplejo cuando los bomberos dicen que es que ellos no participan en una cuestión de estas. Pues, mire usted, si su convenio no dá para más, pues aquí habrá que hacer una normativa que obligue a aquellos que tienen una determinada profesión que tienen que estar dentro de lo que es catástrofe, accidente múltiple, o lo que sea, oiga tendrán que estar, a lo mejor hay que pagarles más, eso es otra cuestión; pero de principio es que tienen que estar. Por eso es por lo que me he quedado asombrado cuando de repente los bomberos dicen que no y que el Alcalde, no se si este o el anterior, dijo pues que no participan. Bueno pues me he quedado sorprendido, y de ahí eso lo he utilizado como argumento para decir mire usted es que aquí tiene que participar más gente. Me alegro que en el año 84 tenga usted esas ideas, con lo cual estamos más cerca los unos de los otros para poner en marcha esto, pero eso es un nivel que es el salvamento, que es el socorrismo, que es el accidente múltiple, que es la catástrofe, que tenga que intervenir el que sea que tiene que estar coordinado.

Otro nivel es el de la urgencia, eso ya lo he dicho antes. La urgencia médica y yo insisto, la urgencia médica tiene que estar descentralizada. Y no me diga usted que no funciona así en todo el mundo, porque lo que me ha

querido decir que funciona en todo el mundo es lo otro, lo de la asistencia a las catástrofes o a los accidentes múltiples. No funciona así en todo el mundo y usted lo sabe muy bien, y le voy a decir Inglaterra, y le voy a decir Italia, estos países que sé como funciona, y no funciona así. La asistencia a la urgencia es absolutamente descentralizada. En Italia es tan descentralizada que es competencia de los Ayuntamientos, fíjese usted según la Ley de Sanidad italiana, que usted debe de conocer, no me diga usted que es que funciona así y punto, no, hay muchos modelos. En Francia, Francia es un Estado más centralista y por lo tanto tiene unas competencias, pero en Sanidad, insisto, lo que es en urgencia, en la urgencia médica, la pirámide no funciona. No es el modelo ya occidental, será el modelo de otros países, no lo sé, pero insisto en la urgencia médica, hombre, naturalmente el conductor de unas ambulancias, sobre todo si hay una escuela que dá cursos de urgencias, sabe que si es un traumatismo craneal no le tiene que parar en el Centro Rural de Herrerías, evidentemente, para eso se les está formando y les tiene que traer a Valdecilla, eso es evidente, y no le puede dejar en el Hospital de Torrelavega si no va a haber neurocirugía, que no la va a haber, eso es elemental, para eso se les instruye y son conductores de ambulancia de un sistema que se llama el sistema de asistencia médica de urgencia. Por lo tanto estamos muy de acuerdo y bastante cercanos en las posiciones. Sigamos insistiendo, por lo menos nuestro Grupo va a apoyar todas las acciones tendentes a que haya esa Junta o ese estamento que sea de coordinación, pero, ojo, que tome las decisiones una sólo persona, sea quien sea, una sólo persona.

Segundo, en el otro nivel de la asistencia médica, la descentralización yo creo que es obligada eso viene, además, por la propia realidad de los hechos, con los Centros de Salud, con los Hospitales Comarcales, con las Areas, etc., por tanto no es cosa de que en la Comisión, aquí, nos estemos achacando cuestiones de sí yo le llamo protección civil o no, le llamo como le tenga que llamar, si en España se llama protección civil a una parte, pues le llamo protección civil, si en otra es asistencia médica, pues le llamo médica, y el conjunto cómo se llama, pues se llama solucionar los problemas, se llamará así, pues bueno, se llamará así.

Y por último decirle, ya que ha insistido o ha hablado en esta última fase sobre la coordinación de todos los mecanismos que pueden funcionar con el Insalud, sí han pensado en que se nombre y se ha solicitado al Insalud que se nombre el coordinador territorial, o si han nombrado, o si han tomado alguna

decisión al respecto, o sí han hablado con el Insalud para que la figura de coordinador territorial, que existe en algunas Comunidades Autónomas, ustedes han pensado en que se nombre o no, o como creen ustedes que se debe de hacer.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): El Sr. Parra, si tiene algo que añadir.

SR. PARRA BELENGUER: Sí, Sr. Presidente, muchas gracias.

Entiendo y me parece que es muy positiva en este sentido el resultado de la Comisión según se viene comentando porque a nuestro Grupo, a nuestro modo de ver, se está insistiendo en dos conceptos fundamentales con respecto a lo que todos pretendemos que sea un servicio absolutamente eficaz para un tema tan importante como este, que es el concepto de coordinación y descentralización. Nosotros entendemos que el Plan Regional que ha presentado el Director Regional de Sanidad acude a esos dos principios de coordinación y descentralización y por supuesto apoyados con lo que consideramos que es fundamental para que ambos conceptos puedan funcionar, y es la infraestructura. Precisamente porque entendemos que el Plan acude precisamente a la organización de esa infraestructura necesaria para que puntualmente, como ha dicho el Director Regional, se pueda insistir en esa coordinación por razón de la efectividad y al mismo tiempo prever y aumentar progresivamente la necesaria descentralización para que el servicio sea más eficaz y más puntual, entendemos que el Plan cumple esas condiciones y en este sentido ratificamos nuestra satisfacción con la exposición hecha por el Director Regional.

SR. BLANCO GARCIA: Preguntar una cosa muy concreta: El helicóptero que funciona aquí es el que está previsto en el SAMU, o es otro helicóptero.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Bien, ¿alguna observación más?. El Sr. Director Regional tiene la palabra.

SR. HORMAECHEA CAZON: Muchas gracias. Yo creo que todas las preguntas han ido un poco en la idea de como si el Plan Regional de Urgencias tuviera un afán centralizador.

La asistencia de urgencia tal como está prevista en el desarrollo de la Ley Regional de Sanidad va a ser: los Centros de Salud van a cubrir su zona de salud, no todas las zonas de salud tendrán servicio de urgencia. Es decir, no

todos los centros de salud de todas las zonas de salud tendrán servicio de urgencia. En las áreas rurales probablemente sí, en las áreas urbanas no tendría sentido que si en el área urbana de Santander hay ocho centros de salud, los ocho centros tengan servicio de urgencia. Pero, en general, por no complicar más las cosas, cada centro de salud se hará responsable de la atención continuada y urgencias de su zona de salud. A su vez, en teoría, en cada área de salud hay un Hospital que tiene un servicio de urgencia de área y aquí, al fin, existirá ese servicio de urgencia común de Valdecilla, sería servicio de urgencia del área Santander más regional. Y esa es la infraestructura. Lo único que hace el Plan Regional de Urgencias es coordinar eso.

Es decir, el Plan Regional de Urgencias no atiende urgencias, que ese es un error; el Plan Regional de Urgencias puede hacer protocolos de atención, puede formar al personal, puede establecer unas comunicaciones y un apoyo para que un centro de salud le llame y tenga a alguien con más experiencia que él: oye que tengo este problema, o a ese señor diga: oye ponte con el cardiólogo de guardia, o con el ginecólogo de guardia que tengo aquí una señora que me han mandado o lo que sea; es decir, es un apoyo. El Plan Regional de urgencias va a coordinar todas las llamadas de los buscas de todos los médicos que esten en las zonas rurales. El Plan Regional de Urgencias va a apoyar a los centros de salud cuando tengan un problema y tengan que buscar una ambulancia, porque no tiene porque estar el médico de guardia, ni la enfermera, porque normalmente no va a haber más personas, habrá como mucho tres personas en un centro de salud de guardia, buscando a ver donde hay una ambulancia, y entonces va y este señor que está moviendo continuamente las ambulancias, le busca las ambulancias, se asegura de que le llegue, se asegura de que ese enfermo llegue bien, comprueba todo, y además atiende análisis, que eso es importante, porque eso no se puede hacer de forma descentralizada.

Es decir de todos los movimientos de enfermos con ambulancias, de todas las zonas de salud habrá una zona donde se lleve un control y se diga ¿cuántas veces se nos ha llamado por dolor de cabeza, por un dolor torácico?, ¿qué ha pasado con estos enfermos?, ¿cuánto ha costado?, ¿cuántos se han muerto por el camino?, ¿cuántos han llegado vivos?. Y esto no lo puede hacer cada centro de salud, tiene que hacerse desde una central de coordinación, y cuánto cuesta, porque eso es fundamental, y este señor mandará una urgencia al Hospital de Torrelavega, por ejemplo, que el Hospital de Torrelavega no puede resolver en

un enfermo que le llega un problema y necesita que le trasladen, entonces en esos casos, a lo mejor, es cuando tiene que llamar y buscar la ambulancia de urgencia del SAMU, las propias, que como mucho van a ser tres o cuatro, y decir, oye tengo que trasladar un enfermo y necesito que vaya con un médico que sepa trasladar enfermos.

Y lo del mono es una cosa que, yo creo, no hay que sacarla de su contexto, es una cosa más o menos graciosa, pero en el resto del mundo no hace falta, son técnicos, y un ingeniero, para mi, es un técnico, y un médico es un técnico, porque lo único que se necesita es una autoridad superior, o un élite, o el que sea, porque en este país los títulos los tenemos para colgarlos de los cuadros y ponerlos en la pared, pero un título lo que significa es que el que ha dado ese título, el Ministerio, el Ministro o quien sea, se responsabiliza de que ese señor que tiene ese papel le va a atender a uno si sabe hacerlo, y que si pone que es un arquitecto va a hacer una casa y no se va a caer, eso es lo que se necesita: un señor que tenga una certificación que sí atiende a alguien, en el traslado en ambulancia, sabe hacerlo, es decir yo, como ciudadano, si me llevan sé que ese señor responde, es decir que no se pretende centralizar, y se pretende que todas las urgencias vayan a su zona y si no es en su zona o en su centro de salud, vayan a su Hospital de área, y si no, por último al Hospital Regional, pero lo único que pretende es coordinar, si no va a tener medios, va a tener, como mucho, cuatro o cinco ambulancias, no va a tener más. Por eso es por lo que yo pienso que no hace falta que haya una especialidad en medicina de urgencia porque hay muy pocas plazas de medicina de urgencia, es decir, si no íbamos a formar gente que no vamos a saber donde colocar.

En cuanto a la coordinación estoy totalmente de acuerdo, tiene que haber un nivel de coordinación, de planificación, y luego un nivel ejecutivo, y eso está contemplado aquí, los dos niveles, es decir, un nivel de programación y luego ese nivel, ese nivel consultivo que diga: esto es lo que hay que hacer y hay que contratar a tales señores que son los que saben, o a quien sea, y ese es el responsable de estar dando leña y que sepa y que esté y que responda. Eso está previsto.

En cuanto a lo de la coordinación: el proyecto de creación de la Comisión de Coordinación de Asistencia, es una Comisión de seis miembros, tres por parte de la Administración Central y tres por parte de la Administración



Autónomica, por parte de la Administración Central es: el Delegado del Gobierno, el Director General del Insalud y el Director General de Relaciones con las Comunidades Autónomas, que es el Secretario del Consejo Interterritorial, y, por parte de la Comunidad Autónoma, el Consejero de Presidencia, el Director Regional de Sanidad y otra persona nombrada por el Consejo de Gobierno. Entonces en cuanto se reúna se verá si es necesario nombrar una persona que tenga más rango o no, que puede ser el director provincial actual, no esté como persona sino como cargo. Yo pienso que en el caso de Cantabria probablemente no haga falta, en otros sitios sí porque se complica la cosa, es decir sino tendrías que tener a todos los Directores Provinciales reunidos, pero aquí como sólo es uno no tiene sentido poner Director Regional y encima otro como para una misma zona.

En cuanto a lo del helicóptero. En el proyecto de urgencia esta planificado que exista un helicóptero, que a ser posible dentro de las limitaciones porque no existe ningún helicóptero que sea polivalente, es decir que valga para todo. Lo que pasa es que tampoco se pueden tener siete helicópteros, hay que buscar un helicóptero que valga para lo más posible. Ese helicóptero se trajo aquí cuando los problemas de la nieve, y, entonces es un aparato que responde bastante bien a esas características. Es un helicóptero bastante grande, con muchas posibilidades y además con una infraestructura de comunicaciones, radar, etc., bastante buena para lo que es esta región, y capaz de volar por mar. Entonces, en principio, lo que se están haciendo es unas pruebas a ver si realmente, es decir, se están haciendo dos cosas, se están estudiando unas bases técnicas de cómo podría ser, es decir, qué necesidades tendría esta Comunidad Autónoma para hacer en su día un posible concurso, qué coste tendría eso y qué utilidad tendría, es decir, revisar todas aquellas cosas que clásicamente son forma de utilización del helicóptero (rescate en playas, incendios, etc.) y ver, bueno, pues en esto para Cantabria qué rentabilidad tendría, qué utilidad tendría, cuántas horas harían falta, es decir se está estudiando todo esto. Mientras tanto se ha llegado a un acuerdo con esta empresa, que por un coste mínimo nos está permitiendo hacer una serie de pruebas, formar a la gente en meterse en el helicóptero, salir, pues una serie de cosas y, ver qué problemas puede plantear. Ahora, primero, que se llegue a tener un helicóptero fijo aquí, no es seguro, es decir en su momento se hará un pliego, se estudiará, a ver lo que cuesta y tal. En segundo lugar: ¿qué sea esta empresa?, pues no lo sé, porque como será un concurso público, será la que sea, ni siquiera sé si sería este modelo o sería otro.

SR. BLANCO GARCIA: Una precisión al tema. No es entrar en polémica, ni mucho menos. En ese estudio del pliego de condiciones del helicóptero lo único que le sugiero es que introduzcan la posibilidad de coordinar con el servicio de socorrismo, si es que se llama así, de Asturias que tiene un helicóptero, que lo introduzcan por si acaso con uno para las dos Comunidades sirviera. No lo sé, no tengo yo los elementos técnicos capaces de decidir, pero si con uno sirve nos ahorramos la contratación de un helicóptero. Que introduzcan ese elemento.

SR. HORMAECHEA CAZON: Eso se va a estudiar, concretamente con Asturias, porque con el País Vasco es más complejo aunque tienen dos. Pero probablemente no sea en el sentido de que con uno para las dos sirva porque con las limitaciones que hay, es decir es un helicóptero rápido pero no es muy rápido, la velocidad media puede ser alrededor de 200 km. por hora. Pero lo que si que puede es abaratar la gestión del funcionamiento el tener dos con la misma empresa, es decir que tu contratas con la misma empresa el de Asturias y el de aquí porque la gestión, el mecánico, las piezas, el mantenimiento sí que puede ser mucho más funcional, y si es el mismo modelo mejor. O sea, que en ese sentido se va a hacer.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Se levanta la sesión. Muchas gracias.

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

\*\*\*\*\*