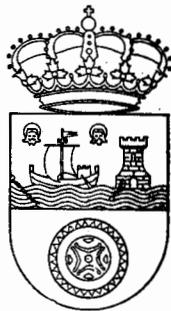


DIARIO DE SESIONES



DE LA ASAMBLEA REGIONAL DE CANTABRIA

Año VI

— II LEGISLATURA —

14 Diciembre 1987

— Número 8 B

Página 357_

Presidente:

ILMO. SR. DON RICARDO CONDE YAGUE

SESION DE LA COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO,
CELEBRADA EL DIA 18 DE NOVIEMBRE DE 1987.

SESION DE LA COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO,
CELEBRADA EL DIA 18 DE NOVIEMBRE DE 1987.

ORDEN DEL DIA

- Comparecencia del Consejero de la Presidencia ante esta Comisión, a fin de informar a la misma sobre los proyectos a desarrollar por su Departamento.

(Comienza la sesión a las diecisiete horas y cinco minutos)

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Damos comienzo a la sesión de esta tarde.

En primer lugar, doy la bienvenida a todos los asistentes, y en particular a usted, señor Consejero de la Presidencia, de la que depende, en último término, la política social y de empleo de este Consejo de Gobierno de Cantabria.

El tema que vamos a tratar, como único punto del orden del día, es que nos explique o nos reseñe cuál va a ser la política a seguir por su Departamento en el tema de política social y de empleo durante los próximos cuatro años, que le corresponde gobernar al Gobierno actual.

Cuando quiera, tiene usted la palabra.

EL ILMO. SR. D. ROBERTO BEDOYA ARROYO: Muchas gracias, señor Presidente.

Manifiestar, en primer lugar, ... (no se oye por avería en la grabación).

En consecuencia, voy a diferenciar en mi exposición lo que sería el área de sanidad y el área de bienestar social, iniciándolo por la exposición de la materia de la política sanitaria.

En primer lugar, si queremos, lógicamente, desarrollar una política sanitaria, debemos de conocer el conjunto de obligaciones a las cuales la comunidad autónoma está obligada a dar respuesta, en función de que teniendo la obligación, lógicamente tiene que dar una respuesta al conjunto de los ciudadanos. Ese sería el primer punto de referencia para enmarcar el propio desarrollo de la política sanitaria que pretende el actual Consejo de Gobierno.

Nos encontramos en la situación actual con que las transferencias y, en consecuencia, las obligaciones asumidas a las que nosotros, lógicamente, queremos y debemos dar respuesta, van motivadas esencialmente en el ámbito de la salud pública que, salvo áreas muy concretas, son obligación de la comunidad autónoma, a través de las transferencias realizadas por los Reales Decretos 2030/82 y 3458/83, mientras que diferenciando en el ámbito de la asistencia sanitaria, esencialmente hoy es una competencia aún no transferida que está en el ámbito del INSALUD, salvo los servicios de la extinguida AISNA, que han sido transferidos los hospitales de Pedrosa y Liencres y sus respectivas competencias por Real Decreto 2760/86.

Entiende el Consejo de Gobierno, y así fue aprobado recientemente, por unanimidad, por la propia Asamblea Regional de Cantabria, que en una situación de futuro inmediato debemos de ir y acudir a tener, para poder diseñar una política sanitaria global desde Cantabria, a la transferencia del INSALUD.

Previamente, entendemos y así va a ser necesario, porque la política de transferencia no es sencillamente un deseo de una comunidad autónoma con respecto a la administración central, sino que es una política diseñada en el ámbito nacional, como creo que debe de ser como tal política de transferencia, global del Estado con respecto a las diecisiete comunidades autónomas, entendemos que debe de existir una situación, digamos, de tránsito.

Esa situación de tránsito nosotros la quisiéramos motivar en dos hechos. Primero, buscar una línea de colaboración con el INSALUD y el Ministerio de Sanidad, para llegar a una especie de política concertada de desarrollo de la sanidad en Cantabria, lo cual, en principio, se podría conseguir, como ya anuncié en el Pleno de la Asamblea, a través de la formación de la Comisión de Coordinación de la asistencia sanitaria en Cantabria, cuyo proyecto de convenio, enviado y dialogado con el Ministerio de Sanidad, ya obra en el ámbito de la Diputación Regional de Cantabria. Y, lógicamente, eso ha de ser la situación de tránsito que nos permita acudir a aquéllo que ha sido asumido y que asume el Consejo de Gobierno como objetivo esencial, y así lo asumía el programa electoral de Alianza Popular, hacia un futuro más inmediato, pero que también es difícil marcar la fecha porque, como digo, no solamente depende de nosotros, sino que depende de una política nacional de transferencias, hacia la transferencia del INSALUD que, como bien recogió el otro día el acuerdo unánime de la Asamblea, debe de basarse, lógicamente, en un estudio riguroso del coste económico y, por otro lado, lógicamente, debemos de tener en cuenta el condicionante del proceso legal, que no solamente es dependiente de la propia Asamblea Regional de Cantabria, sino que, de conformidad con el artículo 25 del Estatuto de Autonomía, también está vinculado a un proceso de ley orgánica, cuya última instancia y cuya última palabra la tienen las Cortes Generales. Y, lógicamente, también está vinculado a un proceso político global del Estado, que depende de él mismo, cuál es el concepto de las transferencias. Nosotros lo que sí podemos decir desde el Gobierno de Cantabria es que creemos que desarrollado este primer ámbito de competencias en general, se debe de abrir un nuevo proceso de transferencias, negociado y dialogado con la administración central.

En consecuencia, así queda fijado lo que debe de ser el origen y el inicio de toda política que se quiera desarrollar, que es el conjunto de obligaciones que uno tiene y a las cuales tiene que dar respuesta, diferenciando claramente lo que es la salud pública, donde nuestras competencias son preferentes ya y donde son prácticamente absolutas, de lo que es la asistencia sanitaria, donde nosotros en este momento no tenemos obligaciones, salvo, como decía antes, en la transferencia de las instituciones de la extinguida AISNA.

Marcado el ámbito de la competencia y de la obligación, debemos de manifestar entonces cuál ha de ser el desarrollo de nuestra política

sanitaria, diferenciando también lo que es la salud pública de lo que es la asistencia sanitaria.

En consecuencia, habría un primer capítulo, que sería el desarrollo de las áreas de promoción y protección de la salud, y dentro de ello un conjunto de programas, que entendemos de interés y que están vinculados al propio sentido de los Decretos de transferencia.

- Primero, con el desarrollo y potenciación del programa de epidemiología, que tenga por objeto la vigilancia y los estudios epidemiológicos, como base del conocimiento de la situación sanitaria de la población y de los cambios de la misma, como un concepto esencial dentro de lo global de la medicina preventiva.

- Segundo, un conjunto de programas que podríamos definir de exámenes de salud, de conocer la situación de la salud, como es el desarrollo del programa de manipuladores de alimentos, como es el desarrollo de las consultas que da la propia Dirección Regional de Sanidad, que en este momento está centrada en maternología, puericultura y enfermedades de transmisión sexual, tanto en el ámbito asistencial como de educación y prevención. Y las actuaciones sobre grupos de población de elevado riesgo sanitario, entre los que se encuentra, lógicamente, la colaboración, y nosotros queremos seguir potenciándola, con la comunidad gitana para la realización de los exámenes de salud, el control sanitario de otro grupo también de población de elevado riesgo, y además de difícil control, cuales son el de transeúntes y marginados sociales, y también, y en conexión con Bienestar Social, de las personas que están en el ámbito de la drogodependencia.

Por otro lado, dentro de este programa de desarrollo de las áreas de promoción y protección de la salud, habría un ámbito también que está específicamente referido en esta competencia, que es el de la inspección técnica de sanidad. En este punto es esencial que el Consejo de Gobierno va a proceder, de manera inmediata, a la reestructuración del Cuerpo de Veterinarios titulares, transformando del mundo de veterinario titular en dos aspectos absolutamente diferenciados: de un lado, los veterinarios de salud pública, que serían los que quedarían adscritos específicamente a la Consejería de Sanidad, al ámbito de la sanidad, y, lógicamente, otros

veterinarios que estarían vinculados al mundo, por diferenciarlo desde un punto de vista administrativo, de la Consejería de Ganadería. En este momento el Consejo de Gobierno está dialogando con el propio Colegio de Veterinarios. Nosotros hemos marcado ya nuestro esquema, que además tiene antecedentes, ya que este tema se planteó a nivel nacional y se dijo que en el ámbito en concreto de los veterinarios se ha dado, digamos, a cada comunidad autónoma la posibilidad de regular, dentro de unas bases generales, pero de regular su propia manera de enfocar este asunto. Ya hay otras comunidades, la más próxima y que nos está sirviendo de orientación es la de La Rioja, para definir tanto el número de veterinarios necesarios, que estará vinculado también al hecho del mapa sanitario regional, como el conjunto de funciones que van a desarrollar tanto los veterinarios de la salud pública como los veterinarios de ganadería. Pero entiendo que ese será un paso importante, cual es el de la reforma del propio Cuerpo de Veterinarios y el que tengamos un cuerpo de veterinarios específicos referidos a la salud pública.

Otro programa a desarrollar y potenciar es el programa materno-infantil, en base a tres esquemas. Primero, el de la orientación familiar, que proporcione la educación necesaria para una paternidad y una maternidad responsable; el programa de prevención de la subnormalidad, con el objeto de llegar a una erradicación, que también está en marcha, y el del control y seguimiento de los embarazos de alto riesgo y parto prematuro.

Dentro de los programas de promoción y protección de la salud está el desarrollo y continuación, porque no es algo que nosotros vayamos a poner en marcha sino que ya existe, que es el programa de salud escolar, como potenciación de la educación sanitaria en los colegios, como fundamento del diagnóstico precoz y de inicio de la educación sanitaria. Con tres tipos de actividades: exámenes de salud a los escolares, enseñanza de la higiene bucodental y prevención de la caries dental, y estudios referidos a este ámbito de la salud escolar o del ámbito de la primera edad, como ya se ha desarrollado el tema de accidentes en la infancia, el fracaso escolar y demás.

Otro programa sería el programa de vacunaciones, que tendría por objeto el control del cumplimiento del propio programa en todos los niños nacidos en Cantabria o que se incluyan en el mismo, bien sean de edad de la niñez o de otras edades, que entendemos como forma más barata y eficaz de prevenir las enfermedades, en un concepto de una medicina preventiva.

Desarrollaremos un programa que se inició, a través también del consenso, en el presupuesto del año pasado, cual fue el programa de control y prevención del SIDA.

También se desarrollará el programa regional de oncología, buscando una coordinación de esfuerzos entre los distintos organismos que están actuando en el mismo, con una campaña de información y educación sobre los factores del riesgo y con una campaña de actuación y de diagnóstico precoz.

El programa de hipertensión arterial, que también está en marcha y que tiene que ser la base para, concluido el mismo, desde el punto de vista epidemiológico y de atención terapéutica, dicho programa se debe, lógicamente, de transformar ya en un programa de prevención y seguimiento de las enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, está también, como ya manifesté recientemente ante el Pleno de la Asamblea, la necesidad de unificar en el ámbito de la Dirección Regional de Sanidad el laboratorio de salud pública. Entendemos que la existencia de múltiples laboratorios, como quizá también existan en otro ámbito de la administración, debe de tener un concepto de racionalización, debe de tener un concepto de unificación de esfuerzos y, en consecuencia, tanto el laboratorio ya existente, previamente a la transferencia de los hospitales de Pedrosa y Liencres, creemos que se debe de ir hacia la unificación en un único laboratorio, con el ánimo de que en esa reestructuración y en esa unificación se pueda potenciar esta actividad.

Dentro del desarrollo de la infraestructura sanitaria, debemos también de asumir, primero, como paso esencial, el compromiso, también del Pleno reciente de la Asamblea Regional, de la necesidad de una concreción definitiva del mapa sanitario, sin el cual, lógicamente, es difícil desarrollar el propio programa, o el mapa sanitario en la concreción espacial, sin perjuicio de que los grandes objetivos se pueden decir.

Primero, una vez concretado definitivamente el actual mapa sanitario, que, entre otras cosas, como se dijo el otro día en el Pleno de la Asamblea, entiendo que está quizá desmesurado por motivaciones de carácter político y, en consecuencia, creo que debe de sufrir una racionalización, pues una vez que suceda esto, el punto de partida, después ya de la ejecución de la política,

debe de basarse en desarrollar las obligaciones que se enmarcan en el mapa sanitario en cuanto a área hospitalaria, centro de salud y consultorios rurales, como base de la red asistencial de Cantabria. Y el objetivo sería concluir en esta legislatura la infraestructura sanitaria básica de la región, que viene condicionada por el propio marco de ese mapa sanitario.

Bien es cierto que hay que adelantar, y de hecho está sucediendo, que el propio desarrollo de esta infraestructura sanitaria está condicionada también, en gran parte, no solamente por la definitiva conclusión y consenso de ese mapa sanitario, sino también por la puesta en marcha de los equipos de atención primaria y de la propia integración de los sanitarios locales en los mismos, lo cual es una competencia que en este momento no tiene la comunidad autónoma. Es un proceso que se está negociando y dialogando en el ámbito de las relaciones entre las comunidades autónomas y la administración central. Pero que no cabe duda que de nada nos sirve desarrollar una estructura sanitaria, sobre todo en los centros de salud, que es el tema más acuciante o al que más puede afectar este tema funcional, y que posteriormente nos encontremos, como ya está sucediendo con algunos centros de salud, que no se produce, digamos, la integración de aquellas personas que tienen que desarrollar en ese ámbito espacial las funciones de sanitarios locales. En consecuencia, en eso sí que hay que adelantar que puede ser algo que condicione, en gran parte, el propio desarrollo de ese mapa sanitario y de esa infraestructura sanitaria.

Lógicamente, dentro de la diferenciación que habría en la asistencia sanitaria entre esos tres ámbitos, consultorios rurales, centros de salud y área hospitalaria, sí que queda definido, y el otro día así se manifestó en la moción consensuada, que el programa esencial que quiere desarrollar y la atención presupuestaria esencial de este Consejo de Gobierno va referida a la atención primaria, va referida a la puesta en funcionamiento de todas las obligaciones que se derivan del mapa sanitario en la infraestructura de consultorios rurales. El objetivo es que todos los vínculos de población importantes tengan un consultorio rural, nuevo o restaurado, en el ámbito de Cantabria al final de esta legislatura.

El segundo ámbito de la infraestructura sanitaria serían los centros de salud. Bien es cierto que la Diputación Regional ha colaborado económicamente y ha participado en el desarrollo de estos centros de salud. De hecho, la

Diputación ha financiado los de Astillero, Cabezón de la Sal, Corvera de Toranzo, Potes y Rionansa, y eso -ya se manifestó también en la Asamblea- venía motivado por un convenio existente entre el Ministerio de Sanidad y la Consejería de Sanidad. Ese convenio, por parte de la Diputación Regional se ha entendido, y creo que es manifiesto el incumplimiento que ha desarrollado la administración central, y, consecuentemente con ese criterio del incumplimiento, nosotros volvemos a terminar de cumplir la obligación que habíamos asumido, esencial, en dicho convenio, que era la construcción del hospital comarcal de Laredo, pero, por supuesto, nos desvinculamos de la inversión en centros de salud, es decir, nos desvinculamos de una manera genérica. No quiere que nunca en esta vida, dentro de esa línea de colaboración, no se pueda llegar a excepciones o a nuevas líneas de colaboración, pero, hoy por hoy, nosotros nos desvinculamos. Creo que el Ministerio así lo ha comprendido, y en reciente entrevista con el nuevo Director del INSALUD, ellos asumían que la puesta en marcha de esos centros de salud y la propia infraestructura correspondiente a los mismos le corresponde al Ministerio, y así ya nos han anunciado la realización -algunos ya están en marcha, subastados y demás- de los de Laredo, Reinosa, Santoña, Suances, Castro Urdiales y el de la calle Marqués de la Hermita, en Santander, con los cuales ya correrá el coste por el INSALUD, y algo que quedaba también de la conclusión del centro de salud de Potes, también han asumido que esa parte económica la desarrollaran ellos. En consecuencia, nuestra actitud política en la ejecución de la política de infraestructura de centros de salud estará motivada en exigir, lógicamente, al Ministerio que en el ámbito de sus competencias y mientras las sigan teniendo en esta parcela, pues concluya todos los centros de salud que estén previstos en el propio mapa sanitario.

Un tercer ámbito de la asistencia en la infraestructura sanitaria serían los hospitales de agudos, que en este momento también son competencia del INSALUD, con una situación de que existe en estos momentos en marcha únicamente un centro público, que es el de Valdecilla, con 1.000 camas, con un carácter de centro supraregional, de alta tecnología, de alta proyección, de difícil encaje para un centro exclusivo de Cantabria. Y también nos hemos encontrado con una política de disminución de la oferta por parte del INSALUD, esencialmente en su relación o en su planteamiento de rescisión de convenios con las clínicas privadas, lo que ha supuesto un deterioro de la sanidad hospitalaria en otros ámbitos de la comunidad autónoma que no son los propios de Santander capital.

El objetivo a exigir, puesto que, como decía antes, se sigue teniendo esa competencia en el ámbito del INSALUD, es la potenciación de Valdecilla como hospital regional y centro de referencia, la puesta en funcionamiento del hospital de Laredo. El hospital de Laredo está, prácticamente, para concluir antes de finalizar el año. Nosotros ya estamos en diálogo con el INSALUD para ejecutar aquel convenio, para cederles el hospital y que ellos asuman el compromiso de la dotación del hospital y de dotarle tanto materialmente, digamos, con capítulo dos y dotarle también de personal, ya que no es nuestra obligación. Una obligación que, digo, se vinculaba a ese convenio al que habían llegado el INSALUD y la Diputación Regional, y era sencillamente de construir dicho centro. Por otro lado, está la puesta en funcionamiento del hospital de Torrelavega, que ya ha sido subastado por el INSALUD, con lo cual se cubrirían tres de las áreas hospitalarias que, en principio, estaban previstas en el propio mapa sanitario regional.

Y nos quedaríamos, y también fue objeto de debate reciente, con el tema de la sanidad en Campóo, que también era un área que en el mapa sanitario ahora a revisar figuraba como cabecera, digamos, de hospital. No cabe duda que en la situación actual, la manifestación del INSALUD es denegar, y de hecho se ha visto, puesto que van a construir en Reinosa un centro de salud sin ninguna trayectoria hospitalaria, y realmente esto ha supuesto un incumplimiento por parte del Ministerio, que yo simplemente manifiesto como tal, un incumplimiento de algo que cuando era Ministro Ernest LLuch, se había manifestado, y así existe por escrito, asumiendo un acuerdo de la Asamblea Regional para buscar, primero, una renovación con la clínica de Reinosa, modificando las condiciones del concierto económico, y luego, posteriormente, y de conformidad con aquel acuerdo y con lo manifestaciones que se realizaron, entiendo, entonces por todos los Grupos políticos, dotar de un hospital a la comarca de Campóo. Y como también dijimos el otro día, al manifestarse que el principal inconveniente era el número de población a la cual iba a afectar ese hospital, puesto que no entraba dentro de los módulos de que para esas 25.000 personas hubiese una vinculación con ese hospital, la alternativa fue, lógicamente, ampliar el área de cobertura a otras zonas, la norte de Palencia y Burgos, que también tenían serias dificultades en cuanto a la prestación hospitalaria.

En el tema de los hospitales de crónicos, que sí que están transferidos a la comunidad autónoma los hospitales de Pedrosa y de Liencres, no cabe duda

que la transferencia, en general, en cuanto a capítulo uno y capítulo dos, y así se ha demostrado en la gestión que se viene realizando en ambos hospitales, ha coincidido con los propios costes que se manifestaban en el ámbito de la negociación de esa transferencia. Pero bien es cierto que esta transferencia tuvo un grave inconveniente, y es el que fue una transferencia sin dotación específica de capítulo seis. Lo cierto es que estos dos hospitales están en una situación, como edificios, como inmuebles, digamos, sin perjuicio de que, además, son inmuebles destinados a hospitales, pues bastante deplorable, bastante insuficiente y, sobre todo, hay que convencernos de que sin posibilidad de que eso tenga una situación de continuidad, que hoy, lógicamente, hay que afrontar esa situación.

Esto ha producido el que se esté en este momento en una vía de estudio, con tres posibilidades, que se están barajando las tres. Una sería la de acudir a un nuevo hospital, bien construido en un sitio o en otro. El estudio que existe es que esa inversión supondría como 1.000 millones de pesetas, es decir, sería una inversión realmente importante, sobre todo cuando no ha venido la transferencia con capítulo seis. El acudir a la reforma de uno de ellos y a la concentración en uno de ellos de la actividad que desarrollan los dos. Y lo otro que también se ha planteado, al menos como objeto de estudio, es que se pudieran trasladar a la Residencia Cantabria, siempre y cuando la manifestación del Ministerio de Sanidad era que la Residencia Cantabria tenía intención de ir progresivamente cerrándola. Ya digo que los tres están objetos de estudio, y quizás en este momento la mayor inclinación, dentro de las posibilidades económicas, sería acudir a la reforma de uno de ellos y a la potenciación, a través de él, de esta situación, que además ya es un planteamiento que se hizo en la anterior legislatura, que ya se había hablado con los sindicatos para proceder a esto y que al menos el comité de empresas que allí existía estaba de acuerdo con proceder de esta forma. En este momento, dentro de las tres posibilidades, es donde estamos más centrados, sin descartar las otras. Lógicamente, cuando se plantee de una manera definitiva, se comunicará a los grupos y se comunicará también a los trabajadores, con los cuales se dialogará y se hablará, sin perjuicio, lógicamente, de la última competencia que tenga la Diputación para marcar su propia política, pero siempre buscando una vía de acuerdo y no de imposición, ni siquiera a los propios trabajadores.

Otro tema a desarrollar y que también ya es algo existente y que creo que

ha sido muchas veces objeto de debate y de controversia, es el Plan Regional de Urgencias. Nosotros entendemos que sí que es positivo tener un sistema de asistencia médica de urgencia, pero se debe de readaptar el desarrollo de ese Plan Regional de Urgencias precisamente a las propias competencias de la Diputación y, en consecuencia, se debe de adaptar al desarrollo de la asistencia primaria.

Yo manifiesto que el Plan Regional de Urgencias, desde un punto de vista técnico-teórico, como tal plan, entiendo que es un plan que está perfectamente desarrollado, que ha tenido en cuenta todos los aspectos implicados para desarrollarlo, cuales eran los sanitarios, los sociales, los económicos, que ha sido precisamente no novedoso, sino que se ha trasladado de las experiencias existentes en el servicio de urgencia de otros países, que ha sido, además, copiado y ha sido asumido, en gran parte, por otras comunidades autónomas y por el propio Ministerio de Sanidad, que lo ha puesto dentro de su esquema de desarrollo sanitario como ejemplo y, de hecho, a nosotros mismos nos lo han enviado para objeto de estudio entre todas las comunidades autónomas, y que realmente el plan ha tenido ya un desarrollo. Hay una parte del plan ejecutado, como es el servicio de comunicaciones, que está ubicado en Valdecilla y que está en conexión con la central de Protección Civil. En lo demás se ha desarrollado con la adquisición de dos ambulancias para el tema de transporte y se ha puesto en marcha un servicio de información del propio servicio del Plan de Urgencias.

El esquema del servicio sería la información durante las 24 horas, para orientación en temas médicos, la coordinación en el tema del transporte, esencialmente también en relación con las empresas privadas que se dedican a dicha función, el tener una información en temas de información de tóxicos, la asistencia directa durante 24 horas, esencialmente al área de Santander y alrededores en este momento, el tener una conexión con los médicos de la región, que les permita, digamos, no suplantar, sino subrogar sus propias imposibilidades como médicos rurales, y también atender con el propio servicio del Plan de Urgencias, a otra serie de situaciones, como pueden ser acontecimientos de carácter público que se desarrollen en la región, el traslado de pacientes fuera de Cantabria y buscar también la concertación con otras organizaciones.

Pero yo ya anuncio que sí que se producirá una disminución importante,

porque entendemos que sí que se debe de reconducir el propio Plan Regional de Urgencias, y, consecuentemente, en el Presupuesto de la Diputación Regional, al reconducirse el propio programa regional de urgencias, se producirá una variación económica, no entendemos a la baja del Plan Regional de Urgencias, sino que adaptando el Plan Regional de Urgencias a las propias necesidades de Cantabria, el coste del propio plan entiendo que se reducirá aproximadamente en un 50 por ciento, inclusive a menos, al menos en el proyecto de presupuestos que presentará el Consejo de Gobierno.

El programa de salud mental no cabe duda que está en gran parte... bueno, debo de manifestar lo que así se manifestó, y como ha habido previamente una interpelación que dio lugar a un debate amplio en el tema de sanidad, pues muchas cosas son reiterativas, pero yo cumplo con mi propia obligación. Decir que nosotros tenemos un convenio con el Ministerio de Sanidad para la reforma de la salud mental, que es del 23 de julio de 1986, que es un convenio similar al que han realizado otras comunidades. Que dicho convenio no está, es decir, no se ha aplicado en la realidad y ha surgido también el problema comunmente entre todas las comunidades autónomas y el INSALUD, que ante estas dificultades, reconocidas también en todo el ámbito nacional en la Comisión del Consejo Interterritorial del sistema nacional de salud, se ha recientemente, el 2 de julio del 87, constituido una comisión de seguimiento y en la reunión reciente del 17 de septiembre se planteó como propuesta al Ministerio, y éste lo ha asumido, el que se sigan propiciando la revisión de esos convenios.

Mientras esto sucede y se puede atender, porque parece ser que uno de los sistemas sería producir la propia transferencia económica hacia las comunidades autónomas, para que ellas organicen globalmente el tema de la salud mental, mientras tanto lo que sí que con el personal transferido del AISNA se va a poner en marcha un centro de salud mental, dependiente de la Dirección Regional de Sanidad. Pero abarcar o desarrollar esto hacia el área, inclusive, dentro del mapa sanitario, como parece que debe de ser lo lógico que existan centros de salud mental por lo menos en cada área hospitalaria, eso que sería el objetivo, lo que no cabe duda y debemos de manifestar es que en este momento está condicionado por esa propia situación de relación con el Ministerio de Sanidad.

Otra cuestión a plantear inicialmente es el tema de la investigación en el

ámbito de las ciencias médicas. Nosotros estamos porque siga existiendo, y también fue el otro día objeto de apoyo unánime en el ámbito de la Asamblea Regional, el tema de la potenciación de la investigación y la docencia en el área de las ciencias médicas, a través, esencialmente, de la Fundación Marqués de Valdecilla, que, como ya se manifestó en anteriores ocasiones, esencialmente en el debate presupuestario, por nuestra parte creemos que debe de intentarse una reforma de la propia Fundación tendente a que la Fundación quede específicamente y esencialmente para temas de carácter de investigación y de docencia, y buscar una coordinación de sus propios centros, integrándolos en el ámbito del Bienestar Social, para buscar una coordinación de esfuerzos y no esta especie de engaño que supone que por ser un organismo autónomo nosotros les trasladamos el dinero que después ellos gastan. Nosotros creemos que, administrativamente, sería más conveniente intentar que, en función de la propia especialidad de los centros que tiene la Fundación, se integrasen en el ámbito de la administración regional y dedicar la Fundación esencialmente al tema de la investigación y la docencia.

La continuación de este plan de ayudas de investigación, a través de la Fundación Valdecilla, pues digo que ya ha sido un hecho coincidente por los grupos políticos en el ámbito de la Asamblea. Creemos que tanto en éste como en los demás temas referidos al Consejo de Gobierno y a las actividades sectoriales, la línea de colaboración, en este caso con la Facultad de Medicina, debe de ampliarse, debe de buscarse un convenio con la Facultad de Medicina, y no lo digo porque esté aquí el Presidente del Colegio de Médicos, creo que también con las organizaciones articuladas de médicos, que nos permitan intentar casi de una manera beneficiosa para el conjunto de la sociedad, que se puedan potenciar los propios recursos escasos a través de la aportación humana, tanto de los profesionales de la Universidad como de los propios profesionales de la medicina. En consecuencia, continuaremos con el fondo de investigación e información, tanto en su aspecto de becas posdoctorales, de ayudas a investigación, de cursos de formación continuada, como de actividades científicas y, como decía antes, de ayudas a la investigación, por supuesto.

Nosotros entendemos que el actual sistema de control existente a través del Consejo Científico asesor, no vamos a decir que no sea mejorable. Entendemos que el año pasado funcionó, desde nuestro punto de vista, de una manera correcta, pero siempre estamos dispuestos a que si se observa algún

tipo de incorrección, pues tanto por los grupos políticos como por los propios profesionales, se nos haga saber, para corregirlo.

En el tema, también objeto de debate en el pleno de la Asamblea, del Comité de Gestión y Gobierno de Valdecilla, que sería también una situación de tránsito hacia lo que pudiera ser algún día, porque también es un tema a discutir si Valdecilla va a ser transferido en el global de la transferencia del INSALUD o si Valdecilla va a quedar como algo especial en el conjunto de relaciones, y una de las fórmulas especiales pudiera ser precisamente que, sobre la base de revisión del actual concierto, se adaptase a la dinámica del propio estado de las autonomías. En consecuencia, nosotros asumimos, de un lado, que es cierto que mientras exista esta fórmula, mejor es participar activamente en la situación actual que no participar y, en consecuencia, participaremos activamente en ese Comité de Gestión y Gobierno de Valdecilla, pero, por otro lado, manifestamos, y así ya lo realizó el anterior Consejo de Gobierno y nosotros lo asumimos, que se debe de proceder a un intento, por lo menos, puesto que nosotros no lo podemos exigir de una manera legal o de una manera jurídica vinculante para el Gobierno de la nación, pero sí que entendemos que a través del diálogo debemos de procurar una revisión concertada del propio concierto, valga la redundancia, entendiendo que se debe de adaptar a la propia situación actual, donde el extinto Instituto Nacional de Previsión y la propia Diputación Provincial son organismos que han perdido su propia personalidad jurídica y, sobre todo, los que les han sustituido, les han sustituido en el marco de un estado absolutamente diferente a aquél en el que nació el concierto entre la Diputación Provincial y la administración central.

Esos son, a grandes rasgos, los temas de sanidad, sin perjuicio luego de que se puedan ampliar, en función de las consideraciones que hagan todos ustedes.

Por otro lado, sí que quisiera destacar dos temas que han sido objeto de discusión, esencialmente a raíz del propio discurso de investidura, y que quizás se ha querido decir que nosotros era la única política sanitaria que teníamos, cuando el propio Presidente se refirió al programa electoral y acto seguido dijo que había otros temas, digamos, con carácter a estudiar, como ideas a intentar poner en marcha. Y yo no soy coincidente cuando se dice que hay ideas que se pueden o no se tienen que rectificar, yo creo que las ideas

se deben de tener y después, lógicamente, en el contraste con la realidad o en el contraste con los inconvenientes, siempre en sí mismas son modificables y por ello no se pierde nada.

En consecuencia, sí que quiero decir que cuando se habló y se habla de la creación de un centro de diagnóstico, y me parece que se decía de diagnóstico y prediagnóstico, que fue criticado precisamente el propio hecho conceptual, bueno, lo que sí que es cierto es que se plantea como una idea, se plantea como algo a estudiar, como algo en un concepto ya no del desarrollo de la propia competencia, sino como desarrollo de un concepto empresarial también de la medicina. Lo que sí que es cierto es que en ningún caso podría ser el desarrollo de este centro algo que atosigase económicamente al cumplimiento de nuestras obligaciones. Luego, si no tiene una viabilidad de empresa, tampoco debe de tener una viabilidad en nuestros proyectos, puesto que nuestros proyectos tienen que estar vinculados a nuestras propias obligaciones.

También cuando se habló y se manifestó la posibilidad de acudir a la atención de problemas de ortodoncia, inclusive se dijo también de cirugía estética -creo que fue textual en el discurso de investidura-, bueno, yo entiendo que si problemas de este tipo o de cualquier otro tipo, a través de conciertos con la medicina privada y no llegando a ellos el INSALUD, se puede hacer ese tipo de prestación asistencial o sanitaria a los ciudadanos de Cantabria, en sí mismos yo entiendo que es un hecho positivo. Lo que nadie puede decir ni puede manifestar es que el programa sanitario de Alianza Popular, ni el que está escrito en nuestro programa electoral ni en las manifestaciones que se han realizado, hayan tomado esos puntos de referencia como esenciales de nuestro programa sanitario, sino que nuestro programa sanitario es eso, y además eso, digamos, si se quiere, como hecho puntual y demás.

Respecto a la materia de bienestar social, en el área de bienestar social nosotros entendemos que se deben de desarrollar tres programas globales esenciales: un programa de servicios e instalaciones de tiempo libre, un programa de servicios sociales y un programa de prestaciones de asistencia social.

Dentro de estos programas, lógicamente, destaca, y quizás sea el que más tiempo va a llevar de exposición, el programa de servicios sociales, que

tendría a su vez distintos puntos de referencia, y esos puntos serían en denominación los siguientes: la atención al menor y a la mujer, la atención al minusválido, la atención al anciano, el programa de toxicomanías y el Plan Regional de Unidades Básicas de Acción Social, de UVAS.

El primer tema, programa de servicios e instalaciones de Tiempo Libre. Ese programa, en su desarrollo actual y en el desarrollo futuro como hecho esencial, tiene todas las actuaciones referidas al funcionamiento de la Residencia Francisco Marcano, aquí, en Santander, que, sirva simplemente como dato, durante este año, y como al fin y al cabo ya llevamos un tiempo como actual Consejo de Gobierno, esta Residencia ha tenido un período de funcionamiento que abarca desde el 15 de marzo hasta el 30 de noviembre. Durante este período ha atendido a 11.000 personas, con un número de estancias de alojamiento y manutención próximas a las 73.000.

El objetivo fundamental en este programa, a desarrollar en el futuro y creo que en gran parte está siendo desarrollado por las actividades que giran en torno a la misma, sería facilitar el descanso y cualificar el ocio de los trabajadores y de sus familias. Creemos que ese ha sido el objetivo esencial con el cual se puso en marcha este Centro, que no tiene que ser esencialmente un Centro, digamos, de competencia específica del área privada de la hospedería y de los demás centros de este tipo, sino precisamente tener ese fin social de atender a unas clases determinados, incrementar el número de usuarios referido a lo que manifestaba con anterioridad, facilitar información de otras instalaciones similares de otras Comunidades Autónomas a ciudadanos de Cantabria y también utilizarlo como centro de reuniones y encuentros en la propia Residencia.

En cuanto a la línea de futuro, ya desvinculándonos de la propia Residencia Marcano, nosotros entendemos que dentro también de la potenciación de este ámbito social que tienen estas Residencias de Tiempo Libre y también de la potenciación del sector Servicios, aunque sea en este caso por la vía del Servicio Público, el ver la posibilidad de dotar a la propia Comunidad Autónoma de nuevas Residencias de Tiempo Libre como una manera, digo, de cumplir el doble objetivo, de un lado de lo que sería Servicio Social, y de otro lado de lo que sería Servicio de carácter pues turístico o semejante.

Dentro del programa de Servicios Sociales, las actuaciones a desarrollar

van dirigidas a la consecución de una serie de objetivos generales y que como tal programa, digamos, de carácter general, voy a enumerar.

- Primero, el acercamiento de los Servicios y recursos sociales a la Comunidad, mediante la descentralización.
- La aplicación del criterio de normalización, es decir, adoptar alternativas que se acerquen lo más posible a las adoptadas para la población en general.
- Tercero, la aplicación del principio básico de individualización. Es decir, prestar un servicio adaptado a las características de cada caso, individual o familiar, a sus necesidades concretas.
- La coordinación y cooperación con el resto de Administraciones Públicas, fundamentalmente con la Administración Local, y con la iniciativa privada que trabaja en el ámbito de los Servicios Sociales, mediante la potenciación y creación de Comisiones Mixtas de Trabajo.
- La mejora de los sistemas de información y documentación, desarrollando un programa de informatización de los propios servicios centrales de la Dirección Regional y del asesoramiento y apoyo técnico de las distintas unidades de la Dirección Regional a los Centros y Servicios, tanto propios como concertados, facilitando así mismo la formación permanente del personal de dichos Centros.

Dentro de este programa global de Servicios Sociales, un primer subprograma, por dar alguna definición, sería el de atención al menor y a la mujer, aunque, lógicamente, estarían claramente diferenciados. Todas las actuaciones en este caso irían referidas al área del menor y de la mujer, tanto derivadas de la gestión de Centros Asistenciales propios, que están en el ámbito de la Dirección Regional de Bienestar Social, como actuaciones concertadas con la iniciativa privada o realizadas vía subvención para el desarrollo de este programa. Y, en consecuencia, en esto, como en otros programas, que ya iré definiendo, hay una clara diferenciación entre las acciones que se desarrollan a través de los propios Centros de la Diputación Regional con las actuaciones que se desarrollan a través del concierto con Instituciones sin fines de lucro, que se dedican a trabajar en el ámbito de los Servicios Sociales.

En consecuencia, dentro de este subprograma de atención al menor y a la mujer, dentro de las actuaciones derivadas de la gestión de Centros Asistenciales, primero, y a objeto simplemente de información, en este momento se están gestionando directamente 18 Centros, de los cuales son 5 Residencias Infantojuveniles, de las cuales 4 están en Santander y una en Laredo, 5 Guarderías, y con la denominación que está también semejante de Escuelas Infantiles, de las cuales una está en Santander, en La Albericia, otra en Santoña, otra en Colindres, una en Laredo y una en Castro Urdiales, un Jardín de Infancia en Santander, 4 Unidades Familiares, todas están en Santander, un Comedor Escolar en La Albericia, una Casa de Acogida a mujeres embarazadas en Santander, y una Casa de Acogida a mujeres con hijos en Santander. Estos son los Centros propios de atención que tiene la Dirección Regional de Bienestar Social y que, lógicamente, de un lado, y la propia enumeración del tipo de Centros que son, van o los marcan un futuro, primero, que es el mantenimiento de los actuales, y, lógicamente, el continuado, como ha sido también política que se desarrolló por el actual Consejo de Gobierno y que normalmente siempre recibió un tratamiento favorable por Grupos de oposición a la Asamblea, el seguir, lógicamente, potenciando este tipo de Residencias, no solamente las existentes, sino intentando y buscando crear nuevas Residencias, igual que nuevas Escuelas Infantiles.

Y también está en proyecto, que es la reconversión de la Residencia Juvenil San José, en Cajo, como posible Centro mixto, es decir de régimen residencial y de régimen abierto, de trabajo con jóvenes con problemas de conducta grave y con sus familias, y de trabajo de prevención en toda la zona de Cazoña y La Albericia, donde se concentra una buena parte de esta problemática en Santander. Este Centro en este momento está cerrado, ya está en marcha y existe consignación presupuestaria para buscar su reforma, buscando, precisamente, que cumpla estas finalidades.

Por otro lado, las actuaciones derivadas de la concertación con Centros dependientes de la iniciativa privada sin ánimo de lucro, también dentro de ese subprograma referido al menor y a la mujer. A través de esta vía de conciertos con Centros privados, ante la imposibilidad de atenderlos en Centros propios, bien por inexistencia de plazas, bien por problemáticas específicas que requieren tratamientos especializados de los que carecemos en este momento, se atienden y se pretende en el futuro atender los siguientes

colectivos. De un lado, el sector de Guarderías, Escuelas Infantiles, que se viene concertando con siete Guarderías de Santander, como apoyo a madres trabajadoras y a familias monoparlantes, a veces como medio de protección del niño y el diagnóstico de la situación familiar.

También continuar la política de acciones concertadas con Residencias Infantojuveniles. En este momento se están atendiendo a 89 menores en régimen de internado y a 10 en régimen de mediopensionado. Y, al mismo tiempo, se financian los costes derivados de la escolaridad de menores pertenecientes a Centros propios y otros menores cuyas familias se ayuda en estos gastos, escolaridad propiamente dicho, gastos de transporte, comedor, etc.

Y desarrollar el programa de Talleres Juveniles, que en este momento viene siendo desarrollado esencialmente en Laredo con un convenio con el Ayuntamiento de Laredo, y esto lógicamente se pretendería potenciar, este tipo de programas, en otras localidades de Cantabria y en barrios periféricos de Santander, en colaboración con los Ayuntamientos respectivos.

También, dentro del programa de Talleres Juveniles, se vienen realizando, y nosotros en este aspecto y en otros muchos aspectos también de Bienestar Social, sobre todo la última época durante un Consejo de Gobierno asumimos gran parte de esa política, que, como dije antes, había sido también objeto de debate en la Asamblea Regional, en la constitución anterior que tenía, el continuar también acciones concertadas con asociaciones como la Bellavista de Cueto, el Barrio de San Francisco de Santander, la Asociación de Las Farolas, que vienen desarrollando una serie de cursos de formación ocupacional dirigidos a jóvenes de 16 a 18 años, y a mayores de esta edad desempleados, actuando la Diputación Regional de Cantabria como Centro colaborador del Instituto Nacional de Empleo.

Nosotros entendemos que esta es una labor interesante de cara a tener en labores de formación a jóvenes desempleados que si además reciben una serie de requisitos pueden percibir beca de asistencia.

Durante el primer semestre de este año se han desarrollado 14 cursos, con una media por curso de 15 jóvenes, es decir, que han pasado por ellos 210 jóvenes.

En todo este sector de iniciativa privada concertada se mantiene una supervisión continuada de los Centros, así como un apoyo técnico en el sector de Residencias Juveniles y del programa de Talleres Juveniles, por parte de la Dirección Regional de Bienestar Social.

Otras actuaciones a desarrollar en este sector del menor y de la juventud son las actuaciones desarrolladas en el campo de adopción y del acogimiento familiar, que nosotros entendemos debe de ser potenciado, y más con la modificación que va a haber o que está ya en marcha del tema de la adopción en el ámbito de la Legislación Civil del Estado.

También, potenciar el trabajo con las familias de menores con problemas de conducta y adaptación sociofamiliar y escolar, y cuyo programa destacaría la figura del educador de familia que trabajaría con un grupo de familias cuyos hijos no necesariamente tenían que pasar por una fase de institucionalización. También la supervisión y estudios continuados de los expedientes de estancia concertada, puesto que entendemos que también una vía de ahorro, no por la supresión de dinero destinado a los Servicios Sociales, sino precisamente por una mejora de la gestión, sí que se debe de desarrollar, ya que entendemos que quizás ha podido existir poco control, o poca capacidad de gestión en lo que sería el control con todos estos sectores de las familias e instituciones sin fines de lucro que se dedican a prestar, en colaboración con la Diputación, este tipo de asistencia.

Por otro lado, también se continuaría, y esto no es más que el cumplimiento de una obligación, en la potenciación de la relación con las Guarderías infantiles laborales, que de todos modos lógicamente está condicionado, puesto que para que estas Guarderías infantiles laborales puedan concurrir al propio capítulo de subvenciones que da la Diputación Regional, tienen que estar previamente reconocidas, no ya por nosotros, sino por el Ministerio de Trabajo que tiene una relación de dichas Guarderías. En este momento, solamente en Cantabria existían tres Guarderías infantiles laborales que cumplían estos requisitos y recientemente, para el segundo semestre, una de ellas, que estaba instalada, no me acuerdo exactamente como se llama la Institución, pero sé que es de unos religiosos, pues la han cerrado, y, en consecuencia, en estos momentos, solamente hay dos Guarderías infantiles laborales que lógicamente, por tener esa consideración de estar inscritas como tales, tienen derecho a las subvenciones que se dan en este campo.

Otro subprograma sería la atención a minusválidos y otros colectivos marginados. A través de este subprograma se llevarán a cabo actuaciones dirigidas al sector de minusválidos con los siguientes objetivos generales: prevención de la minusvalía, a través de campañas de información y de reconocimiento de la embarazada; acercamiento de los servicios y recursos sociales a la comunidad mediante la sectorización de los mismos; la facilitación de medidas de integración socio-laboral, potenciando la creación y mantenimiento de los Centros ocupacionales, Centros especiales de empleo, reserva de porcentajes en puestos de trabajo de la Comunidad Autónoma, lo cual viene marcada más por la Legislación del Estado; coordinación y cooperación con Instituciones Públicas y Privadas, que actúan en este sector, cual pudiera ser, a título de ejemplo, y quizás sea la más llamativa, la Asociación de AMPROS, y también el solicitar el traspaso de las competencias del Instituto de Servicios Sociales, INSERSO.

Las actuaciones en este programa, derivadas de la concertación con centros dependientes de la iniciativa privada sin ánimo de lucro, nosotros entendemos que mientras la iniciativa pública no pueda llegar a dar cumplida respuesta en el global de las necesidades del mundo de los minusválidos y estos otros colectivos marginados, se debe continuar la potenciación de las relaciones y de la concertación con estos centros dependientes de la iniciativa privada sin ánimo de lucro. Y, en consecuencia, ya que nuestra propia oferta está gran parte limitada en este momento nada más que al Centro de Educación Especial y al Centro Psiquiátrico de Parayas, que son dependientes de la Fundación Pública "Marqués de Valdecilla", nosotros entendemos que se debe hacer un gran esfuerzo por continuar esta vía de concertación y que además tiene que tener por objetivo, entendemos, de carácter social, buscar en lo más posible reintegrar a muchos ciudadanos de Cantabria que están atendidos en Centros de otras Comunidades Autónomas, bien es cierto que en muchos casos con apoyo económico de la Diputación Regional de Cantabria.

Dentro del programa de atención a los minusválidos, otro capítulo a desarrollar es la gestión y tramitación de la convocatoria anual de becas de minusválidos, lo cual ya viene existiendo. Anualmente se realiza esta convocatoria pública de becas dirigidas a minusválidos atendidos en Centros especializados cuyas familias residen en Cantabria, lo cual también se desarrolla, lógicamente, a través de fondos que proceden de la propia

transferencia en esta materia, y en esta situación las becas que se vienen dando son de cuantía variable, según el régimen de asistencia o el tipo de centro, y que van desde las 7.000 pesetas/mes para los mediopensionistas de Centros de Educación Especial hasta las 20.000 pesetas/mes para Residencias de adultos con carácter de permanencia.

Otro apartado dentro del programa de Atención a los Minusválidos sería el de Ayudas Sociales a familias. Dentro de este epígrafe sería prestar un apoyo técnico y económico a personas y familias que realizan solicitudes de ayudas a lo largo del año, y tras su estudio pormenorizado de su situación económica y familiar, pues resolverlos. Fundamentalmente se trata de ayudas económicas concedidas como alternativas a la institucionalización de algún miembro de la familia, menores, minusválidos, ancianos, que con este apoyo económico mantienen al mismo dentro del entorno familiar sin necesidad de internarlo en un centro específico. Lo cual nosotros entendemos que cumple la doble función de atender a esa situación de necesidad y al mismo tiempo una tan importante o más que esa que es no verse esa persona en la necesidad de tener que integrarse en un centro que lógicamente le desvincularía de su propia familia.

Otro subprograma, dentro de los Servicios Sociales, sería el de atención al anciano que tendría los siguientes objetivos: potenciar medidas de integración social del anciano en su medio familiar habitual; potenciar el programa regional de ayudas en domicilio, no solo para ancianos, en colaboración con Caritas, y ya también con ONCE, puesto que recientemente hemos firmado un convenio en que no solamente acoge a la colaboración de Cáritas, sino que también va a participar ONCE, la facilitación de otros recursos asistenciales de tipo institucional, cuando resulta imposible su integración en el medio habitual; la gestión y tramitación y supervisión del Fondo de Pensiones Asistenciales, FAS; la coordinación y cooperación con todas las instituciones que trabajan en este sector de la acción social; y la finalización del programa de infraestructura de asilos y residencias, mediante subvenciones para construcción, reforma, ampliación y equipamiento de estos centros en Cantabria. Y aquí también habría que diferenciar lo que son las actuaciones derivadas de la gestión de Centros propios de lo que son también las actuaciones a través del concierto con instituciones sin fines de lucro.

Dentro de las actuaciones derivadas de la gestión de Centros propios la Diputación Regional cuenta únicamente con el Centro Geriátrico de Bárcena de

Carriedo, que está también gestionado por la Fundación "Marqués de Valdecilla", y el Club de ancianos "Juan de la Cosa" de Santoña. Y, en consecuencia, como se ve, lógicamente, esto obliga a que las actuaciones que necesita este programa en gran parte se desarrollen a través de la concertación con Centros dependientes de la iniciativa privada sin afán de lucro, y que nosotros entendemos que, lógicamente, mientras lo que nos tiene que preocupar esencialmente es lógicamente dar atención a estas personas sin perjuicio de que sean Centros propios a través de estas acciones concertadas.

El programa regional de ayuda a domicilio, este programa está ya concertado, ha sido firmado hace ya una semana con Cáritas Diocesana y ONCE, y presta una asistencia global a ancianos y personas incapacitadas que con una serie de apoyos pueden permanecer en su domicilio habitual. Las actuaciones que pueden disfrutar estas personas van desde la limpieza de la casa, aseo personal, elaboración o compra de la comida, acompañamiento, paralizaciones, gestiones, hasta pequeños arreglos de la vivienda, adquisición de equipamientos imprescindibles, etc.

Otro apartado dentro del programa Atención al Minusválido es precisamente un apartado que tiene que ver mucho pues con una tramitación administrativa pero que tiene especial importancia, tanto por su importancia económica como por el número de personas que son atendidas y es precisamente la tramitación de las pensiones asistenciales. Dentro de este apartado se tramitan, y, lógicamente, es sencillamente el cumplimiento de la obligación, todos los expedientes de solicitud de pensión asistencial de la que puedan beneficiarse ancianos mayores de 69 años y personas incapacitadas para todo tipo de trabajo que reúnan una serie de características socioeconómicas. Esto también viene condicionado por los propios Presupuestos del Estado, sé que este año va a haber un incremento, hasta ahora teníamos en Cantabria 2.000, los beneficiarios que se acogían a este tipo de asistencia eran 2.927, este año, lo cual suponía una cifra de 620 millones de pesetas anuales y se pagaban 15.120 pesetas mensuales. Creo que este año la Ley de Presupuestos Generales del Estado se ha incrementado hasta diecisiete mil y algo de pesetas y lógicamente nosotros en esto hacemos una labor de intermediación entre la propia Administración Central y esas personas. Eso sí, nosotros lo que sí que analizamos es de un lado el análisis de aquellas personas a las cuales solicitan este tipo de ayudas, y por otro lado, también, la tramitación administrativa de la misma.

Y, también dentro del programa de atención a los ancianos, el programa de infraestructura de asilos. Es un programa ya iniciado en 1983 y busca conseguir que los asilos y residencias de Cantabria se acondicionen sus edificios realizando obras de mejora y reforma, incluso de construcción de nuevos edificios, así como la dotación de nuevos equipamientos. Nosotros entendemos que este es un programa a potenciar, porque sin perjuicio de que puedan ser centros no propios de la Diputación Regional, son centros que se vienen desarrollando esencialmente a través de fundaciones sin fines de lucro o de los propios Ayuntamientos, y, en consecuencia, creemos que es una manera importante de atender a los problemas de la ancianidad, precisamente a través de la creación de una infraestructura de asilos.

Subprograma de atención al toxicómano. Este es un programa también reciente, encuadrado, sin perjuicio de lo que se aporta con autonomía por la propia Diputación y en su propia capacidad, coordinarla dentro del Plan Nacional sobre drogas, y, en consecuencia, se vienen desarrollando ya unos programas anuales que nosotros apoyamos, comprendemos, asumimos, y además queremos potenciar, que son revisados y seleccionados antes de su presentación al propio Plan Nacional, puesto que en gran parte la dotación económica viene diferida del Plan Nacional contra la droga. En el año 1987, y, como lógicamente los programas son anuales, es del que podemos hablar esencialmente, se han remitido los siguientes programas distribuidos por áreas:.

- Un programa de prevención, que tiene varios capítulos de programas de educadores de calle, programa a desarrollar también con distintos Ayuntamientos, y un programa a desarrollar en el ámbito de la Prisión Provincial de presos preventivos.
- Otro apartado sería el apartado de asistencia, a través de centros asistenciales, también en relación con los distintos Ayuntamientos, con los Ayuntamientos más importantes y específicamente el de Santander, Torrelavega y Laredo, una unidad de desintoxicación hospitalaria, y la potenciación de las Casas de Acogida de Regules de Soba y Santallana.
- Un capítulo también sería la reinserción, a través, y especialmente, de instituciones sin fines de lucro, como es el taller ocupacional de Laredo,

también con convenio con el Ayuntamiento de Laredo, el taller ocupacional Casa de los muchachos de Torrelavega, el taller ocupacional Bellavista de Cueto, el apoyo a la asociación AMAT de Torrelavega, y también el taller de Casa de Acogida de Regules de Soba.

- Y un programa de formación y de investigación que iría desarrollado esencialmente hacia la formación de un profesorado, en colaboración con el propio programa de salud escolar, y en colaboración también con el Ministerio de Educación y Ciencia, y, dentro de este apartado de la formación e investigación, la formación e información de los profesionales de los Centros de Salud, la formación de trabajadores sociales municipales, y la investigación a través de un programa de control de calidad de drogas de abuso realizado por el Centro Médico "Marqués de Valdecilla", en su departamento de Farmacología, y del sistema estatal de información en toxicomanías en colaboración con los centros asistenciales de drogas y el departamento de Epidemiología de la Dirección Regional de Sanidad.

También, dentro de este programa de toxicomanías, estaría otro capítulo referido al apoyo al movimiento asociativo, como son los servicios de ayuda al toxicómano, la asociación, que ya he mencionado antes, AMAT, de Torrelavega, la asociación La Machina de Santoña, la asociación La Gaviota de Laredo, y el Consejo de la Juventud de Cantabria. Y dentro también de este programa habría un ámbito para la planificación y la coordinación, como objetivo, que sería coordinar los programas asistenciales en la región, la información orientación, el aprovechamiento de los recursos de la red normalizada, la formación de agentes sociales, los conciertos con las comunidades terapéuticas.

Luego tengo aquí una relación que si acaso luego en las preguntas de ejecución de las propias subvenciones y del propio programa para 1987, que ya digo que para 1988, lógicamente, se continuará y se procurará potenciar dentro de ese Plan Nacional contra la droga.

Subprograma Plan de Unidades Básicas de Acción Social. Las Unidades Básicas de Acción Social, o Servicio Sociales de base, son aquellas que vinculadas a los municipios atienden las necesidades sociales de la zona donde están ubicadas, tanto a nivel de necesidades individuales, grupos o de la comunidad, posibilitando la igualdad y el desarrollo, eliminando situaciones

de marginación social y creando cauces de participación ciudadana, haciendo así que la acción social sea más cercana y directa.

Las Unidades Básicas de Acción Social, que es un programa que nosotros, ya digo, queremos este año dotar inclusive autónomamente, dentro del propio programa de Servicios Sociales, pero con plena autonomía, y que tendría por objeto lógicamente llegar a que en todas las comarcas, aunque todavía no estén definidas las comarcas, pero dentro de lo que entendemos y podríamos todos acordar que son las comarcas, poder acercar a los Asistentes Sociales a esas comarcas integrándoles inclusive en los equipos de sanitarios sociales y lógicamente prestando próximamente a los ciudadanos este servicio social.

Digo que esas Unidades Básicas de Acción Social tienen como objetivo acercar las soluciones a los propios ciudadanos que están en esa necesidad, prestar los servicios sociales con carácter global y polivalente, informar a los habitantes de la zona respectiva de los recursos sociales y de sus derechos, prestar servicios de ayuda a la integración social, facilitar la ayuda a domicilio, desarrollar y mantener los grupos primarios de relación, promocionar y desarrollar las acciones comunitarias, impulsar el asociacionismo, favorecer el desarrollo en aquellas zonas especialmente deprimidas.

La Diputación Regional de Cantabria, y en este caso el Consejo de Gobierno, pretende, lógicamente, llegar, es decir, este es un programa que se ha puesto en marcha, entendemos que en este momento, aunque se han dado pasos importantes, me parece que existen seis conciertos con los Ayuntamientos de Camargo, Santoña, Castro Urdiales y Laredo y las agrupaciones de los Ayuntamientos de Bárcena de Cicero, Hazas de Cesto, Ribamontán al Mar, y Solórzano, de un lado, y Entrambasaguas, Liérganes, Medio Cudeyo y Riotuerto, de otro, esos seis conciertos en este momento suponen tener atendido a 74.823 personas, es decir, un total de 16,60% del total de la población de Cantabria. Y consecuentemente nosotros entendemos que esto hay que continuar potenciándolo, y entendemos que no se debe de buscar que las Unidades Básicas de Acción Social se vayan desarrollando, digamos, en base a la petición de los propios Ayuntamientos, sino que creemos que debemos de definir nosotros previamente el marco de los lugares donde tiene que existir esa Unidad Básica de Acción Social, y, previamente, lógicamente, en colaboración con los Ayuntamientos, dotarlas del correspondiente personal y de las propias posibilidades económicas.

Programa de prestaciones y programa de Bienestar Social. En este programa se llevan a cabo y se continuarán llevando a cabo una serie de actuaciones generales de la Dirección Regional, que no tienen encuadre preciso en algunos de los subprogramas que previamente hemos referenciado, bien por afectar a varios de ellos, bien por tratarse de servicios de apoyo a todos ellos. Así, en este programa, se encuadrarán todos los servicios de apoyo administrativo y técnico de la Dirección Regional, comprendida toda la infraestructura de atención al usuario que viene demandando cualquier tipo de información o de prestación, el apoyo técnico a centros, y servicios propios concertados, el gabinete de estudios y planificación. También, dentro de este programa, se incluye la aportación y la relación con lo que antes ya he referido a la Fundación Pública "Marqués de Valdecilla" para el funcionamiento de esos servicios centrales y centros asistenciales, que son el Centro Psiquiátrico de Parayas, el Centro de Educación Especial de Parayas, el Geriátrico de Bárcena de Carriedo y el Jardín de Infancia. También se integraría la convocatoria de subvenciones a Corporaciones Locales e Instituciones sin fines de lucro, que desarrollan programas dentro del campo de la acción social.

Por último, dentro de este programa se incluyen dos actuaciones nuevas que se desarrollan a través de dos convenios firmados en septiembre del presente año con la Dirección Regional de Acción Social del Ministerio de Trabajo. El primero de los convenios se refiere a un programa de informatización y estadística que se va a desarrollar entre todas las Comunidades Autónomas y la Dirección General de Acción Social en materias relativas a Servicios Sociales, con intercambio mutuo de información, aportando la Administración del Estado el equipo informático y una subvención para contratación de personal experto en esta materia.

El segundo de los convenios se refiere a un programa sobre proyectos para situaciones de necesidad, que se van a desarrollar dos proyectos que no fueron desarrollados en su día por la Comunidad Económica Europea dentro del segundo programa europeo de lucha contra la pobreza. Estos dos proyectos que ahora se van a cofinanciar al 50% entre la Diputación Regional y la Dirección Regional de Acción Social, son el de transeúntes marginados, estados de necesidad y atención integral en Cantabria, y actuaciones de investigación comunitaria en las comarcas rurales del sur de Cantabria. El convenio abarca dos años, 1987 y 1988, y supone un coste de 23 millones de pesetas a aportar la mitad por cada una de las Administraciones.

Una vez referidos este conjunto de programas, que como antes decía, y yo lo asumo plenamente, como Diputado que ya fui entonces por Alianza Popular en la Asamblea Regional, supone en gran parte una política de continuidad porque entiendo que la política que se estaba desarrollando en el último tiempo de la Consejería de Educación, Deporte y Bienestar, entonces, era una política en cuanto a los grandes marcos establecidos como objetivo políticos, entiendo que era una política acertada, y, en consecuencia, en todo lo que es acertada, ya digo que globalmente lo es en general, pues será de continuidad con las lógicas mejoras y potenciaciones económicas y de infraestructura en todo lo que he venido refiriendo de los distintos programas, que en gran parte estaban en marcha y de los nuevos programas que se pretenden o crear o potenciar.

Viendo estos grandes rasgos, lógicamente el objetivo global sería conseguir la potenciación de los Servicios Sociales en el ámbito de Cantabria, y yo lo definiría que para definir estos Servicios Sociales debemos de acudir, y entiendo que es general en cualquier proyecto que se quiera desarrollar en Cantabria, de un lado desconcentrar, es decir, trasladar los Servicios Sociales hacia los ciudadanos, en los ciudadanos, y de otro lado buscar vías de colaboración. Y, en el ámbito de los Servicios Sociales, para mí hay dos vías de colaboración y dos lugares de potenciación que han de ser esenciales dado la imposibilidad de infraestructura absoluta que en estas materias ha de tener o puede tener la propia Administración Pública. De un lado la potenciación de las relaciones con la Administración Local, es decir, creemos que si queremos acercar la prestación de Servicios Sociales al administrado, quien está más cerca del administrado en el ámbito de las Administraciones Públicas es la Administración Local, y entonces ahí habría un gran camino de concierto con las Corporaciones Locales. Y, de otro lado, el continuar, eso sí, depurando, yo entiendo que en este momento son demasiadas, en muchas áreas de los Servicios Sociales, las asociaciones que con buena voluntad, con mejor entrega de sus propios componentes, quieren participar en los Servicios Sociales. Yo creo que en ese aspecto todo el mundo tiene derecho a querer poner en marcha asociaciones, a querer potenciar esas asociaciones, pero, desde el punto de vista del concierto que ha de buscar la Diputación Regional en estas asociaciones que van a ayudarnos a desarrollar estos programas de Bienestar Social, entendemos que se debe de ir, lógicamente, a depurar, en el mejor sentido de la palabra, a buscar que solamente aquellos que realmente presten suplantando y con el apoyo de la Diputación Regional esos Servicios

Sociales, solamente aquellos que realmente demuestren una capacidad de hacer bien las cosas, una capacidad de desarrollar bien las propias obligaciones para las cuales se les subvenciona, tengan una posibilidad de vida de relación con la Diputación.

En consecuencia, para mí esas serían las dos grandes estructuras de desarrollo del propio programa, de un lado la potenciación de la relación con las Corporaciones Locales para la prestación de los Servicios Sociales, de otro lado la potenciación de las relaciones para las instituciones sin fines de lucro, pero previo, no vamos a decir control, pero sí previo conocimiento pleno de que aquél dinero que se está subvencionando, de que aquella asociación que recibe un dinero, realmente sea un dinero para potenciar a los propios Servicios Sociales y no la potenciación de algo que se crea con el mejor deseo, con el mejor ánimo, pero que a veces no cumple los fines para los cuales debe de tener destino el dinero público.

Se me olvidaba decir como último objetivo global y que creo que, de alguna manera, definiría en gran parte todo este esquema, es el de, en el ámbito legislativo de bienestar social, avanzar que está en estudio, y se está precisamente en el ámbito del estudio de lo que ya son experiencias legislativas en otras comunidades autónomas -que creo que el copiar lo bueno y nosotros aportar aquello que estimemos oportuno, es positivo-, que todas estas ideas, como ideas teóricas o conceptuales, lógicamente tienen que tener una regulación jurídica, que en el ámbito de bienestar social tendría como punto de referencia esencial la Ley de Servicios Sociales, que en gran parte tendría que ser el marco de referencia jurídica que permitiría marcar el conjunto de actuaciones que desarrolla la propia comunidad autónoma en esa materia, en las cuales tiene transferencias en múltiples temas de bienestar social.

En función de las preguntas de los señores diputados, pues podemos tratar otros temas que quizás a mí se me puedan haber olvidado.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Muchas gracias, señor Consejero.

Se abre un turno de preguntas de los distintos componentes de los distintos grupos políticos que quieran intervenir.

Don Jaime Blanco tiene la palabra.

EL SR. BLANCO GARCIA: Gracias, señor Presidente.

Bienvenido, señor Consejero de la Presidencia a esta comisión y agradecerle la exposición que ha hecho, como fórmula de introducción al debate que, obligadamente y de una manera conveniente para todos, se debe de realizar.

Tengo que lamentar, como hice ayer, que realmente cuando los Consejeros acuden a las comisiones a exponer sus planes de trabajo, nos hacen una larga lista y exhaustiva, eso sí, de programas y de subprogramas, que, en definitiva, son medidas administrativas. Casi al final, y ya olvidándose, el señor Consejero nos ha hablado de la Ley de Servicios Sociales.

Yo estoy constatando en tres comparecencias a las que he asistido, porque me correspondía como miembro de la comisión, que, curiosamente, el Consejero de Obras Públicas anuncia el desarrollo de la Ley del Suelo y una Ley de Disciplina urbanística, el Consejero de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio anuncia la Ley de Ordenación del Territorio, y el Consejero de la Presidencia, que tiene competencias en sanidad y servicios sociales, anuncia una Ley de Servicios Sociales. Curiosamente son las leyes que están en el programa socialista. Bienvenidas sean. Bienvenidas sean, porque tengo que volver a repetir lo que dije ayer: el portavoz del Grupo Popular o grupo de Alianza Popular, aquí presente, en el debate de investidura dijo, respondiéndome a mí, que qué es lo que se iba a desarrollar del Estatuto si ya estaba todo legislado, solamente faltaba la ley de distribución de competencias entre el Consejo de Gobierno y la Asamblea Regional.

Bienvenida sea la Ley, pero yo creo que hay que empezar por ahí: cuáles son los criterios que inspiran ese futuro proyecto de ley que piensa el Consejo de Gobierno remitir a esta Cámara, Ley de Servicios Sociales. Porque los programas y subprogramas que nos ha detallado, señor Consejero, estarán muy bien, seguro que estarán muy bien planificados, muy bien estudiados, pero en la medida que esos programas no se nos dice después cuál es el soporte económico para desarrollarlos, se convierten en una verdadera declaración de intenciones y, además, así me lo confirma con la cabeza asintiendo. Entonces yo creo que en las comisiones en las que estamos, no estamos para hacer

declaraciones de intenciones, sino para hacer la orientación política del Consejo de Gobierno, que es muy diferente.

Por lo tanto, primera constatación: no se ha dado ni una sola cifra, salvo el número de ocupantes de la residencia Marcano desde marzo hasta noviembre. Por lo tanto, como no se da ninguna cifra económica ni de gasto ni de previsión de gasto, los programas están absolutamente vacíos de contenido, hasta que no llegemos a la Ley de Presupuestos y, por lo tanto, yo creo que los diputados aquí presentes nos encontramos en una situación de incapacidad para analizar si esos programas están bien o mal, porque ya digo que dependerá del dinero que los soporte o que los sustente, mejor dicho. Eso es, digamos, en términos generales, lo que nos parece a mi y al Grupo Socialista la intervención del señor Consejero en materia de servicios sociales. Luego abundaré en algún aspecto concreto.

La verdad es que en la parcela de sanidad está todo por estudiar, todo está por estudiar, señor Consejero. Está por estudiar la primera etapa de transferencias, que en concreto ha dicho que sería una etapa de coordinación y de estudio. Una segunda etapa de estudio de asunción de competencias. Está por estudiar, naturalmente, qué se va a hacer con los hospitales de agudos. Por un lado leemos lo que dice el señor Presidente del Consejo de Gobierno, que ya ha reiterado aquí el señor Consejero, sobre la Residencia Cantabria. Está por estudiar qué va a ocurrir con los hospitales de Liencres y de Pedrosa del AISNA, o antiguo AISNA. Está por estudiar un futuro convenio en materia de salud mental. Y está por estudiar el nuevo Plan de Urgencias. Por lo tanto, está por estudiarlo todo.

Yo quiero decir que Cantabria necesita de estas materias y necesita urgentemente la regulación legal tanto del campo de la sanidad, como del campo de los servicios sociales. Tenemos asumidas suficientes competencias, y así lo ha dicho el señor Consejero, como para desarrollar el Estatuto, creando un servicio de salud en Cantabria, que así lo estima y lo mandata la propia Ley de Sanidad, a la vez un Consejo Regional de Salud, cosa que ya debatimos en el último pleno a raíz de la interpelación, y poner en marcha todos los mecanismos que la Ley de Sanidad da como competencias a las comunidades autónomas.

Por otro lado, tenemos yo creo que la obligación, y con muchas

competencias, como ha dicho el señor Consejero, en materia de servicios sociales como para que se haga una regulación legal. Es la única manera en que se puede desarrollar el Estatuto, a no ser que en la voluntad del Consejo de Gobierno lo que se pretenda es tener absolutamente las manos libres, y digo absolutamente las manos libres, para desarrollar mediante programas y subprogramas unas transferencias que les vienen dadas del Estado o de la administración central, para ser más concretos en la terminología, y, por lo tanto, huir de cualquier tipo de reglamentación de normativa o de control que pueda ejercitar esta Asamblea Regional, a no ser o salvo en el propio debate y aprobación de la Ley de Presupuestos. A mi me parece, y lo dije ayer en la comparecencia del Consejero de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, me parece que eso no es construir una comunidad autónoma. Eso es otra mentalidad política. Eso es una descentralización administrativa. Eso es algo diferente al Estado de las autonomías. Y lo digo como polémica de fondo, que tenemos que abordar, desarrollar legalmente nuestro Estatuto de Autonomía.

Voy, paso a paso, por los puntos que ha expuesto el señor Consejero en materia de sanidad.

Transferencias con el INSALUD. Bueno, ha habido un debate ya en la Asamblea, una resolución de la Asamblea. Y quiero conectar esto de las transferencias con algo que también ha dicho el señor Consejero, que la transferencia del AISNA, que es de 1987, se ha hecho mal, ha venido a decir, porque se ha hecho sin la transferencia del capítulo sexto, creo entender que sin las inversiones reales o sin las inversiones a los dos hospitales.

Las transferencias del INSALUD, y dejando a un lado si se han hecho mal o bien, porque eso se lo dejo para el señor Presidente del Consejo de Gobierno, que es el que tiene la exclusividad de decir si se hacen bien o mal las cosas, al parecer, bueno, decir que esto se ha hecho en el año 87. Y el señor Consejero se ha hecho aquí acreedor de la política que se ha venido llevando, como no podía ser de otra manera, en el anterior Consejo de Gobierno. Por lo tanto, críticas del Presidente del Gobierno que van a su propio Gobierno, al anterior Gobierno, etc. etc. Y digo casi las mismas palabras que dije ayer, porque no es presentable, señor Consejero, que en la prensa el Presidente del Gobierno diga unas cosas y en las comisiones los Consejeros digan otras. No estamos partiendo de cero, ustedes no están partiendo de cero, nadie parte de cero. Aquí ha habido otro Gobierno sustentado fundamentalmente por usted, en una etapa en otra no, en otra en una situación bastante crítica.

Transferencias del INSALUD. Criterio del Grupo Socialista: en tanto en cuanto no estén realizadas todas las inversiones que marque el mapa sanitario a elaborar, no se debe de hacer la transferencia.

Segunda cuestión. El hospital de Valdecilla, a juicio del Grupo Socialista, no se debe de transferir. Sería ruinoso. Entenderá usted por qué digo ruinoso. Porque como se quiera mantener el hospital Valdecilla, que me imagino que todos le querremos mantener, en una situación de élite, que es la que está, cualquier iniciativa en el avance, avance apresurado y rápido, que están teniendo las ciencias médicas, cualquier cambio en la tecnología iba a suponer un costo para la comunidad autónoma que no podría afrontar. Pongo por ejemplo: cualquier avance en la cirugía cardiaca no podría ser afrontado por esta comunidad autónoma. Por lo tanto, si queremos que el hospital Valdecilla se transfiera a la comunidad autónoma de Cantabria, que sepamos todos los cántabros que el hospital Valdecilla ha tocado techo cuando se transfiera y que no va a haber ningún tipo de inversión, porque esta comunidad autónoma no tiene recursos para mantener eso. Criterio, por lo tanto, que yo esperaba oír del Consejero y no de la oposición, porque quien gobierna, evidentemente es el Gobierno, y nos tiene que dar los criterios políticos, no decir "estamos estudiándolo". Ya han pasado tres meses, casi cuatro meses, de la configuración del Gobierno, y ya han tenido tiempo de estudiar para decir, al menos, las líneas generales de por dónde tienen que pasar las transferencias en materia del INSALUD.

Segunda cuestión: promoción y protección de la salud. De acuerdo en el enunciado. Eso se coge uno un libro de texto y, evidentemente, hablar de epidemiología, examen de la salud, inspección técnica de la sanidad materno-infantil, control de los embarazos de alto riesgo, salud escolar, vacunaciones, control del SIDA, oncología, eso es el índice de cualquier libro de texto.

Primera pregunta que le hago, aparte de las consideraciones: todo esto se sustenta en la epidemiología, ¿tiene la comunidad autónoma capacidad o está dispuesta a mostrar ya, en este momento, o tienen, digamos, de cara al futuro previsiones en materia estadística?, porque la epidemiología se basa también en la estadística, ¿están dispuestos a afrontar esa materia para poder hacer una epidemiología real?. A mi me parece que no, señor Consejero.

Hospitales del AISNA. Yo sigo manteniendo, y el Grupo Socialista mantenemos que estos hospitales deben de ser destinados a la geriatría. Así de claro. Es algo que está puesto en todo el mundo occidental, hospitales geriátricos. Pero yo creo que se le ha olvidado hablar, y supongo que se le haya olvidado no que lo hayan apartado, de uno de los programas, que entre tanto programa que ha expuesto éste no aparecía, que es un plan de asistencia domiciliaria, sobre todo para las personas mayores enfermas. Esto sí es efectivo, muy efectivo, que está en marcha en todos los países occidentales. En España también, por parte del INSALUD. Pero ya que ustedes han cogido los hospitales del AISNA y que tienen competencias y que tienen, por lo tanto, a disposición la asistencia geriátrica, si es que lo quieren orientar por ahí, pongan en marcha ustedes un plan de asistencia domiciliaria a los enfermos de la tercera edad.

En cuanto a las urgencias, bueno, se ha pegado un parón y yo me alegro, al Plan de Urgencias. Ha sido parada y marcha atrás. Me alegro por una razón, porque la sanidad y la medicina, la sanidad como conjunto, pues participa de muchas ciencias sociales, entre otras de la arquitectura y de la ingeniería, y en la medida en que se están desarrollando planes viarios rápidos, o de carreteras rápidas en Cantabria, evidentemente las necesidades de helicópteros para trasladar enfermos pues varía conforme a la puesta a punto de esos planes de comunicaciones internos. El Plan de Urgencias estaba diseñado de una manera totalmente irracional. Era centralizar en Valdecilla toda la asistencia en materia de urgencias y salir con ambulancias muy rápidas, que iban a andar por unos caminos o unas carreteras realmente mal acondicionadas, mal comunicadas las comarcas, y para eso se preveía la utilización de helicópteros. En tanto en cuanto que se diseñe una política de centros de salud, que fue muy criticada, en principio, como tal modelo, no ya porque se hayan hecho o no, sino como tal modelo, y en la medida en que se potencia la asistencia primaria y se hacen carreteras, que son autopistas sin peaje, evidentemente los helicópteros empiezan a sobrar.

Abordo un asunto que ha sido polémico, tanto en la sesión del otro día como hoy, que es el convenio con el Ministerio. Miren ustedes, el criterio del Grupo Socialista: si no cumple el Ministerio de Sanidad los convenios firmados, demándesele y denúnciesele, que es lo que ha hecho el Consejero de la Presidencia. Ahora bien, dígase también aquéllo que no ha cumplido el

Gobierno anterior, que es la planificación familiar, que es la dotación para la investigación, por ejemplo, y el plan de salud mental. Por lo tanto, en un incumplimiento, yo creo que de todo el convenio, dígase que no han cumplido unos y dígase que no se ha cumplido por parte del Consejo de Gobierno.

Para finalizar, en el tema de los servicios sociales nos ha hablado de muchos programas y subprogramas. Me voy a fijar en uno, que es el que más me preocupa, y es el plan regional de toxicomanías. Usted ha dicho, bien dicho, que está encardinado en el plan nacional. No podría ser de otra manera, puesto que está financiado el 50 por ciento por la administración central. ¿Piensa el señor Consejero que hay que rescindir el convenio con la Cruz Roja?. Porque, en el momento actual, según el plan establece o tal como se establece, es que la responsabilidad del plan, en su totalidad, recae sobre la Cruz Roja. A mi me ha extrañado que usted ha citado muchas entidades benéficas, privadas, sin ánimo de lucro y no ha citado la Cruz Roja. Igual da, entre los términos genéricos está incluida la Cruz Roja. Pero yo le pregunto: ¿cómo es posible que un plan regional que depende de la Diputación Regional, se haga recaer, y se haga recaer según convenio, en su totalidad la responsabilidad de la puesta del plan en la propia Cruz Roja?. Yo creo que eso no es presentable por parte del Gobierno Regional, porque ustedes se han quitado de enmedio un problema, evidentemente, y se lo han trasladado a una institución, muy respetable por otra parte. Pero es que la responsabilidad la tienen ustedes, no la Cruz Roja, y según el convenio firmado, la responsabilidad parece ser que la tiene la Cruz Roja y el ayuntamiento de Santander, que es el que ha puesto a disposición locales en Santander y está financiando también la atención del plan de droga en el municipio de Santander. A mi eso me parece, señor Consejero, que no es presentable y que deberían ustedes revisar esa situación. La Cruz Roja, como cualquier otra institución sin ánimo de lucro, puede y debe de participar, cómo no, no estoy yo diciendo que se la debe marginar, en absoluto, lo único que digo es que políticamente no es presentable que la totalidad de la responsabilidad de la puesta en práctica del plan regional de toxicomanías recaiga sobre la Cruz Roja y ustedes se queden libres de esa responsabilidad. Y es un convenio firmado por ustedes. Por lo tanto, revisen esa situación.

Para terminar y hacer, digamos, una recapitulación de lo dicho, nos parece una exposición muy exhaustiva de medidas administrativas. Creemos que se debe, señor Consejero, hacer una ley de servicios de salud, del servicio regional de

salud, dotar a la comunidad autónoma de todos aquellos mecanismos representativos, como ya dije en el Pleno de la propia Asamblea, y que la propia Ley de Sanidad nos da como competencias; hacer la Ley de Servicios Sociales, y a partir de ahí, empezar a desarrollar programas. Pero programas, señor Consejero, especificando qué sustento económico tienen, porque si los programas no tienen ninguna peseta, no se pueden llevar a efecto, y enunciados pueden quedar muy bonitos, pero puede suceder que no tengan ninguna efectividad.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Algún otro grupo político que quiera intervenir. Tiene la palabra el señor García Cortázar.

EL SR. GARCIA DE CORTAZAR: El Grupo de Alianza Popular está de acuerdo con el programa amplio que realiza, que el señor Consejero nos ha ido describiendo, y a ese programa nosotros vamos a prestar nuestro apoyo.

Al mismo tiempo, el portavoz del Grupo Socialista se ha referido a la Ley de Servios Sociales como algo que estaba incluido en su programa. Yo he de decirle que como declaración de principios, aunque no recogido específicamente como ley, también lo estaba en el nuestro. La Ley lo que hace es recoger unos principios generales que nuestro programa contenía.

Con respecto al hospital Valdecilla, nuestro grupo opina que el hecho de la transferencia no tiene por qué suponer que ese hospital vaya a quedar al azar, pues podríamos poner como ejemplo de hospital puntero no dependiente de la administración central la Clínica Universitaria, de Navarra, y el ser hospital puntero, y lo es en muchos aspectos, sin necesariamente estar incluido dentro de la Seguridad Social. En gran parte también esto iba a depender de las negociaciones que se establecieran con el Ministerio, porque a la hora de establecer transferencias no solamente hay que pensar en lo actual, sino también en el desarrollo futuro.

Nos hubiera gustado oír al portavoz socialista, que en este caso es Senador por Cantabria, su disposición a prestar el apoyo necesario a la Consejería de Sanidad para resolver algunos problemas puntuales. Como, por ejemplo, el de la clínica de Reinoso, que pudiera resolver el grave problema

sanitario de nuestra región en la zona sur y algunas comarcas de las regiones limítrofes.

También tenemos que señalar que creemos que por parte de la Consejería debe hacerse un esfuerzo importante, cuando lleguen los Presupuestos, en la potenciación de los talleres juveniles por su gran importancia cara a la prevención de la drogadicción, a solucionar en parte el paro juvenil, y las unidades básicas de asistencia social, que en algunos ayuntamientos ya están establecidas, que tenemos conocimiento de la importante labor que están desarrollando y que creemos que en plazo breve deberían extenderse, sobre todo, en principio, a los municipios importantes y luego establecer conciertos con agrupaciones municipales menores en población, para, en el plazo más breve posible, trasladar este servicio asistencial a toda la población cántabra.

Nada más.

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

EL SR. BLANCO GARCIA: Señor Presidente: para contestar al señor diputado, que ha hecho alusiones a mi persona.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Sí, tiene la palabra.

EL SR. BLANCO GARCIA: Gracias, señor Presidente.

Yo me alegro mucho de que el señor diputado haga referencia a mi, aún cuando que el que comparezco no soy yo. Por eso digo que muchas gracias, que me dirija a mi las preguntas. Voy a dar contestación a esto del hospital de Reinosa.

Miren ustedes, aquí el otro día hemos votado por unanimidad algo que... no, por unanimidad en este tema no, se ha votado por parte de tres grupos algo que yo quiero explicar, para ver si podemos, de alguna manera, no crear ilusiones utópicas o ficticias a los ciudadanos. Cuando en la resolución, o en el ánimo de la resolución y en la explicación de la resolución se dice que para que pueda existir el hospital de Reinosa se concierte con ciudadanos de Burgos y de Palencia, se está diciendo que no hay suficientes personas en Campóo para justificar un hospital. Esto es como si se dijera: hagamos un

hospital en Villaverde de Trucíos, y como no hay suficiente gente, que vayan de Vizcaya y de Burgos, es la misma explicación. O hagámoslo en la Vega de Pas y que vengan los de Burgos también.

Mire usted, para su ilustración, señor diputado, es que la Ley de Sanidad contempla las comunidades autónomas como ámbito territorial de aplicación de la política hospitalaria y de atención sanitaria. Por lo tanto, no hagamos resoluciones que van en contra no solamente del espíritu, sino de la Ley de Sanidad, y no hagamos resoluciones, como he dicho el otro día, que tengan que contemplar, para poder hacer un hospital, el asistir a ciudadanos de otras provincias. Ya le digo, sería lo mismo que pedir reabrir la clínica del doctor Madrazo, en la Vega de Pas, asistiendo a enfermos de Burgos.

Que allí existe una clínica privada. Mire usted, en Santander hay clínicas privadas que tuvieron concierto y ahora no lo tienen y siguen existiendo. Los problemas de las clínicas privadas no se pueden trasladar al sector público.

Con esto no quiero reabrir un debate, lo único que quiero decir es que no se sigan creando expectativas a unos ciudadanos. Y díganse las cosas como se deben de decir. Las verdades, aunque duelan, hay que decirlas, sin crear ningún tipo de expectativa. Campóo no tiene el suficiente número de habitantes como para justificar un hospital. Punto. A partir de ahí habrá que hacer los esfuerzos necesarios para que tenga una asistencia a través de centros atípicos, en el sentido de singulares, de salud, que contemplen las posibilidades de urgencias o de enfermedades o no enfermedades, como es el embarazo, que tengan que ser atendidas en un centro de salud, ya digo, singular, por la lejanía de la capital o la lejanía de un centro hospitalario.

Muchas gracias. Y gracias, señor Presidente, por su benevolencia.

EL SR. GARCIA DE CORTAZAR: Señor Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Tiene usted la palabra.

EL SR. GARCIA DE CORTAZAR: Nuestro grupo, en principio, no está de acuerdo con ese planteamiento. Nosotros pensamos que no solamente el número de habitantes, en algunos casos, puede justificar la existencia de un hospital, porque creemos que esa comarca tiene una entidad de población suficiente y su

lejanía de otros núcleos donde hay hospitales es también suficientemente alejada como para justificarlo.

En cuanto al hecho de que nuestra autonomía, nuestra comunidad autónoma sea capaz de ponerse en contacto con comunidades autónomas vecinas para intentar resolver intereses y aspectos comunes, no creo que sea ningún contrasentido, sino que es algo positivo y está recogido, además, en la Constitución, cuando se habla de la solidaridad entre las distintas regiones y comunidades que conforman nuestro Estado.

Nada más, señor Presidente.

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

Me van a permitir que intervenga en nombre de mi Grupo Parlamentario, Grupo Parlamentario Regionalista y que, por tanto, en estos momentos deje de ser Presidente de la comisión.

El otro día, cuando intervine en la moción que se planteó sobre la sanidad regional, dije una cosa que a mi me parece fundamental y trascendente, no solo en el tema sanitario sino en cualquier otro, y es que todo lo que queramos que sea útil para Cantabria, debe de pasar obligatoria y forzosamente por un consenso y ahora más que nunca, porque ustedes están gobernando desde una minoría. Además, el otro día incluso una persona de su grupo lo decía, desde un Gobierno que no ha hecho ningún pacto de gobierno, es decir, en una minoría sin pacto. Por tanto, no van a poder hacer absolutamente nada que no pase por un pacto y, a ser posible, por un pacto amplio. Cuanto más número de fuerzas políticas estén implicadas en ese pacto, mucho mejor. Y, desde luego, yo dije el otro día que era un sueño, pero es un sueño que habrá que cumplir. Que si queremos hacer algo útil en sanidad, tendremos que pactar la sanidad de la región para los próximos cuatro años.

Yo creo que el otro día esbozamos lo que podría ser un principio de pacto. Y yo me ilusioné con ese principio de pacto, pero la ilusión me duró veinticuatro horas, lo que me ha costado leer el periódico ayer, a su Presidente, y decir lo mismo que dijo en la sesión de investidura y lo mismo que dijo durante toda la campaña electoral. Yo podría haber traído hoy el Diario Montañés, Alerta, los vídeos que tengo de la televisión, cuando

planteaba lo que era el programa sanitario que ustedes llevaban a las elecciones, y no decía absolutamente nada de lo que está usted diciendo. El hablaba de la cirugía estética, de la ortodoncia infantil, del prediagnóstico y del diagnóstico. Y punto final. Es lo mismo que ha vuelto a decir en el periódico ayer, en una rueda de prensa que se celebró después del Consejo de Gobierno.

Entonces, a mi me parece que es poco serio, de verdad que es poco serio, y se lo digo sin ningún tipo de acritud, sino al contrario. Que ustedes digan una cosa, con las que yo estoy de acuerdo casi siempre o muchas veces, y él diga justamente lo contrario, precisamente lo contrario con lo que estoy absolutamente de desacuerdo.

Miren, de verdad que seguir planteando el tema de la ortodoncia infantil y de la cirugía estética en estos momentos y tal como está la sanidad regional y nacional, yo creo que es un insulto. Yo, como profesional de la medicina, como insulto me lo tomo. Yo no sé si ustedes de verdad conocen, usted seguro que sí lo conoce, pero él igual no. Que operarse un hernia ahora mismo a una persona normal le cuesta más de un año, que quitarse los clavos de una fractura de un brazo, el otro día me vinieron a mi recomendación de un pobre chico, y lo cuento como anécdota, que lleva casi seis meses, y no le puede ayudar a su padre que es carpintero. Cómo se puede plantear subvencionar la cirugía estética y la ortodoncia infantil en estas circunstancias. Pero, por favor, díganle ustedes a su Presidente que no lo vuelva a decir, porque es que esto contribuye a que no podamos hacer ningún tipo de consenso.

Efectivamente, el tema del prediagnóstico y diagnóstico yo ya se lo comenté el otro día y creo que nos entendimos bastante bien. Pasa lo mismo, en ningún país del mundo existe el prediagnóstico, ni en ningún libro de medicina, y le reto a usted, figura la palabra prediagnóstico. A lo mejor usted ahora me lo aclara lo que es, qué es el prediagnóstico, porque yo todavía no lo sé, es un palabra que el Sr. Presidente del Consejo de Gobierno se ha inventado. Y eso a mí me parece poco serio. Yo dije el otro día que lo que creo que quiere decir con prediagnóstico es diagnóstico precoz, pero yo le dije, y se lo vuelvo a repetir, y se lo demuestro, y le traigo todas las revistas que quiera, que el diagnóstico precoz es un tema que es imposible, es imposible por razones de tipo económico. Es imposible. Hacer un diagnóstico precoz con seriedad requiere tener resonancia magnética, requiere tener pues

angeografía digital, requiere unos estudios que cuestan miles de millones de pesetas, y España, y Cantabria, no está en condiciones de hacer eso. Y yo dije que me temía que lo que se tratara era de una especie de contubernio judío-masónico, o como ustedes lo quieran llamar, con la medicina privada, para enriquecer a un grupo de presión, yo también me refería el día de la interpelación, que esos grupos de presión precisamente son los que están teniendo gran parte de la culpa de que la reforma de la Sanidad no se llegue a buen efecto para enriquecerles más.

Y, claro, nosotros así nos vamos a seguir oponiendo sistemáticamente. De manera que en un principio lo del prediagnóstico y lo del diagnóstico, y lo de la cirugía estética y la ortodoncia infantil, si ustedes de verdad quieren que lleguemos a un consenso en Sanidad lo deben de borrar desde ya. Yo aquí ya lo he tachado.

El segundo punto que yo le quiero manifestar es que existe una pequeña política y una gran política. Yo no soy político, o por lo menos soy un político reciente, iré aprendiendo poco a poco, yo creo que aprenderé. Pero no soy político en el sentido de que llevo en esto seis meses nada más. Pero yo soy amigo de la gran política, no de los pequeños objetivos. A mi no me vengan más de que esto no lo tenemos transferido y que esto sí lo tenemos transferido. Hombre, es importante, porque, efectivamente, lo que tenemos transferido pues no lo podemos hacer. Pero es que la ilusión que nos tenemos que plantear es un gran proyecto de Sanidad para Cantabria. Yo sé que Cantabria reúne unas condiciones óptimas para que podamos hacer una Sanidad pues digamos que modélica en el seno del Estado Español, y no quiero que dejemos desaprovechar esta ocasión. Y algunas veces a mi me preguntan que por qué estoy metido aquí, en este lío, y es precisamente por eso, porque creo que Cantabria reúne las condiciones óptimas, y lo repito, para que podamos hacer una gran Sanidad, y por eso yo voy a luchar en los próximos cuatro años.

Y por qué lo creo. Pues mire, lo creo porque tenemos infraestructura en principio bastante aceptable o buena, desde luego mucho mejor que la mayoría de las regiones españolas. Yo creo que prácticamente no existe ninguna región española, desde luego, con 500.000 habitantes más o menos que tiene Cantabria, que tenga un Hospital como Valdecilla, que tenga un proyecto de un Hospital como el de Torrelavega, que es un hecho que se va a producir pues en un año o dos años, en fin, en un plazo breve, que tenga un Hospital como el de Laredo

que se va a abrir de manera inmediata y que tengamos dos Clínicas privadas en Santander y una Clínica cerrada en Reinosa, a la que luego me referiré porque aquí sí que discrepo en algunas cosas con el Partido Socialista.

Es decir, es una estructura hospitalaria suficientemente amplia y que desde luego no la tiene ninguna región española de similares características, ni incluso mucho más rica que Cantabria. Por tanto, partimos de esa base. Y hay que tener imaginación para que eso se ponga en marcha.

Nos llega el tema, efectivamente, de que para que toda esa red de Hospitales que tenemos funcione nos tiene que transferir el INSALUD. Y aquí viene el gran problema al que el Sr. Blanco hacía antes referencia. Yo, y en esto discrepo con bastantes o algunas personas de mi Grupo, creo que efectivamente Valdecilla va a ser tremendamente difícil que nos pueda ser transferido. Y lo digo como persona que conoce Valdecilla, porque llevo trabajando en ese Hospital nada menos que 14 años, y que soy, bueno, que estoy bastante enterado de cómo la medicina evoluciona de una manera tremenda, que los costos en medicina se disparan.

Efectivamente, mantener un Hospital de la tecnología de Valdecilla, en una región como Cantabria, a mi se me antoja prácticamente imposible. Los que les decía antes, miren, la resonancia nuclear magnética, por ejemplo, cuesta 400 millones de pesetas. Realmente, ahora mismo, no lo tiene ningún Hospital de la Seguridad Social, sólo lo tienen dos centros privados, uno en Madrid y otro en Barcelona, y un Hospital en Santiago de Compostela que es un Hospital Universitario.

Ustedes imagínense que Valdecilla estuviese transferido, ¿nos podríamos gastar 400 millones de pesetas en adquirir resonancia nuclear magnética?. Pero, claro, para ser un Hospital puntero la tendremos que adquirir.

Angeografía digital, tres cuartos de lo mismo, cuesta 200 millones de pesetas. Y estos son innovaciones tecnológicas que han aparecido hace poco, pero es que dentro de poco van a aparecer innovaciones tecnológicas que van a costar todavía mucho más, ¿cómo nos lo vamos a subvencionar nosotros?. Yo, de verdad, y yo lo digo desde el sentimiento que me produce que no se nos pueda transferir Valdecilla, porque es un sentimiento profundo, creo que será muy difícil que Valdecilla se nos pueda transferir algún día. No así el resto del

INSALUD que creo que desde una política seria y rigurosa se nos puede transferir con relativa rapidez y en buenas condiciones económicas.

Y con el resto podemos hacer grandes cosas. Desde el punto de vista hospitalario podemos crear una red de hospitales coordinada, dependiente naturalmente del Gobierno Regional, de la Diputación Regional. Yo soy un amante de la autogestión de los hospitales. Yo he trabajado en la Clínica "Puerta de Hierro", he trabajado en "Valdecilla", es decir, en hospitales de élite, y perdónenme la inmodestia, y creo que a los hospitales se les debe de primar por lo que desarrollan desde el punto de vista asistencial, desde el punto de vista docente e investigador. No todos los hospitales pueden ser iguales.

Yo soy un enamorado de lo que querríamos hacer aquí, una red de hospitales, y que al final del año se les exigieran responsabilidades y se les subvencionara de acuerdo con lo que hubieran hecho en esos tres ámbitos. Y que los hospitales que no hubieran alcanzado los mínimos se les cerrara. Y aquí quiero llegar a un punto importante. ¿Por qué el INSALUD rescinde el contrato con algunas Clínicas privadas?, no con todas, con algunas. Yo pienso que porque no alcanzan los mínimos. Yo voy a ir más lejos, yo cerraría más. Hay Clínicas privadas en Cantabria y fuera de Cantabria que de verdad no me explico cómo se sostienen en pié, sin unidades de cuidados intensivos, sin bancos de sangre, sin equipos de guardia. Aquí en Cantabria hay algunas, yo se las podría nombrar pero no quiero, por delicadeza, pero existen. De manera una hemorragia aguda después de un parto lo tienen que traer corriendo a Valdecilla porque se les muere. Esas Clínicas las tienen que cerrar, o les tienen que exigir unos mínimos.

Yo hablaba de la asignatura pendiente que tiene el Gobierno Socialista en Sanidad, y uno de los puntos pendientes que tiene es precisamente eso, exigir controles de calidad adecuados que hasta ahora, desde luego, no los están exigiendo en absoluto.

Perdónenme que me extienda que a mi realmente me apasiona, igual me hago un poco pesado.

Hablando de los hospitales, en esa red de hospitales que yo concibo y en la que estoy ilusionado, y que yo espero que la podamos poner en marcha, están

los hospitales del AISNA. En singular o en plural, porque yo la verdad es que, lo digo con toda honestidad, no tengo estudiado el tema de si conviene cerrar uno y mantener el otro, o conviene tener abiertos los dos. Yo eso no lo sé. Pero, desde luego, yo defendiendo lo que defendí el otro día, y de verdad no me explico cómo ustedes pudieron votar que no. Y al día siguiente en el periódico me dieron la razón porque desde la Dirección Regional, el Doctor Martínez San Pedro, que por cierto es un gran profesional, publicó algo que yo había dicho ya, es decir, que la geriatría, que la medicina de la tercera edad, cada vez necesita de más apoyo, lógicamente, lo dice, las pirámides demográficas se van haciendo de base más estrecha y pico más alto, estamos efectivamente al crecimiento cero, que es el crecimiento de los países desarrollados. Y, entonces, tenemos que poner en marcha estructuras que atiendan la patología del viejo, que es distinto a los asilos, porque en una de las modificaciones que ustedes hacían hablaban del INSERSO, que no tiene nada que ver con lo que estamos hablando, pero el INSERSO no se ocupa de la atención hospitalaria del anciano. Lo que nosotros queremos desde nuestro Grupo es que se cree un Hospital de 250 zonas, que efectivamente en estos momentos sería suficiente para atender las necesidades de Cantabria, que se ocupe de la patología de la tercera edad. Es decir, lo que ya hablábamos el otro día del viejo enfermo. Y yo espero que ustedes cambien de opinión. Si realmente les falta muy poco para cambiar de opinión, por que ustedes qué entienden por enfermedades crónicas, quién es el enfermo crónico. El 98% de los enfermos crónicos son los viejos. Si enfermos jóvenes crónicos no existen prácticamente, alguna demencia rara, pero poco más. Es decir, que estamos hablando prácticamente de lo mismo, y prácticamente estamos al borde de decir que los hospitales del AISNA van a ser hospitales geriátricos, ¿sí o no?. Yo creo que sí.

Otro tema que quiero tratar a continuación, después de los hospitales, es el tema de la medicina primaria. Es que la medicina primaria, de verdad, clama al cielo lo que está pasando con la medicina primaria, y no tienen ustedes la culpa, o sea que realmente a veces echamos culpas a quien no las tiene. Es otro tema que tiene pendiente el Gobierno Socialista, es decir, se ha hecho muy poco en la reforma de la medicina primaria.

Efectivamente, yo les decía el otro día, y les repito ahora, que existen médicos en los medios rurales que tienen los mismos medios que tenían en el siglo XIX, es decir, es verdad, no es ninguna exageración. Tienen su fonendoscopio, sus manos y nada más. Claro, ahora tienen la ventaja de que les

pueden remitir a un Hospital, que es lo que hacen. Es decir, son médicos que dicen, bueno, que tiene anginas, bueno le ponemos un antibiótico y ya está, pero si tiene algo más a Valdecilla.

No es eso la medicina primaria, la medicina primaria es mucho más. Y tenemos que desarrollar toda la imaginación posible y toda la generosidad posible porque la medicina primaria la transformemos. Por eso cuando decimos es que no queremos invertir en Centros de Salud porque no nos están transferidos. Pues mire usted, yo que quiere que le diga, yo si fuera Gobierno Regional haría un esfuerzo enorme en invertir también en Centros de Salud si pudiera, porque, desde luego, antes, en consultorios rurales, que eso sí que lo tienen transferido, estoy de acuerdo. Pero si pudiera también invertiría en Centros de Salud, porque creo que es necesario. E invertiría antes, mucho antes, que, efectivamente, ya lo hemos dicho también, en el del Plan Regional de Urgencias, que usted ya ha dicho que en ese tema han dado marcha atrás, y yo de verdad que lo celebro profundamente.

Mire, cuando estén creados los Centros de Salud, una de las cosas que va a ocurrir es que se van a ahorrar dinero en los programas de educación sanitaria y de prevención, que eso también lo tienen que tener en cuenta a la hora de las inversiones. Porque todos esos programas que ustedes tienen en marcha, o van a poner en marcha, de oncología, de hipertensión arterial, de enfermedad pulmonar destructiva crónica, creo que tienen otro que no lo han dicho, pero en fin, hay más, todo eso se lo van a ahorrar con los Centros de Salud, después es cuestión de hacer cuentas, porque a lo mejor conviene más hacer tres Centros de Salud que poner en marcha tres programas de este tipo. Y lo mismo pasa con la salud escolar, que en parte estará cubierta, en gran parte, por los Centros de Salud. No olviden que los Centros de Salud son centros de, no sólo diagnóstico de la enfermedad y de tratamientos, sino también de prevención de la enfermedad, de educación sanitaria, de rehabilitación, de medicina de urgencia y de conexión con el Hospital más próximo del área de salud. Es decir, que cumplen funciones de medicina integral, que es lo que nosotros queremos que ocurra. Y por eso digo que deben ustedes hacer un esfuerzo, independientemente de que esté transferidos o no, en inversiones, en infraestructura de Centros de Salud, para que completemos lo más pronto posible una infraestructura apropiada.

Y una cosa que les quiero decir a este respecto, yo no estoy de acuerdo

con los Centros de Salud que se han hecho por dos cosas. Primera, porque la mayoría de los que se han hecho no son Centros de Salud, son ambulatorios enmascarados. Y esa es una crítica que no hay que hacérsela a ustedes, hay que hacérsela al INSALUD. Son igual que ambulatorios, sólo que se les llama Centros de Salud. Y, segundo, no se ha cumplido un escrito orden de prioridades. Yo creo que no se debería haber hecho primero el Centro de Salud de Cazoña que el de Potes. ¿Por qué?, porque la Sanidad en Cazoña es mejor que la de Potes. Había que haber hecho primero el Centro de Salud de Potes que el Centro de Salud de Cazoña. De manera que para el futuro, y en lo que ustedes puedan, diseñen un proyecto de Centros de Salud que se pongan en marcha de acuerdo con las prioridades y necesidades de cada zona, y que se hagan antes los Centros de Salud de las zonas, comarcas, que más lo necesiten, y dejen Cazoña que es más propagandístico pero menos útil, o Camargo, para el final.

En el mes de mayo yo leí un artículo en el Lance, una revista muy prestigiada, médica, que hablaba de las toxicomanías y de los criterios que había que seguir, probablemente el Sr. Director Regional de Bienestar Social lo leyó también, o por lo menos tiene noticias de ello, y de los medios para combatir las toxicomanías. El Lance es una revista médica probablemente la más prestigiosa del mundo. Bien, y hablaba que efectivamente las toxicomanías no se podían, de ninguna manera, combatir desde criterios policiales, ni desde criterios restrictivos. Y ponía de ejemplo lo que ocurrió con la Ley Seca. Vamos, yo no digo aquí ninguna novedad que no se sepa.

Quiero decir con esto que los esfuerzos que ustedes, en mi opinión, deben de centrar en la lucha con las toxicomanías deben ser de tipo educacional y de tipo de tratamiento, y nada más. No fiar a la cosa policial absolutamente nada, porque al revés, cuanto más se restrinja probablemente mayor expansión va a alcanzar el consumo de las drogas. Parece que eso está claro y yo he puesto de ejemplo la revista Lance por ser una revista de tanto prestigio.

El tema de los veterinarios, mire, yo se lo saco porque entre otras cosas el Presidente del Colegio de Veterinarios me dijo que se lo sacara a colación, yo, pues cumpliendo esto, se lo saco. Es decir, es un tema que yo no conozco bien, pero sí, efectivamente, me dijo que yo le consultara cómo está el tema de los veterinarios. A mi me explicó como era la cosa, que parece ser que supone un incremento en el número de funcionarios de aproximadamente 60 a 98, aproximadamente, es que no me sé bien las cifras, y que supone en términos redondos una inversión mayor de 100 millones de pesetas, aproximadamente.

Pero, bien, ellos me dijeron que esto es compensable porque las tasas que ellos cobran revertirían hacia el Gobierno Regional. Bueno, o sea que yo le pregunto cómo está el asunto, cumpliendo una cosa que el Presidente del Colegio de Veterinarios me ha dicho que por favor le preguntara.

Solo quiero ya hablar de otra cosa, que es, bueno, yo he dicho lo del Plan Regional de Urgencias. Jaime Blanco ha hablado y yo estoy de acuerdo prácticamente con todo lo que ha dicho, las cosas cambian, técnicamente, se lo dije el otro día, se lo vuelvo a decir, es un plan fenomenal, pero yo creo que en cuanto tengamos en marcha los Centros de Salud y un plan de carreteras aceptable, no tiene ninguna razón de ser el Plan Regional de Urgencias en los términos en los que fue concebido. Vamos, coincido plenamente con él.

Y únicamente hacer un inciso, si me lo permite, en el tema de la Clínica de Reinosa. He dicho que yo en eso discrepo en algo con los socialistas. Yo creo que, efectivamente, la Sanidad se puede concebir y se debe de concebir desde dos criterios distintos pero complementarios. El primero es el criterio económico, y el segundo es el criterio de tipo social.

Entonces, hombre, no son antagónicos, son complementarios. No puede ser regida la Sanidad con criterios estrictamente economicistas, es imposible. Entonces, Campóo, y yo creo que deben de reconocer ustedes que tiene unas características de tipo orográfico, de dificultades, etc., que la hacen especial. Que 25.000, yo lo dije el otro día, habitantes no justifican que allí se cree un Centro Hospitalario, totalmente de acuerdo. Que existen unas condiciones orográficas y de dificultad de acceso a los hospitales más próximos importantes, yo creo que también estamos completamente de acuerdo. Entonces, la ilusión que nosotros tenemos, y por lo que desde luego lucharemos, es porque en la comarca de Campóo exista un Centro. Vamos a ver de cuántas camas. Si nos atenemos a los criterios de la ONS, aproximadamente con 30 camas tendríamos bastantes, o entre 30 y 50. Con o sin acuerdo con las zonas próximas de Burgos y Palencia, porque probablemente los acuerdos serían difíciles de alcanzar, eso ya no lo sé. Porque además tenemos una ventaja y es que la Clínica Reinosa está ahí, y probablemente se podría llegar a acuerdos que nos fueran relativamente económicos en régimen de alquiler, de compra, ya veríamos a ver cómo, de manera que a esa comarca la pudiéramos dotar de un número suficiente de camas de primeros auxilios por lo menos. Yo creo que

además eso es posible y estoy seguro que en el plan que nosotros tenemos diseñado de hospitales, cuando llegemos a gobernar, y espero que sea pronto, lo pondremos en marcha.

Nada más, muchas gracias.

(Falta por avería en la grabación).

EL SR. BEDOYA ARROYO: Por parte del portavoz del Grupo Socialista se hace en su inicio tres consideraciones de carácter global, en unos casos no comparto y en otros casos creo que están distorsionadas lo que él dice en función de lo que yo he dicho, con lo cual en esos supuestos no las comparto doblemente.

En primer lugar dice que yo he enunciado aquí un conjunto de medidas administrativas. Mire usted, decir que en los dos temas, por ejemplo, por centrarnos en mi exposición de Sanidad, definir la política de infraestructura sanitaria sencillamente diciendo mapa sanitario regional, que es precisamente el programa, y a base del programa de consenso que se pide por los Grupos Políticos, a partir de ahí, en función de las obligaciones político-jurídicas, desarrollo del mismo, con un programa de consultorios rurales, con la adscripción o la realización de los Centros de Salud y con la puesta en marcha del área hospitalaria, mire usted, eso no es administrativo, es decir, eso es el desarrollo integral de la política sanitaria en cuanto a infraestructuras en Cantabria. Es decir, realizar eso es realizar un proyecto global, lo que pasa que es un proyecto global integral en el que en este caso, ciertamente, deben de participar el consenso de los Grupos, como participó el otro día en la Cámara, y, por otro lado, también deben de participar el consenso entre las Administraciones ya que no es una única Administración las que tiene esas competencias. En consecuencia, decir que eso es una medida administrativa, será si acaso medida administrativa publicar en el Boletín Oficial el mapa sanitario, pero desde la definición del mapa sanitario al desarrollo de esa infraestructura, bien sea dicho que no comparto en absoluto que eso es un conjunto de medidas de carácter administrativo.

En segundo lugar se dice que es que yo lo estoy dando referencias o soporte económico. Mire usted, estas comparecencias son para explicar la política global del Consejo de Gobierno, trasladable lógicamente al

presupuesto, y es otro ámbito de la comparecencia de cualquier Consejero. Inmediatamente se presentarán los presupuestos y en ese ámbito se trasladarán con cifras el desarrollo de estos programas, que es, precisamente, la orientación ideológica, la orientación de idea, más que ideológica o lo ideológico como algo que cerciona, como algo que es propio solamente de la ideología de esto de la ideología de lo otro. El conjunto de ideas, de objetivos que se pretenden desarrollar. Y en este momento y en su propio Grupo, cuando se dijo que la solicitud de comparecencia se realizaba de una manera muy próxima a la propia toma de investidura, puesto que esto ya lo solicitaron ustedes hace un mes y medio, se dijo no es que nosotros lo único que queremos pretender, y así lo manifestaron los demás portavoces en la Junta de Portavoces, es precisamente conocer ideas para intentar aportar ideas para intentar, lógicamente, beneficiar algo previo a los propios presupuestos. Es decir, que lo que se pretendía con estas comparecencias era precisamente una discusión sobre las ideas, y, lógicamente, yo quiero decir que aquellas ideas que nosotros estamos planteando, lógicamente, el soporte económico, va a estar manifestado en los propios presupuestos, que serán el objeto de otro debate.

Luego, lógicamente, que no se diga que yo vengo aquí a lanzar ideas que sencillamente no se dan números. Es decir, los números van sujetos a eso, y además, lógicamente, a la ... (no se entiende) del presupuesto puesto que igual que ustedes quieren conocer nuestras ideas nosotros queremos conocer las suyas, para intentar, como antes manifestaba el portavoz del Grupo Regionalista, y más cuando alguien está en minoría, pues intentar buscar unos presupuestos a los cuales les debemos los mínimos argumentos para que nos presenten enmiendas.

En tercer lugar ha dicho una cosa que no comparto doblemente, primero porque creo que no es cierto lo que usted dice que yo he dicho, y, en segundo lugar, porque tampoco me parece en ello ninguna idea descabellada. Mire usted, cualquier puesta en marcha de cualquier Administración o de cualquier participación de Gobierno tiene que partir en una teoría que es precisamente la del estudio. Y no solamente la del estudio en un programa, sino cuando el que ha hecho un programa y tiene la responsabilidad de gobernar tiene que asumir plenamente el conocimiento de aquello con lo que se encuentra, que no solamente aquellas ideas... (no se entiende), sino es contrastar el programa con la realidad que uno se encuentra. Y en esa fase sí que se está, y que esa fase dure 3, o 4, o 5 meses, en absoluto a nadie nos puede parecer

absolutamente trascendente, todo lo contrario. Lo malo es que todos nos empecemos ahora a presentar como Consejo de Gobierno, proyectos copiándolos de cualquier otra Comunidad, o que empecemos a lanzar ideas trascendentes, como puede ser en la infraestructura sanitaria sobre qué hacer con Pedrosa o con Liencres, de una manera, al mes siguiente inmediatamente a ponernos a hacer algo que después igual nos tengamos que arrepentir.

Observemos en el conocimiento no una medida de estudio sino una medida absolutamente necesaria para contrastar los propios programas con la realidad de una Administración, con el contraste con los grupos sociales a los que afecta las tomas de decisiones, porque no solamente el programa se hace para imponer un programa en función de los votos, sino para que el programa además tenga un contraste social en su puesta en funcionamiento.

En consecuencia, por el hecho de que todavía haya temas que se estén estudiando, no creo yo que sean objetos de críticas, sino me parece que son objeto a compartir en cualquier toma de decisiones como paso siguiente a la toma de responsabilidad de Gobierno, que es posterior a la propia de los planteamientos del programa con carácter sectorial.

Y dice usted, hombre, es que usted nos ha dicho aquí que están ustedes todavía estudiando lo de Pedrosa, no, no, ya le he dicho que existe un proyecto para la creación de un nuevo hospital que cuesta 1.000 millones, es decir, está el proyecto hecho, el proyecto confeccionado, que existe un proyecto de reforma que cuesta aproximadamente 300 millones para concentrar los dos hospitales en el de Liencres, creo que es, o afirmo que es, o inclusive esa posibilidad que plantea el propio Ministro García Vargas en una reunión con el Presidente del Gobierno, Juan Hormaechea, como idea que ellos mismos proporcionaban de la posibilidad de utilización en el supuesto de que la Residencia Cantabria, que depende de ellos, que depende del Ministerio de Sanidad, fuese a cerrarse. Y, en consecuencia, en este momento hemos acopiado todo ese conjunto de conocimientos para la toma de decisión. Decir que una toma de decisión tan trascendente, como es esa, porque ya llevamos tres meses y tengamos en este momento todos los datos suficientes para tomar la decisión, y en tres meses no hayamos hecho nada, yo creo que no, que nuestra obligación era ver cuántas posibilidades había, evaluarlas, valorarlas, y ahora estamos en el ámbito de la toma de decisión. Y, claro, estar en el ámbito de una toma de decisión de esta trascendencia al cabo de tres meses y quedándonos

potencialmente, si cumpliésemos una legislatura en tres años y pico, y previos a los próximos presupuestos, donde ya figuraría la primera partida económica para responder a cualquiera de los presupuestos, que en este momento son objeto de debate, no se puede decir que se están estudiando, no, ya se han estudiado, y ahora estamos en el siguiente paso que es ya, con todos los estudios, tomar esa decisión.

Se dice también, hombre, nos habla usted del Convenio de la Salud Mental, como algo que se está estudiando. No, como algo que se nos impone por la propia Administración, a través del Consejo Interterritorial, para la reforma de la Sanidad, se nos impone por la propia Administración y por las 17 Comunidades Autónomas a la Administración, que ese Convenio firmado es un Convenio irrealizable en los términos en que está firmado. Y lo asume la Administración. Y en el ámbito de ese Consejo Interterritorial se obliga a que se forme una Comisión de Trabajo y pasado el 17 de septiembre. Luego, nosotros no lo estamos estudiando, nosotros lo que hemos visto y han visto las 17 Comunidades Autónomas que es inviable ese programa y en el Consejo Interterritorial lo que se ha hecho es que se modifique esa situación.

Dicen ustedes, están estudiando el Plan de Urgencias. No, no, he dicho que el Plan de Urgencias está redactado, lo que estamos es readaptándole a la situación de vincular ese Plan de Urgencias a la atención primaria, pero para presentárselo, lógicamente, ya le he dicho, inclusive, que frente a los 105 millones de pesetas que costó el año pasado ese Plan de Urgencias, habrá una valoración económica aproximadamente en torno a los 50 millones, e inclusive una cifra inferior, y están estudiándolo. Es que hemos hecho el estudio diciendo la disminución del personal, porque el plan contratado para ese Plan Regional de Urgencias finaliza su contrato el 31 de diciembre de 1987. En consecuencia, lo que estamos haciendo es poniendo todos aquellos objetivos que tenemos en función de nuestro conocimiento, y no solamente del nuestro sino del que queremos compartir con ustedes y con los propios grupos sociales afectados, para que cuando llegue precisamente ese momento crucial del presupuesto, además de las ideas y de los números, haya habido previamente el pleno conocimiento y el pleno contraste con la realidad.

Dice usted, es que ha afirmado usted que están estudiando las transferencias. Hombre, no solamente he dicho eso. En primer lugar he dicho y he manifestado que existen unas transferencias que ahí están, y que son las

que lógicamente nos vinculan en cuanto a las obligaciones. En segundo lugar he dicho que debe existir como previo a la transferencia del INSALUD, y luego matizaremos lo de Valdecilla si, Valdecilla no, que debe haber previo a la transferencia del INSALUD una situación muy clara, como ha existido en otras Comunidades Autónomas, y hay que buscar una vía de relación, de cogestión si se quiere, previa a llegar a pasar de la gestión de uno a la gestión de otro, algo que sea algo así como la cogestión entre el uno y el otro, y para eso no es que exista un estudio es que existe un proyecto de convenios, enviado por Don Pedro Pablo Mansilla, a raíz de las conversaciones que hemos tenido, que es Director General de Alta Inspección en relaciones con las Administraciones Territoriales. Y este convenio, ya no solamente un estudio, lo que pasa es que lógicamente ha habido primero un diálogo, una negociación, para llegar a unos puntos, para la firma de este convenio. Y ahora está en el ámbito de nuestra Administración ver los perfiles a los que entendemos que pudiera ser modificable para después, lógicamente, llegar. Luego, ya no es objeto solamente de un estudio, es objeto de un documento que el propio Ministerio de Sanidad, a raíz de las conversaciones, propone a la Comunidad Autónoma para formar la Comisión de Coordinación de la asistencia sanitaria en Cantabria.

Y después se dice, hombre, es que la transferencia también están ustedes estudiándola. No, si es que la tendremos que estudiar entre todos, entre otras cosas, porque además creo que ese es un tema importante en esa transferencia, como en casi todas las demás transferencias, especialmente las de mayor trascendencia, y, en consecuencia, nosotros lo que siempre hemos dicho respecto a la transferencia es que se ha de abrir ese período de negociación, además que hay algo que está claro, que antes del negocio de negociación hay un proceso legislativo, que es el del artículo 25 del Estatuto de Autonomía, y los correspondientes de la Constitución Española, y que mientras no exista eso ni siquiera se van a sentar en el aspecto ya definitivo para producir la transferencia, sino que lo que previamente podemos empezar es como estamos haciendo a realizar estudios referidos a la posibilidad de esa transferencia para tener datos que nos permitan acudir a una mesa, no escuchar solamente a una de las partes, sino acudir con la posibilidad de contrastar datos y con la posibilidad de contrastar datos fiables y concretos que, lógicamente, nosotros previamente tenemos que tener y que lógicamente todos los demás Grupos están.

En consecuencia, eso de que estamos estudiando, estudiando, por supuesto, el estudiar es algo que no se debe de concluir ni siquiera en los tres

primeros años, ni se va a concluir en toda la Legislatura, entre otras cosas porque creo que el conocimiento es entre las cosas importantes que pueda haber en la acción política, como en cualquier acción humana, la más importante. Y todo el tiempo que se dedique al conocimiento, si entre otras cosas se evita que existan errores, pues creo que no es algo para criticar, sino todo lo contrario, la precipitación, y a veces la precipitación es más fácil hacerla desde la oposición que desde el Gobierno, por las distintas responsabilidades que tienen en un ámbito y en el otro, quiero decir que no va a ser nunca el fruto de este Gobierno. Es decir, yo creo que tenemos que actuar con el pleno conocimiento.

Y ahora vamos a ir a una serie de temas concretos que se han ido planteando por los Sres. Diputados. Y no llevo el mismo orden en que ustedes han ido hablando.

Clínica de Reinosa. Mire usted, yo comparto, primero, como tema general, el planteamiento que ha hecho Don Ricardo Conde. En primer lugar, no solamente vale medicinas, y ustedes que recientemente han criticado los criterios economicistas, cuando se querían plantear en otros ámbitos, no solo vale el criterio economicista de decir cuántas personas exactamente están afectadas, porque, entre otras cosas, están afectadas seres humanos, y consecuentemente con eso, hay siempre correcciones al criterio economicista de decir es que para que tenga que existir un Hospital tiene que haber un conjunto de personas, 60.000 o a partir de 60.000, que hagan que un Hospital tenga sentido. Además de eso, que es un criterio que yo también comparto como razonable, como principio general, hay excepciones, y excepciones motivadas en una serie de situaciones sociales que entiendo deben de tenerse en cuenta.

En segundo lugar se dice: es que la Ley de Sanidad no permite o imposibilita esa situación. Bueno, parece que esa opinión, la Ley General de Sanidad es fecha 25 de abril 1986, parece que de esa opinión no era Don Ernest Lluch. El 8 de julio de 1986, posteriormente, en un documento en el que dice, y está firmado por él, es la famosa carta en la que dice "un abrazo y perdón por el retraso", que dice: "Clínica de Reinosa. El concierto", y en este caso estaban hablando en el ámbito del concierto, dice "solicitado, que está informado favorablemente por el INSALUD provincial, será tramitado por Madrid, ampliando el área de cobertura de ese clínica a las zonas norte de Palencia y Burgos, facturándose a cada provincia sus respectivos pacientes".

respectivos pacientes". Luego aquí se ve que hay fórmulas, en este caso la del concierto, para solucionar ese tema. Y dice "la Dirección General del INSALUD dará las instrucciones pertinentes para el mejor funcionamiento y supervivencia de ese concierto".

Luego, quiero decir que, sin perjuicio de las manifestaciones del portavoz del Grupo Socialista, en el tema de clínica de Reinosa parece que no hay solamente la rigidez que él quiere manifestarnos a la Ley General de Sanidad, y que un propio compañero de él de Partido, en aquel momento con altas responsabilidades, veía que sí que había salidas prácticas a ese problema. En consecuencia, no comparto esa limitación que se nos intentaba manifestar.

Desarrollo de las Comisiones de la Ley General de Sanidad. Por supuesto, el otro día lo hemos aprobado en el pleno de la Asamblea. Nosotros lo asumimos. Creo que además no hace falta, y ya lo dije, que lo aprobase el Pleno ni que nosotros lo asumiésemos, porque es una derivación la puesta en marcha de esos órganos de participación, de gestión y de dirección en el ámbito de los centros de salud en el ámbito regional, que no es que nos venga impuesta por una votación de la Asamblea, sino que nos viene impuesto por algo a lo que yo todavía doy tanto aprecio como eso, y es a una Ley del Estado que, en el ejercicio de sus libres competencias, las Cortes Generales han dictado. En consecuencia, eso estaba también en marcha. Lo que sí hay que concretar es la puesta en funcionamiento, donde esencialmente participa la propia administración local, la autonómica, participan los colectivos de los propios sanitarios y, en consecuencia, conforme a lo que dice la propia Ley de Sanidad, con lo cual no vamos a inventar nada sino conforme a eso, y desarrollando la normativa correspondiente, tal y como se acordó en esa moción, pues se pondrán en marcha esas Comisiones.

Se dice aquí transferencia del AISNA. En primer lugar, se dice algo que siempre será discutible. La transferencia del AISNA se realizó el 19 de noviembre de 1986, fue aprobada en comisión mixta de transferencias. En primer lugar, se dice y se manifiesta, que yo afirmo y lo reitero, porque es una realidad, y dentro de la crítica que, como bien dice el señor Blanco, hace el Presidente Juan Hormaechea, yo creo que criticar, cuando además lo que se pretende es renegociar, como han hecho otras comunidades autónomas, ciertas transferencias, creo que hay empezar criticando, sin perjuicio de que los que tomaron el acuerdo tuviesen un signo político u otro. Yo digo y reitero, y ahí

está la transferencia, primero, que esa transferencia se hizo solamente con capítulo uno y capítulo dos. Eso es cierto y lo tengo que decir, porque ahí está la transferencia y además se publicará. Y digo que en cuanto al capítulo uno y al capítulo dos, entiendo, por lo que llevamos este año en el primer semestre gestionando, que la transferencia se hizo bien. Inclusive presumimos que a final de año de los quinientos y pico millones con que está dotada esta transferencia en un capítulo, por una parte transferencia del Estado y, por otro lado, en función de los ingresos que producían los propios centros, nosotros entendemos que ahí está bien hecha la transferencia, puesto que vemos que al final de año pues podemos terminar, inclusive, con un superávit, en relación a la transferencia, y creo que se puede mejorar la propia gestión.

Ahora bien, se dice el capítulo seis. Ciertamente, yo he dicho que ese es un grave problema y en ese se ha transferido una situación de inmuebles realmente penosa y que puede obligar a la comunidad autónoma a tener que realizar ahora una sobreinversión de algo que no ha venido dotado, porque creo que el capítulo seis vino dotado con 55 millones, que me parecen que se van a integrar este año en los presupuestos de este año porque todavía no los ha dado el Estado, de una obra que ya estaba adjudicada a Dragados y Contrucciones, en concreto. En consecuencia, como se entendió que la reforma con esos 55 millones era casi mejor que no empezasen a hacer la obra, porque como igual había que reformar más, era mejor no echarlos, porque igual era un dinero no bien invertido, pues entonces el Estado lo que ha aceptado es que esos 55 millones se los va a dar a la comunidad autónoma con el ánimo de ingresar en esa partida de mejora que necesita el hospital.

En consecuencia, yo digo que la transferencia, desde mi punto de vista, vino mal dotada. Y es una obligación del político, por encima de ser de Alianza Popular o del Partido Socialista o de cualquier partido, afirmar eso, que, en conciencia, creo que es así.

Pero es que además hay que decir una cosa, y eso también es cierto, sin perjuicio de que entiendo que en las transferencias una gran responsabilidad, o la mayor parte de la responsabilidad la tiene, más bien, la parte del Ejecutivo del Gobierno Regional, en aquel momento aquel Ejecutivo, hay que decir que en la Comisión Mixta de Transferencias estaban representados todos los grupos políticos. Con eso no estoy inculcando a los demás grupos, no quiero trasladar esa impresión, pero quiero decir que los demás grupos

políticos también estaban presentes en esa Comisión Mixta de Transferencias, que tenían conocimiento, se les aportaban cuantos documentos tenían los demás miembros de la Comisión Mixta de Transferencia. Y ahí estaban representados o tenían un diputado todos los grupos que estaban en la oposición. No quiero decir con eso que sea la responsabilidad compartida, pero sí quiero decir que tampoco es algo que el Gobierno Regional anterior hiciese y los demás estuviesen absolutamente con una relación de clandestinidad con los demás grupos, los demás grupos tenían su representante. Las transferencias no se hacían de la noche a la mañana, se inician y siguen un proceso bastante importante. Bueno, los demás grupos han tenido la posibilidad de participación y, por supuesto, por lo menos de haber hecho constar en acta su disconformidad con esas transferencias. Ya digo que con eso no estoy en el ánimo de trasladar a los demás grupos la responsabilidad de una transferencia, que entiendo que esencialmente quienes llevan las transferencias, aunque tengan representación esos grupos, son, lógicamente, los representantes del propio Ejecutivo.

Ha manifestado usted que yo había afirmado una continuidad de la política anterior. Lo he afirmado, esencialmente, respecto a bienestar social, y he dicho que con correcciones y con potenciación. Respecto al tema de sanidad yo siempre fui crítico sobre la manera en que se había realizado la política sanitaria anterior. Entiendo, en primer lugar, que aquel convenio con el Ministerio de Sanidad fue una manera de detraer recursos económicos de Cantabria, no recursos económicos para la sanidad, recursos económicos para Cantabria, para sufragar cantidades que, con una política economicista, el Ministerio de Sanidad no quiso invertir, ya no en Cantabria, sino creo que en general. En consecuencia, lo que nos hicieron fue llevarnos a un convenio, en base al cuál ellos iban a hacer unas cosas que, ciertamente, no hicieron, y nosotros unas que les hemos hecho y que les correspondía a ellos. Y lo que hemos hecho es gastando mil y pico de millones en el hospital de Laredo, además de hacer un hospital de Laredo, que creo que es un gran logro, pero también hay que asumir que esos 1.200 millones de pesetas son 1.200 millones que hemos retraído de la política global de posibles inversiones de la Diputación Regional de Cantabria, para hacer algo que era competencia de otra institución.

Se dice, respecto a ese convenio famoso, que es que la Diputación Regional ha incumplido algunos de sus párrafos. Mire usted, esencialmente aquel convenio correspondía a que el Ministerio de Sanidad decía que nosotros

hacíamos el hospital, mejor dicho, el Ministerio de Sanidad y nosotros decíamos que la Diputación Regional hacía el hospital en Laredo y que, a su vez, el Instituto Nacional de la Salud y el Ministerio realizarían un conjunto de inversiones desde 1985 a 1986 y, entre otras, decía que la Dirección General del INSALUD haría una aportación en 1985 de 629.400.000 pesetas y en 1986 de 676.400.000 pesetas. Esto está firmado por el Director Regional de Sanidad y Consumo y por el Director Provincial del Instituto Nacional de la Salud, como desarrollo del propio convenio que firmaron el Consejero y el Ministro.

Y dice usted que habíamos incumplido. Mire, nosotros decíamos que mientras se resolvían las diferencias en las obligaciones respecto a la asistencia de enfermos de beneficencia en Marqués de Valdecilla, se decía -fíjese lo poco que nos comprometíamos nosotros y a pesar de eso lo hemos cumplido-: "entre tanto, ambas partes consideran conveniente que la Diputación Regional consigne una partida presupuestaria para dedicarla a investigación, formación continuada e incentivación". Eso dice el convenio, que está firmado por Don Ernest LLuch y Don Félix Hinojal. Entre otras cosas, nosotros eso lo hemos hecho, creo que salvo algún año, precisamente el año en que vimos que empezaban ellos a incumplir y entonces dijimos: miren ustedes, no ponemos esa cantidad, porque es que ustedes han empezado a incumplir. Y en ese momento se corrigió. Pero, cuidado, todos los demás año ha figurado en el presupuesto de la Diputación Regional 80 millones, a través de la Fundación y un año a través del Comité de Gestión del hospital Marqués de Valdecilla, para la investigación. Y, entre otras cosas, la obligación era de los conceptos que consideran convenientes, con lo cual era una obligación que prácticamente se dejaba a la voluntad de las partes. Esa voluntad de las partes se empezó a cumplir, y solamente cuando se vio que empezaba a incumplir el INSALUD, paró la Diputación durante un año de dotar esa partida.

Por otro lado, lo único que se ha hablado en ese convenio era de la creación de una comisión mixta entre ambas administraciones, para la reforma de la atención primaria, que esto se hizo y precisamente de ahí surgió el tema del mapa sanitario y demás, porque esos son los cuatro puntos del convenio, luego no hay incumplimiento, y, por otro lado, se decía por el Ministerio: "el plan regional SAMUN, elaborado por la Dirección Regional de Sanidad y Consumo de la Consejería de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social, será estudiado por esta Comisión, valorando las posibilidades de aplicación del mismo y teniendo

presente la relación coste-beneficio se procurará su gradual puesta en marcha, estableciendo los acuerdos precisos para conseguir el máximo aprovechamiento de los recursos". Ese era el cuarto compromiso y, si acaso, era un compromiso que asumía el Ministerio, porque decía que lo estudiaría y que estaría dispuesto a participar económicamente, cosa que después no ha realizado, aunque sí que se ha valido del plan para intentar trasladarlo a las demás comunidades autónomas, con lo cual, inclusive, les hemos hecho nosotros una aportación de carácter intelectual.

Se dice, transferencias vinculadas a que se desarrolle el conjunto de necesidades que se deriven del plan del mapa sanitario, tanto en el área hospitalaria como en centros de salud. Yo, en gran parte, lo comparto, porque también habría otra posibilidad, que sería decir: vamos a valorar lo que costaría poner en marcha esto, nos dais el dinero o no nos dais el dinero. Yo creo que ese tipo de transferencias quizás, no voy a decir porque sean más inteligentes, sino porque igual la administración central, a veces, tiene mayor capacidad inclusive en los planteamientos, al fin y al cabo, es la que transfiere ella a los otros, y el que recibe, normalmente, probablemente, puede recibir el gran bofetón en ese tema de sanidad. Yo por eso sí que empiezo y creo compartir la idea de que previa a la transferencia, yo quisiera ver, por lo menos, adjudicados, complementados y demás, ese desarrollo de obligaciones que tiene el propio INSALUD. Y sería mejor recibir así la transferencia, por supuesto. La otra posibilidad es valorar aquellas obligaciones que en este momento son INSALUD y al transferirlas, valorarlas económicamente para que viniesen con la correspondiente dotación económica.

Se dice, Valdecilla sí, Valdecilla no. Yo he dicho una cosa que está clara y en eso igual se peca de que estamos estudiando, yo creo que el tema de Valdecilla no lo vamos a resolver ni en un minuto ni en una tarde, y claro que va a tener que ser objeto de muchos estudios. Cuando se planteó el tema de Valdecilla, yo digo lo siguiente: primera cuestión, se dice que grandes inversiones que serían necesarias para mantener como hospital punta a Valdecilla, en el ámbito de la comunidad autónoma no serían posibles. Puede que el argumento tenga una parte de razón. Lo que yo le cuestiono es que si pensamos, y de hecho está sucediendo que estando siendo gestionado por el INSALUD, Valdecilla está recibiendo ese tipo de aportaciones. Porque, tristemente, hay que ver cómo ha habido inclusive enmiendas del Grupo Socialista, y me recuerdo ahora de una persona, que aunque tuve con él grandes

discusiones, siempre intentamos ir en busca del consenso, el doctor Martín Silván, que era en la anterior legislatura portavoz del Grupo Socialista en materia de sanidad, que él mismo llegó a plantear enmiendas para que aportásemos nosotros 100 millones para adquisición de capítulo dos en Valdecilla, porque se reconocía que hasta en el capítulo dos estaba produciéndose una política absolutamente economicista por parte del Ministerio. En consecuencia, no me vale la teoría de decir "es que los grandes aparatos van a costar gran dinero", porque de nada me sirve que es que nosotros igual no somos capaces, como que los otros, siendo capaces, no están dispuestos a entregarlo. Luego eso, como discusión inicial, habría que plantearlo.

En segundo lugar, yo he dicho antes una cosa muy clara cuando se ha planteado este tema. He dicho "es que entre las posibilidades", y no es malo hablar de posibilidades, porque son temas, creo, profundos, y he dicho que una de las posibilidades era contemplar la posibilidad de que no se transfiriese Valdecilla y por eso hablaba de la necesidad de revisar el propio concierto. Luego, ese planteamiento que han hecho los grupos de la oposición, vamos, los demás grupos políticos, entiendo que también iba en el espíritu de la explicación que yo he hecho en mi comparecencia. He dicho: mire usted, cabe que se produzca la transferencia, es una cosa realmente profunda hablar de este tema y, por otro lado, también cabe la posibilidad de que Valdecilla no quede integrada en la transferencia y, en consecuencia, es por lo que desde ya tenemos que plantearnos la propia revisión del convenio, ya no pensando en la transferencia, sino pensando en una nueva regulación que pudiera ser la situación última en la que quedase Valdecilla, en una situación de congestión y demás, que también tiene que ser objeto de más estudios y de más debates.

En el tema de la epidemiología se traslada... Primero, el tema de la epidemiología viene de años anteriores. Creo que ha sido, dentro de los programas de salud, al que siempre se ha dado prioridad, inclusive también en los presupuestos, y creo que el año pasado en los presupuestos se asumía una enmienda del Grupo Socialista que incrementaba en algo esta partida y, consecuentemente, creo que siempre ha habido un consenso, inclusive en el aspecto económico, que es el más difícil. Y se dice que eso está vinculado a un hecho, y que yo también comparto, de estructura de estadística, como desarrollo de la propia estadística de la Diputación Regional, ya no para este caso concreto casi, sino de estadística global. Nosotros, dentro del plan de

informática que se ha aprobado recientemente y que ha supuesto una inversión en este plan inicial de 107 millones de pesetas, precisamente un punto esencial es la conexión del desarrollo del plan regional con la estadística regional. Es decir, yo asumo también, y creo que lo tenemos que comprender todos los grupos, que en materia de estadística, no solamente en el ámbito de sanidad sino en los demás, creo que, en general, las comunidades autónomas, y la nuestra, que es la que yo conozco, pues están realmente infradotadas. Creo que ya sin datos estadísticos fiables no puede acudir uno a sentarse en una mesa de negociación, ni siquiera a planificar temas, como sería lo consecuente de los propios estudios epidemiológicos, realizar programas de actuación sobre la sociedad. Lo que sí que digo es que en ese propio plan regional de informática, en coordinación con el servicio de estadística y que está adscrito a la Consejería de Economía, pero que sería un servicio, digamos, de carácter horizontal, de prestación de servicio a las demás áreas de la administración, pues comparto el planteamiento del señor Blanco.

Plan Regional de Urgencias. Yo sí que manifiesto que comparto esa idea. Creo que lo he manifestado en otras oportunidades, de que el Plan Regional de Urgencias, creo que como documento de trabajo, como un plan global integral de urgencias es positivo, y creo que se ha manifestado también por algún portavoz de los grupos. En este momento se va a producir una readaptación de dicho plan y, en consecuencia, creo que un capítulo importante de la grandeza del plan, quizás puede que hasta en demasía, pues sean los gastos que tenía esencialmente de personal, es decir, en función de la propia magnitud del plan el gran gasto se producía en gasto de personal. Esto, ya digo, se va a reducir. Como ese personal tiene los contratos hasta el 31 de diciembre del 87, pues, lógicamente, los contratos los respetamos y dentro de esa readaptación, pues se producirá también ese cambio en esa situación.

Se ha planteado por el portavoz del Grupo Regionalista que pudiera haber en la idea del Gobierno de que pudiesen llegarse a convenios con la medicina privada, para atender a esos dos temas, que él ha borrado y que, bueno, yo admito que borre. Cualquier tema siempre sigue siendo un tema abierto, sin perjuicio de que se lleve o no se lleve a la práctica. Yo respeto la postura en eso, lógicamente, de todos los grupos, de que había una finalidad última de enriquecer a grupos de presión de la medicina privada. Yo eso sí que, en principio, admitiendo que la idea pueda ser más o menos acertada, porque todas las ideas siempre pueden ser objeto de defensa y de crítica y eso está en la

propia libertad de expresión, pero lo que no comparto, en absoluto, es que detrás de eso se pueda ver un deseo, sino yo entiendo que temas como el propio de la ortodoncia, pues es un problema que afecta importantemente a la situación sanitaria. Creo que es un tema importante y que yo, sin ser médico, normalmente al mismo se le aplican grandes procesos de enfermedad, no solamente el propio de la bucodental. En consecuencia, quiero decir que ahí lo único que hay es precisamente, dentro de esa idea que yo no comparto mucho, de que se deba de atender a cosas en las que no tengamos competencias, pero en este caso realmente el INSALUD no presta esa asistencia y entonces, digamos, los ciudadanos de Cantabria son, como los demás ciudadanos de España, carentes de una asistencia que nosotros entendemos prioritaria, y entendemos prioritaria para integrarse, inclusive, en el ámbito de la Seguridad Social, en gran parte. Como eso no se produce así, creemos que a través de los conciertos con la medicina privada se puede llegar a alguna vía de acuerdo. Como en este momento tampoco existe ningún acuerdo concreto, pues cuando eso se produjese, y yo lo he sacado porquera era una idea que ha sido objeto de debate, así lo he planteado.

Por parte del portavoz del Grupo Regionalista se nos dice algo que yo creo que en su exposición es muy voluntariosa, pero es parcial, es decir, cuando se dice: no, hombre, es que yo creo que ustedes también tienen que invertir en centros de salud, porque lo de menos es quien tiene la competencia o quien no tiene la competencia. Es que el problema es que en función de que uno tenga la competencia no tiene los recursos económicos, ese es el problema. Y ahí no vale el voluntarismo, es decir, cuando al final hay que contar el dinero, no valen voluntarismos. No vale solamente plantear los centros de salud, hagan ustedes centros de salud aunque no tengan competencias, y no teniendo competencias, no tienen economía. Porque es que nosotros tenemos que presentar un presupuesto y un programa global y si yo mañana, además de asumir mis competencias y de gastarme el dinero en mis competencias, perdón, la comunidad autónoma, hacemos cosas que no son de nuestra competencia, lo que haremos será que gastaremos 600 o 700 millones que estaremos quitando de algún otro sitio donde tenemos competencia con dotación económica. Eso yo creo que es una injusticia para el desarrollo global de Cantabria, es decir, miren ustedes, en vez de eso, pues no hacemos electrificación rural o no hacemos no sé que otra historia en la que sí tenemos competencia. En consecuencia, quiero decir que yo no coincido con eso. Yo entiendo, y así lo comparte también el INSALUD, que nosotros debemos de invertir en la atención primaria, y en este caso la

infraestructura de esa atención primaria son los consultorios rurales, y ahí hay que presentar un programa para concluir esa situación. Y hay que exigir al Ministerio, porque yo creo que sí que es competencia de la comunidad autónoma remover los obstáculos que impiden el desarrollo de obligaciones que tengan otros, y nosotros sí que tenemos la obligación de exigir al Ministerio que haga esos centros de salud. De hecho, ya hemos reafirmado que hay seis o siete centros que están en estos momentos en marcha por parte del INSALUD, en el ámbito de los centros de salud.

Se ha planteado también el tema de los hospitales de Pedrosa y Liencres y la vinculación a la geriatría. Yo no discuto el planteamiento global que hace tanto D. Ricardo Conde como el doctor Martínez Sampedro, respecto a la situación actual de la población y demás, yo creo que eso no lo discute nadie. En primer lugar, creo que previo a ese paso que el otro día se proponía en la Asamblea, está la propia configuración, que antes se ha hablado que no está resuelta esa incógnita de cuál es el destino y se debe de contemplar esa posibilidad y, por otro lado, entiendo que no es estrictamente nuestra competencia como obligación fría, si quiere, como obligación pues sí que sería el realizar o el cubrir esa parcela. De hecho, yo lo que el otro día manifesté es que el INSERSO en este momento, y al día siguiente me parece que salió algo en el periódico referido a ese centro que quieren realizar en Cueto, pues va a realizar un centro con más de 200 camas. Y en la información que a nosotros nos ha dado el INSERSO hay unas camas que son estrictamente lo que sería asilo, pero está escrito que hay 146 camas que tienen, además del hecho del internamiento, tienen la asistencia médica o la asistencia de ese carácter que se pide al centro geriátrico. En consecuencia, yo creo que ahí está esa solución, sin perjuicio de que se pueda incluir, como objeto de integración a la salida global de los hospitales de Pedrosa y Liencres, esa posibilidad, que como tal posibilidad yo recojo, y ya recogí el otro día, aunque en esa instancia nos opusimos, recojo también como participada de dos grupos importantes, como son el Socialista y el Regionalista.

Por parte del portavoz del Grupo Regionalista creo que se ha hecho una exposición global del tema sanitario, pero, como él mismo ha ido reconociendo, en gran parte el tema de la incapacidad o de la imposibilidad que haya tenido el Ministerio para la reforma de la atención primaria, o el tema de las críticas a las rescisiones de conciertos con clínicas privadas, con las matizaciones que él hace y que yo comparto, y creo que también yo lo he

manifestado antes respecto a la situación de quiénes van a prestar bienestar social, no hay que dar dinero a cualquiera que aparezca, sino que hay que tener un control y decir: mire usted, van a tener dinero, primero, quien lo merezca y, en segundo lugar, quien sea cada año capaz de justificar que el destino de los fondos públicos van a buen lugar. Pero creo que ha hecho una serie de manifestaciones, de crítica a la situación sanitaria que esencialmente son del INSALUD, y que yo comparto en gran parte. Creo que gobernar es difícil. Igual que es difícil para nosotros, es difícil para el Gobierno de la nación, y en ese aspecto también me siento solidario en sus dificultades, porque todos tenemos dificultades gobernando, sin perjuicio de que como idea reconozco que tanto en esa reforma de la atención primaria, que cuesta sacar adelante, que en este momento se sigue en ella y eso está condicionando funcionalmente otra serie de desarrollos y la propia capacidad de inversión, pues creo que se ha seguido una política excesivamente economicista. Pero ya digo que eso no nos corresponde a nosotros darle respuesta, sino al propio Ministerio de Sanidad.

La reforma de los veterinarios. En primer lugar, me extraña que D. Angel Martínez... bueno, lo conozco, yo he tenido varias reuniones con él y por eso me extraña que tenga que decirle a usted...

EL SR. CONDE YAGUE: Hace tiempo.

EL ILMO. SR. BEDOYA ARROYO: Pues yo he tenido con él varias reuniones, vamos, con él y con otros representantes del Colegio de Veterinarios. Es más, algún informe de los que hay aquí trae su propia firma, como representante del Colegio.

Primera cuestión. Ya digo que este es un tema que ya está más allá del estudio. En este momento estamos ya en la última negociación con el Colegio de Veterinarios. Existen una serie de cuestiones en las que no estamos de acuerdo. Quizás ellos como Colegio pretenden ir a un mayor número de veterinarios; nosotros entendemos que no es necesario ese número de veterinarios, precisamente, por poner un ejemplo, en este momento el mapa sanitario regional, dentro del área hospitalaria de Reinosa figuran tres zonas de centros de salud: una que son Reinosa y casi todos los municipios; otra que es solo Valderredible, y otra que creo que son Las Rozas y Valdeprado del Río. Entonces, ¿qué quiere decirse ahí?. Por ejemplo, en su finalidad sería que en

cada una de esas hubiese un veterinario de salud pública. Nosotros, por poner ese ejemplo, entendemos que no, por lo que no tendría sentido que hubiese uno con esos ocho municipios, que son el noventa y tantos por ciento de la población de Campóo y que hubiese después solamente un veterinario de salud pública, que esencialmente tiene un sistema de control sobre la alimentación, sobre los establecimientos públicos, por ejemplo uno solo para Valderredible, cuando prácticamente no hay o hay muy poco en esa materia que realizar, o solamente para Las Rozas de Valdearroyo y Valdeprado del Río, que son municipios el uno de cerca de doscientos habitantes y el otro de poco más. Entonces ahí hay una diferencia que estamos intentando, lógicamente, consensuar en cuanto al número. Y lo mismo en cuanto al planteamiento que han hecho ellos sobre las unidades ganaderas mayores, porque tampoco coinciden sus datos con los propios datos que aportaba la Consejería de Ganadería.

Otra cuestión es respecto a las funciones, que el propio Colegio de Veterinarios quiere dejar excluido, en cuanto a las funciones en el ámbito esencial de la ganadería, que no me corresponde, pero como lo estoy llevando globalmente tampoco me molesta el decirlo, temas como la campaña de saneamiento ganadero, mientras que nuestra pretensión, y tal y como está hecho en otras comunidades autónomas, es integrar la campaña de saneamiento ganadero entre las funciones a desarrollar por los propios veterinarios. Y así en algunas otras funciones, en las cuales en estos momentos estamos en una situación de dirimencia, para que antes de finales de año se pueda poner en marcha esa reestructuración, que suponga la dotación de unos veterinarios de salud pública y de unos veterinarios de ganadería, la definición de cuáles son las áreas en las que van a prestar esa atención, por un lado, definiendo en lo más posible, con vinculación al mapa sanitario regional, los veterinarios de salud pública, en función también de las zonas ganaderas que son definidas tradicionalmente en Cantabria, los veterinarios de ganadería, inmediatamente se sacaría la correspondiente normativa respecto a las funciones que cumplen estos señores y los correspondientes concursos para, entre otras cosas, acabar el problema, que por la ausencia que ha habido de reforma de ese cuerpo de veterinarios, que ahora ya han dejado que cada comunidad autónoma lo regule, nos encontramos con la situación de que, aunque bien es cierto que son veterinarios titulares, la mayor parte de ellos están con un carácter interino, porque no ha habido concursos u oposiciones para entrar como veterinarios titulares funcionarios. Y todo eso también debe desarrollar un proceso administrativo para regularizar esa situación como tales funcionarios,

y la propia regularización de los puestos de trabajos, que ahí es donde hay mayor coste económico, puesto que estos señores tienen unas cantidades económicas, ganan, digamos, poco en función de la situación, o ellos entiendo, y yo comparto, que ganan poco y, lógicamente, la valoración de puestos de trabajo va a suponer para la comunidad autónoma, y eso lo adelanto para cuando vengan las críticas, igual, para el capítulo de los presupuestos, va a suponer su regularización salarial una importante cantidad de dinero, puesto que entraran a la valoración normal como cualquier otro funcionario de la Diputación Regional de Cantabria.

Por otro lado, se ha planteado el tema de las toxicomanías en dos vertientes. De un lado, se ha manifestado, y creo que eso está asumido en mis propias palabras en los planteamientos que siempre se hacen tanto en el plan nacional como en el plan regional derivado de ese plan nacional, es que no es un problema la toxicomanía de carácter policial. Eso yo creo que está asumido hoy día por cualquier persona con sentido común, sin perjuicio de que participe o no de esta problemática. Por eso yo siempre me he referido a actuaciones de prevención, de asistencia, de reinserción, de formación, de investigación. Es decir, que tiene más una proyección si se quiere de atención, porque al final hay ahí un enfermo, hay alguien que necesita un tratamiento y también, lógicamente, hay alguien que tiene que intentar, además de ese tratamiento, tener un proceso educativo y un proceso de reinserción a la sociedad y no solamente asumir que esa persona va a vivir enferma toda su vida, sino que no solamente tiene que tener un tratamiento como una manera de salir de ser enfermo y, lógicamente, unas medidas de carácter social y educativo para permitir que esa persona se pueda reintegrar de nuevo a la sociedad con la plenitud de posibilidades de cualquier ciudadano.

Por parte de D. Jaime Blanco, bien es cierto, se ha hecho manifestación al convenio que existe entre la Diputación y la Cruz Roja respecto a la prestación o al desarrollo de este plan de toxicomanías. Es cierto que existe un convenio, de octubre del año 1986, referido a esta cuestión, en el que dentro de las posibilidades de organización de la prestación del servicio -y creo que no es la única comunidad autónoma, creo que la Cruz Roja en este tema ha participado en otras comunidades autónomas- era la Cruz Roja la que realizaba y, digamos, la Diputación subvencionaba con sus fondos, más los fondos que recibía del plan nacional, esa situación. En este momento, la verdad, y es lo que hay que plantear en presente, por la propia Cruz Roja

recientemente, o por la Presidenta de la Cruz Roja, como acuerdo, entiendo, de sus órganos rectores, se ha trasladado a la Diputación su no disposición, no sé si decir la palabra no disposición, sino su deseo de revisar esa situación y su pretensión, que así se va a realizar, de sentarnos en una mesa a revisar o a readaptar o a ver en qué situación están esas relaciones entre la institución Diputación Regional de Cantabria y Cruz Roja. Esto es una iniciativa que no ha tomado la Diputación Regional de Cantabria, sino que la ha tomado la propia Cruz Roja, que antes, quede claro, si no ha sido mencionada, pues no ha sido con ningún ánimo, ni mucho menos, de no mencionarlo, puesto que creo que dentro de estas instituciones sería una de las que habría que destacar de prestación de servicios en el ámbito social. El convenio está ahí, es algo que estaba, no es algo que hayamos firmado en este momento. Y lo que sí se puede decir del presente es que es un convenio en el que las partes nos tendremos que sentar, entre otras cosas porque la propia Cruz Roja ha manifestado su deseo de renegociar, de dialogar. Nos sentaremos con la Cruz Roja a ver cuál es la situación actual de este tema.

Se decía que cuál iba a ser el alcance y cuáles son la materia objeto de la legislación de desarrollo. Yo comparto, y creo que hay que diferenciar lo que dice el portavoz del Grupo Socialista de que es que no hay... es decir, que nosotros hemos dicho que el desarrollo del Estatuto de Autonomía está agotado. Yo creo que ahí hay que diferenciar, desde un punto de vista legislativo... Perdón, voy a seguir mi expresión. Cuando se ha hecho esa expresión, y yo también alguna vez la he manifestado, siempre se ha estado refiriendo a que el desarrollo del Estatuto de Autonomía, en cuanto a leyes que el propio Estatuto de Autonomía dice que hay que realizar, se dijo que solamente quedaba una ley. Digo diferenciando. Yo asumo plenamente que de todas las competencias que tiene la Diputación Regional de Cantabria son susceptibles de desarrollo legislativo o normativo, ya no voy a decir legislativo, que el otro día discutíamos, normativo. Eso no les puede parecer a ustedes mal. Es decir, habrá cosas, y ahí es donde está la famosa discusión de hasta donde llegan las competencias o donde puede uno llegar desde el punto de vista normativo, será el de desarrollo normativo, bien a través de Decretos del Consejo de Gobierno, donde sea lógico y normal, en función de las propias disposiciones legales, o por leyes de la Asamblea, bien a iniciativa del propio Consejo de Gobierno o bien a iniciativa de los Grupos Parlamentarios. En consecuencia, ahí está la diferenciación entre lo que es el desarrollo legislativo del Estatuto, como leyes que se derivan del propio Estatuto, y lo

que son leyes sectoriales de desarrollo de las competencias que están asumidas por la comunidad autónoma.

¿Cuáles son los objetivos?. Yo creo que en los programas que se han manifestado y en las introducciones a los propios objetivos del programa en la ley de servicios sociales, va vinculado a esa situación. Es decir, desde decir que se pretende el desarrollo de esos programas, la atención de los ciudadanos en la forma que se ha manifestado, en colaboración ¿con quién?, esencialmente con las instituciones locales y con las instituciones sin fines de lucro, y los planteamientos objetivos que se han realizado, son las bases para la articulación de una norma legal. Lo primero que tiene que tener una norma legal es una exposición de motivos, y la exposición de motivos va detallada en ese conjunto de ideas que se han manifestado, lo demás es, lógicamente, articular, legislar ese conjunto de ordenaciones de ideas, que hay que trasladar también al ámbito de la ordenación legislativa.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Muchas gracias, señor Consejero.

Tiene la palabra D. Jaime Blanco.

EL SR. BLANCO GARCIA: Gracias, señor Presidente.

Señor Consejero, voy a intervenir para dar contestación o réplica de los asuntos puntuales a la globalidad, siguiendo un orden inverso al que usted ha utilizado.

Vamos a ver si nos aclaramos de lo que es la geriatría y lo que son los centros para ancianos y lo que es el INSERSO.

Mire usted, los ancianos hay unos que están en los centros de ancianos porque no tienen familia o, si la tienen, no quieren que estén con ellos, por los motivos que sean están internados en los centros de ancianos, y hay otros que viven en su casa o con su familia. El INSERSO lo que hace es acoger a los ancianos que no tienen recursos, ni posibilidades, ni vivienda, etc. etc. Y es lógico que el INSERSO incluya en sus planes de residencias de ancianos camas para atender a esos ancianos, a los que están inmersos o incluidos en las residencias. Pero, claro, eso no quiere decir que la gran mayoría de ancianos que están fuera y viven en la sociedad de pleno y de lleno, etc. etc. vayan a

ir a ser asistidos al INSERSO. Segunda cuestión. La geriatría como tal se perfila como una especie de área médica. Por lo tanto, no nos vuelva a sacar aquí otra vez lo del INSERSO, porque es un mal, malísimo, pésimo ejemplo.

Una residencia de ancianos, ojalá todas, debe de tener, o deberían de tener todas unas camas de hospitalización para los ancianos que están allí, viviendo allí, para fisioterapia, para la gripe que les coge todos los inviernos, para lo que sea, para atenderles. Ahora, los ancianos que viven en su casa tienen que se atendidos por un servicio público, o por un servicio privado si existiera. Pues ya está. Como aquí estamos hablando de la función pública, pues tendrá que haber centros de geriatría para ancianos. Punto. Creo que las cosas están claras.

Toxicomanías. Mire usted, yo no sé lo que hace la Cruz Roja ni quiero saber tampoco lo que hace, son muy dueños de hacer lo que quieran. Lo que yo digo es que el convenio firmado, creo, en el año 86, es un mal convenio, desde el punto de vista del Gobierno, porque no puede decir en su cláusula tercera que la Cruz Roja asume no la organización. No, no. El convenio lo que dice en su cláusula tercera es que la Cruz Roja asume la puesta en práctica y desarrollo de la totalidad del plan de toxicomanía regional. Mire usted, eso supone que la Cruz Roja es quien organiza, decide y pone en práctica todo el plan, y el Gobierno está al margen, el Gobierno suelta el dinero y se acabó, y no decide. Eso no puede ser. Las competencias las tienen ustedes, no la Cruz Roja. De ahí la necesidad de revisar el convenio, que es lo que yo planteo. Yo no sé si la Cruz Roja lo plantea a la vez, pero, mire, me alegro si es que lo plantea, porque ya coincidimos. Asume la puesta en práctica y desarrollo del plan regional de toxicomanías, dice la cláusula tercera. De acuerdo, ¿verdad?, lo tiene ya usted también, que se lo ha pasado D. Manuel Pérez, que fue el que firmó el convenio siendo Presidente de la Cruz Roja, por cierto. Pues a mi me parece que como criterio político no es bueno. Quien debe de asumir el plan de toxicomanías es el Gobierno Regional y lo desarrollará con todas aquellas instituciones sin fines de lucro que lleven a efecto ese plan y controlando ese plan.

Legislación de desarrollo del Estatuto. Aquí tenemos ya casi que discutir el concepto de autonomía. Mire usted, lo que se transfiere, y estarán ustedes de acuerdo conmigo, y perdonen que me extienda, porque parece que hay que bajar a los conceptos más elementales para poder discutir las cosas, lo que se

transfiere son los servicios. ¿Y qué es la crítica fundamental que hemos venido haciendo los socialistas durante todo este tiempo?. Que esos servicios se mantenían exactamente igual que los mantenía la administración central. Para eso no sirve la autonomía, para eso igual da. Si tenemos peculiaridades y nos queremos autogobernar, organicemos los servicios conforme a las necesidades de nuestra sociedad de Cantabria. Y para organizar los servicios no es un Decreto, señor Consejero, habrá que hacer leyes, habrá que hacer leyes para organizar los servicios transferidos en materia de sanidad, en materia de cultura, en materia de deporte, en materia de ordenación del territorio, en materia del suelo, en materia de lo que sea. Porque no es lo mismo legislar con disciplina urbanística en Cantabria que hacerlo en Castilla y León. Ese es el concepto de autonomía, es decir, que no puede ser que España se convierta de repente de una fotografía en blanco y negro en una fotografía en colorines, no puede ser. Por lo tanto, ya estamos de acuerdo. Desarrollo del Estatuto es desarrollar todas las competencias que tenemos en exclusiva, que son bastantes, desarrollarlas vía ley. No normativa, como usted dice, sino vía ley. Porque si no ustedes, fíjense ustedes hasta dónde... hombre, la ley es una norma, claro, sí, pero hay más cosas que son normas, esa es la diferencia entre ustedes y nosotros. Y se lo voy a decir por una razón política importante, no ya porque ustedes están en minoría o mayoría, no, es que el desarrollo de las competencias asumidas vía Decreto, el Gobierno asume toda la responsabilidad, toda, de lo que hace, y excluye a esta Cámara. Y lo dije ayer: para eso no hace falta esta Cámara. Y el Presidente lo dijo ya una vez, lo dijo con todo despectivo, claro, "para lo que hacen ahí, más vale que se vayan", lo dijo en el debate de investidura. Y esto no puede ser, señor Consejero. Si esta Cámara es legislativa y esta Cámara existe es porque tenemos que participar, como tal Cámara, con los criterios de cada Grupo, en la elaboración de la vida de Cantabria. De acuerdo también.

Reinosa. Mire usted, yo no creo que en materia de sanidad haya que aplicar criterios economicistas, ni muchísimo menos, ni en materia de sanidad ni en ninguna materia. Y tampoco tengo yo una rigidez de exposición en lo que he expuesto. Lo que digo es lo siguiente: que algún criterio habrá que tener para ubicar los hospitales. Y uno de los criterios será la población y habrá que decir a partir de qué población se hace un hospital. Eso no es ni criterio economicista, ni no economicista, ni rigidez de criterios. Usted me saca a colación un convenio con el señor Lluç, que hablaba cuando la clínica estaba abierta, y usted es experto en manipular lo que alguien dice para derivarlo a

sus posiciones. Si le molesta la palabra manipular, perdón, lo retiro. Yo lo que digo, señor Consejero, es que estando la clínica abierta, evidentemente el convenio... es que sin convenio, cualquier persona de cualquier sitio de España tiene que ser atendido en un centro hospitalario, evidente, de Burgos, de Palencia o de Málaga. Otra cosa es que no existiendo centro sanitario haya que ubicar un hospital. Porque por el mismo razonamiento que ustedes exponen ¿por qué no se hace en Osorno?, ¿por qué hay que obligar a los de Burgos o Palencia a venir a Reinosa?. Y ahí es donde entramos en el mapa autonómico de la ley de sanidad, señor Consejero. Porque ¿por qué se va a obligar a los de Osorno o Aguilar de Campóo a desplazarse a Reinosa y no los de Reinosa a Osorno o Aguilar de Campóo?. Es un ejemplo, vamos, que tampoco tengo yo interés de que se ubique en un sitio u otro. Pero hay que aplicar criterios, y los criterios son que a partir de determinada población, se hace un hospital, y son criterios de la OMS, que no se los inventa la ley. Y a partir de un determinado territorio, se hace un mapa sanitario, que es en el que estamos en ello, en el debate que se hizo el otro día en el pleno de la Cámara. Por lo tanto, ni criterios economicistas, ni criterios rígidos. Lo que sí digo, y en esto coincido con el señor Conde, es que Reinosa, por las circunstancias geográficas en las que está, debe de tener una asistencia, y yo he hablado de un centro de salud atípico en el sentido de ser singular, diferente a los que se hacen en otros sitios, donde van a ir instaladas camas, camas de asistencia. El número no lo sé, no sé si van a ser diez, quince, veinte, ocho o cuatro, no lo sé, a lo mejor se lleva usted una sorpresa y son más de cuatro. Pero, en fín, ojalá sean más.

Transferencias. Dice usted que las transferencias referidas al AISNA se han hecho sólo del capítulo uno y dos. Pues como se hacen todas, salvo rarísimas excepciones, porque lo que se transfieren son servicios, y lo que se habla es del coste efectivo de servicios. Pero no venga usted diciendo que la transferencia -más o menos se ha venido a decir- se ha hecho mal porque solamente se ha transferido el capítulo uno y dos. Si se transfieren servicios y el coste efectivo de los servicios, es el capítulo uno y dos de los presupuestos. Y ahí viene el problema. ¿Por qué se asume una competencia, si luego al cabo de un año se dice que esa competencia está más o menos mal transferida, más o menos mal dotada?. Hombre, eso díganlo primero. Y no se puede decir que es que los otros miembros de los Grupos Parlamentarios están en la comisión mixta, porque para conocimiento de todos, incluidos periodistas, usted sabe perfectamente, y por eso digo que dice parte de la

verdad, donde se negocian de verdad las transferencias son en las comisiones sectoriales, donde no participan los miembros de esta Cámara, y en la comisión mixta lo único que va es un documento a ratificar sí o no, y quien negocia son las dos administraciones en las comisiones mixtas sectoriales. Dígalo todo, señor Consejero. Lo mismo que en el convenio con el INSALUD, ahora ya reconoce que efectivamente un año no cumplieron. Bueno, fue porque no cumplieron los otros primero, ya igual me da. Mire usted, lleguen a un convenio donde se cumpla. Pero de decir en el pleno que es que el INSALUD no cumplía, ahora reconoce que es que un año tampoco ustedes cumplieron. Las cosas varían y no se pueden decir verdades a medias, señor Consejero.

Transferir Valdecilla, sí o no. Esto entra dentro de criterios políticos, y voy a hablar de esos en las valoraciones globales. Claro, ya me deja pasmado cuando dice que usted es continuista en materia de servicios sociales, pero no en el servicio de sanidad, que siempre ha sido crítico, son sus palabras. Yo le voy a decir una cosa: el ser crítico o no, cuando una persona muestra cuando está a favor, en contra o se abstiene de una política determinada, es con su voto. Y usted ha votado permanentemente los presupuestos del Gobierno anterior, señor Consejero, no nos venga aquí con zarandajas, usted ha apoyado permanentemente la política sanitaria. No ha sido crítico, por lo tanto, con la política sanitaria del Gobierno anterior, no se desmarque usted. Hombre, que se desmarque el señor Hormaechea, que estaba petardeando desde el Ayuntamiento la política del Gobierno en su globabilidad, bueno, es nuevo en el Gobierno; pero que se desmarque usted, que ha estado apoyando los presupuestos, hombre, mire usted, me parece demasiado, por ser suave.

Por último, vamos a los temas globales. Se dice que están estudiando y que permanentemente se estudia. Claro. Pero volvemos a los conceptos elementales. Yo pido perdón a la Comisión que estamos aquí reunidos por hablar de conceptos. Ustedes yo creo que han ido, y repiten permanentemente que han ido a unas elecciones con un programa. Imagino que habrán analizado en el programa de sanidad y en servicios sociales los criterios básicos de esa acción política. Claro, los criterios básicos, uno de ellos es transferencia del INSALUD sí o no, por ejemplo. Pero es que nosotros no hemos oído aquí cuáles son los criterios básicos, ustedes han dicho que van a estudiar eso. Y de acuerdo, merece un estudio y en profundidad. Pero siguiendo su criterio, señor Consejero, le voy a decir algo: nos ha venido a decir y nos ha dicho textualmente, hombre, no vamos a asumir el INSALUD con los riesgos que puede

aportar eso, sin haberlo estudiado previamente. Esto es lo que nos ha venido a decir, señor Consejero. No vamos a asumirlo porque, y si nos equivocamos en la valoración del costo, y si nos equivocamos en cuanto parte del INSALUD hay que transferir, etc. etc., al hilo de lo de Valdecilla, que he planteado antes. De acuerdo, estúdienlo, y hay que estudiarlo muy bien. Pero lo mismo que les digo eso, aplíquense el cuento en otras cuestiones, porque, claro, de repente nos dice que asumen la competencia del AISNA, que están haciendo un proyecto de inversión de 1000 millones de pesetas, digo proyecto, que es lo que usted ha dicho, y resulta que no saben para qué van a servir los hospitales. Que van a estudiarlo, ¿después de invertir los mil millones?. Esto no es serio, señor Consejero, no es serio.

Segunda cuestión. Usted dice que hay que estudiar permanentemente. De acuerdo, me parece muy bien. Y llegamos al tema del Plan Regional de Urgencias, que, bueno, como lo estamos estudiando, hemos llegado a aclararnos ya de que eso no hay que desarrollarlo más porque tiene muchos costos. Hombre, lo podían ustedes haber estudiado antes de haber generado esos costos. Y si no, mire usted, es que creo que el Director Regional de Salud, D. Enrique Hormaechea, buen amigo mío, compañero médico en Valdecilla, o Director Regional de Sanidad, es el que lo pone en marcha y ahora lo paraliza, o lo paralizan ustedes y le obligan a él a paralizarlo. Alguien se ha equivocado. Mire, no se puede pasar de las acciones políticas de hurtadillas sin pedir responsabilidades entonces a nadie, señor Consejero. Porque eso nos ha costado bastante dinero, para que ahora venga usted aquí a decir: no, como ya parece que no es viable, como los costos en personal van a ser excesivos. Oiga, ¿y todos los viajes que se han pegado unos cuantos expertos, incluido D. Enrique Hormaechea, por toda Europea?, ¿y el costo que ha generado eso, para ahora decirnos que eso es costoso y que va a ser mucho personal y que ya no es necesario?, ¿así estudian ustedes los temas?. Hombre, hay que ser más rigurosos. Aquí no se puede venir a decir: lo estamos estudiando y qué quiere usted, señor Blanco, que no vamos a estudiar, nosotros somos muy responsables, por eso estudiamos. No. Tienen que estudiar, pero tienen que ser responsables a la hora de tomar las medidas políticas, y, sobre todo, tienen que ser responsables a la hora de hacer un programa, donde hay criterios políticos. Claro, un criterio político es saber si Valdecilla se puede transferir o no. Eso es lo que queremos que un Consejero diga a la Comisión, no se puede venir aquí a decir: y yo qué sé lo que va a pasar, y cómo voy a saber yo ahora, si lo estamos estudiando, si Valdecilla es bueno transferirlo no. Yo creo que

usted, como responsable de la sanidad, tendrá un criterio. Será un criterio que a lo mejor ahondando en los estudios luego se modificará. Dígalo usted, mi criterio en principio es éste, pero si seguimos estudiándolo, a lo mejor puede ser que cambie de opinión. Perfecto. Pero, en principio, el criterio será "le transferimos o no le transferimos". Habrá algún criterio, no podrá ser decir "pues no lo sé", que es lo que ha venido usted a decir aquí.

Lo mismo ocurre, en base a los criterios, en el convenio de coordinación sanitaria. Resulta que ustedes están estudiando todo tipo de acciones, que es lo que han venido a decir aquí, y están a punto de firmar un convenio. Si lo que nosotros queremos es que nos explique precisamente cuáles son los criterios políticos que orientan a este Consejo de Gobierno para firmar ese convenio, ni más ni menos. Porque si no qué ayuda les podemos prestar, si no sabemos en qué consiste la orientación política, si no sabemos lo que dice ese borrador del convenio, si no sabemos cuánto dinero se van a gastar en lo que sea, cómo vamos a decirles "miren ustedes, nos parece bien o mal", si no podemos.

Por eso estas comparecencias no tienen sentido si ustedes no nos dan algo concreto, concreto en criterios políticos, y una estimación económica, porque están elaborando los presupuestos, y usted más o menos sabrá en su Consejería lo que le cuesta cada uno de los programas. Y no le digo que especifique hasta la última peseta, decir: el veinte por ciento lo vamos a dedicar a servicios sociales, el 30, 12 y el 60 a la sanidad, y el resto a la administración pública. Algo. No se puede venir así. Mire usted, así perdemos el tiempo, señor Consejero. Por lo tanto, espero que en próximas ocasiones se sea más riguroso a la hora de expresar criterios políticos que orientan la acción del Gobierno y sustento económico, en términos generales, que orientan esos criterios políticos. Eso es un programa electoral y un programa de investidura, señor Consejero, lo demás son palabras.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Muchas gracias, señor Blanco.

¿Algún miembro del Grupo Popular quiere intervenir?.

No hemos hablado nada de la Residencia Cantabria, señor Consejero, me

parece. Bien, no depende de ustedes, pero en el periódico de ayer, que yo leo todos los días el Diario Montañés y el Alerta, hablaba el señor Presidente del Consejo de Gobierno de la Residencia Cantabria. Entonces decía que D. Segundo López Vélez estaba haciendo un estudio en profundidad de los hospitales de Cantabria y estaba valorando la posibilidad de que la Residencia Cantabria fuera un hospital de crónicos, o lo que es lo mismo, un hospital geriátrico.

Pues mire, el pasmo es doble. Primero, porque D. Segundo López Vélez fue el que ideó el hospital Cantabria como centro materno-infantil, y el otro día dice que es un canto a la capacidad prolífica del pueblo cántabro. Lo vuelvo a repetir, absolutamente imposible de que se cumpla. Entonces, como hospital materno-infantil ha fracasado. Segundo, el doctor López Vélez fue el que hizo una inversión en el hospital Cantabria, que se inició en el año 78 y se llegó a cumplir por el año 82-83, que se aproximó a los 500 millones de pesetas, para acondicionarlo a hospital materno-infantil. Que el mismo doctor López Vélez aconsejando al Presidente del Consejo de Gobierno de Cantabria quiera ahora volver a acondicionar la Residencia Cantabria para un hospital de enfermos crónicos gastando otros 700 millones de pesetas, mire usted, yo creo que es un despilfarro económico impresionante.

La Residencia Cantabria yo creo que tiene solo dos opciones: o se utiliza como hospital de área, que es distinto de hospital de crónicos, que en eso ya podríamos discutir y yo tengo, bueno, por lo menos alguna reserva que hacer al respecto, se podría utilizar como hospital de área y de descarga de Valdecilla, o se cierra y se utiliza para otra cosa. Porque el acondicionar la Residencia Cantabria para hospital de crónicos cuesta probablemente más que acondicionar Liencres.

Todo eso lo ha dicho el señor Hormaechea ayer y por eso lo digo.

Segundo punto. Usted ha dicho: tengo dudas en si Valdecilla se podría mantener, porque con el doctor Silván en el tema del equipamiento de Valdecilla había discusiones porque el INSALUD lo equipa mal. Ha venido a decir usted eso ¿no?. Bien. El INSALUD equipa actualmente mal todos los hospitales. Es que hay que hablar un poco de ello, porque yo lo conozco bastante, pues ya he dicho que he trabajado en la Clínica Puerta de Hierro cinco años, me conozco todos los hospitales de Madrid bastante bien, el otro día estuve en el hospital Ramón y Cajal, por ejemplo, y llevan seis meses sin

scanner, y usted sabe que el hospital Ramón y Cajal se creó para el Marqués de Villaverde y, claro, luego ha pasado lo que ha pasado. Es decir, que, efectivamente, el hospital de Valdecilla, dentro de lo que cabe, está bastante bien dotado. Lo que ocurre es que, bueno, el INSALUD es imposible que invierta de manera ilimitada, y lo que le decía antes, una ... magnética probablemente no la tendrá Valdecilla nunca, porque la pondrán en Madrid, otra en Barcelona y a lo mejor otra en Sevilla, o a lo mejor a nosotros nos toca una, no lo sé. Lo que sí tengo la seguridad absoluta es que si lo gestiona la comunidad autónoma, no la tendremos nunca. Absoluta no la puedo tener porque no se tiene nunca una seguridad absoluta, pero va a ser tremendamente difícil que se puedan hacer inversiones de esa naturaleza. Como usted sabe, el año pasado invirtió el INSALUD en Valdecilla, aproximadamente, 14.000 millones de pesetas, que realmente la cifra es escalofriante.

Yo le quiero hacer una crítica, que no se la he hecho antes porque se me ha olvidado, del Plan Regional de Urgencias y el despilfarro económico que ha supuesto. Claro, es que en España se hacen las cosas y no se exigen responsabilidades, ni a ustedes ni a nadie. Porque, por ejemplo, ustedes dicen que es que los gastos son impresionantes, y efectivamente. El personal de... lo eligieron a dedo, sin ningún criterio de selección, el colegio de médicos lo impugnó, está en juicio en Burgos, probablemente usted lo sabe, en un contencioso-administrativo, cogieron a 15 personas, que no tienen ninguna culpa, les pusieron unos sueldos superiores a los Jefes de Sección de Valdecilla, como soy yo, y nos lo mandaron a Valdecilla a que les enseñáramos nosotros. Realmente es que la cosa suena a burla, o sea, que yo tengo que enseñarle a un chaval, que gana más que yo, y que se lo pagaban ustedes. Naturalmente lo que ocurre es, primero, que nosotros no digo que no les enseñáramos, pero no teníamos demasiado interés, y, segundo, el tema era totalmente injusto, en su selección y en los criterios de pagar a esa gente. Tenga en cuenta que los residentes ganaban menos de la mitad y ganan menos de la mitad y sufren una oposición tremendamente difícil. En definitiva, ha habido un despilfarro económico impresionante, y yo creo que usted tiene que convenir en eso, en el tema del Plan Regional de Urgencias. No quiero hablar de los sueldos que se han pagado a otras personas, que tienen nombres y apellidos y que yo me los sé, de lo que se ha invertido en esos 18 tomos, que son el Plan Regional de Urgencias, que yo no me los he leído porque es imposible, sino me los he ojeado un poco, etc. etc., de los viajes. Despilfarro tremendo.

Yo he dicho lo de la medicina privada no porque tenga la seguridad de que se quiere favorecer a la medicina privada, sino porque el Presidente del Consejo de Gobierno dice que en combinación con la medicina privada. Explíqueme usted cómo se puede poner en Valdecilla un centro de prediagnóstico y diagnóstico en combinación con la medicina privada, que yo todavía no lo he entendido. Es lo que dice el señor Presidente del Consejo de Gobierno, poner un centro de prediagnóstico y diagnóstico en Valdecilla en combinación con la medicina privada. No lo entiendo, ahora igual me lo explica.

Lo de la ortodoncia, que usted ha dicho. Hombre, yo estoy de acuerdo en que es muy importante la ortodoncia. Yo creo que la Seguridad Social ha asumido ya parte de la ortodoncia y asumirá la ortodoncia del todo, porque es importante. La cirugía maxilofacial está asumida y en Valdecilla existe, por ejemplo, un excelente servicio; no solo en Valdecilla, sino en otros hospitales también. De manera que me parece que el tema de la ortodoncia está completamente resuelto.

El tema de la cirugía estética. Bueno, el que tenga arrugas que se las quite, si quiere, o si no que las tenga. A mi me parece que eso no es vital, mientras existen otras prioridades tan sustanciales como las que le exponía antes. De manera que en eso sí que no estamos de acuerdo. En un país idílico, que ni siquiera lo es Estados Unidos ni el Japón en estos momentos, se podría plantear subvencionar la cirugía estética. En España y en Cantabria en estos momentos, no.

El tema de los voluntarismos, que ha dicho usted que es un problema de voluntarismos y que ustedes puedan participar en... Efectivamente, es un tema de voluntarismo. Pero, mire, yo aquí he apuntado coordinación con el INSALUD. Si nosotros queremos que se nos transfiera el INSALUD, y no queremos, hay que empezar a coordinarnos estrictamente con el INSALUD; a coordinarnos en dónde queremos que se monten, primero, los centros de salud, qué características queremos que tengan, incluso iniciar una gestión mancomunada con ellos, y hacer un esfuerzo de inversión, si es que eso es posible, naturalmente que supeditándolo siempre a las competencias que ya tenemos asumidas.

No quiero extenderme más. Muchas gracias.

EL SR. DIAZ RODRIGUEZ: Unicamente, muy breve, para equilibrar un poco el

debate, porque yo creo que siempre por los temas de servicios sociales se pasa de puntillas y nos hemos tirado, de las tres horas, dos hablando sobre sanidad y hemos dejado los servicios sociales. Yo quería abrir un pequeño debate, muy breve, sobre servicios sociales.

Efectivamente, yo creo que sí hay política de servicios sociales. Lógicamente, es una política con la que el Grupo Socialista no podemos estar de acuerdo. No es política social, es auxilio social. Seguimos en política social la misma línea que hacía Cáritas hace unos años, y yo creo que esto no es.

Lo que se ha dicho para la Cruz Roja yo creo que no es excluyente, se puede decir para cualquier otro de los planes o programas que se nos ha presentado en esta comisión. Por ejemplo, la potenciación de empleos para personas minusválidas, escuelas infantiles o guarderías, se han transferido las guarderías del AISNA y, como ha dicho nuestro portavoz, se reciben esos servicios y no se modifican, simplemente se sigue con la misma trayectoria y no se hace absolutamente nada. Yo creo que, efectivamente, se reciben servicios, se reciben guarderías, y lo que se debe hacer es reciclarlas, es hacerlas funcionar de otra manera y es dotarlas y demás. Eso yo creo que es asumir competencias.

Curiosamente, en servicios sociales sí tenemos plenas competencias o hay muchas competencias. Y aquí es donde se pone de manifiesto la capacidad que puede tener un Gobierno para asumir esas competencias y además hacerlo de forma real.

Dice el señor Consejero que va a ser continuista en materia social. Yo le pido que no sea continuista, que traten de evitar la política de subvenciones. Yo, como sufridor de política de subvenciones de la Diputación Regional, eso es un auténtico martirio, no hay criterios o hay criterios muy vagos.

Evidentemente, no se entra en colaboraciones con ayuntamientos. Concretamente, el plan regional de drogas si no lo saben, yo se lo explico. Se nombra un coordinador, se llama a participar a los diferentes ayuntamientos, por los programas que presentan algunos ayuntamientos, sus servicios sociales, concretamente el de Torrelavega, se dan unas cantidades del plan nacional de drogas, el coordinador de entonces, que no sabemos dónde estará, pero que se

le contrató para ser coordinador del programa regional de drogas, con buen criterio dice que se va a coordinar desde la Diputación Regional, el ayuntamiento de Torrelavega participa ahí, nunca más se supo y aparece Cruz Roja. ¿Qué pasa con la asistencia o, yo no sé cómo se llamó, el ambulatorio que se puso en Torrelavega?. Torrelavega, que todo el mundo dice que es una zona de drogas importantes, se nos descuelga con este plan dos días a la semana, dos horas por la mañanas, en un bar. Esto no es hacer un plan regional de drogas, no es hacer prevención, no es hacer información, no es hacer asistencia. Esto no funciona porque, entre otras cosas, la mayoría de los programas que se presentan se dan las subvenciones y ni siquiera se sigue, no hay un seguimiento de ese programa, no se sabe dónde va ese dinero. Esto es un hecho y se puede constatar. Es decir, que estamos haciendo un dinero mal gastado. Por lo tanto, no se puede ser continuista, y yo estoy de acuerdo con el señor Consejero de que hay que potenciar los servicios sociales.

Lo he querido sacar porque acababa la comisión y pasamos de puntillas sobre servicios sociales. Y, curiosamente, una Comunidad que presume de ser una de las Comunidades más ricas y con menos analfabetismo y demás, el Consejo de Europa da un premio a un barrio, que es Cueto, porque se presenta un programa contra la pobreza. Esto es incongruente, cuanto menos.

Otro de los aspectos que yo veo negativos en esta política social, que digo que no comparto porque es auxilio social, no es política social, no son servicios sociales, es que se centraliza. Claro, lo recibimos de épocas anteriores, no lo tocamos y se centraliza en Santander y su entorno. No se ha nombrado de Peñacastillo hacia la zona occidental para nada, se ha dicho Santoña, se ha dicho Laredo, se ha dicho Cueto varias veces. Porque hay que recibir y reciclar, cuanto menos, o transformar.

La mayoría de las subvenciones van a entidades privadas, pocas o bastantes pocas a ayuntamientos -me refiero a programas puntuales-, yo creo que con dudoso fin de lucro. Además, es que esto ha dado lugar a una picaresca, porque estas asociaciones pues lo que hacen es buscar subvenciones por muchos sitios. Como todas son pocas, pues se van buscando subvenciones, con lo cual al final no se sabe, aunque en algunos departamentos ya empiezan a decir si reciben subvenciones de otras partes. La política de subvenciones es una política mala, eso no es política, es repartir sin control, porque es que, además, es muy difícil de controlar. Por lo tanto, esa política creo que habría que

terminar con ella. Lo que habría que hacer es generar nuestros propios servicios sociales, mantenerlos, dotarlos, seguirlos y llevar política social clara.

Ha dicho también que lo que se pretende es una potenciación, o que van a meter bastante dinero, he querido entender, para, me parece que era, reciclaje o puesta en funcionamiento de asilos, ahora se llaman residencias. Yo creo que esto no se debe potenciar, nosotros creemos que no se debe potenciar, porque lo que sí que habría que hacer es esa asistencia a domicilio. Los centros de ancianos sanos, es decir, las residencias, son asilos, donde está demostrado que la esperanza de vida baja es la dulce espera de la muerte. La persona que entra a esos asilos, está costatado estadísticamente, viven menos tiempo. Hay que potenciar la asistencia a domicilio. Sé que se han empezado algunas iniciativas en este sentido. Creo que eso es lo que hay que potenciar, los ancianos deben estar en su medio, los ancianos sanos, que no tienen que ver con el plan de asistencia geriátrica.

Estos son algunos de los apuntes que he ido tomando y lo he sacado principalmente porque creo que no debemos pasar, como se quería hacer, por la Política Social y de Empleo, íbamos a pasar por lo que son Servicios Sociales por encima de ellos. Me parece que hay muchas carencias importantes y que habría que, cuanto menos, como ha dicho el Consejero, reciclarlas, potenciarlas, pero nunca que haya continuismo en este sentido. Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yague): Tiene la palabra el Sr. Vallines.

EL SR. VALLINES DIAZ: Sí, muy brevemente, porque yo lo que no quería que quedara aquí, al menos que no quedara en mi ambiente, o en mi mente sin decirlo, la visión catastrofista que sobre las posibles transferencias del INSALUD ha planteado tanto el portavoz del Grupo Socialista como el portavoz del Grupo Regionalista. Yo no concibo que se nos transfiera el INSALUD, con ello el Hospital Valdecilla, dejando de ser Centro Médico Nacional. Es decir, ahora mismo se está prestando servicios desde el Hospital Valdecilla a otras secciones, o a otras provincias, al margen de la nuestra, y, por tanto, ese es un tema muy trascendental en la negociación de la transferencia del INSALUD, ¿cómo va a quedar?, porque, naturalmente, supongo yo que permanecerá como Centro Médico Nacional o no, pero si permanece como Centro Médico Nacional entonces sí que mantendrá un concierto con el INSALUD a los efectos de esas

atenciones que ahora mismo están prestando. De no ser así, la reconversión de Valdecilla sería muy trascendente, y, por tanto, ahí sí que hay todo un mundo de posibilidades y de alternativas.

Por eso cuando se dice, es que no vamos a poder comprar, bueno, se va a poder comprar tanto en cuanto se está comprando ahora si se mantienen las mismas estructuras que ahora. Si no se mantienen las mismas estructuras, las mismas prestaciones y las mismas atenciones, lógicamente hay que reconducirlo a otro sitio y entonces tenemos que, los enfermos de Cantabria, ir a otro Centro Médico Nacional.

EL SR. CONDE YAGUE: Efectivamente, si nos lo transfieren y se mantiene como Centro supranacional sería como usted dice, o sea, claro, efectivamente, como Centro supranacional nos tendrían que dar unas subvenciones las demás regiones que hacían uso de nuestro centro. Todo esto lo tendríamos que hablar cuando se creen las Comisiones. Pero es que eso va a ser difícil. Es decir, que un Hospital ya transferido a nuestra Comunidad cántabra, que insisto que es una Comunidad pequeña, difícilmente vamos a poder competir con Euskadi, estamos rodeados por Euskadi, por Asturias, que tienen grandes hospitales, está el Hospital General de Asturias, el Hospital Virgen de Covadonga, en Oviedo. Tiene usted el Hospital de Cruces, el Hospital de Galdácano, el de Basurto, en Bilbao. Yo le nombre de los que estamos rodeados. Tiene usted el Hospital en Galicia, ahora donde viene mucha patología, tiene usted también grandes hospitales. Todos esos grandes hospitales aspirarán, lo mismo que nosotros, a tener la máxima tecnología, lógicamente.

Entonces, yo creo que la habilidad nuestra es mantener Valdecilla como Centro supranacional porque nos interesa a todos. Y para mantenerlo como Centro supranacional yo personal dudo, digo que dudo, es decir, que tampoco he afirmado, ni el Sr. Blanco ha afirmado nada, es decir, dudo que se nos pueda transferir. Y que incluso políticamente que quizás nos interesara más que no se nos transfiriera. Yo solo he dicho eso, eso no es una visión catastrofista, es una visión realista.

...(falta grabación).

EL SR. BEDOYA ARROYO: ...el tema de mis planteamientos personales con respecto a la política sanitaria porque nos llevaría a una reflexión sobre la situación del político en la propia vida pública.

Cuando por parte del Sr. Blanco se dice "encontrar una incongruencia", con que yo por ejemplo fuese, y he manifestado siempre ser crítico en el ámbito interno de mi propio Grupo, con llegar a ese tipo de convenios con el INSALUD, porque entre otras cosas mi criterio siempre ha sido que lo que tiene que hacer cada cual es cumplir sus obligaciones, eso nunca me ha evitado ser disciplinado y lógicamente, inclusive, defender los criterios del Grupo, en el criterio de la política de sanidad que es de lo que estamos hablando, como lógicamente su Grupo, así me lo han manifestado diversas veces sus Diputados, en muchos casos, no coincidían con la política de su Grupo Parlamentarios, algunos de los cuales, lógicamente, fueron en su día sancionados no incluyéndoles en listas o demás, o algunos teniéndose que ir del Grupo. Esa es una cuestión que está clara. Entonces, no vea usted una contradicción ...(no se entiende) con respecto a después asumir globalmente una política global. Yo creo que si no los Partidos Políticos mal estaban llamados si después cada cual actuase en función de sus propios criterios.

Y, consecuentemente, en el tema de política sanitaria, yo he defendido y he asumido esos criterios, sobre todo porque esencialmente en la toma de decisiones económicas estaban basados en convenios previos, y una vez que estaba el convenio lógicamente en presupuestos había que asumir los compromisos económicos que se habían asumido en esos convenios. Y, en consecuencia, desde ese punto de vista, creo que hay que diferenciar esa situación de carácter político, ya digo que con todo el respeto que tiene la toma de decisiones internas en cada Grupo Político, porque creo que ese no es el debate que ahora se está planteando.

Se dice y se ha hecho una diferenciación cuando se ha hablado del tema de la Geriatria, y, entonces, se ha mezclado de nuevo algo que va referido al tema de la posible conversión de los centros del AISNA en centros de Geriatria, con el tema, que yo comparto y que ya el propio portavoz, uno de los portavoces del Grupo Socialista, ha reconocido de la atención a ancianos en casa, que no tiene tampoco absolutamente nada que ver con el tema de esa conversión. Entonces, comparto esa segunda idea, que ya digo que existen programas de inicio de desarrollo por la dificultad y el propio coste económico que tiene ese tipo de atención, porque, claro, no es lo mismo la atención en un centro que la atención individualizada, que sería la que todos lógicamente desearíamos, pero, lógicamente, con las limitaciones que existen también por el tema del coste.

Tema de las toxicomanías. Bien es cierto que sí que se leen unas cláusulas de ese convenio, no son tan estrictas como se dice, diciendo que la Cruz Roja absolutamente tiene toda la capacidad para decidir el plan. Porque, además de la cláusula tercera hay otras cláusulas, entre otras cosas, o de la cláusula segunda que dice que se otorga la puesta en práctica del desarrollo del Plan Regional de Toxicomanías en la Cruz Roja, también se dice que será la Cruz Roja asume la puesta en marcha pero bajo la supervisión, es decir, hay rectificaciones en esa cláusula tercera, se dice que la desarrollará con el visto bueno de los responsables del área de la Diputación Regional de Cantabria, luego no se está diciendo en ese convenio solamente lo que nos ha leído el Sr. Blanco sino que en el convenio, y ahí ha sido él el que no lo ha leído todo, con lo cual ahí también está lo parcial, lo que pasa que tampoco se puede todo.

Nosotros, ya le digo, la propia Cruz Roja, y a nosotros no nos parece mal, quiere sentarse en una mesa a negociar este tema. Si la Cruz Roja realmente no quiere seguir adelante, nuestro criterio es que esencialmente seamos nosotros quienes desarrollemos el plan, sin perjuicio de que gestionándole nosotros haya otras asociaciones, otras instituciones de Corporaciones Locales y de instituciones sin fines de lucro, que coaccionen el desarrollo del plan. Pero no nos parece mal que la gestión sea directa y nosotros, si ese convenio, que en principio tenemos obligación de desarrollar, porque está firmado por la Diputación Regional, y nosotros, lógicamente, nos subrogamos en ese convenio, el nuevo Consejo de Gobierno, en el supuesto de que ese convenio sea inviable porque la otra parte no asuma o no quiera seguir desarrollando las obligaciones contraídas, lógicamente tendríamos que variar el sistema y nosotros como sistema, si la Cruz Roja no va a seguir adelante el desarrollo del convenio, asumiremos ser nosotros los que gestionemos directamente el convenio llamando a otras instituciones también a participar en el mismo.

Valdecilla. Se dice es que usted tiene que decir aquí qué es realmente lo que ustedes ...(no se entiende) en Valdecilla, es que parece como que la transferencia de Valdecilla dependiese de nosotros. Yo digo que en este momento no, la transferencia del INSALUD depende de una relación entre dos Administraciones, de si la otra Administración está dispuesta a una política de transferencias y en qué condiciones está dispuesta. Y nosotros lo que tenemos que tener son unos criterios. Y he dicho que en principio existen dos

critérios, que no son exclusivos, ni son exclusivistas, y que tenemos que trabajar comunmente en los dos porque no son excluyentes el tenerlos, que es la posibilidad de que se ha transferido Valdecilla conjuntamente con el resto de las competencias del INSALUD y la posibilidad de que Valdecilla, en esa relación que no va a ser impuesta por la Comunidad Autónoma al INSALUD, y entre otras cosas es al revés, si mientras la Administración Central no quiera la política de transferencia en un sentido son ellos los que lógicamente tienen que definitivamente asumir en esa obligación porque además si nosotros tuviésemos un criterio cerrado si ellos lógicamente no acuden a la política de transferencia en ese sistema, y, en consecuencia, yo creo que se debe de seguir la línea de trabajar en los dos caminos, de trabajar en la posibilidad de la transferencia, incluido Valdecilla, y en la posibilidad de que esa transferencia se produzca por una vía de concierto. Yo creo que no son dos sitios excluyentes y, entonces, mi criterio es no cerrarme a la posibilidad de decir aquí taxativamente, no, no, yo creo que se deben de seguir las dos líneas, porque ustedes mismos y yo como miembro del Consejo de Gobierno que con todos aparatos ...(no se entiende) de la Administración, nadie puede sentarse en una mesa y decir aquí taxativamente ...(no se entiende). Entre otras cosas hay que decir que eso no depende solamente de nosotros, ya que en un proceso de transferencias es entre dos organismos, entre dos instituciones. Y en este caso quien esencialmente más tiene que decir es quien la tiene, puesto que quien la tiene tendrá que decir oiga, mire usted, es que yo en ningún caso le transfiero a ustedes Valdecilla. Bueno, pues lo puede decir. Es decir, también, lógicamente, cuando se ponga el proceso definitivo en marcha, ahí habrá que ver, pero yo creo que nuestro criterio es trabajar simultáneamente en dos oportunidades o en dos alternativas que no son excluyentes.

Se dice también, respecto a este tema, por el portavoz del PRC, miren ustedes, creo que mi teoría debe de ir encaminada hacia la cogestión, es que yo vengo hablando constantemente de que en esta Comisión de coordinación precisamente entre las funciones que se proponen de la Comisión son el conocimiento de los planes, actuaciones y proyectos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cantabria, del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Instituto Nacional de la Salud, en el territorio de la Comunidad. ¿Para qué?, para que desde el conocimiento poder fijar las posturas. El conocimiento e informe sobre la política de inversiones del Instituto Nacional de la Salud en Cantabria, así como de la Comunidad Autónoma, a fin de lograr su

complementariedad. Lo cual, en ese sentido, el fin propuesto de medidas tendentes a obtener la coordinación de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social con las de la Comunidad Autónoma. Yo creo que este es el paso que usted me está pidiendo y en ese paso es donde va la vía del convenio, y, en consecuencia, como le estamos siguiendo.

Tema de Reinosa. Ya nada más que una puntualización, decir es que a mí sí me interesa que se ponga en Reinosa y no en la otra población que se ha dicho(no se oye), de Palencia, porque, lógicamente, mi obligación es pensar que el lugar de ubicación es el lugar de Cantabria, y, en consecuencia, ahí no hay absolutamente nada que discutir.

El tema del AISNA. Yo lo que he dicho es que la transferencia, y ahí sí que diferencia, cuando se va a producir una transferencia en un momento determinado, y ahí va vinculado cuando he dicho que antes de la transferencia del INSALUD yo era favorable a que se transfiriesen con los correspondientes servicios pero no dotándolos económicamente para que hagamos, sino hechos y puestos en funcionamiento. Yo lo que diferencio en el proceso de la transferencia es que cuando algo se va a transferir y porque la Administración Central o quien tuviese esa competencia, en este caso la Administración Central, no haya hecho o no tenga ese centro, esa carretera, o lo que fuese, el servicio público que se transfiere, en situación de prestar el servicio público, entiendo que una de dos, o plena la transferencia se pone en situación de prestación del servicio público o se valora eso y se añade como coste, no el efectivo que normalmente ...(no se entiende) cada año, sino como un capítulo 6, como nos van a transferir esos 55 u 85 millones de antes, para efectivamente decir como ciertamente lo que yo transfiero no está en la actitud de prestar el servicio público, doy, o lo dejo, porque lo hago yo, o le doy a usted el dinero para que lo haga y a partir de ahí es hablar distinto de la transferencia de capítulo 6 para ese tipo de inversión de lo que usted tiene ... que es ese coste efectivo, que eso ya es el coste efectivo del servicio. Pero es que en este caso el servicio no estaba en condiciones de ser prestado, luego lógicamente lo que se nos ha transferido no es la oportunidad de prestar el servicio en esos centros, puesto que necesitan unas inversiones de inmueble, no ya inversiones de carácter médico, no, no, de inmueble, para poder prestar el servicio. Y ahí es donde está la diferencia.

Cuando yo he dicho que, y quizás la palabra creo que sí que usted la ha

recogido textualmente, es que existe un proyecto sobre el tema del AISNA, hombre, me refiero a que existe, no el proyecto en su mazacote, digamos, sino un proyecto, en los grandes argumentos, de posibilidad de esos 1300 millones. Igual que existe otro en sus grandes líneas de reforma por un valor de 300 millones del Hospital de Liencres para concentrar los dos. Y se plantea por el portavoz del Grupo Socialista, es que qué van a hacer ustedes con la Residencia Cantabria, perdón, Grupo Regionalista. Primero, yo decía, no hay competencia. Lo que nosotros decimos es que el Ministro García Vargas señaló que esa Residencia el INSALUD la pensaba cerrar. Una vez que dijo eso, nosotros, dentro de los datos que tenemos que tener, y él mismo los proporcionó, dijo, bueno, miren ustedes, si este centro que nosotros pensamos cerrar creen que puede tener, puede ser cedido por nosotros a la Comunidad Autónoma, creen ustedes que puede servir o puede ser de servicio. Y en ese proceso se está, y en ese sentido va la tercera posibilidad de decir, bueno, como posibilidad estudiar que la Residencia Cantabria, que va a ser cerrada por el INSALUD, pueda reconvertirse para alguna de las finalidades de cumplimiento de obligaciones de la Comunidad Autónoma. Y en ese sentido es, y no más, lo que yo he dicho y lo que nosotros podemos decir sobre la Residencia Cantabria, que entre otras cosas no nos corresponde a nosotros.

El tema del Plan Regional de Urgencias. Yo creo que el tema se ha sacado de la cuestión desde mi punto de vista. Primera cuestión, decir que el propio estudio y planteamiento del Plan Regional de Urgencias no tenía que ser global. Yo eso no lo he dicho. Yo entiendo que como estudio, el coste del estudio que se ha aprobado a mi me parece positivo, que haya habido un estudio global y que se haya gastado un dinero en hacer un buen estudio, como reconocen los Grupos. Lo malo es cuando se gasta el dinero en viajes o no viajes, porque entre otras cosas para conocer también hay que viajar, y eso es un problema que creo que está justificado, lo que sí que está claro es que sí está justificado ese Plan Regional de Urgencias como estudio teórico, lo han reconocido los propios Grupos. Ahora, me dicen ustedes, "en cuanto su puesta en funcionamiento", es decir, una cosa es tener un estudio y otra cosa es hasta donde le llevo en esta primera fase en mi puesta en funcionamiento, mientras sobre todo yo no tengo la política global sanitaria, porque no tenemos competencias para tener una política global sanitaria, es en donde yo he dicho que entiendo que en este momento se puede reducir el propio funcionamiento del Plan Regional de Urgencias, vinculándolo más a la atención primaria, y eso es lo que he dicho. Y entiendo que mientras ha habido un

tiempo en el que ha estado con más personal o con más capacidad, pues habrá cumplido mayores funciones, desde mi punto de vista, excesivas funciones, que entiendo que tienen que conducir hacia nuestras propias competencias.

Y eso es lo que he dicho, y esa es mi responsabilidad desde el momento en que tengo la responsabilidad ejecutiva de desarrollar ese Plan de Sanidad, decir más, cómo se contrataron los médicos, lo que yo digo es que los que se contraten siendo yo Consejero de la Presidencia se van a contratar legalmente, no como se ha empezado a hablar aquí de cómo(no se entiende). Yo lo que digo es mi responsabilidad, y de eso sí que me hago yo cargo. Lo que no me puedo hacer cargo es de cómo se contrata puntual por alguien a unos señores.

En el tema del Bienestar Social, cuando yo hablo de la política de continuismo, digo de política de continuismo en los temas a tratar en el Bienestar Social, así como digo que en la estructura administrativa de la prestación del servicio manifestado, que creo que hay que ir hacia dos correcciones. La primera dar mayor entrada a las Corporaciones Locales. Y ahí yo no estoy hablando del fondo del programa de Bienestar Social, sino de la manera de prestación del servicio acercando al ciudadano, y creo que lo he destacado. Pero también la reflexión, ya que se ha ceñido a hablar un poco también como concejal de Ayuntamiento, que yo también lo he sido durante mucho tiempo, hay que decir: es que los Ayuntamientos quieren participar en Bienestar Social, pero qué aportan los Ayuntamientos, cuánto ponen en sus presupuestos. La preocupación ha de ser mutua, la preocupación ha de ser realmente mutua, no vale solamente decir y hablar ahora del Bienestar Social desde el ámbito de los presupuestos de la Diputación. Hablemos del Bienestar Social también de los que quieren participar. Vamos a ver también cuál es.....(no se entiende), porque cuando llegamos y les tenemos que exigir un 25% para contratar un asistente social ni siquiera para eso tiene ningún Ayuntamiento prácticamente partida presupuestaria. Y en realidad, entonces, no es que esté haciendo una crítica del Ayuntamiento, sino que habrá que tener responsabilidad compartida ya que se pide. Lo mismo que se plantea, se dice es que las instituciones son instituciones privadas. Bueno, son instituciones privadas, yo creo que cualquier institución, y ahí lo que sí que se tiene que existir es primero a quien se le da y el control de lo que se le da. Ahora, el hecho de que una institución sea privada no tiene por qué ir en contra de la buena o mala prestación del servicio de la buena o mala atención a aquellas personas que en una situación de necesidad sean atendidas en un programa de

Bienestar Social, entonces yo entiendo que sí que comparto, yo entiendo al menos desde que soy Consejero, de que se está siguiendo un control estricto de aquel dinero que sale de fondos públicos para instituciones. Y he dicho más, he dicho que entiendo que existe una gran proliferación de instituciones que con buen sentimiento surgen pero que, claro, no solamente basta en esos casos los sentimientos ya que lo que hay que organizar son los Servicios Sociales. Y, en consecuencia, nuestro criterio es que lógicamente solamente aquellas instituciones que realmente se compruebe que cumplen plenamente su objetivo, ya no desde el punto de vista del sentimiento, sino desde el punto de vista de la prestación del servicio, serán merecedoras de la relación con la Diputación Regional para recibir subvenciones, y, lógicamente el futuro control. Por eso diferencio el tema del continuismo como continuismo de base de idea en el tema de Bienestar Social de lo que es precisamente cómo se tiene que atender a la prestación del servicio, que entiendo hay que ir a una descentralización hacia los propios municipios y he hablado por eso de la relación con las Corporaciones Locales.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Sr. Blanco, tiene la palabra.

EL SR. BLANCO GARCIA: Yo voy a ser muy breve.

Residencia Cantabria, de la cual yo no he hablado pero ha salido en el debate. Efectivamente, el Ministerio de Sanidad dice que la quieren cerrar porque, y esto hay que tenerlo en cuenta, supone una inversión de 600 millones de pesetas mínimo para que ese Hospital siga en pié. Si eso va a ser transferido, se lo digo para su conocimiento, no, no, cuando evalúen y estudien las transferencias y digan también queremos la Residencia Cantabria, que sepan que no van a poder pedir en ese capítulo 6 los 600 millones de pesetas, porque el Ministerio ya ha dicho que ellos lo cierran. Por lo tanto, si no lo transfieren lo van a tener que invertir ustedes. Primera precisión.

Segunda precisión. Yo no he leído el convenio con la Cruz Roja. He citado lo que dice el punto 3º del convenio, pero no lo he leído del convenio, sino de una carta firmada por el Sr. D. Manuel Pérez. Pónganse ustedes de acuerdo en el criterio, porque si el Director Regional de Bienestar Social, aquí presente, dice: el citado convenio en su cláusula tercera previene que la Cruz Roja Española en Cantabria, en virtud del presente convenio asume la puesta en práctica y desarrollo del Plan Regional de Toxicomanías..., lo que viene a

responsabilizar a Cruz Roja Española de la totalidad de las acciones vinculadas al citado Plan Regional. Entonces, pónganse ustedes de acuerdo.

Si el Director Regional de Bienestar Social dice que la Cruz Roja está responsabilizada de la totalidad de las acciones vinculadas al citado Plan Regional de Toxicomanías, no me puede usted venir entonces a decir que son dependiendo de las directrices que emanan del propio Consejo de Gobierno. Son criterios, única y exclusivamente. Si esto es así, o quién tiene razón, si el Director o usted, usted o el Director, es decir, pónganse de acuerdo.

A mi me parece como criterio que la Cruz Roja no puede asumir, ni la Cruz Roja ni nadie, sólo el Gobierno, la totalidad de la responsabilidad de las acciones que se lleven a efecto en el Plan Regional de Toxicomanías, y en eso estaremos todos de acuerdo. Es el Gobierno quien asume la responsabilidad, y los demás serán entidades colaboradoras.

Tercero, como el Sr. Consejero, a mi juicio, ha tenido el mal gusto de incidir en cuestiones internas de Partido, hombre, yo me veo obligado no a responder, porque no me siento ni aludido ni mucho menos, sino a decir que el Sr. Consejero tiene toda la razón y yo desde luego me desdigo de mis palabras. Es verdad que el Sr. Consejero siendo Diputado a partir de 1985 ha sido absolutamente disciplinado en el Grupo de Coalición Popular, y no quiero seguir más, Sr. Consejero, porque el Sr. Vallines y yo nos hemos cruzado una mirada riéndonos.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): Tiene la palabra el Sr. Díaz.

EL SR. DIAZ RODRIGUEZ: Solamente decirle al Sr. Consejero que yo no he hablado para nada de Ayuntamientos, estoy de acuerdo que hay que coordinar más con los Ayuntamientos. Personalmente soy concejal de un Ayuntamiento que tiene un capítulo importante en la asistencia social y en servicios sociales, pero lo que yo he dicho que una Diputación no debe, creo,

Le estaba diciendo al Sr. Consejero que yo creo que hay que coordinar más con las entidades locales, con los Ayuntamientos. Y que personalmente pertenezco a un Ayuntamiento que gasta mucho dinero en Servicios Sociales, creo que además se debe hacer y estamos de acuerdo en ello, pero que yo creo que el Consejo de Gobierno no debe tener esa política de Servicios Sociales.

Es decir, el estado de Bienestar Social es otra cosa que el auxilio social o la caridad social. Y muchas veces se está haciendo simplemente una política de parcheo, de tapar huecos, y por eso dice usted, y yo estoy de acuerdo también, que proliferan excesivas asociaciones con dudoso fin de lucro, esto se lo he dicho. ¿Por qué proliferan estas asociaciones?. Porque allí donde no llegan las instituciones aparece una demanda que quiere hacerlo.

El otro día me decía el Sr. Consejero de la Vivienda, de Obras Públicas, que, efectivamente, le están pidiendo mucho locales sociales también entidades, asociaciones, dudosas muchas de ellas, otras muy respetables. Esto ocurre porque no se coordina bien entre instituciones. Si se coordinase bien, si los Servicios Sociales se prestasen por la línea que se deben prestar, no ocurriría esto.

Simplemente lo que le he dicho, que estoy de acuerdo que debe potenciar, y lo ha dicho, pero que no tengan esta política continuista, simplemente que cambien, que coordinen con los Ayuntamientos, y que controlen las subvenciones que se dan, porque la picaresca de subvenciones yo me la conozco y se saca mucho dinero. Y el fin de lucro, eso sería cuestión de matizar. El fin de lucro a lo mejor es pagar unas nóminas que las puede pagar bien Ayuntamientos, bien Diputación, etc.

EL SR. BEDOYA ARROYO: Muy brevemente. No voy a entrar en la polémica esta, no porque me sienta indefenso sino porque creo que, bueno, habría que valorar políticamente todas las actitudes y no me siento ni con tiempo ni con ganas ni con necesidad de justificarme ante nadie, entre otras cosas porque yo en política sanitaria siempre defendí ese criterio, lo mantuve, y siempre mantuve en el concepto del Grupo esa disciplina a los votantes, porque una cosa son los votantes y otra cosa son los grupos determinados, y eso siempre se mantuvo vinculado a aquel Consejo de Gobierno.

Segunda cuestión. Me ha sorprendido en el tema del convenio que antes decía que usted no sabía nada por la Cruz Roja. Veo que la carta que tiene es una carta que va dirigida a la Presidenta de la Cruz Roja. Pero, bueno, esa es una contradicción entre las muchas que puede tener uno en cualquier intervención y que de hecho cualquiera que habla es lógico que la produzca.

En primer lugar, y ya que nos hemos puesto en plan casi de análisis de la

carta, lo único que se dice ahí es cierto, es decir se llega a la citación de aquello que afecta en el convenio a la Cruz Roja, porque es lo que hay que recordar, no voy a recordar el tema de que estaba con la supervisión de mi coordinación, le recuerdo su obligación y se pone puntos suspensivos. Lo que pasa es que usted tenía que saber que después de esos puntos suspensivos, igual que se habla de la Cruz Roja, porque el convenio no es una imposición sino que está firmado por ambas partes, se dice: asume la puesta en práctica del desarrollo del Plan Regional de Toxicomanías, bajo la supervisión del coordinador regional, que está puesto por la Diputación. Y hay otra serie de cláusulas donde se habla de que la Cruz Roja de Cantabria desarrollará los programas con el visto bueno de los responsables del área de la Diputación Regional. Y así, así y así, se va viendo esa situación.

En consecuencia, ni existe contradicción entre la carta y el convenio, porque la carta cita textualmente el convenio y deja puntos suspensivos, y, lógicamente, en la carta lo único que se recuerda a la Cruz Roja son sus obligaciones, no se le va a recordar el tema de las competencias de la Diputación, que esas son de la Diputación. Lo único que se le recuerda en esa comunicación a la Cruz Roja son, lógicamente, sus propias obligaciones.

EL SR. PRESIDENTE (Conde Yagüe): ¿Alguien más quiere intervenir?.

Pues muchas gracias al Sr. Consejero y levantamos la sesión.

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