

**COMISION DE POLITICA SOCIAL Y DE EMPLEO DE LA ASAMBLEA REGIONAL DE CANTABRIA,
CELEBRADA EL DIA 14 DE ABRIL DE 1992.**

ORDEN DEL DIA

Página

- | | | |
|-----|--|-----|
| 1.- | Comparecencia, a propuesta de tres Diputados del G.P. Socialista, del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ante esta Comisión, a fin de informar sobre el grado de ejecución del plan de salud. (art. 168 del Reglamento). | 540 |
| 2.- | Comparecencia, a propuesta de tres Diputados del G.P. Socialista, del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ante esta Comisión, a fin de informar sobre el Consejo Interterritorial para el Sistema Nacional de Salud. (art. 168 del Reglamento de la Asamblea). | 559 |

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

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla):
Comenzamos la Comisión de Política Social y de Empleo con la comparecencia del Sr. Consejero D. José Parra, agradeciendo su presencia así como de los Sres. Diputados y medios de comunicación.

El primer punto del Orden del Día es la comparecencia, a propuesta de tres Diputados del G.P. Socialista, del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ante esta Comisión, a fin de informar sobre el grado de ejecución del Plan de Salud. (art. 168 del Reglamento).

El segundo punto del Orden del Día es la comparecencia, a propuesta de tres Diputados del G.P. Socialista, del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ante esta Comisión, a fin de informar sobre el Consejo Interterritorial para el Sistema Nacional de Salud. (art. 168 del Reglamento).

El Sr. Consejero tomará la palabra en primer lugar; posteriormente, intervienen los Grupos, de menor a mayor, haciendo las preguntas que crean convenientes; el Sr. Consejero puede contestar unitariamente o conjuntamente a los Portavoces de los Grupos; habrá una segunda intervención, si lo desean los Portavoces, en el sentido de aclaración de las preguntas que no hayan sido respondidas de acuerdo

con su criterio y el Sr. Consejero intervendrá de nuevo, si lo cree conveniente.

El Sr. Consejero tiene la palabra.

EL SR. PARRA BELENGUER: Gracias Sr. Presidente, Señorías.

Se pregunta sobre el grado de ejecución del Plan de Salud de Cantabria. Voy a abordar esta cuestión siguiendo un orden de trabajo y la exposición será la siguiente.

En primer lugar un capítulo para abordar cuestiones relativas a la situación del Plan en relación con el Plan Nacional de Salud; en segundo lugar, otro capítulo respecto a las actuaciones para realizar el Plan de Salud; un tercer capítulo abordando las cuestiones de los programas mixtos de realización del Plan de Salud; y, por último, una cuestión referente a los programas asistenciales de INSALUD en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Con respecto a la primera cuestión. La situación jurídico-administrativa de la situación del Plan Regional de Salud en relación con el Plan Nacional de Salud. Hay que decir lo siguiente.

Conviene señalar, en primer lugar, que es lo que ha de entenderse por el Plan Regional de Salud. Podemos definirle como conjunto de actuaciones y programas sanitarios que se desarrollan o vayan a desarrollarse en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Se trataría en conjunto de la suma de planes sanitarios: el estatal, el propio de la Comunidad Autónoma y los conjuntos desarrollados o que se prevean desarrollar en Cantabria. Todo eso, naturalmente, desde la óptica y el criterio para definir prácticamente la política de Salud en la Comunidad Autónoma.

Las bases legales correspondientes a la elaboración de ese Plan serían las siguientes.

Cualquier Plan Regional de Salud se sustenta como base legal, además de lo que emana en la propia Constitución, en los documentos siguientes: la Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril; el Real Decreto 938/89, de 21 de Julio, que es el que establece el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud. La Ley General de Sanidad 14/86, en su Título III, Capítulo II, Art. 54, dice que "cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud.- El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará -sigue diciendo- a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Areas de Salud".

Esa misma Ley 14/86, en la Disposición Adicional Novena.1 señala "el Gobierno -de la Nación- aprobará por Real Decreto, en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud"; en su punto 2 "para la formación del primer Plan Integrado de Salud, el departamento de Sanidad de la Administración del Estado deberá poner en conocimiento de las Comunidades Autónomas los criterios generales de coordinación y demás circunstancias a que alude el artículo 70 de la presente Ley en el plazo máximo de dieciocho meses, contados a partir de la entrada en vigor de la misma".

El precitado art. 70, en el punto 4., es en el que la Ley General de Sanidad, Título III, Capítulo IV, manifiesta que "los criterios generales de coordinación aprobados por el Estado se remitirán a las Comunidades Autónomas para que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus planes de

salud y de sus presupuestos anuales. El Estado comunicará asimismo a las Comunidades Autónomas los avances y previsiones de su nuevo presupuesto que puedan utilizarse para la financiación de los planes de salud de aquéllas".

Además se dice en el art. 74, el Plan Integrado de Salud recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. Asimismo relacionará las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación.

Ese es el estado de disposiciones legales que se refieren a la ejecución de Planes de Salud.

En julio de 1989 el Ministerio de Sanidad y Consumo promulga el Decreto 938/89 por el que se establece el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud. Ese Real Decreto se estructura en dos capítulos.

En el Primero se define el procedimiento de elaboración y seguimiento del Plan Integral de Salud y su art. 1º establece que, en esta citada elaboración del Plan Integral de Salud, se tendrán en cuenta los criterios generales de coordinación sanitaria que serán remitidos a las Comunidades Autónomas de conformidad con el art. 70 de la Ley General de Sanidad.

En su artículo 2º, a mayor abundamiento, se vuelve a expresar que las Administración Públicas Sanitarias contarán con un plazo de seis meses para remitir sus respectivos Planes de Salud al departamento de Sanidad de la Administración del Estado, contados a partir de la fecha que se establezca por parte de dicho Departamento para iniciar la elaboración de cada Plan Integral de Salud.

El Capítulo Segundo de ese Real Decreto trata sobre el esquema a seguir en la elaboración de los Planes Regionales de Salud.

Por su parte, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ratificó en su décimocuarto Pleno, celebrado el día 19 de julio de 1989, la aprobación del texto presentado en la sesión de 5 de octubre de 1988 que incluía las modificaciones sucedidas por las Comunidades Autónomas en relación con los criterios mínimos de coordinación general sanitaria; pero lo cierto es que esos criterios nunca fueron definitivamente elaborados sino solamente ratificados los indicadores sanitarios en base a los cuales se daría lugar a los criterios que,

después, debería aprobar el Consejo de Ministros, el Gobierno de la Nación; y, como consecuencia de lo que hemos leído, ser remitidos a las Comunidades Autónomas para que, en base a esos criterios generales, pudieran establecerse los Planes Integrados de Salud.

La Comunidad Autónoma de Cantabria elaboró a ese respecto, como figura en este documento que tengo a su disposición, la propuesta de modificación de los indicadores de los criterios generales de coordinación sanitaria. Indicadores muy diversos, demográficos, socioeconómicos, de resultados de Salud, de recursos sanitarios, de valoración de objetivos del Sistema Nacional, con un listado de modificaciones propuestas.

Entre esos indicadores de recursos sanitarios figuran recursos humanos; recursos referentes al número de médicos del sector público por 10.000 habitantes; número de farmacéuticos y veterinarios del sector público por 10.000 habitantes; clasificación de camas, de centros, etc.

En cambio por parte de la Comunidad Autónoma quedó también claro. Se asistió sistemáticamente a las reuniones que hubo en las comisiones propias del Consejo Interterritorial para establecer esos criterios mínimos de coordinación que había elaborado la Comunidad que remitió al seno del Consejo Interterritorial para establecer lo que debían de ser los criterios básicos que a su vez ratificados por el Consejo serían remitidos al Gobierno de la Nación para que el Gobierno de la Nación los aprobara dando cumplimiento a la Ley y de esta manera fueran remitidos definitivamente a las Comunidades Autónomas a partir de los cuales se elaboraría el Plan de Salud.

En base a la situación que sus Señorías ven, los criterios siguen sin ser aprobados por el Consejo de Ministros. Los criterios no han sido definitivamente aprobados por el Gobierno de la Nación y, independientemente de eso, cada Comunidad Autónoma en cierta relación de coordinación con el Consejo Interterritorial, sigue un Plan de Actuaciones de Salud en aquello que se refiere a las competencias propias en la planificación de la Salud Pública. Independientemente de que -como digo- existan relaciones de coordinación entre la Comunidad Autónoma, las Comunidades Autónomas, también la de Cantabria ¡claro está!, y el seno del Consejo Interterritorial.

Sin embargo en base a eso tendríamos que decir, mientras no sean aprobados por el Gobierno de

la Nación los criterios en base a los cuales hay que establecer todos los Planes de Salud coordinados de todas las Comunidades Autónomas, dando cumplimiento al mandato de la Ley de Sanidad, no es posible que exista un único documento -como la propia Ley dice- de coordinación y armonización de todos los intereses de las Comunidades Autónomas en el planeamiento sanitario. Porque como se hizo notar en el seno del Consejo Interterritorial, reiteradamente al menos en las sesiones a las que yo hasta ahora he asistido -que han sido todas en este periodo de Legislatura- es indispensable armonizar dos tipos de factores.

Por un lado, lo que son criterios generales coherentes que afectan en los Planes de Salud a todas las Comunidades Autónomas por igual, perfectamente coordinados con la política sanitaria del Ministerio; y, por otro lado, las cuestiones específicas o de carácter prioritario que cada comunidad Autónoma puede contemplar, como es lógico, derivado de las condiciones propias sanitarias de esa Comunidad.

En base a esto tendríamos que decir que se han producido incumplimientos de lo que establecen la Ley y los Decretos que acabamos de anunciar. Incumplimientos que afectan, por su diversa normativa, a la propia Ley o al Decreto propio del Ministerio.

Evidentemente tendríamos que lamentar todavía la no aprobación por el Gobierno, a pesar del tiempo que ha transcurrido, de los criterios generales de coordinación sanitaria como establece el art. 70 de la Ley General de Sanidad. Sí debemos, no obstante, hacer notar -como ya he mencionado en la presencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria en todas cuantas comisiones ha habido de participación- en este tema la elaboración previa, como figura en este documento que les he dicho, de los índices en base a los cuales se elaborarían los criterios de los Planes de Salud; por otro lado, evidentemente, garantizaríamos de acuerdo con los técnicos de la Consejería de Sanidad y Consumo la elaboración de los indicadores regionales que son necesarios para el conocimiento de la situación de partida y para la elaboración de los criterios generales de coordinación sanitaria regional. Donde se estudian y se aplican los indicadores propuestos por el Consejo Interterritorial de lo cual doy a sus Señorías conocimiento expreso a través de este documento.

Este documento es un informe de la situación sanitaria de Cantabria. Está recopilado aquí todos los aspectos generales que constituyen propiamente los indicadores en base a los cuales se establecerían los

criterios generales por parte de Cantabria. Es la contribución de Cantabria a la elaboración de esos criterios generales de los Planes Integrados de Salud. Independientemente de la ejecución de los programas de Salud que ya la propia Comunidad está realizando por sí misma, como son los Programas de Exámenes de Salud, el Programa de Salud Bucodental, el Programa de Vigilancia de Tuberculosis Pulmonar, el Programa de Vigilancia Epidemiológica, Enfermedades Transmisibles, Programa de Control de Hepatitis B, Programa de SIDA, Programa de Inmunización frente a enfermedades inmuno-evitables, Plan Regional de Drogas, el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer Genital Femenino y de Mama, Programa de Control y Educación Sanitaria de Manipuladores de Alimentos, Programa de Salud Escolar, etc. De lo cual dí a sus Señorías -yo creo- cuenta detallada en la comparecencia anterior.

Hay que señalar por otra parte con respecto a esta cuestión. La admisión del envío por parte de la Subdirección General de Planes de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo a la Comunidad Autónoma de Cantabria como consecuencia de un informe presentado al Consejo Interterritorial -me parece que fue- el 16 de marzo. Informe que constituye el análisis de la situación del futuro Plan Integral de Salud; es decir, que aquello que debería haberse hecho como elemento inicial, la elaboración de criterios generales como establece la Ley y el propio Decreto del Ministerio, en base a la elaboración de un Plan Integrado de Salud, eso queda todavía por cerrar por el propio Ministerio -por el Gobierno de la Nación- en el seno del Consejo Interterritorial que ya lo ratificó; y, sin embargo, sí se anticipa un documento relativo a los Planes de Salud Pública sobre los cuales tienen competencia cada una de las Comunidades Autónomas. Sí, se establece una coordinación generalizada sobre lo que son los programas de Salud Pública, lo cual siempre es positivo evidentemente y, sin embargo, quedan todavía por determinar los criterios generales que constituyen la base fundamental de lo que tienen que ser los Planes Integrados de Salud.

Y por último. La disposición de la Comunidad Autónoma de Cantabria sigue siendo la de ratificar que por acuerdo del Consejo de Gobierno se solicitó del Ministerio de Sanidad y Consumo la apertura de un proceso negociador con INSALUD de carácter global. Por tanto, entendiendo que ese carácter global sobre una serie de cuestiones pendientes pormenorizadas ha de referirse a la coordinación de una situación peculiar, que siempre lo es en una Comunidad Autónoma en la que como en Cantabria no se tiene competencia asistencial y sin embargo sí se tiene

competencia de planificación. Parece lógico que aquél que tiene competencias de planificación y no asistencial deba planificar acorde con las necesidades reales, tanto presentes como de prospección de futuro, de lo que deba ser una planificación a largo plazo; independientemente, de que se tengan o no la circunstancia de las responsabilidades en Asistencia Sanitaria; pero por lo mismo, debe igualmente entenderse que todo lo que se refiere a la competencia de Asistencia Sanitaria, independiente de la planificación sanitaria que corresponde a la Comunidad Autónoma, debería ser una actuación perfectamente acorde con la planificación. De esa forma, mediante esa coordinación, es posible que cuánto se haga, tanto en el presente como en una prospección de futuro, sea algo adecuadamente planificado, consentido y para atender la mejor salud de los cántabros que no me cabe la menor duda que es el objetivo fundamental que persigue INSALUD, sin duda alguna, el fundamental que persigue el Consejo de Gobierno de Cantabria.

Respecto a esta situación. Por lo tanto, manifestamos el firme compromiso de que, sobre la base de esas negociaciones, será posible, independientemente de que el Gobierno de la Nación apruebe definitivamente o no -asunto que está pendiente- los criterios generales en base a los cuales han de establecerse los Planes de Salud -será posible digo- que la Comunidad Autónoma de Cantabria e INSALUD -el Ministerio, la Administración del Estado- puedan llevar adelante una planificación y asistencia más coordinada, más adaptada a las necesidades reales de la población en esa prospección de futuro de la que estábamos hablando.

Independientemente, por lo tanto, de que en este primer punto ha quedado claro -a mi juicio- que todo lo que se refiere al establecimiento de los Planes de Salud está condicionado por la aprobación por parte del Gobierno de los criterios generales de Salud que todavía no han sido aprobados, la Comunidad Autónoma de Cantabria ha venido realizando como es natural una serie de actuaciones para llevar a cabo el Plan de Salud.

De esas actuaciones vamos a hablar ahora. En primer lugar, esas actuaciones están constituidas por los Programas de Salud que realiza la propia Comunidad Autónoma y que, en comparecencia del 6 de noviembre de 1991, dí cumplido detalle en esta Sala a sus Señorías.

Hablamos entonces -por recordar el esquema general- en líneas generales del Programa Regional para Prevención y Tratamiento de Alcoholismo y sus

consecuencias; el Programa de Fármaco-Vigilancia, en colaboración con la Administración Central; el Plan Institucional de Drogas, en lo que se refería a Salud Pública con el objetivo de buscar estilos de vida más sanos. Hablamos de toda una serie de programas que son los que he referido a sus Señorías antes y que constituyen la base objetiva fundamental de las inversiones reales que contemplan los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma en los temas de Sanidad en cada Legislatura, como figura en este documento al que me he referido.

Todas esas actuaciones que, en su día se dieron, son las que constituyen la línea de actuación básica de la Consejería de Sanidad, del Consejo de Gobierno de Cantabria, en torno a los temas de la ejecución del Plan de Salud, en espera de que se produzca esa -digamos- integración generalizada, una vez que sean aprobados por el Gobierno de la Nación los criterios generales.

Independientemente de eso. A través del Consejo Interterritorial se van estableciendo toda una serie de coordinaciones puntuales -lo veremos en la segunda comparecencia, por eso me pareció oportuno aglutinar por razón de los temas de comparecencia estas dos cuestiones que en cierto modo pueden ser complementarias-, que afectan como es lógico a la Salud de los españoles en líneas generales, por lo tanto de los cántabros también. Indistintamente que haya o no Comunidades que tengan transferidas las competencias de Salud o que no las tengan.

La Consejería aborda también un diagnóstico, por donde hay que partir, de la situación de la Salud. Cuestión que básicamente consiste en lo siguiente.

Hay una serie de etapas y trabajos que se han venido desarrollando progresivamente. El primero de ellos se refiere al estudio de hábitos y modos de vida de la población cántabra, fundamentalmente en relación con los principales factores de riesgo para la Salud. Este es un documento que figura también a disposición de sus Señorías, que fue presentado además en una comunicación en un Congreso Internacional (por eso está en francés) pero que, evidentemente, todos tenemos posibilidad de acceder a él y de conocer cuáles son las situaciones de índices que arroja la cuestión presentada. En este documento que fue remitido naturalmente al Ministerio a través de las comisiones respectivas se hace constar ese estudio inicial como una de las partes fundamentales para entender el estado de la Salud de los cántabros.

Existe, por otro lado, un estudio del sistema sanitario a través de los principales indicadores

sanitarios que es el documento al que antes me he referido y del que también, a través del seno de las comisiones derivadas del Consejo Interterritorial, ha sido presentado en el Ministerio para la elaboración - como decíamos antes- de lo que deben ser los criterios generales en base a los cuales se confeccionaría el Plan de Salud.

Existe el estudio de la morbilidad subjetiva o percepción que de la Salud tiene la población propia. Este es otro documento que tengo aquí a disposición - yo lo califico como documento nº 4- donde aparece el funcionamiento, actividades y recursos de la Dirección Regional de Sanidad y Consumo; donde aparece toda la planificación correspondiente a lo que es ese estudio de morbilidad a través del Gabinete de Planificación Sanitaria, del Servicio de Salud Pública, del Servicio de Salud Mental, del Servicio de Asistencia Sanitaria, de los Servicios de Higiene y Alimentos y Veterinaria de Salud Pública, del Centro Regional de Salud Bucodental, de Consumo y de la Sección de Laboratorios de Salud Pública. Son los que han intervenido para la elaboración de ese documento que forma -como todos saben y como estoy diciendo- el conjunto de documentos en base al cual se elaboraría un diagnóstico de la situación de la Salud de la Comunidad Autónoma de Cantabria y que ha sido remitido -como digo a través de las comisiones correspondientes- al seno del Consejo Interterritorial.

Existe otro documento que es el estudio de las principales características medioambientales en Cantabria. Y un último documento que está en fase de diseño acerca del estudio de las principales características sociales, culturales y económicas de la Comunidad Autónoma. Ese existe en fase de diseño y todos los demás están realizados.

Con respecto a las actuaciones. Independientemente de los Programas de Salud a través de los cuales la Comunidad Autónoma va realizando su correspondiente competencia en los temas de Salud Pública, existe esta otra actuación fundamental de diagnóstico en la que se va avanzando y nos encontramos únicamente con la falta sobre la base de elaboración del diseño en el que se está trabajando de este último punto del estudio de principales características sociales, culturales y económicas.

Ese Plan de Salud estaría a su vez constituido por los que llamamos Programas Mixtos. Aquellos que se desarrollan en colaboración con la Administración Central del Estado a través de sus delegaciones territoriales correspondientes. Esos Programas Mixtos están constituidos fundamentalmente por dos.

El primero de ellos es el Programa de Drogas y el segundo el Programa del SIDA. No es momento, no parece deducirse de la convocatoria de esta comparecencia, de entrar en detalles de la exposición y situación actual en que se encuentran cada una de esas cuestiones (droga, sida), o cada uno de los programas que ya hemos visto antes. Todos ellos, no obstante, fueron presentados en la anterior comparecencia por esta Consejería de Sanidad; pero, en cualquier caso, como se pregunta sobre el grado de ejecución, hay que decir que con respecto a los Programas Mixtos, siguen en el planteamiento de ejecución tanto el Programa de Drogas como el Programa de SIDA. Aquí tengo el documento que actualizaría los datos a la fecha exacta de nuestro momento sobre el número de consultas efectuadas por profesionales, las tasas de retención de pacientes entre 3 y 6 meses, el número de tratamientos realizados y el número de sesiones clínicas que permite una mejoría en la calidad asistencial. Que son todos aquellos elementos que permiten un control del funcionamiento del Programa de Drogas.

Programa de Drogas que, como bien saben, tiene su estructura organizativa y su documento legal en base al cual estamos funcionando en un marco generalizado independientemente de que -como ya en su día expresé- la Comunidad Autónoma está trabajando en matizaciones del Decreto que está en vigor por considerar que no se adapta exactamente a lo que nosotros entendemos que debe ser la legislación adecuada.

Con respecto al tema de SIDA. Igualmente, dentro de lo que es el Plan Nacional de SIDA y su estructura fundamental de política general, de administración y asesoramiento técnico, existe una labor de coordinación permanente entre la Comunidad Autónoma y lo que a nivel de SIDA se está haciendo dentro del Plan Nacional de SIDA.

Algo que diera una imagen sucinta de esa colaboración serían probablemente -me ha parecido oportuno- los acuerdos que se han establecido en el seno de ese Plan Nacional con respecto y en relación con las Comunidades Autónomas. En la segunda Sesión Constitutiva se acordó que cada Administración enviara a la Secretaría General el Plan sobre el SIDA un informe sobre la definición del problema en cada Administración, también la de Cantabria ¡claro está!. Los objetivos, los recursos materiales, económicos, humanos, las estrategias y el informe del año precedente para ver como se producía el seguimiento sobre el problema del SIDA.

En la tercera Sesión se modificaba la estructura organizativa y funcional de los órganos del Plan y se acordaba constituir una Comisión Permanente. Estando entre sus miembros dos representantes de las Administraciones de las Comunidades Autónomas; en la cuarta Sesión se aportó como documentación la Orden de 6 de junio de 1988 por la que se establecía las normas para la Administración de subvenciones a Instituciones Benéfico-privadas con destino a la financiación de gastos, excepto de personal, por atención y cuidados psíquico o físico a enfermos del SIDA; y, en la séptima Sesión, se proponía la reorganización de la estructura del Plan Nacional a nivel de Subcomités.

Junto a ello se elaboró un Plan Regional de SIDA. Respecto del cual podríamos dar -advirtiendo que no es el objetivo fundamental de la comparecencia sí los niveles de ejecución que ese Plan se sigue realizando puntualmente, que arrojaba en el año 1987 una distribución por factores de riesgo del número acumulado de casos-, a diciembre de 1987 la siguiente situación: en drogadictos el 52 por ciento de los casos, con un cincuenta por ciento de defunciones; en homosexuales 24 por ciento de los casos, con un veintiuno por ciento de defunciones; en drogadictos y homosexuales un 6 por ciento de casos, con un seis por ciento de defunciones; hemofílicos 9 por ciento de casos con un doce por ciento de defunciones; por transfusiones o hemoderivados un 1 por ciento; por hijos de madre afectada un 2 ó 3 por ciento, con un tres por ciento de defunciones; en grupos de riesgo, por razones de pareja, de persona, un 1 por ciento y uno por ciento de defunciones; otros desconocidos todavía un 5 por ciento y cinco por ciento de defunciones.

En el año 1991, para que pueda establecerse alguna base de criterio comparativo, la situación sería: en los temas de vigilancia de infección por el virus tendríamos un número de pacientes seropositivos de 280, un número de pacientes seronegativos de 296, número de pacientes en seguimiento de 767 y número de pacientes con detección del virus de 1.343, en líneas globales.

En cambio teniendo en cuenta los datos acumulados a 31 de diciembre de 1.991, tendríamos número de pacientes seropositivos 1.802, número de pacientes seronegativos 1.779, número de pruebas efectuadas 5.833. De ellos los enfermos propiamente de SIDA, los casos de SIDA serían los siguientes: número de casos de SIDA 61, número de casos acumulados 164, número de casos confirmados por la Comisión Nacional correspondiente 119. Suele haber un cierto retraso razonable de tipo administrativo en la

acción de confirmación de los casos que las Comunidades Autónomas remiten al Ministerio, número de defunciones 12 y número de defunciones acumuladas 43.

Como ven sus Señorías el tema del SIDA, preocupante para todos, como es natural sigue en su línea creciente en la sociedad actual y particularmente en la sociedad cántabra.

Junto a esos programas generales que se vienen realizando del Programa del SIDA. Hay otro tipo de Programas Especiales de la Comunidad Autónoma de la que doy cuenta. Por ejemplo, un documento donde se realiza un censo de prostitución - parece ser yo no me creo esos términos absolutos ni un sentido positivo ni negativo además tampoco me parece que sea relevante cuando hablamos de temas especialmente referidos a la Salud o probablemente en cualquier otro caso- pero sí es cierto que la Comunidad Autónoma de Cantabria tiene un censo elaborado de prostitución donde aparecen todas las condiciones detalladas en que se produce en nuestra Comunidad este documento, aunque bien es cierto que está en fase de actualización desde los datos últimos elaborados. Una serie de folletos divulgativos entre ellos tengo aquí algunos de ellos que puedo mostrar a sus Señorías; después una serie de talleres en relación con el Instituto de Salud Carlos III en materia de formación y educación sanitaria: taller internacional y taller regional sobre SIDA que se hizo en Villaescusa en el año 1990; mesas redondas, cursos de verano, conferencias. Un trabajo que fue - tengo entendido- muy bien considerado en el Ministerio sobre la prevención y control de SIDA en la prostitución; y, sin embargo, ese trabajo que inicialmente había tenido una subvención para poder ser llevado a efecto del propio Ministerio, últimamente no alcanzó esa subvención por otro tipo de razones, se supone que de tipo administrativo. Pero existe lo que es la base del trabajo para poderlo aplicar.

Se elaboró también un proyecto de lucha contra la infección del SIDA en adictos a drogas por vía de parentela de lo cual existe el documento; otro estudio sobre la mejora de notificación de casos de SIDA en infecciones por virus a nivel hospitalario, de lo cual existe también el documento.

Ultimamente se recibieron 4.221.000 pesetas una subvención del Ministerio -Dirección General de Planificación Sanitaria- en base a las cuales y a la participación de la propia Diputación se vienen desarrollando las labores que se refieren al Programa de SIDA combinado con el Ministerio, a través del Consejo del SIDA. Y por lo tanto los niveles de

ejecución evidentemente entiendo que son los correctos, emanados de la propia Comisión establecida por el Ministerio.

En cuanto a los Programas, que sería el último capítulo, Asistenciales del INSALUD en la Comunidad Autónoma de Cantabria hay que decir que han sido solicitados por parte de la Consejería cuáles son las líneas generales de esos Programas Asistenciales, todavía no han sido remitidos por la Dirección Territorial y tendríamos con ello el global de conjunto de lo que es o debería ser el Plan de Salud.

Resumiendo, por lo tanto, tendríamos que decir lo siguiente:

1º. Estamos a la espera de que se pueda aprobar por el Gobierno de la Nación los criterios generales en base a los cuales se elaborarán los Planes Integrados de Salud.

2. Constituiría ese Plan Integral de Salud toda la coordinación que dimana de esos criterios generales en los Planes de Salud, coordinados con el Ministerio. Constituiría ese Plan de Salud también los Programas de Actuaciones Sanitarias que la propia Comunidad Autónoma viene realizando y esto hay que entenderlo de modo bipartito. Por un lado, los Planes de Salud propios de la Consejería de Sanidad y los Planes Asistenciales propios del INSALUD en el seno de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

3. Habría un Capítulo que constituye también esos Planes de Salud que son los Programas Mixtos. En ese caso drogas y SIDA que funcionan perfectamente coordinados a través de las comisiones correspondientes.

4. Existiría, por último, esos Planes Asistenciales del INSALUD en relación con la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

De esta forma tendríamos definido y establecido lo que es el Plan de Salud.

Las líneas de ejecución. A la espera de la elaboración por parte del Gobierno de la Nación o a la aprobación -mejor dicho- de los criterios generales; en ejecución todos los programas propios de la

Comunidad Autónoma; todos los propios asistenciales del INSALUD en la Comunidad Autónoma; y, en ejecución también, los Programas Mixtos que se refieren a Droga y SIDA,.

Con esto creo dar una visión de conjunto que se refiere a lo que son las líneas de ejecución del Plan Regional de Salud.

Quedo a disposición de sus Señorías para responder a las preguntas que tengan a bien formular.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Muchas gracias Sr. Consejero.

Sí, se solicita un receso y lo hacemos como es habitual. Cinco minutos.

(Se interrumpe la Comisión a las once horas y cincuenta y cinco minutos).

(Se reanuda la Comisión a las doce horas y cinco minutos).

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): D. Rafael de la Sierra tiene la palabra.

EL SR. DE LA SIERRA GONZALEZ: Muchas gracias Sr. Presidente.

Quiero agradecer al Sr. Consejero su presencia y el informe que nos ha dado.

En definitiva reduciendo la intervención al tema que nos ha traído aquí. Evidentemente sabemos que el Plan de Salud no existe y que se está en negociación de los criterios generales para elaborar ese Plan de Salud.

Por ello voy a ser muy breve. Voy a hacer cuatro preguntas al Sr. Consejero.

1ª. A pesar de que no existe el Plan y de que en estos momentos se están elaborando los criterios generales por parte de esta Comisión mixta o de este Grupo de trabajo me gustaría saber ¿cuáles son los criterios generales del Consejo de Gobierno y en concreto del Sr. Consejero para elaborar este Plan de Salud?. El que está defendiendo lógicamente supongo yo en este Organismo de desarrollo.

2ª. ¿Cuál va a ser la actuación inmediata respecto al desarrollo de estos criterios generales y en concreto del Plan y cuando se prevee que podamos tener un Plan de Salud?.

3ª. A pesar de que en estos momentos no exista tal Plan -como hemos visto y no entraremos en ello porque efectivamente fue motivo de otra comparecencia y supongo que será de algunas posteriores- se están desarrollando una serie de programas. Nos gustaría saber ¿los criterios generales que inspiran este tipo de programas para la actuación de la Comunidad Autónoma, de la Administración Regional en el concreto tema de la Salud?; es decir, los criterios generales que están presidiendo la actuación actual, no los programas concretos sino el criterio general que preside la actuación.

4ª. ¿Cuáles han sido los criterios generales que han inspirado hasta ahora la elaboración de estos programas y en concreto los criterios que han presidido la inversión en el Hospital de Liencres y el futuro del mismo?.

Nada más y muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Le recuerdo al Sr. Consejero que puede contestar individualmente a los Portavoces de los Grupos o conjuntamente.

El Sr. Consejero prefiere contestar conjuntamente.

El Sr. Villoria tiene la palabra.

EL SR. VILLORIA DIEZ: Buenos días.

Igualmente. Quiero agradecer la exposición del Sr. Consejero en esta comparecencia.

El objetivo de la comparecencia era solicitar una explicación del grado de ejecución de los objetivos del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.

Desde nuestro punto de vista no estamos de acuerdo en las razones que se han dado para que no dispongamos de un Plan de Salud.

Ciertamente podemos, como marco general, citar que la existencia de un Pacto Autonómico recientemente firmado tiene unos objetivos y son fijar un marco estable de competencias y unas reglas del juego para las relaciones entre la Administración Central y la Autónoma. Este es uno de los objetivos que deben perseguir ambas Administraciones y que se ha concretado en ese Pacto Autonómico en una gran importancia cuyo plazo es hasta 1996.

Este acuerdo que también es de financiación de las Comunidades Autónomas debe perseguir un objetivo de solidaridad nacional que es probablemente una herramienta para el progreso de España y de la Comunidad Europea. Nuestro país se configura como un Estado Autonómico por lo tanto las relaciones entre las Autonomías y la Administración Central es un elemento muy importante.

Cuando hablamos de coordinación. Yo citaré en este momento que no se observa una voluntad de acuerdo entre la Comunidad Autónoma y la Administración Central y definiré como de hostilidad y confrontación muchas de las actuaciones de la Comunidad Autónoma.

Comprendo que esto es un juicio de valor y alguien podría decir en sentido contrario lo opuesto. Ello es así y de alguna manera se ha citado -y por entrar en materia de lo que ha comentado el Sr. Consejero-, como siete veces, como excusa para que no exista un Plan de Salud la inexistencia de unos criterios generales con el Gobierno Central que permitan la realización de este Plan de Salud.

Esto no debe ser óbice y nada más que por profundizar en este aspecto no es una excusa ni una justificación, no puede impedir realizar un Plan de Salud. En las mismas circunstancias se encuentran otras 16 Comunidades Autónomas y en todas ellas, más o menos, puede existir un Plan de Salud.

Nosotros el que se comente que mal de muchos ..etc -podemos sacar algún tipo de refrán en ese sentido- no puede ser una excusa; es decir, tenemos que tener un Plan de Salud, existan o no esos criterios generales porque si no eso da la razón a lo que observamos.

Por otra parte, quisiera decir y agradecer el esfuerzo del Sr. Consejero en comentarnos todo lo que es el marco legislativo. Ha hecho referencia a todo el marco legislativo desde la Ley de Sanidad que se publicó en el año 1986, ha sido muy ilustrativo pero quiero decir que han pasado ya casi siete años desde que se publicó la Ley General de Sanidad; y, por lo tanto, no podemos estar sin un Plan de Salud.

Por otra parte, existen otros elementos de coordinación como son el Consejo Interterritorial. Al cual el Sr. Consejero dice haber existido, nadie lo pone en duda no es necesario hacer tanto hincapié en ello; pero existe una Comisión de extraordinaria importancia que se reúne con muy escasa frecuencia y que es un elemento que puede sustituir a cualquier otro de coordinación. Como es la Comisión de Coordinación de Asistencia Sanitaria.

Esta Comisión no se ha reunido desde Abril del año pasado; se debería reunir con más frecuencia y dar una solución a los problemas de descoordinación que sí que existen en esta Comunidad Autónoma producto de una falta de actuación del Gobierno Autónomo y en particular de la Consejería como Autoridad Sanitaria. La falta de una actuación en materia de reglamentación y como Autoridad Sanitaria por parte de la Consejería está conduciendo a una grave situación; es decir, no tenemos un Plan de Salud y ello pudiera ser argumentado por alguien para que aquí no exista una Ley de Salud Mental, una Ley de Servicios de Salud Cántabra, etc.

La no realización de una actividad legislativa adecuada podría ser utilizado. Eso, como faltan los criterios generales no podemos hacer un Plan de Salud, no hacemos una Ley de Salud Mental, los enfermos están desamparados. Esto no puede ser así, yo no estoy de acuerdo con esta situación y existe una Comisión de enlace de Salud Mental creada en el año 1987 -creo recordar- que no se ha reunido y existen problemas suficientes para generar o para que se pida su reunión.

Por lo tanto, debería existir un Plan de Salud a pesar de la excusa, reiterada muchísimas veces por el Sr. Consejero en sus exposiciones, de que faltan criterios generales. Eso no es una excusa.

Un elemento importante a tener en cuenta es, exista Plan de Salud o no, ¿cuál es el programa que está explicando, que está defendiendo y como que se está ejecutando el Sr. Consejero?. Por una parte, no puede ser la UPCA, entendemos que sea el del Partido Popular; por otra parte, entendemos que las relaciones del Sr. Consejero y el Sr. Presidente no existen y ahí hay una falta de comunicación que nos pone en tela de juicio que es lo que nos está explicando. La cantidad de datos que en algún momento ha explicado no dejan de ser un relleno de una falta de contenido de un programa de Salud que no existe o unos objetivos generales; es decir, la política sanitaria está llevándose a otro nivel que no es probablemente la Consejería, unos criterios arbitrarios con lo que estamos observando, con unas inversiones que no responden a unos objetivos porque no existe un Plan de Salud y se entra en colisión con actividades de prestación asistencial.

Se entra en colisión ¿por qué?. Porque el Sr. Consejero ha comentado que no tiene competencias asistenciales sino de planificación; sin embargo, las competencias de planificación no se ejercen aduciendo que no existen unos criterios generales cuando sí que se tienen porque aquí se ha legislado, por ejemplo, el mapa sanitario y eso es muy importante; o se ha dicho que no se ha legislado el de Salud Mental porque no hay Presupuesto. Y, sin embargo, se está ejecutando una política de gasto -yo diría- importantísima, entre 5.000 y 8.000 millones en un Centro Asistencial -subrayo Centro Asistencial porque no tenemos política asistencial y luego la ejecutamos, es una contradicción-; se está ejecutando una política asistencial que además debido a su descoordinación está entrando en colisión con lo que ya existe sin que se prevea un Plan de coordinación. Para ello digo que existe la Comisión de Coordinación de Asistencia Sanitaria, luego que no tenemos un Plan de Salud por falta de criterios, es falso. Existen unas áreas de coordinación como son la Comisión de Coordinación de Asistencia Sanitaria en donde sí se podrían confluir todo lo que son las políticas sanitarias de esta Comunidad Autónoma, que tiene competencias para ello además.

Insisto hay una política de gasto desproporcionada, arbitraria. En estos momentos se plantea tirar un hospital y volverlo a contruir -no sabemos para qué-. Y como no existe un Plan de Salud voy a poner de manifiesto que hace tres años el hospital de Liencres iba a ser de cirugía estética, luego larga y media estancia -lo definió Usted aquí el 6 de Noviembre; de alta tecnología, luego volvió a ser de larga y media estancia. Con esto quiero decir que este ir y venir en la definición de ese Hospital está

poniendo de manifiesto la inexistencia y la necesidad de que exista un Plan de Salud.

No hay una coordinación -insisto- y no hay unos objetivos; por lo tanto, la política de gasto no va a cubrir unos objetivos o unas necesidades reales de la población.

Esta falta de criterios, aducida por el Sr. Consejero en relación con que no hay criterios generales, vuelve a definir lo que es la estrategia de su política; es decir, hay un victimismo o una confrontación centrado en esos aspectos, es su política de gestos que no es una política de inversiones hacia unos objetivos determinados para cubrir unas determinadas necesidades de la población. No es así sino que decir aquí no nos dan esto, no nos dan lo otro, hoy el Plan de Financiación parece que el Ministerio de Hacienda lo ha echado para atrás porque no está correctamente hecho, esto generará probablemente otra intervención a nivel general diciendo que se les está cortando todas las capacidades cuando realmente no ha habido una planificación seria para resolver el grave problema de la deuda de esta Comunidad.

Por ejemplo, aspectos importantes un poco más definidos. Yo no he oído hablar de cuál es la política en la cual sí hay competencias de esta Comunidad; una política en materia de trasplantes, cuando sabemos que esta Comunidad Autónoma tiene una importancia bastante grande en el tema de trasplantes y en relación con otras Comunidades Autónomas. Esto es -a lo mejor lo quiere reservar para luego al hablar del Consejo Interterritorial- puesto que ahí es donde hay una Subcomisión que trata este tema. De todas maneras un Plan de Salud debe contemplar cuáles son nuestros recursos y dónde se invierte y a dónde se orienta la política de gasto.

Contra el Plan de Salud y en cuanto a su ejecución. No se ha comentado si se piensa ofertar la integración de los APD, es un tema importante, tampoco se ha hecho. Probablemente la desconexión entre la Consejería y el Consejo de Gobierno hace que no estemos al día y a lo mejor es un tema que se va a presentar próximamente, lo desconozco.

Como resumen se observa que hay una inactividad en la Consejería -ya lo he comentado en otras intervenciones-. Esta inactividad es en lo que se refiere a los Planes de Salud a lo que sería su materia o su línea de acción. Debe actuar como Autoridad Sanitaria; y, sin embargo, esta inactividad en la materia legislativa que no se lleva a cabo, no hay un Plan de Salud que es un tema importante de esta

Consejería, debería hacerse; no hay una coordinación adecuada, no se reúnen las Comisiones de coordinación, debería instar a que esta Comisión se reúna; hay una política de gastos sin unos objetivos, sin una coordinación porque no hay un Plan de Salud ni tampoco hay una coordinación; y, desde nuestro punto de vista, la política de gastos es desproporcionada, arbitraria, no responde a las necesidades y objetivos de la población de Cantabria; y nuestro Grupo plantea que con las inversiones que ha habido en Liencres: 5.000, 8.000 millones de pesetas -esa cantidad enorme de dinero- hubieramos ya resuelto todos los problemas de Salud de esta Comunidad Autónoma llegando incluso al tema de Asistencia Social, en la cual está tremendamente abandonada la población. Uno observa como hay pacientes que con unas enfermedades crónicas deberían ser ayudados en sus casas, en residencias intermedias, no en los hospitales. Y como esto, con esta cantidad de dinero, es tremendo que no se haya dedicado a resolver estos problemas que nosotros creemos que se podrían haber resuelto con esta ingente cantidad de dinero.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Gracias Sr. Villoria.

El Sr. Portavoz del Grupo Parlamentario Popular.

EL SR. DIAZ GOMEZ: Quiero agradecer las explicaciones del Sr. Consejero y la presencia de todos.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Muchas gracias Señoría.

D. José Parra.

EL SR. PARRA BELENGUER: Gracias Sr. Presidente.

Con respecto a lo formulado por el Sr. de la Sierra. ¿Criterios del Consejo de Gobierno para el Plan de Salud?.

Esos criterios naturalmente existen desde un principio cuando, a través del Consejo de Gobierno, se establece ya en la entonces Dirección Regional de Sanidad, año 1987, lo que debe ser la planificación del mapa sanitario al que hace escasos momentos se ha referido el Sr. Villoria.

Los criterios de Salud obviamente tienen que

ser perfectamente acordes con aquello que es la competencia de la Comunidad, temas de Salud propiamente dichos. La Comunidad hizo naturalmente una planificación sanitaria que existe expresa y explícita en lo que es el mapa sanitario de Cantabria. Mapa sanitario de Cantabria que está dividido -como Usted ya sabe- en una serie de áreas de Salud. Esas áreas de Salud comportan sus dotaciones con recursos humanos, asistenciales; y que por lo tanto, es algo que yo he venido insistiendo constantemente, desde el primer momento, es indispensable que exista una perfecta coordinación o al menos una buena coordinación entre el factor asistencial y el de planificación.

Las actuaciones de desarrollo del Plan, Sr. de la Sierra. Sinceramente he venido desplegando en la comparecencia cómo a través de la Consejería de Sanidad se ha asistido, para el desarrollo de lo que son las actuaciones del Plan, a todas aquellas Comisiones que en el seno del Ministerio de Sanidad permitían analizar problemas puntuales y hacer propuestas al seno del Consejo Interterritorial. Que ratificadas por él vienen a constituir criterios de actuaciones, debiendo o no ser ratificados, según el caso por el Gobierno de la Nación.

Quiero decir, por lo tanto, que se refieren a actuaciones de coordinación a través de las Comisiones respectivas para aquellas actuaciones que se hacen de carácter mixto entre el Ministerio de Sanidad y la Comunidad Autónoma de Cantabria. Me he referido concretamente a dos líneas de actuación para abordar el Plan de Drogas y el de SIDA. Son actuaciones reales.

Actuaciones de desarrollo. Los criterios en base a los cuales se ha configurado, en su día, el Plan Sanitario son evidentemente los criterios generales del Plan de Salud de Cantabria para atender a la población cántabra. Fundamentalmente son criterios que se basan en el carácter propio de la población, a la estructura misma de la población, tanto por su condición natural propia como por el carácter geográfico y socioeconómico de la población; y por otro lado, los criterios que inspiran cada uno de los programas logrando objetivos que dimanen de la Organización Mundial de la Salud. Que a su vez se expresan a través del Consejo Interterritorial en todos y cada uno de los programas específicos del Plan de Salud. Programas específicos del Plan de Salud Pública que desarrollan sistemáticamente la Consejería y que, indudablemente, tiene su expresión -digamos- financiera, de potenciación, a través de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.

¿Cuáles son -pregunta su Señoría en último lugar- los criterios para la inversión en Liencres?. Me va a permitir que deje inicialmente en suspenso esa cuestión, no para dejarla sobre la mesa sino porque, en la respuesta posterior que daré al Portavoz del Partido Socialista Sr. Villoria, tendremos ocasión de abordar conjuntamente esta cuestión que como veo y es lógico sea para Ustedes de preocupación o de interés fundamental. Lo que se refiere al tema de Liencres.

¿Que las razones esgrimidas no son suficientes para que no exista un Plan de Salud?. Lo mismo que en la Legislatura anterior discutíamos tantas veces -en el seno de la Cámara de la Asamblea- sobre sí existía o no un Plan de Carreteras. Aquí hay que distinguir formalmente dos cosas aunque sea una cuestión independiente de la otra; es decir, evidentemente si decimos que existe o no un Plan de Salud, en el sentido de que sea un volumen de alguna manera aprobado en el seno del Consejo de Gobierno, como tal Plan de Salud, como fruto o como expresión de lo que son las actuaciones en una Comunidad Autónoma que tiene esa situación real por las transferencias -no tiene transferencias sanitarias- en cuanto a Asistencia Sanitaria sí. El hecho de que, por un lado, se encuentre así la Comunidad no significa que bajo ningún aspecto que no haya una actuación sanitaria que obedece a una planificación sanitaria y por tanto de hecho y realmente existe un Plan de Salud.

Es decir, si el Plan de Salud como hemos definido al principio de la comparecencia está constituido por los Planes del Ministerio en la Comunidad Autónoma, los Planes Asistenciales propios, los Planes Mixtos de la Comunidad Autónoma y el Ministerio que se vienen a ejecutar, los Planes de Salud Pública de la propia Comunidad Autónoma. Obviamente, toda esa labor se viene ejecutando día a día, se viene realizando día a día; y, por consiguiente, tanto por parte del INSALUD como por parte de la Comunidad Autónoma; por consiguiente, cuando nos preguntamos ¿existe realmente el Plan?. En rigor habría que decir las actuaciones derivadas de la existencia del Plan como tal, actuaciones que obedecen a una planificación perfectamente determinada, ya no en base a competencias sino determinadas lo que son las necesidades reales de la atención sanitaria de la población, claro que existen. Existe la planificación, existen las actuaciones y, por lo tanto, existe realmente el Plan. Se está atendiendo por Sanidad todos los días en Cantabria, como es lógico.

Ahora bien ¿existe formalmente el

documento global que aglutina a todas ellas, aprobado por el Consejo de Gobierno, ratificado y, como consecuencia de las obligaciones derivadas del Gobierno de la Nación, a través del Ministerio de Sanidad?. No. La cuestión es evidentemente no y ¿por qué?. Porque hemos dicho en la comparecencia que todavía no existen los criterios generales que el Ministerio de Sanidad tiene que aprobar en el seno del Consejo de Ministros para que, efectivamente, ellos inspiren esa coordinación global que deberá de hacerse -se supone- en el seno del Consejo Interterritorial en base a la cual se confecciona el documento que pueda llamarse Plan de Salud.

Que independientemente de eso, que al menos es como yo lo entiendo sinceramente, la Comunidad Autónoma tiene documentos de planificación en base a los cuales ejerce su competencia y ejecuta su Plan de Salud, eso es obvio y evidente. A través -como digo- de los programas del propio Departamento, a través de los programas coordinados con el Ministerio de carácter mixto: Droga y SIDA; y, a través de todas aquellas cuestiones puntuales que si en un momento determinado -luego hablaremos de eso- son fruto o no de contraste, de enfrentamiento entre la Comunidad Autónoma e INSALUD o el Ministerio de Sanidad luego lo comentaremos y ampliaremos.

Independientemente de eso es evidente que sí existe la actuación sanitaria que obedece a una planificación sanitaria sin que pueda a eso llamarse formalmente un documento llamado Plan de Salud.

Para la Consejería sería relativamente fácil - todo es relativo en el sentido de que requiere una determinada financiación y por supuesto que requiere un tiempo de ejecución- partiendo de la Ley de Sanidad, dejando aquellas lagunas que, desde la propia Ley de Sanidad y de los propios Decretos del Ministerio, hemos visto que deben ser dejados porque no están definidos todavía no ninguna otra cuestión; aglutinar todos aquellos extremos que hemos definido como lo que debe constituir el Plan de Salud en un único documento; aprobarlo en Consejo de Gobierno, presentarlo en una rueda de prensa y decir a los cántabros aquí está el Plan de Salud de Cantabria. Eso es fácil.

La cuestión de fondo, verdaderamente importante, no es si se pueden aglutinar una serie de documentos en un único volumen o tres, lo importante es que un Plan de Salud autonómico debe por Ley de Sanidad integrarse en unos criterios interautonómicos en relación con el Estado que tiene que ser aprobado por el Consejo de Ministros y que

todavía no ha sido aprobado. No hablemos, por lo tanto, de volúmenes ni de papeles, hablemos de criterios de fondo. Y no estoy criticando, ni mucho menos, el hecho de que en este particular momento, o al menos el que a mí me está tocando vivir, el Ministerio y el Consejo de Ministros hayan todavía o no aprobado definitivamente unos criterios generales por las razones que voy ahora a aportar.

Yo creo que esta cuestión debe quedar clara. En la primera intervención de sus Señorías se reitera, una y otra vez, que no existe, sobre todo el Portavoz del Partido Socialista Sr. Villoria, Plan de Salud; por lo tanto, se está rentabilizando mal el dinero, etc. Luego tendré sumo gusto en contestar al Sr. Villoria. La cuestión hay que cogerla claramente, transmitirla y asumirla tal y como creo que se plantea.

Actuaciones existen derivadas de planificación perfectamente adaptadas a las necesidades reales de población ¿con dificultades y problemas?. Evidentemente.

Documentos existen; actuaciones compartidas con el Ministerio de Sanidad, de carácter mixto como he dicho, existen; actuaciones de coordinación con el Ministerio de Sanidad en el seno de las Comisiones respectivas con respecto al seno del Consejo Interterritorial, existen.

¿Que es lo que no existe?. Toda esa documentación aglutinada en un documento ¿por qué?. A eso llamaríamos Plan de Salud; algunas Comunidades Autónomas claro que tienen ese documento y yo me pregunto ¿para qué sirve?. Únicamente para que los documentos en lugar de estar separados estén juntos y aprobados como voluntad expresa de un Consejo de Gobierno de una Comunidad Autónoma.

El Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Cantabria está ejecutando una política sanitaria que, evidentemente, está expresa en esos documentos. Ahora bien, no puede llamarse a esa aglutinación de material Plan de Salud porque no es una cuestión de nombres, es una cuestión intrínseca y sustancialmente mucho más importante.

¿Cuál es la sustancia de la cuestión? Que para que cualquier Comunidad Autónoma pueda presentarse diciendo que tiene un Plan de Salud ha de estar contando necesariamente y por Ley -la propia Ley de Sanidad y los propios Decretos del Ministerio de Sanidad- previamente con unos criterios generales que van a coordinar todas esas actuaciones

generalizadas de las Comunidades Autónomas y sus caracteres específicos. Las van a coordinar en una armonía de actuación de carácter sanitario. ¡Claro! lo que estoy diciendo eso: el establecimiento de esos criterios generales y de esa armonización conjunta no está definido por el Gobierno de la Nación.

Y me he atrevido a decir más. Y comprendo que no lo esté ¿por qué?. Muy sencillo porque en este momento en España todos sabemos que se está haciendo una reflexión en profundidad sobre el planeamiento de la Salud, sobre la gestión de la Salud, sobre cómo mejor llevar a término las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud como objetivos fundamentales de lo que debe ser la asistencia y mejora de la Salud de los españoles. Por lo tanto, más que correr "deprisa" para determinar el establecimiento de unos criterios le interesa ir avanzando en aquellos territorios que sí van a culminar, seguramente después, en unos criterios armonizados globales que permitan a cada Comunidad establecer su Plan de Salud.

¿Quiere ello decir que cada Comunidad se cruza de brazos y no hace absolutamente nada?. Obviamente no. Y menos que ninguna otra ésta porque tiene sus Programas de Salud Pública, de Coordinación con el Ministerio y porque tiene sus Programas de Asistencia, bien propios o bien coordinados con el Ministerio. Yo creo que esa cuestión debe quedar clara.

Decía el Sr. Villoria que no son razones suficientes para que no se disponga de un Plan de Salud en Cantabria. Yo creo que con la respuesta que doy al Sr. de la Sierra en este punto -Sr. Villoria- quedaría, desde mi punto de vista, suficientemente aclarado.

Sí son razones suficientes porque un Plan de Salud no puede ser independiente, ninguna Comunidad Autónoma quiere que lo sea. Todas las Comunidades tienen en el seno del Consejo Interterritorial expresa voluntad de que los Planes de Salud estén coordinados, integrados y dispuestos de acuerdo a criterios generales. No es aquí quitarse las responsabilidades de encima.

Eso es lógico y razonable al tiempo que se pueda contemplar que cada Comunidad Autónoma tenga y pueda tener naturalmente; pero, a través de los Programas de Salud Pública, sus caracteres de diversificación y de atención especializada para los problemas específicos de esa Comunidad.

¿No son razones suficientes no disponer del

Plan de Salud -insisto Sr. Villoria-?. Entiendo que sí porque si aglutinar -como digo- todo eso en un único documento no serviría de nada, no significaría que tiene Cantabria un Plan de Salud en lo que la Ley define que tiene que ser el Plan de Salud. Como incorporación de los criterios generales que obligan interautonómicamente a todas las Comunidades Autónomas y no están hechos todavía, sí se han aportado los índices como antes expliqué -Cantabria también-, salvo el País Vasco que en uno de los documentos aparece expresamente. Sí han sido aportados los índices por las Comunidades Autónomas, sí han sido elaborados criterios de propuesta, el Consejo Interterritorial ratificó lo que podrían ser esos criterios generales y el Consejo de Ministros todavía no los ha aprobado. Probablemente me aventuro a decir -aún a riesgo de equivocarme- porque efectivamente se está en la revisión a fondo de todo el Sistema Nacional de Salud.

De alguna manera habría que decir en la elaboración que se ha hecho del documento Abril, en los trabajos específicos que en el seno de las Comisiones del Consejo Interterritorial se están haciendo, que se está procediendo a la elaboración de lo que son o han de ser los criterios generales en base a los cuales se formará un Plan de Salud.

Independientemente de eso. Cada Comunidad Autónoma -como digo- tiene sus actuaciones, está realizando sus programas, está realizando sus actuaciones y está haciéndolo coordinada con el Ministerio con más o menos dificultades, con más o menos problemas.

Señalaba su Señoría el hecho del Pacto Autonómico como un criterio político esencial de coordinación y de financiación de carácter solidario. Resaltar, evidentemente, la enorme importancia -como su Señoría ha hecho- de ese Pacto Autonómico y por supuesto la subsiguiente subordinación a los criterios derivados de ese Pacto Autonómico para lograr una mayor coordinación y para lograr una expresión de financiación adecuada del Estado con respecto a las Comunidades Autónomas desde un criterio de solidaridad. Donde ya no sé, ni tampoco es mi misión naturalmente en este momento, es si en el modo de entender esa solidaridad estaríamos tan perfectamente de acuerdo todas las Comunidades Autónomas en la Administración Central y particularmente la Comunidad Autónoma de Cantabria con respecto al resto de las Comunidades Autónomas. No es esa cuestión que a mí me corresponga abordar en esta Mesa.

Dice su Señoría que no hay voluntad de

acuerdo. Sr. Villoria rotunda y radicalmente no puedo aceptar eso, no es cierto. ¿Habría o no acuerdo?. Está por ver pero que no hay voluntad de acuerdo Sr. Villoria no es cierto.

Hay -dice su Señoría- hostilidad, confrontación entre la Comunidad Autónoma y la Administración del Estado. Es un modo de calificarlo, yo prefiero y así lo he venido haciendo sistemáticamente -digo- que lo que hay de hecho es una situación de tensión, ni hay hostilidad ni hay confrontación. Pensar o plantear que pudiera haber hostilidad significaría tanto como estar pensando en una relación y en un Estado Autonómico en que la Comunidad Autónoma de Cantabria tendría que entenderse desde los criterios de independentismo que todos desgraciadamente sabemos que utilizan otras Comunidades Autónomas.

Cantabria no lo ha hecho nunca y tampoco lo está haciendo ahora. No hay hostilidad porque no rige el espíritu del Consejo de Gobierno, muchísimo menos de la Consejería de Sanidad, no está determinado, no está orientado desde los criterios independentistas que en otros ámbitos del Estado sí existen. Hay confrontación, desde mi punto de vista hay una tensión inicial.

Tensión inicial que desde mis primeras actuaciones en la Consejería de Sanidad evidentemente yo he querido romper a todos los efectos. Aquí tengo toda la correspondencia que hasta ahora he venido teniendo con el Secretario General del INSALUD, con el Ministro precisamente, para evitar esos aspectos -digamos- de tensión, esos aspectos de confrontación e irnos al fondo de la cuestión que es lo que interesa. Para mí fue una gran satisfacción cuando asistí en una primera reunión, -no de Consejo Interterritorial sino de alguno modo ciertamente algo informar, todos los Consejeros de las Comunidades Autónomas con el entonces Ministro, Sr. García Valverde-, para presentar, de una manera relativamente privada primero y luego en el seno del Consejo Interterritorial de un modo oficial, el documento Abril. Y la voluntad expresa que había allí por parte de todas las Comunidades Autónomas -y que yo evidentemente expresé en ese mismo sentido- era hacer del tema de la Sanidad una cuestión de Estado, no una cuestión de partido político; no una cuestión de planteamientos más o menos sectoriales independientemente de la solidaridad del Estado general porque eran demasiado graves y lo siguen siendo -como su Señoría sabe perfectamente- los problemas que la Sanidad española tiene planteados como para que podamos hacer en esto ningún tipo de demagogia; ningún tipo de mala orientación en los

diseños de la política tanto Autonómica como del Estado.

Por lo tanto, no puede decirse nunca que hay hostilidad y que no hay voluntad de acuerdo. En absoluto. No, porque lo que se le expresa al Sr. Ministro es todo lo contrario, no me parece adecuado leerles a Ustedes -por aquello de leerles los textos- pero si sus Señorías quieren yo no tengo ningún inconveniente en hacerles llegar la documentación. Donde yo estoy diciendo, inicialmente al Sr. Ministro, me parece que como consecuencia de aquello, que es importantísimo que aquellos problemas que yo veo que existen aquí y que, efectivamente, en el seno de las Comisiones específicas no han sido abordados suficientemente, no han sido clarificados suficientemente; y en todo caso, en algunos de ellos, no a gusto de este Consejo de Gobierno, planteo que evidentemente se abra un periodo global de negociación para que revisemos esas cosas y podamos coordinar perfectamente lo que son acciones de planificación y de asistencia. Esto es lo que yo le digo al Sr. Ministro; el Sr. Ministro contesta en las mismas líneas -desde mi punto de vista- con un criterio absolutamente positivo; y toda mi relación personal después con el Secretario General del INSALUD obedece exactamente a los mismos criterios.

En la última carta que yo hago al Secretario General del INSALUD queda "más que expreso". Donde digo expresamente que, evidentemente, es necesario y estoy presionando por teléfono constantemente que esa Mesa de Negociación se siente. No me diga Sr. Villoria que no hay voluntad de acuerdo, será por parte del INSALUD no por parte de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Independientemente de que pueda haber puntualmente determinados aspectos que efectivamente interpretan la Administración Central y nosotros de modo absolutamente distinto.

¿Que las Comunidades Autónomas -algunas, su Señoría sabe que tampoco todas- tienen Planes de Salud?. Ya le digo tienen documentos aglutinados, publicados, respaldados por un Consejo de Gobierno. Nosotros también, todos los documentos los llevo yo al próximo Consejo de Gobierno y tengo un acto formal en virtud del cual puedo decir en una rueda de prensa "esto es un Plan de Salud".

No, eso es falsear la realidad. Es que el Plan de Salud intrínsecamente tiene que ser autonómico y coordinado y para que eso se haga, como dice la Ley y el Decreto, de una manera globalizada y cuando sean aprobados los criterios por el Consejo de

Ministros.

Su Señoría ha dicho -y ha dicho bien- que han pasado años de ejecución de las actuaciones sanitarias sin que haya un Plan de Salud. No, han pasado años y estamos esperando a que esos criterios aparezcan, ya lo he dicho yo. En cualquier caso, han pasado años y se está ejecutando una planificación sanitaria adecuada en la Región.

¿Que se deben hacer más insistentemente reuniones de la Comisión de Coordinación de Asistencia Sanitaria?. Estoy de acuerdo con su Señoría y es lo que vengo pidiendo yo desde el mes de Octubre, precisamente al Secretario General del INSALUD y estoy esperando todavía que INSALUD me diga que efectivamente está dispuesto a sentarse. A ver si puede ser mañana Sr. Villoria, yo lo estoy pidiendo desde Octubre para que esa Comisión de Coordinación de Asistencia Sanitaria, totalmente de acuerdo con su Señoría que puede ser un ente de diálogo perfectamente bien diseñado, a nivel regional permita que las partes (Autonómica y la parte de la Administración Central) vayan discutiendo y preparando los temas que podrán después ser ratificados por el Ministerio a nivel de Presidente o Consejero con el propio Ministro o el Director General.

¿Por qué todavía esa Comisión no se reúne?. Yo la estoy pidiendo insistentemente. No es la Comunidad Autónoma la que no tiene voluntad de que efectivamente se produzca la coordinación, la solidaridad y todo lo demás. Yo estoy empezando a pensar que pueda ser otra cosa, ¿no será Sr. Villoria que todo Gobierno que esté presidido por D. Juan Hormaechea no interesa a ninguna estructura política o del Gobierno de la Administración Central que pueda efectivamente sentarse a negociar en esa Comisión de Coordinación los problemas de la Asistencia Sanitaria de Cantabria?. Estoy empezando a sospechar que tal vez puedan ir por ahí los tiros porque de lo contrario ya hubieramos ganado 2 ó 3 meses.

¿Dice su Señoría que no se reúne por falta de Autoridad Sanitaria en la Consejería de Sanidad (irrisas)?. Como su Señoría quiera. Yo creo que no existe esa falta de Autoridad Sanitaria ni mucho menos, sinceramente; ¿que si eso obedece a los programas de Salud de la UPCA o de las malas relaciones del Consejero con el Sr. Presidente?, a eso contesté puntualmente ya. Eso está bien para hacer una explotación política de la cuestión pero debo decir lo mismo que ya dije en su día.

Todos los asuntos de Sanidad sometidos al Consejo de Gobierno desde julio de Sanidad son 179 y

todos, sometidos al Consejo de Gobierno desde el mes de Diciembre son 54. La Consejería no ha parado en ritmo ni un instante, en ningún momento, no se ha producido en ese sentido ningún tipo de disfunción, en lo que es el cumplimiento de programas y de criterios acordados de la mesa del Consejo de Gobierno y por lo tanto que es quién ejecuta los programas políticos naturalmente que se hacen en la Región y con el que uno se presenta haya pactos o no. Además que ¿cualquiera diría que los programas de Salud de la UPCA y los del Partido Popular fueran sustancialmente contradictorios?. En absoluto, quedaron absolutamente subsumidos y por lo tanto perfectamente aceptados uno y otro.

¿Que los datos que he dado son de relleno para simular el otro tipo de problemas?. Todo eso yo creo sinceramente que es "decir por decir".

En esta comparecencia se ha pedido el grado de ejecución del Plan de Salud y es lo que estamos abordando. Lo que yo he entendido y si no hágase en una exposición de motivos de modo más preciso es que había que hablar precisamente de esto que estamos hablando, no de un desarrollo y nivel de ejecución de todos y cada uno de los programas puntuales que ya va ejecutando la Comunidad Autónoma, sean mixtos o sean independientes de la propia Comunidad Autónoma. Porque eso es otro tipo de comparecencia que ya había tenido y suponía que eso, a sus Señorías, evidentemente les interesaba menos.

¿Que los criterios son arbitrarios?. Los criterios son subjetivos propios de un Consejo de Gobierno que obedecen a una planificación programática de tipo político y que precisamente para evitar las arbitrariedades, que de ahí se pudieran deducir en aquello que es interés común del Estado, es por lo que se está requiriendo que existan esos criterios generales que todavía no existen. Esto es abordar -creo yo- las cosas con seriedad.

¿Q¿Que la política de gasto es arbitraria?. Está claro y aquí es donde se aborda la cuestión. ¿Se está produciendo un gasto importante en el hospital de Liencres?. Que duda cabe, discúlpeme Sr. de la Sierra, retomo ahora esa última cuestión a la que no había dado respuesta en su momento.

¿Se estaba haciendo un gasto importante en el hospital de Liencres de un modo arbitrario, de acuerdo con criterios arbitrarios?. Yo rechazo esos adjetivos evidentemente, para decir y sustituirlos por criterios subjetivos dimanados de un Consejo de Gobierno de acuerdo con un programa político. ¿Si eso

es para Usted arbitrario?. Está claro que todos los Gobiernos de todas las Comunidades Autónomas están ejecutando o no en Sanidad criterios arbitrarios. Porque si hablamos de coordinación habrá que sentarse; porque si hablamos de cooperación habrá que sentarse; y, si hablamos de coordinación y cooperación, evidentemente lo que sí tiene claro este Gobierno de Cantabria es que va a hablar de coordinación, de cooperación pero desde, también, un criterio de financiación y que no sea esto base para suponer que el Gobierno de Cantabria piensa en la Sanidad desde criterios estrictamente economicistas. Esta misma acusación la podríamos extrapolar a otras esferas mucho más importantes que afectan al Estado y su Señoría lo sabe.

¿Que no hemos hablado de integración de APD?. Tampoco veníamos a hablar de eso, en cualquier caso claro que es una de las cuestiones que está para mí, desde mi criterio como Consejero de la Sanidad, con carácter prioritario a tratar porque es fundamentalmente y es una convicción a la que evidentemente he llegado. Una cuestión de enorme importancia para refuerzo y planificación de la atención primaria que va a su vez a hacer posible que los hospitales tomen otro cariz. Valdecilla, Liencres, Laredo, cualquiera, mañana Torrelavega.

Me habla su Señoría de una cuestión en la que yo tengo que darle toda la razón pero que sinceramente no me dice nada nuevo. Porque en esa primera reunión que le digo a su Señoría, cuando fue presentado el documento del informe Abril, hice constar al entonces Ministro Sr. García Valverde la diferenciación entre paciente social y paciente sanitario. Su Señoría tiene toda la razón, hay montones de enfermos que están ocupando camas de hospitales que probablemente ni son enfermos ni, desde luego, tienen que estar en camas de hospitales. Este es un problema profundamente grave de coordinación entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Asuntos Sociales, es cierto, yo lo sostengo y lo defenderé en todo momento y en todo momento lo he hecho notar en conversaciones privadas con el Secretario General del INSALUD y también en el seno del Consejo Interterritorial.

¿Es cierto que la Sanidad española está cargando con un peso específico de carácter social que evidentemente confunde lo que propiamente es la atención sanitaria de la asistencia sanitaria?. Totalmente de acuerdo, ese no es problema de las Comunidades Autónomas, es un problema de coordinación a nivel de Gobierno de la Nación, entre Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad. Claro que sí o al menos así lo entiendo yo.

¿Que con el dinero de Liencres se podría resolver todos los problemas sanitarios de Cantabria?. Eso no se puede decir, es que Usted me está aceptando por principio -y lo entiendo que esa actitud se pueda asumir- que la Comunidad Autónoma de Cantabria tiene que resolver los problemas financieros del INSALUD en Cantabria. Ese criterio es inaceptable y, desde luego, sí así fuera no hay manera de entenderse. ¿Por qué?. Porque eso supone que aquello en lo que Cantabria todavía no tiene competencias - que es la Asistencia Sanitaria- debe ser sufragado por los propios cántabros, entonces ¿qué cuota de participación tenemos nosotros en los fondos del Estado, en lo que se refiere al INSALUD?. No.

Otra cosa muy distinta es que, volviendo con seriedad y rigor a los criterios de coordinación y de cooperación, si haya una predisposición inicial de aproximación de partes para que un problema que es realmente serio y grave, en esa aproximación de partes, se puedan flexibilizar posturas para alcanzar términos medios. Liencres no puede tener concertadas camas/día a 3.200 pesetas -su Señoría lo sabe-; el costo supone 20.000 pesetas, más o menos, ¿debe en rigor pagarlo el INSALUD?. Así tomando literalmente en expresión de competencias, la realidad, la Ley y las obligaciones, tendría que hacerlo. Eso evidentemente si es una actitud que adoptarán por igual todas las Comunidades Autónomas el "crac" nacional en los temas de Sanidad. Perfectamente claro, no es esa la situación, no es esa la postura. Es corresponsabilidad de todos en el Estado; por lo tanto, entendámonos, veamos que esfuerzos de conjunto podemos ir haciendo; veamos que planificación de aproximación podemos ir haciendo. Esto es lo que está diciendo la Comunidad Autónoma desde el mes de octubre.

Así que las frases fáciles tienen como es lógico su lugar en la política. Su efecto ¡que duda cabe; pero está claro en este caso, al menos desde mi punto de vista, que no responden en absoluto a lo que es la auténtica realidad de la cuestión.

La auténtica realidad de la cuestión es 1. Liencres está siendo concertado cama/día 3.200-3.500 pesetas; 2. La Salud Mental está, en lo que atiende y asiste la Comunidad Autónoma de Cantabria, costando 750 millones de pesetas/año a la Comunidad Autónoma de Cantabria y 3. En este momento, la Comunidad Autónoma de Cantabria está queriendo hacer una dotación sanitaria de buen orden pensando en que ese puede ser un instrumento importante no sólo para la Salud de los cántabros sino también para una proyección de futuro de la propia

Cantabria. ¿Por qué?. Porque cuenta con un hito nacional en la Sanidad que es Valdecilla.

Entonces se me dirá ¿por qué no se instala la "alta tecnología" en Valdecilla y cosas similares? y ¿por qué no nos sentamos a la mesa y empezamos a hablar -digo yo-?. Lo que no acepta este Consejo de Gobierno es que, como hasta ahora ha venido sucediendo, la Comunidad Autónoma de Cantabria tenga que seguir sufragando y, de alguna manera sustituyendo, aquello que son obligaciones del Estado para esta Comunidad Autónoma no para el Gobierno Hormaechea, para los cántabros; y, por lo tanto, es bueno que, en la medida que sea posible, se produzca como es natural la aproximación, el estudio real de cada uno de los problemas, el análisis buscando soluciones concretas y estoy seguro que si eso se hubiera hecho ya hace mucho tiempo habríamos avanzado notablemente. Porque no es una cuestión de actitud ni probablemente siquiera, en todo ni mucho menos, una cuestión de recursos; tal vez sea una cuestión de estrategia política que prefiero naturalmente ignorar para poder tener la fuerza moral suficiente de seguir luchando para que esa Comisión - a la que su Señoría se refiere- se siente de una vez.

Gracias Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Muchas gracias Sr. Consejero.

Tengo que hacer una advertencia en cuanto a la observación del Reglamento. En el art. 168.2 se dice "después de la exposición oral del Consejo de Gobierno podrán intervenir los representantes de cada Grupo Parlamentario por diez minutos fijando posiciones, formulando preguntas o haciendo observaciones, a las que contestará aquél sin ulterior votación".

Esta es la fase que se ha producido hasta ahora y entramos en el punto 3 del art. 168 "en casos excepcionales, la Presidencia podrá, de acuerdo con la Mesa y oída la Junta de Portavoces, abrir un turno para que los Diputados puedan escuetamente formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada. El Presidente, al efecto, fijará un número o tiempo máximo de intervenciones".

Esto quiere decir que generalmente, de una forma costumbrista, se hace una segunda intervención en las comparencias de los Consejeros. Lo cual yo en este momento no voy a prohibir ni mucho menos pero sí creo que la Mesa autorice a una intervención excepcional -creo que estén de acuerdo los dos componentes de la Mesa y la Junta de Portavoces, al

respecto, también esté de acuerdo-. Sí que voy a hacer una limitación en cuanto al tiempo, son ya las doce horas, hay una segunda comparecencia y aparte de eso hay una Ponencia posterior sobre la creación del Consejo Económico y Social.

Tres minutos por cada Portavoz. D. Rafael de la Sierra tiene la palabra.

EL SR. DE LA SIERRA GONZALEZ: Gracias Sr. Presidente.

Yo creo que tengo mala suerte con el Sr. Consejero porque, realmente, no me ha contestado, de nuevo, a lo que he preguntado.

Llegamos un poco al debate que tuvimos en la otra comparecencia. Es decir, los criterios generales, sí que me entero de que los criterios existen desde 1987; que están basados en la población, cosa lógica si hablamos de un Plan de Salud; y, por otra parte, que están dentro de las competencias autonómicas, cosa también bastante lógica cuando hablamos de una Consejería. Pero no he conseguido que Usted me diga ¿cuáles son los criterios que presiden las negociaciones o la elaboración de un Plan de Salud?.

Si algún día analizamos detenidamente su contestación en cuanto a lo que es la planificación en el tema de Salud de la Comunidad Autónoma, tenemos una nueva teoría de la planificación; es decir, nunca una planificación lógicamente se puede basar en actuaciones a través de programas. Los programas, precisamente, se derivan de una planificación previa, de unos objetivos generales previos que es lo que yo le estoy preguntando.

¿Que ocurre en la práctica?. Que no existen y así los programas, que son los que en teoría parece ser que representan los objetivos generales y el Plan, resultan de manera arbitraria, responden a impulsos, ocurrencias o responden a ideas; pero, en todo caso, no se integran dentro de lo que tiene que ser un Plan General elaborado previamente. Eso me parece que es muy importante.

Asimismo este mismo criterio se ha aplicado a la contestación sobre el hospital de Lienres. Se nos ha hablado de costes de camas, de lo que es el hospital, pero tampoco se me ha dicho lo que he preguntado; es decir, ¿qué criterios generales han hecho que se desarrolle el hospital de Lienres -dentro de lo que es la actuación de Salud en la Comunidad Autónoma?, ¿qué criterios existen en este momento sobre ese Hospital y sobre su futuro?.

Tampoco se me ha dicho absolutamente nada en cuanto a esos criterios generales. Yo insisto en que existen criterios generales, programas, actuaciones, ideas pero no se dicen. Lo que quiero saber, si puede ser, porque si no tendré que pensar evidentemente que no existen cuáles son los criterios generales de actuación de la Consejería, actuaciones prioritarias, objetivos básicos, prioridades de la Consejería, sistema de colaboración, ámbito; es decir, ¿criterios generales de actuación dentro de cuyos criterios luego se articulan los programas?.

Ni en la comparecencia anterior ni en ésta he tenido la suerte de conocerlos. La verdad es que estoy verdaderamente interesado.

Nada más y muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Muchas gracias Sr. de la Sierra.

Sr. Villoria tiene la palabra.

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

Me sumo a las palabras que acaba de expresar el Sr. Rafael de la Sierra.

No existe un Plan. El hecho de que haya ese refrito de poner las cosas juntas -esos documentos- no sabemos si esos documentos dan las expectativas a los estudios que deberían hacerse; son estudios que no se han hecho con un Plan para responder a unas expectativas por lo tanto es un poco la pescadilla que se muerde la cola. Realmente no existe un Plan de Salud formal, no sé si existirá informalmente desde luego.

Puede ser un tema de debate después en la siguiente comparecencia pero si no existen esos criterios generales que parece que Usted necesita imperiosamente, creo que los debe pedir en el Consejo Interterritorial sencillamente en la próxima comparecencia. Me imagino si es así, alguien lo habrá planteado que se necesitan o por qué no se necesitan o qué hacer entremedias; quiero decir lo que no podemos estar es en la inactividad.

¿Que existen actuaciones?. Sí y voy a citarlas en sentido contrario lo que son falta de actuación. Hay un problema real -me refiero a actuaciones asistenciales-, ha comentado el Sr. Consejero que mientras tanto se siguen haciendo cosas, realmente es así, faltaría más pero quiero decir que en esas actuaciones hay una descoordinación y por lo tanto

hemos tenido problemas en cuanto a vacunaciones de niños y de la hepatitis B. Ha habido ese problema; también por descontrataciones de médicos interinos, el caso de Valdáliga es un exponente de esto que acabo de decir. Por lo tanto, necesitamos una mayor coordinación y parece que dentro de la política de ahorro de la Consejería

yo creo que a lo mejor esto el Sr. Consejero no lo conoce porque está a lo mejor a un nivel mucho más por debajo; pero que realmente es un criterio en el cual no gastar dinero a ver si pasa algo y resulta que si hay algún problema es cuando se resuelven las cosas.

No entro en las diferencias que pueda haber entre Usted y el Consejo de Gobierno a la hora de diseñar la política autonómica. Pero creo que, desde el año 1987 para acá, es una política en la cual está la confrontación, la hostilidad, el victimismo.

En cuanto a la copia de los documentos. Le agradecería si no son confidenciales, etc, que se me pudieran remitir, estoy interesado en conocer su contenido.

En cuanto a que Usted contestó puntualmente. Yo no he visto la contestación puntual a la falta de relación, a la mala relación con el Consejo de Gobierno.

Criterios subjetivos, arbitrarios. Los criterios subjetivos -dice que no son arbitrarios- venía a decir que son del Consejo de Gobierno. Rechazo ese punto de vista, el Consejo de Gobierno podrá tener unos criterios políticos de acuerdo con una política. Yo preguntaba si esa es la de UPCA o del PP pero no puede tener unos criterios subjetivos, es un problema de semántica tal vez pero yo lo reflejaría que tendrá unos criterios políticos. Entonces, siempre estamos preguntando cuáles son esos criterios y no se nos explican.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Sr. Villoria han pasado los tres minutos.

EL SR. VILLORIA DIEZ: Finalizo.

Ponía el ejemplo de que en la "alta tecnología" yo pedí un informe de cuáles eran los criterios técnicos. Usted dijo que sí que tenían lo dijo aquí en la presentación del programa del mes de noviembre y a mí se me ha escrito diciendo los criterios del Consejo de Gobierno. Yo estaba pidiendo el informe técnico, quién firmó que la alta tecnología habría que ponerla en Liencres y no en Valdecilla y se me ha dicho que no, que por decisión del Consejo de

Gobierno. Quiero decir que pregunto una cosa y no se me contesta a lo que pregunto. Pongo de manifiesto que eso pasa así.

Como no existe un Plan, en estos momentos los 5.000 u 8.000 millones de pesetas -no se sabe muy bien, no se sabe lo que se ha gastado ahí-, Usted quedó en la Comisión de Política Social en noviembre en explicarnos ¿cuál era el Plan de Liencres?. Usted comentó -creo recordar- que antes lo tenía que presentar al Consejo de Gobierno para luego traerlo, no lo ha presentado y hemos tenido por lo tanto que presentar una interpelación para que venga a la Cámara a contarlo. Eso ha sido una consecuencia, pero ese dinero no sabemos para que es, no hay un Plan, no sabemos si es para privatizarlo, para ahora tirar el pabellón y volverlo a construir, etc.

En cuanto al costo de la cama. Usted sabe que se transfirió con toda la financiación para el capítulo de personal, etc cuando se transfirieron esos hospitales: el hospital Victor Meana y el de Santa Cruz de Liencres con el porcentaje. Yo creo que sí.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): D. Jesús Díaz ¿quiere intervenir?.

Muchas gracias Sr. Díaz.

El Sr. Consejero tiene la palabra.

EL SR. PARRA BELENGUER: Gracias Sr. Presidente.

Sr. de la Sierra no tiene Usted evidentemente ninguna precaución con el Consejero de Sanidad, no le respondo a sus preguntas -dice Usted- como en la anterior comparecencia. Yo no recuerdo que fuera así, en cualquier caso yo intento responder, naturalmente, en base a lo que es la formulación de su pregunta.

¿Quiere conocer los criterios generales?. Yo vuelvo a insistir, defínase bien. Defínase, en la exposición de motivos, que se pretende que venga a contar el Consejero en una comparecencia. Lo que tampoco puede hacerse, bajo ningún concepto, es decir "venir a hablar de la Consejería". Ahí entra todo, no son las cosas así.

Hemos venido a hablar del estado de ejecución del Plan de Salud y de hecho hemos hablado. Su Señoría se interesa por los criterios generales, ya le digo los criterios generales de la planificación sanitaria que vienen siendo expresados a

través de todas las actuaciones sanitarias que desde el 1987 se viene produciendo en la Comunidad Autónoma están absolutamente expresos en toda clase de documentación que ha sido pública ya.

¿Que criterios generales son esos?. Evidentemente lograr una mejor atención sanitaria y salud de los cántabros. Ese es el objetivo fundamental porque no se entiende la calidad de vida desde la Organización Mundial de la Salud sino es tomando a la Salud como elemento prioritario en cualquier país desarrollado o en vías de desarrollo.

¿Cuáles son los criterios generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria?. En aquello que son sus competencias, realizar y ejecutar sus competencias y es lo que viene haciendo.

¿Qué criterios son esos?. Los que se refieren a la planificación del mapa sanitario y he dicho básicamente cuál es el mapa sanitario, está cumplido y en niveles de ejecución. INSALUD tiene que ejecutar todavía Centros de Salud y la Comunidad Autónoma, probablemente, algún Consultorio Rural. Es a lo que se refiere la atención de dotar de los recursos e instrumentos necesarios para que, efectivamente, la Salud del cántabro pueda estar debidamente atendida. Son criterios generales: planificación, confección del mapa sanitario y un Plan de Salud Pública al que me he referido y desde el que, en una comparecencia específica de 6 de noviembre, dí puntual detalle de cada uno de los programas de ese Plan de Salud Pública.

¿Con qué criterios?. Los criterios propios y específicos de cada uno de sus programas, no me parece que sea misión en esta comparecencia volver a citar todos y cada uno de los criterios y objetivos de cada uno de esos programas que constituyen el Plan de Salud Pública.

¿Criterios generales de las actuaciones mixtas con el Estado?. Drogas y SIDA fueron expuestas en su momento también y también me he referido a ellos. Existe la planificación que les he contado a su Señoría en relación con el Ministerio para uno, el Plan Nacional de Drogas; y, para otro, el Plan Nacional de SIDA. Existen la coordinación, la cooperación y las actuaciones correspondientes.

¿De acuerdo a qué objetivos?. A un objetivo de información, objetivo de control, objetivo de asistencia y en lo posible de reinserción, si citamos a los dos programas. En el tema del SIDA desgraciadamente la reinserción es bastante más dificultosa, como su Señoría se puede imaginar.

Esos son los criterios. Esos criterios generales obligan a una serie de medidas técnicas que definen mejor unos objetivos de los que derivan una serie de actuaciones técnicas que son los que dan cuerpo al programa y eso es lo que se viene ejecutando.

Si el Sr. Presidente me lo permite ¿Sr. de la Sierra se refiere Usted a eso?. Con muchísimo gusto yo le haré llegar a su Señoría todos y cada uno de los objetivos y criterios generales del Plan de Salud Pública de los Programas Mixtos y del Plan de Sanidad de Cantabria, si es que su Señoría se refiere a eso. No me gustaría dejarle insatisfecho en su inquietud.

EL SR. DE LA SIERRA GONZALEZ: Me temo que voy a quedar insatisfecho.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Sr Consejero yo desearía que esa pregunta la hicieran Ustedes después de la comparecencia.

EL SR. PARRA BELENGUER: ¿Criterios de Liencres?. El criterio de Liencres primero es el de reformar la estructura de ese hospital en base a obtener 296 camas disponibles para una atención de media y larga estancia.

Se ha dicho en esta Sala, por el Sr. Villoria creo recordar, que nosotros hemos ido variando de un criterio a otro. Yo creo que no hemos variado en ningún momento, siempre hemos dicho lo mismo y siempre hemos sostenido, no obstante, que no queremos bajo ningún concepto que Liencres sea un geriátrico; es decir, precisamente a ese defecto al que se ha referido -me parece que ha sido el Sr. Villoria- para citar que hay un problema de asistencia social que no es de asistencia sanitaria. Totalmente de acuerdo.

Criterio de Liencres. No queremos que Liencres sea un recinto para atender problemas sociales que no sanitarios. Está muy claro, reforzar los servicios que ya tiene y, como ha sido expresamente dicho al Secretario General del INSALUD, coordinar con el INSALUD en función de la prospección de futuro que se tenga para Cantabria, con respecto a Valdecilla, que misión debe de cumplir o se espera que cumpla Liencres con respecto a Valdecilla. Otro criterio fundamental, estoy hablando de los fundamentales. Ese como ve Sr. de la Sierra son criterios esenciales con la mejor disposición para intentar que Liencres efectivamente cumpla lo que siempre ha dicho el Consejo de Gobierno no ser un sustituto de Valdecilla. Eso es inasumible, si quiere marginal, sino ser un instrumento cooperador de

Valdecilla en la Salud de todos los cántabros, eso sí. Ahí tiene Usted el criterio. Para eso habrá que resolver problemas concretos y particulares de la estructura del hospital, funcionamiento e incluso de planificación del hospital, de acuerdo a como se encuentra la Sanidad en este momento en España a todos los niveles.

¿Criterios de gestión?. Nadie ignora que el informe Abril plantea la necesidad -y luego veremos en el seno del Consejo Interterritorial- de abordar otro tipo y estilo de gestión que permita una mayor rentabilidad de los recursos, tanto materiales, técnicos, como humanos.

¿Por qué el Gobierno de Cantabria no puede estar reflexionando sobre los criterios de gestión del hospital de Liencres?. Lo está haciendo, eso no prejuzga que no se tiene ningún criterio, según vengan dadas haremos. En absoluto, el Consejo de Gobierno está también reflexionando sobre lo que pueden ser los sistemas de gestión de Liencres. Claro está como imagino que el hospital Valdecilla estará haciendo también. Por lo tanto, tanto criterios generales como criterios con respecto a Liencres.

¿Alta tecnología?. De la alta tecnología he dicho claramente que es un instrumento decidido por el Consejo de Gobierno para que Cantabria tenga una dotación de instrumentos de diagnósticos e incluso de tratamiento mucho más adecuados que hasta ahora ha tenido; y pudo haberlos tenido un hospital que efectivamente nadie discute, ni en el Ministerio ni en ninguna parte se discute que el hospital Valdecilla debería estar dotado de esos medios.

¿Por qué no lo ha estado hasta ahora?. El Gobierno de Cantabria ha decidido que lo esté, que lo esté el cántabro, el hospital no es instrumento de nuestra gestión en líneas generales, no es responsabilidad nuestra; por lo tanto, "la alta tecnología" se ha dotado a propósito de la remodelación global del hospital de Liencres, se ha situado en el hospital de Liencres y me consta que no es sustancialmente importante para el Ministerio de Sanidad que esté en Liencres o que esté en Valdecilla ¿sí no jugamos al gato y al ratón ¡claro está!. Yo estoy convencido de que no.

Esa "alta tecnología" tiene la misión de colaborar con el hospital de Liencres dotándole de unos medios realmente importantes en el tratamiento de diagnóstico y en el tratamiento de asistencia de determinadas enfermedades.

En eso la Comunidad Autónoma está haciendo esfuerzos, pretende que a él tengan acceso

todos los cántabros, sean o no beneficiarios de la Seguridad Social, naturalmente con la corresponsabilidad correspondiente en el sentido de que si hay una cuota que un enfermo tiene que pagar lo hará en función de sus posibilidades económicas. Y si no saldrá compensando la propia Comunidad Autónoma para quien no sea beneficiario de la Seguridad Social. Tendría el hospital Valdecilla un instrumento perfecto para sus necesidades de diagnóstico y tratamiento que distan escasos kilómetros uno de otro y además con accesos -que ya dije también en su día- específicamente planificados para esa mayor funcionalidad.

Yo creo que por lo tanto, con lo que respecta al Sr. de la Sierra al tema de los criterios, sinceramente que está perfectamente claro, que han sido expuestos, que están en vigor y que están funcionando. Que la Comunidad Autónoma de Cantabria y el Gobierno de Cantabria asume esos criterios y los está ejecutando a todos los niveles.

Sr. Villoria. Vuelve su Señoría con que no existe el Plan. Aunque parece ser que ya es práctica habitual entre los Grupos Políticos de la Asamblea que las respuestas, como uno está dirigido en cierto modo a sostener una determinada tesis, da igual lo que se diga o no. A mí parece muy bien que el Reglamento de la Asamblea prevea al Sr. Presidente que efectivamente haya un tuno -digamos- de réplica para aclaraciones de preguntas pero yo entiendo sinceramente que no sirve para nada.

¿No existe el Plan?. Lo niego rotundamente, si de frases se trata y hablarlo con rotundidad tengo que decir ¿no existe el Plan?. No es cierto, existen la planificación, los objetivos derivados en esa planificación, los criterios de la planificación, las actuaciones derivadas de la planificación, y se están ejecutando. El Plan como un volumen integrado no existe ¿por qué?. Porque el Gobierno de la Nación no ha establecido lo que por Ley tiene que establecer para que pueda existir un Plan.

Dice su Señoría -eso ya es prejuzgar y evidentemente yo tengo que rechazar de entrada- que los estudios no se han hecho de acuerdo a una planificación determinada. Supongo que su Señoría se refiere a los estudios que los distintos Servicios Técnicos de la Consejería de Sanidad han hecho a requerimiento de las conclusiones adoptadas en el seno del Consejo Interterritorial para recabar todos aquellos datos y material que es necesario para que se tomen propuestas que se elevan al Consejo Interterritorial y sean ratificadas por el Consejo Interterritorial. Su Señoría sabe que en ese Consejo

Interterritorial está el Ministerio de Sanidad, otros Ministerios, todas las Comunidades Autónomas. Yo creo que esa afirmación evidentemente es inasumible.

1º. Porque quien establece la planificación es el Ministerio de Sanidad. Su Señoría está pronunciándose en que no hay planificación para recabar esos datos que lo hace el propio Ministerio de Sanidad.

2º. Recabados los datos. Todo el personal técnico de la Consejería, al que me deben mayor respeto en cuanto a personal técnico se refiere ¡claro está!, desde el punto de vista técnico estrictamente, cumple su labor perfectamente -lo he dicho en la comparecencia- facilitando los datos al seno de la Comisión que va en propuestas a la Comisión Interterritorial.

Por lo tanto, inasumible ese planteamiento que hace su Señoría.

¿Que ha habido problemas de vacunaciones?. Por favor, ¿y eso qué?.

¿Que ha habido problemas con respecto a médicos e interinos?. Bueno, ¿y eso qué?.

Su Señoría tiene responsabilidades como es lógico de dirección departamental, yo también. Su Señoría y yo seguro que estamos preocupados todos los días y a todas las horas, factibles al menos en el día, en resolver entre otras cosas problemas concretos que se presentan todos los días. El hecho de que hayamos tenido problemas con las vacunaciones ¿quiere decir que no hay actividad en la Consejería de Sanidad?. Que diríamos entonces del Gobierno de la Nación que tiene problemas obviamente, todos los días, de responsabilidad nacional. Eso es inaceptable.

¿Que ha habido problemas en vacunaciones?. Claro, ya están resueltos. ¿Que ha habido problemas con interinos?. Claro, están en vías de estudio y de solución que no es tan fácil, su Señoría lo sabe.

Su Señoría pidió criterios técnicos. Su Señoría no recuerda la pregunta, se la voy a recordar yo porque la verdad es que la estuve analizando porque era interesante. ¿Qué criterios aconsejan instalar en Liencres y no en Valdecilla la "alta tecnología"?. ¿Cuando he dicho yo eso Sr. Villoria?, ¿en algún momento lo ha dicho el Consejo de Gobierno?. En ninguno. Usted no tiene necesidad de formular esa pregunta, en absoluto.

¿Qué criterios técnicos puede haber para

decir que un hospital como Valdecilla no tiene que tener alta tecnología? pregunto yo como hipótesis. Ni un loco podría atreverse a afirmar semejante resolución. Claro que tiene que tener el hospital de Valdecilla la alta tecnología, el asunto es ¿por qué no los tiene?. Por lo tanto, el Consejo de Gobierno le dió la respuesta que consideró más adaptada a una pregunta que, evidentemente, era obvia de naturaleza.

Si su Señoría se refería -como me ha parecido deducir del ejemplo citado- a ¿que informes técnicos había que justificaran o avalaran la conveniencia de contar con alta tecnología?. Eso es lo que yo dije que sí había. Criterios técnicos que informaban y avalaban sobre la conveniencia de contar con esa "alta tecnología" en la Comunidad Autónoma. ¡Pero hombre, qué criterios técnicos además que se instalen en Liencres o Valdecilla!, ninguno. Claro que es bueno que Valdecilla tuviera lógicamente la alta tecnología ¡jojalá!. Ese es un desiderátum como sabe su Señoría imposible lo tuvieran todos los grandes hospitales de España, que no lo tienen su Señoría lo conoce bien.

Afirmaba que no se sabe lo que se ha gastado en Liencres. Eso no es así, puntualmente se sabe lo que se gasta en Liencres, perfectamente definido y esperando que tenga el mejor resultado para la atención sanitaria en la Región.

-Repito e insisto-. Expreso interés de la Comunidad Autónoma, reúname como su Señoría Sr. Villoria ha dicho la Comisión y en el seno de esa

Comisión vayamos puntualmente a abordar cada uno de esos problemas para resolver muchas de las cuestiones pendientes que tenemos en Sanidad en la Región.

Gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Muchas gracias Sr. Consejero.

Termina esta primera parte de la comparecencia. Yo pido que tengamos cinco minutos de receso mientras el Sr. Consejero prepara la documentación y para otra serie de cosas.

(Se interrumpe la Comisión a las doce horas y veinticinco minutos).

(Se reanuda la Comisión a las doce horas y cincuenta minutos).

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Continuando con el Orden del Día, pasamos al Punto 2.

Comparecencia, a propuesta de tres Diputados del G.P. Socialista, del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ante esta Comisión, a fin de informar sobre el Consejo Interterritorial para el Sistema Nacional de Salud (art. 168 del Reglamento de la Asamblea).

El Sr. Consejero tiene la palabra.

EL SR. PARRA BELENGUER: Gracias Sr. Presidente. Señorías.

De la manera más directa posible y breve. Con respecto a lo que se solicita yo he entendido que debo hacer una puntualización previa y distinción. Informar sobre el Consejo Interterritorial para el Sistema Nacional de Salud no es -entiendo dicho así de modo genérico- misión que compete a ningún Consejero de ninguna Comunidad Autónoma como miembro Vocal que es de ese Consejo Interterritorial; pero, evidentemente, sí entiendo que es apropiado que lo haga con respecto a todas aquellas propuestas o asuntos que de modo especialmente significativo afectan, dada una situación determinada en cada Comunidad Autónoma, a la propia Comunidad Autónoma.

En este sentido he entendido el planteamiento de la comparecencia y a ello me voy a referir como es lógico también suponiendo una selección, que por mi parte me he permitido hacer, de

aquellos asuntos que yo considero que son más esencialmente importantes tratados en el seno del Consejo Interterritorial, con respecto a temas derivados de planificación o asistencia sanitaria independientemente con respecto a la Comunidad Autónoma de Cantabria.

He utilizado básicamente y creo que esto es conveniente que sus Señorías tengan noticia de ello por la referencia de la documentación básica que sirve de información, que son las Actas correspondientes del Consejo Interterritorial concretamente y las que a mí me afectan en esa responsabilidad. Las del 9 de setiembre de 1991, 18 de diciembre de 1991, 16 de marzo de 1992, respectivamente.

Ciñéndonos a ello. Me ha parecido conveniente especialmente destacar los siguientes asuntos para informar a esa Sala.

Informe de la Comisión de Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora del Sistema Nacional de Salud. Asunto evidentemente que como sus Señorías conocen es preocupante para toda la Nación desde el punto de vista de que se pretende - como decía ya anteriormente- una reflexión sería y en profundidad sobre lo que deba ser el Sistema Nacional de Salud y sobre lo que signifique de consecuencias. Como iremos viendo en el ámbito no solamente de la planificación sino de la gestión y del aprovechamiento de los recursos, tanto técnicos como humanos. Quiero hacer notar que en este Consejo Interterritorial Cantabria se expresaba, por mí mismo, de la siguiente manera, después de expresarse cada Comunidad

Autónoma al hilo de intervenciones -la mía fue la segunda o la tercera creo recordar expresada de la siguiente forma-.

Consideraba que sería oportuno que las Comunidades Autónomas que todavía no tienen transferidas -leo textualmente- la Asistencia Sanitaria, con ocasión de este documento y de esa reflexión en profundidad del Sistema Nacional de Salud en todos sus aspectos, pudieran ya asumir determinadas medidas organizativas de colaboración fundamentalmente en temas de gestión y de relaciones laborales. Cree en la necesidad de contemplar el documento presentado con los objetivos de un Plan de Salud y en lo imprescindible de clarificar los ámbitos de asistencia específicos entre los departamentos de Sanidad y de Asuntos Sociales, los esfuerzos de las distintas Administraciones Sanitarias deben ir dirigidos a una colaboración en las actuaciones. Esa fue mi intervención con respecto al tema de presentación del documento.

Como ven sus Señorías ya en aquella fecha para señalar lo que fue el inicio del criterio político de la mesa del Consejo de Gobierno y de la propia reflexión de la Consejería a este respecto. Se quería destacar, de modo especial, que no se podía hacer una reflexión seria y en profundidad del Sistema Nacional de Salud desde la base estricta -otra cosa es que puedan convivir conjuntamente las competencias y el estado de competencias tal y como se encuentra-; pero esa reflexión sería requería, desde nuestro punto de vista, abordar el tema en profundidad, no desde el ámbito estricto competencial sino desde otros ámbitos, otros verbos, otras líneas de actuación que permitieran de verdad una acción de colaboración, de coparticipación o mejor dicho de asunción, incluso de responsabilidades en temas de gestión y en temas de relaciones laborales.

La cuestión especialmente clave es ¿que pasa con el régimen de personal que tiene que ejecutar la Asistencia Sanitaria?. Eso va a suponer una línea de confrontación dura, difícil, en lo que se refiere a la transformación, aplicación o adaptación del Sistema Nacional de Salud -como se quiera decir- y Cantabria estaba dispuesta y así lo manifestó en el seno del Consejo Interterritorial. Ha de dialogar con aquellas autoridades nacionales y territoriales que pudieran establecer un plan conjunto de colaboración para transformar precisamente el régimen que pueda dirigir el personal sanitario con el fin de que los asuntos de gestión y de asistencia sanitaria vinieran a conseguir los objetivos sanitarios y de contención de gastos económicos, necesarios dentro del Sistema Nacional de Salud. Esta fue la expresión de la Comunidad

Autónoma.

Así fue también -como antes me he referido y ahora lo ven sus Señorías expresamente- en la necesidad de contemplar el documento presentado con los objetivos de un Plan de Salud y en lo imprescindible de clarificar los ámbitos de asistencia específicos entre el departamento de Sanidad y Asuntos Sociales. Porque todos -creo- estábamos absolutamente convencidos -todas las Comunidades Autónomas como antes ya me he referido-, que gran parte de los problemas de la Sanidad no son problemas estrictamente sanitarios sino de asuntos sociales.

Esta declaración de principios que hizo Cantabria -yo creo que el resto de las Comunidades Autónomas se expresaron más o menos en el mismo sentido-; y, por lo tanto, ahí quedó como expresión de lo que realmente pretendíamos hacer en la reflexión seria y profunda sin entrar en disquisiciones de política de partido más que aquéllas que lícitamente y lógicamente podrían derivarse a la hora de determinar si una asistencia estrictamente pública, si una gestión estrictamente pública o si una gestión mixta o una asistencia que hiciera compatible el carácter público de la intervención de la Administración, la garantía de este derecho a la Salud, con la cogestión o participación directa entre el sector privado.

Otro asunto de especial relevancia es el que se refiere a las directrices para la mejora del funcionamiento de los Servicios Sanitarios. En este punto, tras el informe del Secretario General para el Sistema Nacional de Salud, quedaba claro lo siguiente.

Se pretendía como áreas de trabajo principal para ahondar en la mejora del Servicio Sanitario fomentar la atención personalizada, rebajar los tiempos de espera, disminuir las barreras, mejorar la coordinación y medir permanentemente el grado de satisfacción de los usuarios.

Con respecto a cada uno de esos objetivos. Se iban estableciendo o proponiendo por parte del Secretario General del INSALUD, en el seno del Consejo, medidas de actuación. Destacaré puntualmente la libre elección de médico en atención primaria y la dotación de tarjeta sanitaria individual.

Se pretendía como objetivo la disminución global del 50 por ciento del número de pacientes en espera más de seis meses y una supresión selectiva de la demora de pacientes pendientes de cirugía correctora de invalidez. Se pretendía, por otro lado, introducir mecanismos de gestión de carácter

empresarial como meta importante, vinculando el presupuesto y los objetivos, definir los servicios y centros de responsabilidad aumentando la calidad y potenciando las unidades periféricas básicas. Se pretendía la ordenación de los recursos, la definición de las prestaciones, la planificación de recursos humanos y el uso racional de los medicamentos.

Evidentemente este informe del Secretario General fue ratificado y aprobado por todas las Comunidades Autónomas allí presentes -naturalmente nosotros también- porque venía a ser un primer avance y una expresión de esa declaración de principios con respecto al Sistema Nacional de Salud al que antes me he referido.

Otra cuestión de importancia especial fue la presentación del documento sobre el Plan de Salud. Este documento de Plan de Salud pretendía servir de instrumento de referencia a las distintas Administraciones Públicas para orientar su actividad y recursos en la solución de los problemas de Salud prioritarios. Por la naturaleza intersectorial de muchas de sus acciones y por el hecho de que algunas de ellas son de la competencia de Comunidades Autónomas se sometía esta propuesta al necesario consenso en el seno del Consejo Interterritorial.

Evidentemente Cantabria asumió por supuesto el documento, aceptó el planteamiento de consenso y remitió el 28 de febrero de 1992 al Secretario General del Consejo una serie de matizaciones en lo que se refería a las actuaciones con respecto al Plan de Salud. En el sentido de que cómo se hizo notar en el seno del Consejo y así fue asumido por el Presidente, hay determinadas características específicas de las propias Comunidades Autónomas que deberían ser contempladas en ese Plan Integral de Salud del que hemos hablado en la primera parte de la comparecencia.

Otra cuestión de especial significación fue la tratada sobre el tema de vacunaciones. Consistente en una propuesta de creación de Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Resultado de la fusión de los grupos de trabajo, de estudios seroepidemiológicos y de normalización, definiciones y conceptos del Programa de Vacunaciones. Ha tenido una última expresión en una reunión celebrada hace escasos días donde se ha abordado el Programa de Vacunaciones nuevo, se han visto los resultados verdaderamente importantes que se vienen consiguiendo; hemos tomado por parte de la Comunidad Autónoma las previsiones necesarias desde el punto de vista de financiación para que, efectivamente, ese Programa de Vacunaciones pueda

llevarse a efecto sin ningún problema. Tanto las de carácter general de enfermedades vacuno-evitables: poliomyelitis, difteria, tetanos, tosferina etc como las vacunas antihepatitis B y antigripal que vienen desarrollando realmento buenos resultados en la Comunidad Autónom. Con el establecimiento además de un calendario de vacunaciones que queda adjunto a este documento.

Se acordó asimismo la creación de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones que tendría lugar como misión de estudio la situación de las enfermedades subceptibles de vacunación y formulación y seguimiento de medidas destinadas a prevención y control. Una de cuyas reuniones ha sido celebrada hace escasos días.

Otro asunto de especial significación fue la creación de Comisiones sobre Informática Sanitaria y Modificación de Enfermedades de declaración obligatoria. Este asunto nos pareció a todos especialmente significativo por cuanto, mediante ese sistema, se permite que mediante una relación directa Comunidades Autónomas y un banco central pudiera establecerse un nivel de comunicación más fluido, más ágil, más permanente. Teniendo en cuenta que el factor información, derivado de la coordinación que se supone ha de establecerse en el seno del Consejo Interterritorial y en relación con el Ministerio de Sanidad, iba a poderlo hacer operativo y efectivo. Así está trabajando la Comunidad Autónoma que cuenta con esta Unidad Informativa en la Consejería de Sanidad.

Asunto de especial relieve lo constituye el Consenso nacional sobre control de tuberculina y especialmente -el que yo recabaría con mayor interés y atención- el que se refiere a las bases para la cooperación en el Sistema Nacional de Salud. Hemos venido hablando toda la mañana tratando de clarificar con el esfuerzo de sus Señorías y el mío en la parte que me haya podido corresponder, el asunto clave de la Comunidad Autónoma de Cantabria con respecto a Planes de Salud, a coordinación, con respecto a colaboración.

Este documento de especial importancia en el que me voy a detener de modo más significativo, que fue por supuesto matizado por -si no recuerdo mal- tres Comunidades -una de ellas Cantabria- precisamente para poderle hacer convivir con toda clase de matizaciones que había con otras Comunidades Autónomas: el País Vasco, Asturias, Cataluña. Incluso, quedó con una redacción que viene a ser una especie de filosofía política sanitaria de lo que pretende el Consejo Interterritorial en asunto tan

importante como el Sistema Nacional de Salud.

Los principios inspiradores que quedan reflejados en el documento serían los siguientes.

Principio de universalidad de cobertura; financiación mayoritariamente pública; equidad en el acceso a prestaciones y servicios; integralidad de programas; complementariedad de recursos e intersectoriedad de actuaciones. Principios inspirados - dice el documento- en la Ley General de Sanidad, particularmente artículos 3, 12 y 46.

Por lo que se deduce ya de esa declaración de principios se puede constatar claramente que el Consejo Interterritorial pretende hacer una reflexión a fondo y muy seria del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, no cabrían las particularizaciones de estados de situación o negociación de una Comunidad Autónoma con respecto a otra porque en tal caso sería prácticamente imposible, teniendo en cuenta los factores competenciales y los de situación concreta de negociaciones, llegar a acuerdos que permitieran avanzar realmente en solución de problemas del Sistema Nacional de Salud. Todas las Comunidades Autónomas conscientes del grave problema hemos asumido ese documento, tratamos y esperamos llevarlo paulatinamente a efecto.

El avance en el desarrollo -dice el documento- del Sistema Nacional de Salud debe mantener el equilibrio entre las diferentes partes que lo integran. De forma y manera que se favorezca la equidad en el acceso a servicios y prestaciones del Sistema Sanitario Público. Para ello es necesaria la cooperación, colaboración, entre todas las Administraciones implicadas, respetando sus diversidades a fin de garantizar la adecuada coordinación de políticas y actuaciones sanitarias esenciales al modelo de organización territorial del Estado implantado por la Constitución y desarrollado en el ámbito de Salud Pública y la Asistencia Sanitaria, artículos 70 y siguientes de la Ley General de Sanidad.

Este es un compromiso, como ven sus Señorías, estrictamente formal; un compromiso que ata en profundidad a la cooperación -como venimos toda la mañana hablando-. Si esto no es una declaración de intenciones y es un documento expresamente aprobado en el Consejo Interterritorial, debe ser la expresión de ese Pacto Autonómico que algún Grupo Parlamentario se ha referido a él esta mañana, concretamente el Sr. Vitoria. El Consejo Interterritorial ha jugado desde su creación un papel de creciente importancia en la consecución de esa cooperación y colaboración. Yo espero, así lo deseo y

en ello trabajo y es todo el esfuerzo de esta Consejería, intentar que así sea.

La cooperación se establecería en base, según el documento, a los siguientes IV Capítulos: Salud Pública, Orientación Global del Sistema Nacional de Salud, Ordenación de los Recursos e Indicadores, Información y Seguimiento.

Salud Pública. Los objetivos serían el establecimiento de fines y objetivos mínimos comunes previa identificación de los principales problemas y necesidades de Salud de los diferentes grupos de edad y riesgo, y para los respectivos ámbitos territoriales procurando que tiendan a disminuir las desigualdades detectadas.

Busqueda de estrategias conjuntas a desarrollar por las distintas Administraciones Sanitarias en materia de prevención de Salud, de enfermedad, etc.; consecución de una mayor cooperación entre Administraciones Públicas en lo referente a elaboración de criterios, recomendaciones y normas técnicas comunes; cooperación en las políticas sobre aquellos aspectos que vinculan directamente a la Salud y al Medio Ambiente sin perjuicio de las competencias atribuidas, en esta materia, a otros órganos de la Administración Pública; promoción de una cultura de la Salud mediante estrategias en información y educación, etc. Esos serían los capítulos especialmente significativos.

Se decía en el documento, como conclusión a este capítulo de la Salud Pública. A estos efectos debe abordarse la adopción de acuerdos que permitan el establecimiento de medios y mecanismos de relación para facilitar la información recíproca, la cohesión técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias en el ejercicio de competencias respectivas. Así como la elaboración de programas sanitarios comunes, la proyección de actuaciones sanitarias conjuntas.

Sus Señorías como ven, en el seno del espíritu del Consejo Interterritorial, no existe otra cosa que la voluntad de abordar con seriedad y en profundidad los grandes problemas que tiene la Sanidad, no una determinada Comunidad Autónoma ni el Estado independientemente de la Comunidad Autónoma; por lo tanto, el lenguaje que sus Señorías están viendo, los conceptos y las ideas son de estrecha corresponsabilidad, respetando naturalmente los marcos competenciales derivados de la propia configuración autonómica.

En el segundo capítulo "Orientación Global

del Sistema Nacional de Salud" quiero destacar este párrafo que me parece especialmente significativo. Con pleno respeto a la Constitución y a los Estatutos de Autonomía se fomentará el establecimiento de mecanismos de información recíproca y búsqueda de sistemas de colaboración y cooperación entre las diferentes Administraciones Públicas Sanitarias y en especial de la Administración Sanitaria del Estado y las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus respectivas competencias.

Con respecto al capítulo de "Indicadores, Información y Seguimiento" que trata en definitiva de poder evaluar, de una manera ágil, el sistema y las medidas que se establezcan para contrastar su eficacia. Se decía que los indicadores han de obtener de los sistemas de información que establezca las Administraciones Sanitarias en el ámbito de sus competencias respectivas. Se establecían y reformaban las redes de alerta y vigilancia de carácter general para todo el Sistema Nacional de Salud por su relevancia a efectos de Salud Pública en temas como epidemiología, higiene de alimentos, fármaco-vigilancia, etc.

Con respecto a "Ordenación de Recursos", tema especialmente grave porque incide directamente -como saben sus Señorías- en todo lo que son las actuaciones de gestión. Se insistía, enfatizando la prevención, la formación permanente y la investigación, posibilitando el desarrollo profesional dentro del propio Sistema; flexibilizando las condiciones de ejercicio, lo cual hace necesario naturalmente poner especial atención a la investigación y a la docencia; flexibilizar las condiciones del ejercicio de las profesiones sanitarias y corresponsabilizar a los profesionales en el funcionamiento eficiente de esas Instituciones. Para ello en colaboración con las Autoridades Sanitarias y Educativas se pretendía una reorientación de los planes de estudio de pregrado y de los mecanismos de formación de postgrado y de formación continuada.

En materia de "Relaciones de Empleo y laborales" se impulsará y pretende como objetivo del Consejo Interterritorial la negociación de los acuerdos con las Organizaciones Sindicales. Razón por la cual yo he insistido antes y acabo de comunicar que Cantabria se ponía a disposición en aquella ya primera comunicación para independientemente de no tener competencias en temas Asistencia, sí poder colaborar con el Ministerio y con la Dirección Territorial correspondiente para poder abordar esos graves problemas de tipo laboral que, sin duda alguna, pueden poner serio freno a la reforma del Sistema Nacional de Salud.

Se hablaba igualmente respecto a las políticas de determinados recursos materiales que por sus características propias y sin perjuicio de las competencias atribuidas, convendría que se sometieran a una reflexión conjunta entre las Administraciones Sanitarias. Justamente lo que yo propuse en su momento en el seno de ese Consejo Interterritorial en la primera comunicación e intervención de Cantabria.

Como ven por lo tanto sus Señorías, independientemente de otros muchos asuntos, elegidos claro está aquellos que se refieren más directamente a una cuestión de política sanitaria que a cuestiones propiamente de aplicaciones técnicas sobre asuntos puntuales.

Yo considero que tanto toda la línea de planificación de actuaciones de Cantabria en el seno del Consejo Interterritorial, respecto de estos graves asuntos de reflexión sobre el Sistema Nacional de Salud, en todos aquellos aspectos puntuales que requieren el Sistema Nacional de Salud Cantabria han dado una voz positiva de colaboración, de prestación de esa colaboración y de corresponsabilidad. Rompiendo los moldes que sea necesario romper. Porque la cuestión es que el Sistema Nacional de Salud, y medios tiene la Ley y la Administración para ello, debe romper moldes para que efectivamente se logre otra asistencia sanitaria en la Nación y respectivamente en cada Comunidad Autónoma y también en la nuestra.

Gracias Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Muchas gracias Sr. Consejero.

Intervención de los Portavoces de los Grupos.

D. Rafael de la Sierra tiene la palabra.

EL SR. DE LA SIERRA GONZALEZ: Quiero simplemente agradecer al Sr. Consejero su exposición.

Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Muchas gracias.

D. Fernando Villoria.

EL SR. VILLORIA DIEZ: Yo quiero agradecer al Sr. Consejero su intervención.

Es la primera que se produce de este estilo en cuanto a información sobre el Consejo Interterritorial. Nuestro Grupo piensa que en la participación del Sr. Consejero o de un Representante del Consejo de Gobierno en el Consejo Interterritorial es importante que el contenido de esas reuniones sea transmitido a esta Comisión; sugerimos que posteriormente para informar o previamente para decir lo que se vaya a decir, eso lo dejo a la voluntad del Sr. Consejero, convoque esta Comisión para informar en este sentido de lo que se está tratando en el Consejo Interterritorial.

Yo pienso que el Consejo Interterritorial puede ser un foro adecuado en un momento dado para una evaluación de cuáles son los Planes de Salud. En ese sentido, nuestro punto de vista crítico en el sentido de que, en ese Plan de Salud, esas inversiones -a nuestro juicio repito, volviendo al tema de antes puntualmente- no son adecuadas, eso puede salir a la luz en un Plan de Salud en el Consejo Interterritorial; es decir, el Consejo Interterritorial también es el foro en el cual nuestros aciertos o errores pueden ser el fruto de que en un futuro no tengamos credibilidad para que cualquier sistema de financiación o de ordenación del gasto pueda implicar que nos asignen más recursos. Es tal, desde mi punto de vista, el dislate con el Plan de Inversiones que eso puede poner en tela de juicio que, en un momento dado, se nos pueda aportar con ciertas garantías unos fondos de inversión. Puesto que dirán "los van a dilapidar o harán otras cosas" que no quiero yo poner aquí ejemplos, otras cosas que no están en las prioridades o en las necesidades de los ciudadanos.

Quiero que sepa -creo que el Sr. Consejero lo sabe pero es mi punto de vista-; y, por lo tanto, si no estamos de acuerdo habrá que decirlo, que nuestro sistema sanitario es uno de los más desarrollados del Estado español; estamos los quintos en gasto sanitario público. Por delante está Navarra, Asturias, Aragón y Madrid; quiero decir que, por lo tanto, no es cuestión de dinero es cuestión de cómo invertimos este dinero.

Yo creo -insisto con el punto anterior- que lo estamos invirtiendo mal. Podemos orientarlo perfectamente y reitero con ese Plan de Inversiones podríamos haber resuelto los problemas sanitarios de esta Comunidad Autónoma. Se han invertido también en el sector sanitario pero no para dar respuesta a las necesidades que tiene la población y a los objetivos de un hipotético Plan de Salud. Luego entonces nos falta eso, una política de este estilo pone en peligro el futuro de la Sanidad de Cantabria, pone en peligro además nuestra credibilidad sanitaria. La gente se pregunta ¿qué criterios hay?, ¿cómo puede ser que un

hospital de larga y media estancia se meta alta tecnología si luego tienes que meter los profesionales para desarrollar esa tecnología que no están ahí?, están en otro lado. Esto es una pregunta obvia que se hacen las personas.

Mi interés era, aparte de leer los documentos de los cuales le rogaría, al menos a nuestro Grupo, si es posible, enviara una copia, estar al corriente documentalmente de las Actas, etc; nos interesaría saber y en ese sentido yo le agradezco su intervención, como antes parece que había algún problema en el que no sabíamos muy bien para que le llamábamos, para que quede claro ¿cuál es la postura del Consejo de Gobierno y por lo tanto de su Representante en este Consejo?. Al margen de que también estaríamos interesados en disponer de esa documentación como una base que yo creo que existe y es pública; por lo tanto, disponible.

Nos interesaría el documento sobre la presentación del Plan de Salud, parece que en algún momento hay un Plan de Salud por ahí. Nos parece muy importante ese documento que se envió desde aquí, con fecha 28 de febrero, en relación con esos documentos que esperamos no inmediatamente pero parece que hay un documento sobre el Plan de Salud que se envía.

Nada más y muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Gracias Sr. Villoria.

D. Jesús Díaz ¿quiere intervenir?.

EL SR. DIAZ GOMEZ: Quiero agradecer simplemente las explicaciones del Sr. Consejero.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Gracias Sr. Díaz.

El Sr. Consejero tiene la palabra.

EL SR. PARRA BELENGUER: Gracias Sr. Presidente.

A mí parece que el primer deseo, Sr. Villoria, tal y como queda formulado de que yo convoque a la Comisión para informarla sobre los acuerdos o funciones del Consejo Interterritorial puede ser una vía de solución. En cualquier caso, compete por Reglamento de la Asamblea, también lo pueden hacer los Grupos Políticos en el momento dado. Por mi parte no hay ningún inconveniente sobre todo cuando se trate -si me parece que tiene especial significación- de

algún asunto de especial relevancia de política sanitaria porque hay muchos otros asuntos en el Orden del Día que son de tipo más técnico y puntual que pueden afectar en menor interés a los Grupos Políticos.

Su Señoría habla de credibilidad. Parece que tengamos que volver a la comparecencia anterior que acabamos de dejar. Dice su Señoría que las inversiones que se hacen no son inversiones que puedan responder a los acuerdos del Consejo Interterritorial y que, por lo tanto, eso podría desmerecer la credibilidad de la Comunidad Autónoma con respecto a la política sanitaria. No estoy en absoluto de acuerdo obviamente.

Por la sencilla razón de que estas manifestaciones del Consejo Interterritorial no son antecedentes de esa política sanitaria de Cantabria. La política sanitaria de Cantabria en esta Legislatura estaría formulado ante el Secretario General del INSALUD naturalmente con mucha mayor antelación a las determinaciones que toma el Consejo. El Consejo, por lo demás, lo que hace es una declaración de intenciones formulando una filosofía política sanitaria que recomienda, con respecto al Sistema Nacional de Salud, que sea tratada y debatida en el seno del Congreso de los Diputados con acuerdo o consenso a ser posible de fuerzas políticas y sociales. Este, como su Señoría sabe, es asunto que se nos puede escapar a cada uno de los Consejeros de Sanidad en las diferentes Comunidades Autónomas. Ese asunto que tiene que venir bajo la directriz fundamentalmente del Gobierno de la Nación a través del Ministerio de Sanidad, en lo que se refiere al Sistema Nacional de Salud.

Por lo tanto, decir que el Plan de Inversiones que ya tenía, por ejemplo, sobre el hospital de Liencres, yo supongo que su Señoría mentalmente se está refiriendo a ello, ¿el hospital de Liencres que pueda estar afectado por estas determinaciones que yo he leído incluso textualmente en las comunicaciones que yo mismo he hecho en el seno del Consejo Interterritorial?. Todo lo contrario, precisamente si cuando ese planteamiento existía sin ninguna de sus determinaciones concretas, las obras estaban en marcha y su planificación definida, es cuando yo puse a disposición del INSALUD y del Ministerio -concretamente al Ministro- sentarnos con carácter inmediato para abordar todas y cada una de esas cuestiones que precisamente nos permitieran armonizar -como se viene diciendo a lo largo del todo el Consejo Interterritorial- cooperación, colaboración y lo que son el nivel de competencias. El hecho de tener unas u otras competencias no inhibe en absoluto ni

imposibilita sino todo lo contrario las labores de colaboración y cooperación.

Digo todo lo contrario. Porque es convicción ya personal que cuando en una Comunidad Autónoma la competencia la tiene uno y la asistencia la tiene otro, están necesariamente, por racionalidad de la situación, obligados a la colaboración y a la cooperación. Evidentemente, si se busca como auténtico y estricto objetivo político que efectivamente haya mejor atención sanitaria y la mejor prospección de futuro en la planificación sanitaria.

Yo no estoy de acuerdo en que efectivamente el Plan de Inversiones que se está ejecutando, también en Sanidad que es importante indudablemente con respecto a Liencres y la alta tecnología, etc, esté sin orientación. Ni muchísimo menos, ya hemos discutido eso no vamos a insistir nuevamente sobre el particular.

Aquí hay una cuestión fundamental y esa es la que hay que abordar. La Administración del Estado, a través de su Administración territorial, en el seno de la Comisión que Usted mismo citó en la anterior comparecencia, se debatan los temas y cuestiones fundamentales que pueden poner de acuerdo a la Administración Central del Estado y la Comunidad Autónoma para esa planificación. Eso es lo que yo estoy pidiendo desde octubre y lo cierto es que la respuesta es "todavía no ha habido respuesta oficial por parte del Ministerio" para que esa Comisión se sienta, se reúna, estudie y trabaje. Esa es la cuestión.

Independientemente de eso. La Comunidad Autónoma, a través de su Consejo de Gobierno, toma unas líneas de actuación porque no ve que haya respuesta también por parte del Ministerio, ninguna. Esto es lo cierto, respuestas verbales muchas, satisfactorias todas ellas. Oficiales no se corresponden.

Postura del Consejo de Gobierno con respecto al Consejo Interterritorial. Naturalmente la representada por el Consejero que asiste. Para representar a la Comunidad Autónoma de Cantabria en el seno del Consejo Interterritorial con una respuesta de planteamiento puntual, bien en el silencio cuando el tema es de asunto menor y no tiene especial incidencia en Cantabria o bien, naturalmente, con la participación directa cuando se trata de asuntos que sí afectan esencialmente a la Comunidad Autónoma de Cantabria y al conjunto del Estado de modo importante. Como estos documentos a los que me he referido en esta comparecencia.

Solicita su Señoría la documentación que fue enviada el 28 de febrero con respecto al Plan de Salud. Curiosamente sobre el tema del Plan de Salud sí ha habido una oferta de documento, que fue estudiado por cada una de las Comunidades Autónomas, documento al que nosotros -como he dicho- mandamos las matizaciones supongo que ese es el documento que quiere conocer su Señoría. Se lo remitiré ¡claro está!. El documento se expresa como he analizado en la exposición de la comparecencia, prácticamente en los mismos términos que el documento consensuado en el seno del Consejo Interterritorial para la reforma del Sistema Nacional de Salud.

Quiero ello decir que francamente a mí me satisface. Es un buen momento, parece que la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas están queriendo hablar el mismo lenguaje pero que no sea el de la postura, de la forma, el lenguaje de mantener un determinado status. Si el Consejo Interterritorial no se hace operativo evidentemente será un magnífico -como lo es- foro para poder establecer intercambios de opiniones de Comunidades Autónomas; pero las determinaciones del Consejo Interterritorial deben traducirse después en las medidas operativas que ejecuten un planeamiento sanitario nacional en el que ya es oído las Comunidades Autónomas.

Es decir, si efectivamente queremos una revisión a fondo del Sistema Nacional de Salud, entre otras cosas. Yo eso aplicado a Cantabria, cuando hemos asumido esos documentos además activamente manifestando además expresamente nuestro criterio sobre ello, cuando establecemos un nivel de relación institucional perfectamente válido desde mi punto de vista, al que también me he referido en la anterior comparecencia, veo que ya es hora y momento en que lo traduzcamos en actuaciones puntuales y concretas. Reunión del seno de la Comisión, abordar cada una de las cuestiones y encontrarles soluciones concretas, que las hay.

Gracias Sr. Presidente.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Gracias Sr. Consejero.

Si les parece oportuno a los Sres. Portavoces intervenir, como hemos comentado en la comparecencia anterior, por unos tres minutos.

El Sr. Villoria tiene la palabra.

EL SR. VILLORIA DIEZ: Yo esperaba que la

comparecencia siempre puede ser pedida, no quería esto sino que hubiera un acuerdo por el cual una reunión del Consejo Interterritorial implicara subsecuentemente que aquí, la persona que haya estado presente o Usted en su caso, informe sobre cuál ha sido el contenido de esa reunión y cuál la posición del Consejo de Gobierno puramente informativo. Ese era el sentido.

En cuanto a los documentos. No ha quedado muy claro aparte del día 28 que me parece importante, si pudiera remitírseme copia de las actas, lo que ha citado.

EL SR. PARRA BELENGUER: Sí, las Actas del Consejo, está claro.

EL SR. VILLORIA DIEZ: De los tres Consejos y de los documentos que han generado debate, discusión y toma de acuerdos en el Consejo Interterritorial.

Nada más.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Sr. Díaz ¿quiere intervenir?. No, muchas gracias.

Sr. Consejero.

EL SR. PARRA BELENGUER: Solamente para matizar una cuestión.

Las Actas por mí parte no hay ningún inconveniente independientemente de que el Grupo Parlamentario, como bien sabe, lo puede recabar de la Administración del Estado perfectamente. No por ningún tipo de razones de afinidad política sino, simplemente, como cualquier otro Grupo Político. Eso no me cabe ninguna duda.

Por lo tanto, las Actas las haré llegar a su Grupo, por supuesto, y no así los documentos de preparación porque no son definitivos nunca, lo son evidentemente después de que tienen la expresión ratificada ya en el seno del Consejo; por lo tanto, en las Actas queda naturalmente establecido la base de acuerdos, criterios y opiniones sobre cada uno de los asuntos puntuales. Esas con mucho gusto las remitiré al Gobierno.

EL SR. PRESIDENTE (Arce Bezanilla): Muchas

gracias Sr. Consejero.

Se da por finalizada la comparecencia del Sr. Consejero D. José Parra. Se agradece la presencia de los Señores Diputados, Sr. Consejero y Letrado.

Muchas gracias.

(Finaliza la Comisión a las trece horas y treinta y cinco minutos).
