



CORTES DE CASTILLA Y LEON

DIARIO DE SESIONES

Año 1991

III LEGISLATURA

Núm.: 25

COMISION DE BIENESTAR SOCIAL

PRESIDENTE: Don José Luis Santamaría García

Sesión celebrada el día 9 de Octubre de 1991, en Fuensaldaña

ORDEN DEL DIA:

1. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Bienestar Social, para informar a la Comisión sobre:
 - Estructura orgánica de la Consejería.
 - Proyectos, objetivos y programas de actuaciones de la Consejería para la tercera legislatura en las materias objeto de la Comisión.

SUMARIO

	<u>Págs.</u>		<u>Págs.</u>
Se inicia la sesión a las once horas doce minutos.	342	El Presidente, Sr. Santamaría García, suspende la sesión.	371
El Presidente, Sr. Santamaría García, abre la sesión y comunica las sustituciones producidas en la Comisión.	342	Se suspende la sesión a las trece horas veinticinco minutos y se reanuda a las catorce horas.	371
La Secretaría, Sra. Cavero Pérez, da lectura al Orden del Día.	342	El Presidente, Sr. Santamaría García, reanuda la sesión y abre un turno de intervenciones para los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	371
Intervención del Sr. Fernández de Santiago, Consejero de Sanidad y Bienestar Social, informando a la Comisión.	342	En turno de Portavoces, Interviene el Procurador Sr. Herreros Herreros (Grupo Mixto).	371

	<u>Págs.</u>		<u>Págs.</u>
En turno de Portavoces, Interviene el Procurador Sr. Trapero García (Grupo Socialista).	372	En turno de dúplica, interviene el Sr. Fernández de Santiago, Consejero de Sanidad y Bienestar Social.	395
En turno de Portavoces, Interviene el Procurador Sr. León de la Riva (Grupo Popular).	380	El Presidente, Sr. Santamaría García, abre un turno de preguntas para los Procuradores de la Comisión.	397
Contestación del Sr. Fernández de Santiago, Consejero de Sanidad y Bienestar Social.	382	En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Granado Martínez (Grupo Socialista).	397
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Trapero García (Grupo Socialista).	392	Contestación del Sr. Fernández de Santiago, Consejero de Sanidad y Bienestar Social.	397
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. León de la Riva (Grupo Popular).	395	El Presidente, Sr. Santamaría García, levanta la sesión.	398
		Se levantó la sesión a las dieciséis horas veinticinco minutos.	398

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

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTAMARIA GARCIA): Buenos días. Se abre la sesión de la Comisión de Bienestar Social. En primer lugar, tengo que notificar que el Grupo Parlamentario del Partido Popular presenta la sustitución de don José Luis Sáinz, Vicepresidente de esta Comisión, le sustituye don Mario Amilivia.

Por el señor Secretario se dará lectura al primer punto del Orden del Día.

LA SEÑORA SECRETARIA (SEÑORA CAVERO PEREZ): "Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero en Sanidad y Bienestar Social, para informar a la Comisión sobre estructura orgánica de la Consejería; proyectos, objetivos y programas de actuaciones de la Consejería para la tercera legislatura en las materias objeto de la Comisión".

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTAMARIA GARCIA): Tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero de Sanidad y Bienestar Social.

EL SEÑOR CONSEJERO DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL (SEÑOR FERNANDEZ DE SANTIAGO): Señor Presidente. Señoras y señores Procuradores. Es para mí motivo de especial satisfacción comparecer hoy ante ustedes en la Comisión de Bienestar Social de las Cortes de Castilla y León, por una doble circunstancia: la de ser ésta mi primera actuación como Procurador, y la de presentarme ante ustedes como Consejero de Sanidad y Bienestar Social.

Como Procurador de las Cortes de Castilla y León quiero ofrecer a todos mi colaboración para el buen desarrollo de las tareas legislativas, asumiendo que, siendo esta Legislatura la de mi primera andadura parlamentaria, podré cometer, por falta de experiencia,

errores que estoy seguro que la benevolencia de Sus Señorías sabrán disculpar.

Como Consejero de Sanidad y Bienestar Social he asumido el compromiso de dirigir una Consejería cuyas actividades contribuyen, y contribuirán más en el futuro, a mejorar la calidad de vida de los castellanos y leoneses. Y, desde esta perspectiva, intentaré, en la comparecencia que ahora celebramos, informar a Sus Señorías de los proyectos y actividades que configuran el programa de Gobierno para la actual Legislatura, cuyo soporte es, como no podía ser de otra manera, el del programa electoral del Partido Popular, refrendado por la mayoría de los castellanos y leoneses en los comicios autonómicos del veintiséis de mayo pasado.

Tampoco puede ser de otra manera, porque ustedes, como representantes del pueblo castellano y leonés, tienen entre sus competencias la de controlar al Ejecutivo, y desde aquí les anticipo que, con independencia de que atenderé cuantas solicitudes me sean formuladas al amparo de la normativa parlamentaria, yo mismo solicitaré, periódicamente, la reunión de la Comisión, para mantener a Sus Señorías puntualmente informados en la marcha de los asuntos sanitarios y sociales, con el objetivo de facilitar su tarea parlamentaria, en un marco de absoluta transparencia informativa.

Es obligado que, como primer punto de esta comparecencia, aborde la información relativa a la estructura de la nueva Consejería. Han pasado ya cuatro años desde que el Partido Popular, sólo o en coalición, se hizo cargo del Gobierno de la Comunidad por deseo de los ciudadanos, y en este tiempo han sido tan importante el conjunto de realizaciones en programas de salud y servicios sociales, y tan elevado el número de nuevos servicios puestos en marcha por la Administración Regional, que, ahora, al iniciar la actual Legislatura, las mismas razones de funcionalidad que entonces se justificaron para fusionar dos Consejerías dan soporte y ra-

cionalidad a la creación o separación de una sola Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Sería largo, y haré por ello gracia a Sus Señorías, pormenorizar aquí aspectos tan relevantes como la aprobación y puesta en marcha del Plan de Salud, las nuevas estructuras de atención primaria, de atención hospitalaria y especialidades; o la intensa actividad creadora e impulsora en Centros de Acción Social; y programas de nivel básico y específico que han hecho necesario que, manteniendo el criterio de austeridad y eficacia y sin aumentar el número de órganos superiores, pero sí reordenando su estructura interna y sus funciones, se haya creado la Consejería de Sanidad y Bienestar Social cuya titularidad tengo el honor de ostentar.

Como Sus Señorías saben, el Decreto 190/91, de diez de julio, en aplicación del artículo 28 de la Ley de Gobierno y de la Administración de Castilla y León, adoptó decisiones de importancia para esta Comisión. La creación de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y el traspaso a la Consejería de Fomento de las competencias que en materia de consumo tenía atribuidas la de Cultura y Bienestar Social.

Las mismas razones de eficacia que aconsejaron dividir -con criterios de funcionalidad- las competencias que la Consejería tenía en materia de consumo en la primera Legislatura Autonómica hacen que la actual Consejería de Sanidad y Bienestar Social continúe ejerciendo las funciones, también de consumo, relativas a los factores que inciden sobre la salud y, muy especialmente, los dependientes de las condiciones de elaboración, transporte, almacenamiento, distribución, venta y conservación de alimentos, y el correspondiente programa de toxoinfecciones alimentarias. Y la Consejería de Fomento se hará cargo de los aspectos de consumo fundamentalmente relacionados con los fraudes al consumidor, y todo ello en inmediata conexión con las competencias de consumo propiamente dichas que también ha asumido.

Con estas premisas, como Sus Señorías ya saben, el Decreto 283/91, de cinco de septiembre, establece la estructura orgánica de la Consejería, en desarrollo de los Decretos 190/91 y 217/91, que creaba la Secretaría General y la Dirección General de Servicios Sociales. Además, atribuye a las Consejería recién creada las competencias en materia de sanidad y de acción social, en el marco de las competencias que en cada momento tenga asumidas la Comunidad Autónoma.

La Secretaría General ejerce las atribuciones previstas en el artículo 30 y 34 de la Ley de Gobierno y de la Administración, entre las cuales, resumidamente, cabe citar los asuntos de personal, la inspección de servicios, el régimen interior, etcétera.

La Dirección General de Salud Pública y Asistencia asume las competencias en promoción y restauración de la salud y en prevención de las enfermedades, que le atribuyen los artículos 31 y 33 de la Ley de Gobierno y de la Administración de Castilla y León, y entre las cuales es absolutamente novedoso, respecto a la anterior Legislatura, la gestión y evaluación del Plan de Salud, a lo que se añade la gestión de los centros y servicios de atención primaria, incluyendo los servicios veterinarios y farmacéuticos, la ordenación de los recursos de salud mental y drogodependencias, etcétera.

La Dirección General de Servicios Sociales asume las responsabilidades que en materia de acción social y servicios sociales le confieren los artículos 31 y 33 de la repetida Ley de Gobierno y de la Administración de Castilla y León, entre los cuales cabe destacar el desarrollo de los Planes Regionales previstos en la Ley 18/1988, de Acción Social, la gestión de las diversas prestaciones y ayudas de carácter individual o institucional, así como la coordinación de todos los centros y servicios patrimonio de la Junta de Castilla y León y de las Corporaciones Locales, ya sean básicas o especializadas.

Para llevar a cabo las funciones que acabo de citar, desarrollar y gestionar el programa de Gobierno que voy a presentarles, he formado un equipo directivo que une su capacidad de trabajo con su cualificación profesional y su compromiso con nuestro programa de Gobierno.

La Secretaría General será desempeñada por José Luis Useros Fernández, médico de sanidad nacional, Director General de Salud Pública y Asistencia en la anterior Legislatura, y de reconocida experiencia en la gestión de las competencias de la Consejería.

Al frente de la Dirección General de Servicios Sociales se ha nombrado a María Cruz Rodríguez Saldaña, licenciada en Pedagogía, en la que confluye su sensibilidad por los asuntos sociales y la experiencia en estas áreas, lograda a través de los equipos multidisciplinarios del MEC.

Y, por fin, para la Dirección General de Salud Pública y Asistencia se ha designado a José Antonio de Santiago-Juárez López, psiquiatra, Jefe del Servicio de Salud Mental y Comisionado Regional para la Droga en la pasada Legislatura y en la actual, cargo que sigue, digo, desempeñando, demostrando sobradamente su cualificación profesional, capacidad de entendimiento con otras Administraciones, y conocimiento y eficacia de la gestión.

Todos ellos formarán conmigo mismo un equipo sólido, bien conexionado, que gestionará las competencias actuales y las que pudieran asumirse, con eficiencia, con rigor, de la cual tendrán Sus Señorías cumplida prueba a lo largo de los próximos meses.

Quiero hacer, para terminar esta breve introducción, una rápida referencia a la futura estructura de cada uno de los citados órganos directivos, que serán sometidos a la aprobación del Consejo de Gobierno en fecha próxima, que supone, en general, una adaptación de la estructura anterior a la nueva situación y a las futuras competencias.

No se producirán modificaciones importantes en la estructura de la Secretaría General. La Dirección General de Servicios Sociales, se creará un nuevo servicio de prestaciones, cuya función será la gestión y control de las prestaciones individuales, FAS, IMI, y pensiones no contributivas, así como las subvenciones de carácter no individual. La Dirección General de Salud Pública adecuará su estructura a la necesidad de gestión del Plan de Salud, y es previsible que disponga de una nueva unidad, con el rango aún no determinado, sin estructura orgánica, integrada por un conjunto de técnicos que asumirá la responsabilidad de mantener actualizados los estudios y diseñar la futura incorporación de competencias, fundamentalmente en materia de INSALUD. De esta nueva estructura de la Consejería rendiré a Sus Señorías cumplida explicación, si así lo desean, en el momento oportuno.

A continuación voy a pasar a exponer a ustedes nuestro programa de gobierno para la actual Legislatura, para la cual me referiré, en primer lugar, a los temas relacionados con la salud, atendiendo sucesivamente al Plan de Salud y sus Planes Sectoriales, a la atención primaria especializada, a la salud mental, a la sanidad alimentaria y ambiental; e inmediatamente después me ocuparé de los servicios sociales, en una referencia a la situación actual, principios generales de la acción social, transferencia y desarrollo normativo, para ocuparme después de los servicios de base en los sectores específicos de tercera edad, menores, minusválidos, mujer, grupos marginales, etcétera; y terminar con la formación e investigación en servicios sociales.

Mi exposición terminará con los programas de drogodependencias, que quedan al final de mi alocución, porque en ellos se da la síntesis y conjunción de actividades de ambas áreas de salud y servicios sociales.

Es importante comenzar señalando que una política de salud es una política que compromete a todo un Gobierno, más aún, es una política de toda la sociedad. Ya en mil ochocientos cuarenta y ocho, Virchow hablaba del carácter social que ha de tener la medicina, cuando decía: "la medicina es una ciencia social y la política no es sino la medicina a gran escala".

Hace ya algún tiempo se ha constatado que, a pesar de los aumentos en recursos que año tras año se dedican a los servicios sanitarios, la salud de las poblaciones no ha mejorado en la proporción esperada, y que aspectos tan importantes como el medio ambiente o los estilos de vida tienen una importancia sobresaliente en el

determinismo de nuestro estado de salud. Y esta constatación es también real a nivel individual.

Muchas personas han entendido que dejando de fumar, practicando un deporte regularmente, o bebiendo con moderación, evitaban serios deterioros en su salud. Poco a poco la comunidad se ha ido dando cuenta de las pérdidas económicas y de la calidad de vida que estos problemas ocasionan. Las Administraciones Públicas deben ser sensibles a esta preocupación social y facilitar la elección de estilos de vida más sanos, y deben intervenir sobre aquellos aspectos que el individuo, de manera aislada, no puede controlar, como ocurre con su entorno físico y social.

La Junta de Castilla y León, Señorías, ha respondido a esta inquietud social, situándose a la cabecera de las Comunidades, con la elaboración del Plan de Salud de Castilla y León. Únicamente otras tres Comunidades Autónomas, el País Vasco, Navarra y Cataluña, han definido de manera explícita unos objetivos de salud, aunque en ninguna de ellas, por el momento, se ha llegado al grado de desarrollo que presenta en nuestra Comunidad la planificación en el campo de la salud.

El desarrollo del Plan de Salud de Castilla y León, concebido como el instrumento que ha de aglutinar los diversos intereses sectoriales en el objetivo común de mejorar el nivel de la salud de la población de esta Comunidad, constituye una de las tareas prioritarias que se propone acometer la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

El Plan de Salud se remonta en su origen al mandato establecido en el artículo 54 de la Ley General de Sanidad, de abril de mil novecientos ochenta y seis.

La Junta de Castilla y León ha puesto todo su empeño en salvaguardar el derecho a la protección de la salud, que ampara a los ciudadanos de esta Comunidad Autónoma, por la vía de establecer una clara formulación de una política sanitaria que ha de guiar sus actuaciones.

Así, mediante la aprobación del Decreto 31/1990, de veintidós de febrero, se dispuso la elaboración del Plan Regional de Salud y señalaba los criterios que se habían de seguir para su elaboración.

El estudio y análisis de la situación de partida, es decir, los problemas sanitarios de la población, de la Comunidad, su agrupación en veinte áreas de actuación y el establecimiento de unos objetivos generales y de proceso para cada área, fueron la fase siguiente.

Las bases del Plan de Salud se presentaron en esta Comisión de Bienestar Social de las Cortes de Castilla y León el día doce de febrero de mil novecientos noventa y uno, y el proceso culminó con la aprobación del Plan

Estratégico de Salud para Castilla y León el pasado mes de abril, en virtud del Decreto 68/91.

Dicho Decreto establecía la necesidad de un desarrollo operativo de los grandes objetivos que allí se proponían. Mediante una serie de planes sectoriales, estableció las que deberían ser las directrices, las grandes líneas por las que debía de discurrir la política sanitaria de nuestra Comunidad de aquí al año dos mil.

La Orden de veintiocho de mayo de mil novecientos noventa y uno estableció diez áreas prioritarias de actuación en función de la magnitud del problema, la eficacia de las acciones, y la transcendencia económica y social, y que son en las que nuestra gestión se va a centrar.

Las áreas que se han definido como prioritarias para la Comunidad de Castilla y León son las de vacunaciones, cáncer, tabaco, protección infantil y maternal, salud mental, drogas, higiene de los alimentos, zoonosis, enfermedades cardiovasculares, educación para la salud, y vigilancia epidemiológica e investigación; todo ello sin perjuicio de que, cuando la situación sanitaria, el interés social o los problemas de salud específicos de una determinada zona así lo requieran, se establecerán y pondrán en marcha programas en otros campos de salud.

El Plan de Salud de Castilla y León ha establecido una política sanitaria para la Comunidad a partir de la que sea posible la continuación del proceso, mediante planes operacionales, que permitan llevar a la práctica esta política sanitaria y evaluar finalmente su resultado.

La base conceptual que subyace en la orientación del Plan no es otra que la estrategia propuesta en el programa de salud para todos, en el año dos mil, por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, necesariamente adaptada a las situaciones de nuestra Comunidad.

Y es que, Señorías, es difícil concebir en nuestros días una política sanitaria que no tenga en consideración todos o alguno de los puntos que desarrolla la política de salud para todos elaborada por esta organización.

Parece imposible dejar de compartir conceptos como los de igualdad en el acceso a los servicios de salud, participación comunitaria, cooperación multisectorial, o el especial interés por la atención primaria.

La necesidad de establecer una planificación sanitaria parte del enfrentamiento con una realidad en la que las necesidades de la población en materia de salud tienden a hacerse ilimitadas, mientras que los recursos disponibles para satisfacer estas necesidades son irremediabilmente limitados.

El éxito y la eficacia en la planificación sanitaria correcta estriba, además, en el reconocimiento básico y previo de los problemas de salud, en una adecuada administración y distribución de los recursos de todo tipo.

Así, los recursos económicos deben experimentar un progresivo desplazamiento hacia las actividades preventivas, a expensas de las curativas o asistenciales. El personal sanitario debe ser objeto de programas suficientes de formación y especialización. Los recursos materiales deben ser cuidadosamente estudiados e inventariados, y su adquisición y distribución debe hacerse con criterios rigurosos de eficacia y máximo rendimiento.

Si conseguimos cumplir todos estos requisitos estaremos en el buen camino hacia un correcto proceso de planificación.

Voy a pasar a continuación, Señorías, a desarrollar de una manera más extensa los objetivos, así como las actividades más importantes que son necesarias llevar a cabo, para cada una de las diez áreas prioritarias antes señaladas.

El objetivo general que establece el Plan de Salud en el área de prevención y control del consumo de tabaco consiste en alcanzar en el año dos mil una situación en el que el 70% de la población sea no fumadora, y que para esa fecha el consumo del tabaco se haya reducido al menos en un 30%, con el fin de disminuir los importantes problemas de salud asociados al uso del tabaco. Para ello, la Consejería va a dirigir sus actuaciones hacia los colectivos que en la actualidad resultan más vulnerables frente a problemas del tabaco. Así, los escolares, jóvenes y mujeres en edad fértil, o bien que puedan actuar como modelo de comportamiento, como son los profesores de enseñanza primaria y secundaria, personal sanitario y, en este sentido también, todos los que estamos en esta sala. La educación sanitaria es el instrumento fundamental a nuestro alcance.

Por otra parte, vamos a poner especial celo en que se cumplan las normas en vigor sobre restricciones en la publicidad y venta del tabaco, y limitaciones o prohibición de su uso en determinadas zonas de utilización colectiva, especialmente los centros escolares y sanitarios en que se respete el derecho a la salud de los no fumadores. Si el objetivo último de la salud materno-infantil es conseguir que los recién nacidos nazcan sanos, evitar que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y que en la etapa siguiente los niños tengan un desarrollo óptimo en su crecimiento y un crecimiento adecuado, no ha de ser imposible el aunar intereses para alcanzar este objetivo común.

En protección infantil y maternal, los objetivos generales se centran principalmente en la disminución del número de abortos y de las tasas de mortalidad fetal,

perinatal, neonatal y maternal. Los objetivos de disminución del riesgo se dirigen a conseguir la disminución de malformaciones congénitas, infecciones hospitalarias neonatales y posquirúrgicas, embarazos en adolescentes y nacidos de bajo peso, la erradicación de oftalmía, neonatolum, tétanos, neonatal, rubeola congénita y septicemia puerperal, la detención precoz de metabopatías y minusvalías perinatales, facilitar el acceso a los servicios especializados del consejo genético, técnicas de diagnóstico prenatal, infertilidad, intervalo intergenésico, embarazos de alto riesgo y asistencia adecuada al parto; y, en último lugar, aumentar la cobertura del examen de salud escolar.

Nuestras acciones se dirigirán a garantizar una oferta suficiente de unidades de orientación familiar, a mejorar el control del embarazo, parto y puerperio, a impulsar la creación de unidades pediátricas bien dotadas en los distintos niveles asistenciales, a la coordinación con los pediatras de referencia en los reconocimientos escolares, urgencias, ambulatorios, etcétera, y a la creación de unidades para adolescentes y asegurar reconocimiento periódico a todos los recién nacidos.

El programa de formación, dirigido a la formación e información del personal sanitario docente sobre aspectos relacionados con las enfermedades o grupos de enfermedades que aparecen en las áreas prioritarias, dentro de lo que es la educación para la salud, que es el instrumento clave para la mejora de la salud y la prevención de enfermedades, y el plan sectorial recoge los objetivos de educación, entre otros.

El programa de educación para la salud para la población en general recoge, en su primer momento, un proceso de información sobre aquellas conductas positivas a potenciar en relación con la salud y la erradicación de los hábitos y costumbres que pueden generar problemas de salud a largo plazo, y prestará especial atención a los grupos de riesgo.

En el área de educación para la salud en la escuela, se continuará en la línea metodológica con que se ha venido trabajando durante estos años, orientando la actuación en función de los objetivos señalados en las áreas prioritarias. Se tendrá especial cuidado en adaptar los objetivos a los nuevos programas escolares, nacidos de la reforma educativa, y en establecer la coordinación adecuada con la administración educativa, de forma que se complementen las actuaciones y se contemplen las peculiaridades propias de nuestra Comunidad Autónoma.

En este sentido, una de las actividades que comenzarán con el nuevo curso escolar, que en estos días se inicia, es la publicación periódica de la tira de salud. Se trata, sencillamente, de establecer una comunicación periódica con el mundo escolar, a través de la cual se potencien las actividades de educación para la salud que se llevan a cabo en la escuela.

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de una importante proporción de la mortalidad que se registra en nuestra Comunidad y están en el origen de muchas incapacidades y padecimientos. El origen multifactorial de estos procesos obliga a que las medidas preventivas se dirijan a reducir los factores de riesgo que facilitan su aparición, así como propiciar unos hábitos de vida y una dieta equilibrada y saludable. Nosotros impulsaremos el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica de enfermedades crónicas y, entre ellas, las cardiovasculares, para conocer la dimensión real del problema y evaluar así su evolución.

Es fundamental la formación de los equipos de atención primaria en aspectos relacionados con el control y la prevención de estas enfermedades, y en esta tarea ya estamos comprometidos a través de la realización durante el presente año de cursos específicos en esta área.

El objetivo general en cuanto a la prevención del cáncer se centra en alcanzar una disminución de la mortalidad por tumores del aparato digestivo, respiratorio, de mama y de piel. El acceso a las técnicas de detección precoz del cáncer del cuello de útero y de mama por parte de las mujeres de esta Comunidad que se encuentran en edad de riesgo forma parte de los objetivos de mejora del servicio en este terreno. Y, con el fin de reducir los factores de riesgo y predisponentes, nos proponemos potenciar la lactancia natural y aumentar la proporción de primeros embarazos antes de los treinta años, así como reducir la ingesta de proteínas, grasas animales y propiciar el consumo de frutas, verduras y legumbres.

Dentro de los cánceres ginecológicos continuaremos con el programa de cáncer de útero, y está poniéndose en marcha un programa prioritario para el futuro, que es la detección precoz del cáncer de mama, dirigido, fundamentalmente, a las mujeres de la Comunidad de Castilla y León cuya edad está comprendida entre los cuarenta y cinco y sesenta y cinco años, y a aquellas mujeres que, sin pertenecer a este grupo de edad, sean consideradas como de alto riesgo de padecer una neoplasia mamaria por sus antecedentes. En la actualidad podemos afirmar que el cáncer de mama puede prevenirse, consiguiendo así reducir sensiblemente la mortalidad y sus efectos sociales. El tumor maligno de mama es una de las principales causas de muerte en las mujeres tanto en Castilla y León como en el resto del territorio español, con tasas del 22,2 y 21,4 por cien mil mujeres, respectivamente. La base del programa consiste en detectar en la población aparentemente sana, mediante la mamografía, cánceres de mama desconocidos para la mujer y en estado tan precoz que con los tratamientos actuales consiguen un aumento significativo de la supervivencia o la curación definitiva en un alto porcentaje de casos, y, en definitiva, la reducción de hasta un 20% de la mortalidad con dosis de irradiación despreciables.

Es de máxima importancia señalar que los beneficios del programa dependerán de la calidad de los métodos empleados y del seguimiento y actuación de un control de calidad y de una monitorización continua que permita la reducción de la mortalidad como consecuencia de la aplicación del programa. Estos y otros muchos datos nos han llevado a establecer como objetivo general disminuir la mortalidad por cáncer de mama, digo, en un 20% en los próximos diez años. Y como objetivos específicos, dos: el primero, aumentar en un 50% las posibilidades del diagnóstico precoz del cáncer de mama, y, el segundo, aumentar en un 80% las posibilidades de acceso a servicios especializados.

El término *vigilancia epidemiológica*, desligado de la antigua concepción de control sanitario sobre personas en contacto con enfermos de ciertas enfermedades transmisibles y aplicado a observar de cerca y en forma permanente todos los aspectos de los fenómenos de salud-enfermedad, se puede considerar de creación relativamente reciente. Clásicamente, la *vigilancia epidemiológica* provee de datos para el estudio de las tendencias, verificar los cambios de patrón epidemiológico, el aviso de situaciones epidémicas y apoyo y evaluación de los programas de salud. La racionalización de una estructura de *vigilancia epidemiológica* pasa, pues, necesariamente, por dotarla de un marco de referencia, y a ello responden las directrices del planteamiento de salud para todos en el año dos mil de la Organización Mundial de la Salud, posteriormente seguidas por el planteamiento de los objetivos de la salud para todos en el año dos mil de la región europea de la Organización Mundial de la Salud. Sería una tentación enumerar una larga serie de problemas y proponer sistemas más o menos específicos y sofisticados de *vigilancia*, pero ésa no es nuestra intención. Considerada esta área como prioritaria en el plan de salud de Castilla y León, el objetivo de la *vigilancia epidemiológica* es ligar las necesidades de información en relación a las necesidades de salud, y en este sentido se va a trabajar en las siguientes áreas:

Área de estadísticas vitales y demografía. Las tareas a desarrollar se van a concretar en la firma de un convenio con el Instituto Nacional de Estadística para el tratamiento y explotación de las estadísticas relativas al movimiento natural de la población, de manera que esto nos permitirá seguir en tiempo real la evolución del fenómeno mortalidad e influir en la calidad de las estadísticas del movimiento natural de la población, y para ello se establecerá como tarea rutinaria la explotación de las mencionadas estadísticas para el análisis de los indicadores clásicos.

Área de vigilancia epidemiológica de la morbilidad infecciosa. La contribución de la epidemiología o de la *vigilancia epidemiológica* no es tanto la solución de los problemas como ofrecer sistemas eficaces de alerta que indiquen dónde se producen los fallos. Asimismo, siem-

pre hay una continua queja: el valor de nuestras estadísticas, y resulta obvio que la mejora de las estadísticas, y aún más en el caso de las enfermedades infecciosas, requiere la concienciación al colectivo sanitario de la importancia de lo que ellos notifican o declaran e implantar nuevos sistemas o nuevas estrategias de acceso a la realidad epidemiológica. En ambos frentes vamos a volcar nuestro esfuerzo, sin que ello signifique que sean acciones nuevas en absoluto. Desde la pasada Legislatura, aprovechando la estructura sanitaria de las zonas básicas de salud, se está procediendo a una labor de concienciación de los sanitarios en relación a que los datos no son solamente elementos de gran importancia a la hora de la planificación, sino fundamentales en la puesta en marcha de acciones sanitarias. Vamos a intensificar el esfuerzo de dotar a nuestros servicios de medios suficientes para una explotación automatizada y rápida de los datos, de manera que permitan seguir en tiempo real la evolución de las enfermedades, siguiendo con la explotación continua de los aspectos cuantitativos y cualitativos y, especialmente, potenciando las actividades de formación continuada de los profesionales sanitarios, de manera que nos permita afrontar el estudio de los mismos y haga más sencilla la colaboración de los servicios territoriales.

Se impone, pues, para la Legislatura una importante tarea de difusión de los nuevos métodos contenidos de *vigilancia epidemiológica*, en los términos que consensuadamente se establezcan.

El área de registros y encuestas específicas de información sanitaria es el complemento necesario para el conocimiento de la mortalidad y de la morbilidad infecciosa, y de ello es buen ejemplo la red de médicos centinelas, proyecto integrado dentro de la red europea Eurocentinel, que desde hace dos años viene suministrando datos sobre las patologías de interés que se registran.

A lo largo de la Legislatura está previsto una revisión y reformulación del sistema de información y atención primaria, en perfecta consonancia con el interés de esta Consejería en el desarrollo armónico y progresivo de este escalón asistencial.

Los objetivos en el área de vacunaciones están ampliamente basados en los propuestos por la Organización Mundial de la Salud, región europea, en sus documentos: "Los objetivos de la estrategia regional europea de la salud para todos" y en las periódicas indicaciones del grupo consultivo mundial sobre vacunación. A nadie se le escapa que el control y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación se logra vacunando con material inmunizante adecuado, que lo hay, y con una estrategia adecuada de difusión, que también existe. En esta Legislatura se desarrollan, entre otras, las siguientes actividades de interés: registro individualizado automatizado de vacunados, que al final del noventa y uno quedará implantado en dos provincias y que

en mil novecientos noventa y dos se hará extensivo a toda la Comunidad; encuestas sero-epidemiológicas y de cobertura vacunal a lo largo del noventa y dos; estudio exhaustivo y mejora de las condiciones de la cadena del frío; impulso o continuación de programas específicos de vacunación, como, por ejemplo, vacunación de hepatitis B para colectivos en riesgo, vacunación antitetánica en adultos y revisiones vacunales en escolares. Y, por último, la formación continuada en este aspecto a sanitarios.

No podemos olvidar que la epidemiología de las enfermedades exantemáticas de la infancia nos enseña que presentan evoluciones cíclicas en relación a acúmulos de susceptibles; y si decimos esto no pretendemos curarnos en salud, ya que la evolución cíclica, aun siéndolo, en todo caso, deberá ser cada vez más descendente.

Conscientemente, he dejado para el final tres planes sectoriales que, además de tratar aspectos tan importantes como la salud mental, las drogas y la zoonosis, representan en nuestra Comunidad características propias y diferentes de las del resto del territorio nacional.

La salud mental y la asistencia psiquiátrica la trataré al abordar la parte del programa sobre la asistencia especializada. Para la higiene de los alimentos y la zoonosis dedicaré los últimos minutos de mi intervención dentro del área de salud. Por último, y una vez presentado el programa de servicios sociales, haré mención, como ya he anticipado, del programa de drogas.

Señorías, antes de desmenuzar la parte del programa que hace referencia a la atención primaria, les quiero adelantar que en este campo no pienso escatimar ningún esfuerzo para culminar con éxito la reforma que iniciamos hace cuatro años. Pero supongo que Sus Señorías estarán de acuerdo conmigo en que una asistencia primaria y bien estructurada es gratificante para el profesional que la ejerce y para el ciudadano que la recibe, que su coste es menor que la asistencia especializada y que se puede desarrollar una importante tarea al mejorar realmente el estado de salud de la Comunidad. El asunto prioritario es la racionalización de la asistencia primaria, su adecuación a una concepción de salud-enfermedad integral y el pasar del concepto de medicina curativa aislada a medicina salud-enfermedad, es decir, medicina actuando en un contexto de salud pública y con orientación epidemiológica.

Cuando he utilizado el término integración no estaba pensando en una simple coordinación de funciones administrativamente separadas, sino en ese concepto de integración real que significa la real fusión de las actividades de salud-enfermedad en un todo único estructural y funcionalmente hablando. La atención primaria será la base fundamental de nuestro Servicio Regional de Salud, al que más tarde me referiré, porque es la puerta de entrada al sistema escalonado de atenciones,

porque en él se deben solucionar la mayoría de los problemas de salud y de enfermedad que se presentan en la población.

El punto más importante es que sólo con un nivel primario organizado y que haga cumplir la cobertura universal podremos conseguir conectar directamente con todos los individuos y familias de la Comunidad, conocer realmente sus necesidades y hacer efectiva la educación para la salud y la participación ciudadana.

Por lo tanto, Señorías, no pienso sólo en la asistencia curativa asistencial cuando hablo de atención primaria; tampoco pienso que los actuales centros de salud -salvo excepciones- constituyan un ejemplo de nivel primario. No, de ninguna manera. El nivel primario que quiero conseguir para nuestra Comunidad Autónoma es aquel que auténticamente sea el nivel de enlace de todos los equipos de salud que trabajan el terreno y de todos los programas de salud que tenemos en marcha, que se desarrollan en esta Comunidad. Además, Señorías, quiero que sea el auténtico enlace entre los equipos de salud y los individuos, las familias y la Comunidad entera.

A nivel primario es donde se inicia el circuito entre la población y los programas de salud, y en este circuito, Señorías, que cada individuo y cada familia se integren en el fichero de la zona correspondiente a su domicilio y puedan recibir a partir de este momento las atenciones ofrecidas por los diferentes programas de salud a nivel de individuo o a nivel de familia.

Pienso seguir mejorando el acondicionamiento de los centros sanitarios, por supuesto: centros de salud, consultorios locales, centros de guardia, etcétera. Seguir fomentando e impulsando la formación continuada entre los profesionales de la atención primaria, y pienso dotarles en el transcurso de estos cuatro años de mejores métodos diagnósticos y facilitar de forma considerable sus condiciones de trabajo, especialmente durante el tiempo de guardia o atención continuada, con el fin de hacer más grata y eficaz la labor de los profesionales que la ejercen y la de los ciudadanos que la reciben. En otras palabras, Señorías, quiero devolver la ilusión a los profesionales y la confianza a los usuarios.

El anterior Gobierno regional fue consciente de la importancia que tiene la implantación de una atención primaria de salud adecuada y de calidad, de fácil acceso para todos los ciudadanos, para así conseguir un nivel de salud y bienestar al que, sin ninguna duda, tienen derecho los habitantes de Castilla y León. Y, por ello, en la Legislatura anterior apostábamos por profundizar en la reforma y mejora de este nivel de atención, y a lo largo de los últimos cuatro años ha sido ingente la labor llevada a cabo por la entonces Consejería de Cultura y Bienestar Social.

Castilla y León, como el resto de España, ha venido prestando la asistencia primaria con un infraestructura de personal y de medios materiales basados, fundamentalmente, en los sanitarios locales -médicos, ATS, farmacéuticos, veterinarios- y en los consultorios y centros de salud repartidos por los distintos municipios de las nueve provincias.

Esta red de personal sanitario distribuido por la geografía regional de Castilla y León, y España entera, es única en Europa; pero para actualizarla y adaptarla a las necesidades de coordinación, organización y racionalización, así como a los objetivos generales de la atención primaria moderna, es necesario, Señoría, abordar, y pronto, su reestructuración, para lograr un uso más racional y efectivo que permita obtener una distribución lógica, tanto del personal como de los servicios de centros de salud y consultorios, acorde con las necesidades de actuales.

Las plantillas de sanitarios locales fueron concebidas hace muchos años para atender a una población asentada geográficamente con predominio rural en Castilla y León. Pero la población de esta región ha sufrido desplazamientos desde el campo a las ciudades, con despoblación del medio rural, y una importante urbanización, generando así la necesidad de una nueva distribución del personal sanitario, que, a su vez, se adapte a la nueva delimitación territorial que contempla la normativa autonómica.

Los últimos cuatro años fundamentamos las actuaciones de nuestro Gobierno Regional, o fundamentaron tres pilares básicos:

Primera fase: la reforma de la atención primaria, la delimitación territorial de las zonas básicas de salud en el territorio de la Comunidad Autónoma, que se realizó mediante el Decreto 32/88, de dieciocho de Febrero, de la Junta de Castilla y León, creando tres clases de zonas de salud: urbanas, semiurbanas y rurales, y que al no ser inamovibles ni estáticas, se modificaron parcialmente mediante sendos Decretos posteriormente. En la actualidad el mapa sanitario está constituido por un total de doscientas treinta y cuatro zonas básicas, de las que sesenta y cinco son urbanas, trece semiurbanas, y ciento sesenta y cinco rurales.

La dotación de infraestructuras en las zonas básicas de salud fue el segundo pilar, y vino a paliar las deficiencias de infraestructura existentes en ambos niveles, y para ello destinamos fuertes inversiones para la construcción de centros sanitarios de atención primaria. Así, en los últimos cuatro años, hemos invertido en doscientos noventa y tres consultorios locales, e igualmente se continuó la inversión en centros de guardias médicas durante mil novecientos ochenta y siete, finalizándose cinco que habían sido planificados durante la Legislatura ochenta y cuatro y ochenta y siete, ochenta y cuatro-ochenta y siete.

En donde hemos puesto más esfuerzo y realizado las mayores inversiones -cerca de dos mil millones de pesetas-, ha sido en la construcción de centros de salud. Me he marcado como objetivo para el noventa y dos el que todas las zonas de salud semiurbanas y rurales dispongan de centros de salud, lo que mejorará sustancialmente la infraestructura de la región.

Las inversiones para la construcción de centros de salud y consultorios locales se completó, durante los últimos cuatro años, con el avituallamiento necesario de mobiliario, con una inversión general de cerca de setecientos mil millones de pesetas... setecientos millones de pesetas, perdón.

Los primeros pasos de la reforma la hemos completado con la constitución de equipos de personal sanitario que incorporará el nuevo modelo de atención primaria a las zonas rurales de Castilla y León; nuevo sistema, no solamente basado en aspectos puramente asistenciales curativos, como ya dije, sino, además, como les he comentado a Sus Señorías al iniciar esta importante área del programa, con una visión preventiva de la salud pública; en definitiva, más asistencia integral, que contemple todas las vertientes de la sanidad moderna: la asistencial, la preventiva, la social y la participativa, en cuanto que a través de los Consejos de Salud la propia población interviene en la organización del sistema.

La política de construcción de equipos, integración de equipos de atención primaria realizada hasta el momento actual, arroja los siguientes resultados: ciento sesenta y dos equipos de atención primaria integrados, de los cuales treinta pertenecen a zonas básicas urbanas, y ciento treinta y dos a semiurbanas y rurales. El total de habitantes incorporados hoy al sistema, en el momento actual, en toda la Comunidad Autónoma, es de un millón setecientos ochenta y dos mil, lo que supone el sesenta y seis coma cinco por ciento de la población de nuestra región.

Señorías, soy consciente, y así lo hacía ver hace unos minutos, que con la simple integración de nuestros médicos y ATS en los Equipos de Atención Primaria no se consigue la auténtica reforma que deseamos. Ahora se requiere con urgencia, una vez sentadas las bases organizativas, mejorar el funcionamiento de los equipos, de forma que presten una mejor y más cercana asistencia, y además realicen los diferentes programas de salud preventiva de forma armónica y coordinada. A esta tarea, que considero la segunda parte de la reforma de la atención primaria, nos dedicaremos en profundidad en la presente Legislatura.

Nos queda una ingente labor por realizar hasta lograr que en toda la región se disfrute de una asistencia sanitaria a nivel primario más humana y más próxima al ciudadano, y me refiero, sobre todo, al ciudadano de las zonas rurales de Castilla y León, que es el que menos

accesibles tiene los servicios especializados. Señorías, esta segunda fase de la reforma de la atención primaria es la que tengo la firme voluntad de desarrollar en los próximos cuatro años.

En primer lugar, extenderemos la reforma a toda la población, mejorándola e intentando eliminar algunos defectos, entre los que destacan la excesiva concentración de los sanitarios hacia los centros de salud, con el relativo abandono de los pueblos periféricos de las zonas existentes.

Es importante, en este punto, contar, desde luego, con la colaboración y la coordinación del INSALUD. Sobre todo, nos preocupa introducir todo el cambio que sea preciso para lograr una mayor relación con directa y más humana entre los profesionales de la salud y los ciudadanos de nuestra Comunidad. La dirección que hemos decidido tomar en los próximos cuatro años pasará por las siguientes coordenadas:

Finalizaremos la totalidad de las infraestructuras de atención primaria de salud en lo que se refiere a centros de salud y consultorios locales, y especialmente que los pueblos de más de cien habitantes dispongan de consultorio médico. En esta área ya hemos actuado decididamente, puesto que en el Consejo de Gobierno del día cinco de Septiembre de mil novecientos noventa y uno se aprobó una Orden de la Consejería por la que se regula la subvención a los Ayuntamientos para la construcción de consultorios, y en mil novecientos noventa y dos se acometerán las obras de las diez zonas básicas de salud rurales que no disponen de centros de salud.

Completaremos, en los próximos cuatro años, el equipamiento de los centros de salud y consultorios locales, tanto en mobiliario general como en el instrumental y clínico; y, en este campo, dotaremos a los Equipos de Atención Primaria de medios de comunicación móviles para que los médicos de guardia puedan ser localizados por mecanismos rápidos y ágiles, lo cual permitirá prestar la asistencia médica de urgencia con la deseada presteza y eficacia, y, al mismo tiempo, para aumentar el nivel técnico de asistencia, mejoraremos el equipamiento actualmente existe en todos los centros de salud y consultorios de las mencionadas zonas.

Organizaremos y equilibraremos las plantillas de sanitarios locales. En la pasada Legislatura se llevó a cabo la reestructuración del Cuerpo de Matronas Titulares, que se aprobó mediante Decreto 148/1990, y de la misma forma se reestructuró totalmente el Cuerpo Sanitario de Veterinarios.

En los próximos cuatro años, y en lo referente al personal sanitario, nos proponemos alcanzar las siguientes metas:

En lo que se refiere a los médicos titulares, procederemos al reajuste de las plantillas a través de la RPT,

de la Relación de Puestos de Trabajo, de forma que se eviten las zonas con excesivo número de médicos en relación a la población existente, y la mala distribución, con lamentables desigualdades en las cargas de trabajo. Será, por tanto, una redistribución de los puestos dentro de la propia zona básica de salud y del conjunto de las zonas de salud. Esto requiere amortizar plazas en unos sitios, y quedarlas simultáneamente en otros, puesto que les adelanto que no pretendo reducir el número total de puestos de trabajo existentes en la Comunidad Autónoma.

Esta reestructuración requiere un acuerdo de coordinación con el INSALUD, que es absolutamente imprescindible. Que deberá asumir la reestructuración en toda su extensión, teniendo en cuenta que se contemplarán todos los tipos de zonas de salud, tanto rurales como semiurbanas y urbanas.

Como prueba de esta voluntad negociadora, me permito informar a Sus Señorías lo que es una grata noticia. Y es que el pasado uno de Octubre, por fin, hemos constituido una Ponencia con el INSALUD para abordar esta problemática, que no había podido constituirse en los últimos cuatro años. No se nos escapa, tampoco, la necesidad de negociar tal reestructuración con los Sindicatos, en cuanto que en todo lo referido a la política de personal tenemos la obligación y la devoción de hacerlo así.

Con esto lograremos adaptar la plantilla de médicos titulares, tanto en su número como en su distribución, a las necesidades sanitarias actuales y obtener las plantillas horizonte de las zonas de salud integradas, y que hay que modificar en virtud de las nuevas condiciones existentes.

La evolución demográfica y su distribución especial hace evidente la necesidad de crear plazas de médicos en las zonas de salud urbanas, y esto requiere una reestructuración en profundidad que nos conducirá a una distribución más racional de nuestras plantillas de médicos titulares.

En lo referente a los ATS titulares, y en la misma línea de lo señalado anteriormente, pensamos reestructurar esta plantilla para obtener, de acuerdo con el INSALUD, un aumento de las mismas que satisfaga las necesidades de la población envejecida, y distribuirla adecuadamente, teniendo en cuenta las necesidades de personal, por zonas básicas, y los recursos tanto de personal funcionario como estatutario.

Por otra parte, y en lo que se refiere a los farmacéuticos titulares, entendemos que sus funciones, dentro del marco de la atención primaria de salud, son fundamentales; y, conscientes de que es necesario incorporarlo, igualmente, a las funciones de la atención primaria de salud, nos proponemos abordar su reestructuración, con objeto de lograr una más lógica dis-

tribución de estos recursos de personal y adaptar sus funciones a la estructura prevista de las zonas básicas de salud, y con ello esperamos lograr la actualización de las funciones del farmacéutico rural a los nuevos criterios de la Atención Primaria.

Respecto a las matronas titulares, no hablaremos ya más, puesto que las cité anteriormente.

Y, finalmente, todas estas medidas irán acompañadas, a lo largo de estos años, de una política de estabilización del personal que trabaja en estos equipos.

En fin, Señorías, esta exposición solamente ha sido un resumen del programa que en el área de Atención Primaria nos proponemos abordar, y soy consciente de la omisión de algunos aspectos que, en aras a la brevedad, he querido, o me he permitido suprimir.

En lo relativo a la atención especializada, me referiré, en primer lugar, a la situación actual y a las perspectivas de futuro de los hospitales generales que, en virtud del Real Decreto 555/87 fueron transferidas a esta Comunidad Autónoma. Y, como supongo todas Sus Señorías saben, me estoy refiriendo a los hospitales transferidos del AISNA. En el momento de la transferencia presentaban múltiples deficiencias, tanto estructurales como funcionales, lo que ha condicionado una intervención prioritaria en obras de remodelación y dotación de equipamientos con fuertes inversiones, así como la adecuación y actualización de las plantillas de personal. Señorías, durante los últimos cuatro años hemos hecho un gran esfuerzo en remodelar los centros hospitalarios que nos fueron transferidos, y les anuncio que en esta Legislatura que ahora comienza tengo el firme propósito de culminar la reforma de todos estos centros, si bien es cierto que el horizonte, en cuanto a número de camas y plantillas, está íntimamente ligado a la necesaria, nuevamente, colaboración y coordinación con el INSALUD, Señorías; porque ¿de qué nos sirve que acondicionemos adecuadamente un centro como el Hospital "Los Montalvos", con cuatrocientas dieciocho camas, si de éstas sólo están funcionando ciento setenta y ocho, con un índice de ocupación del cuarenta y cinco por ciento?

Básicamente, pretendo que estos centros hospitalarios transferidos hace algo más de cuatro años estén perfectamente preparados como hospitales de cuidados mínimos o medios, en función de sus características y de las necesidades de las áreas de salud en que se encuentran insertados.

En este punto de mi intervención, me gustaría señalar que es intención del Gobierno Regional el que en cada una de las áreas de salud de nuestra Comunidad Autónoma, la Red Hospitalaria de utilización pública disponga de, al menos, un hospital de cuidados mínimos o medios dedicados, monográficamente, a la atención de pacientes cuya patología crónica no precise sofisti-

cada tecnología, en el buen entendimiento que nunca consideraremos a este tipo de hospitales, o a los pacientes que allí se atiendan, como centros o ciudadanos de segunda.

Sobre esta política relativa a los hospitales propios, es preciso señalar algunas nuevas prestaciones diferenciadas, como son el Centro Regional del Dolor y la Unidad Regional de Lesionados Medulares, que, como supongo todas Sus Señorías ya conocen, estarán ubicadas como anexo al Hospital de "Los Montalvos".

Creo conveniente matizar que, en el Decreto 108/91, de Ordenación Sanitaria, Salamanca y Valladolid se configuran como el nivel referencial más complejo a efectos de servicios de alta tecnología; de aquí la coherencia de ubicar estos dos centros en el Área de Salud de Salamanca.

Tras las importantes inversiones realizadas en los últimos años, tenemos previsto que antes de finalizar el presente año entre en funcionamiento el Centro Regional del Dolor, que está dotado con cincuenta camas diferenciadas en tres pequeñas unidades: Dolor crónico, veinte camas; dolor crónico maligno, veinte camas; y alta patología, diez camas.

Respecto a la Unidad Regional de Lesionados Medulares, estoy en condiciones de informarles que en el último trimestre del noventa y uno se procurarán contratar las obras, cuya finalización está prevista para el segundo semestre de mil novecientos noventa y tres, dando así satisfacción a una necesidad no atendida en la actualidad en nuestra Comunidad Autónoma.

Señorías, otra de las principales preocupaciones de este Consejero y su equipo es la ordenación de la hemoterapia y la promoción de la hemodonación, y en esta área continuaremos impulsando la política que iniciamos en mil novecientos ochenta y ocho, de subvenciones a las Hermandades de Donantes, apoyo publicitario a las Federaciones, adquisición de equipamientos, etcétera, con la que hemos conseguido aumentar la donación de sangre en cincuenta y un mil ochocientos cincuenta y tres unidades, en mil novecientos ochenta y siete, a sesenta y ocho mil trescientas noventa y siete en mil novecientos noventa, lo que supone un incremento superior al treinta por ciento. Y también tenemos el propósito de que, antes de finalizar la actual Legislatura, Castilla y León contará con un Centro Regional de hemoterapia y hemodonación.

Otras áreas que en los próximos cuatro años centrarán nuestra atención serán la farmacovigilancia y los trasplantes.

En cuanto a la política en materia de trasplantes, y dentro del ámbito de nuestras competencias, tenemos previsto, para antes de finalizar el presente año, crear, mediante el preceptivo Decreto, la estructura de coor-

dinación que regule las actividades en esta materia. Y, asimismo, les anuncio que emprendemos una política de difusión de publicidad sobre donación de órganos, con la que pretendemos conseguir los éxitos que alcanzamos con la realizada hace dos años sobre donación de riñones, que dio como resultado un incremento del sesenta por ciento en el número de donantes.

Por último, y dentro de esta área, regularemos los requisitos de acreditación para la extracción de trasplantes.

Por otra parte, y para dar respuesta a las necesidades de control y valoración de los deportistas de nuestra Región, la Junta de Castilla y León ha creado, por Decreto 55/1991, el Centro Regional de Medicina Deportiva, que tendrá su sede en Valladolid, en el antiguo Hospital Materno Infantil, y que iniciará su funcionamiento antes de finalizar el presente año de mil novecientos noventa y uno.

Señorías, llegado a este punto del programa que pienso realizar en los cuatro próximos años, creo que es el momento de anunciarles que tengo el firme propósito de reclamar y, posteriormente, negociar adecuadamente la transferencia del INSALUD a la Junta de Castilla y León.

La sanidad de Castilla y León está afectada, a mi entender, por los siguientes problemas: las competencias compartidas, situación casi insostenible, en la atención primaria; las competencias repartidas en la atención hospitalaria; la subordinación y dependencia de la Administración Central, con infradotación económica, fraccionada en múltiples organismos, descoordinados, desde luego, entre sí; y, por último, está desintegrado el sistema y es multidependiente, porque depende de las Corporaciones Locales, del INSALUD y de la Junta de Castilla y León.

Estas características hacen nuestra sanidad costosa, ineficiente, poco eficaz, incómoda y desesperante para los usuarios, y muy desincentivadora para los profesionales; y por ello, Señorías, pienso reclamar enérgicamente la transferencia de INSALUD e intentar mayor eficacia y calidad asistencial.

Durante los últimos cuatro años hemos ido preparando minuciosamente el momento de las transferencias, y así, en mil novecientos noventa y uno, se han producido dos años que cierran el marco jurídico para poder hacer frente, de forma adecuada, a las transferencias del INSALUD. El primero de éstos ha sido la aprobación del Decreto 108/91, por el que se regula la Ordenación Sanitaria de Castilla y León en materia de asistencia especializada. Se estructura dicha prestación en cuatro niveles asistenciales, que permiten garantizar el más adecuado acceso a los ciudadanos en las prestaciones de los servicios sanitarios. El mencionado De-

creto desarrolla el contenido del artículo 51.2 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, que establece la competencia de las Comunidades Autónomas en la reordenación de los servicios sanitarios.

El segundo hecho se producirá cuando, próximamente, enviemos, de nuevo, a las Cortes, para su estudio y aprobación, la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla y León, y se cree el Servicio Regional de Salud. Esta Ley permitirá la ordenación del sistema sanitario en Castilla y León, de acuerdo con los principios de universalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectorialización de la atención sanitaria y participación comunitaria.

El Servicio Regional de Salud estará configurado, de acuerdo con la Ley General de Sanidad, por todos los centros, servicios y establecimientos públicos y de cobertura pública, al cual corresponderán, además de las funciones de gestión, administración de servicios, prestaciones del sistema sanitario, la ordenación, planificación, programación y evaluación sanitaria y la distribución de los recursos económicos.

La Red Hospitalaria Pública y la utilización pública implicará el establecimiento de un sistema de jerarquización de los hospitales y su correspondiente clasificación en niveles de complejidad asistencial. Ello responderá, a dos razones fundamentales: de oferta de servicios y de orden económico, ya que, asistencialmente, permitirá una mejor ordenación de los recursos y adecuación a las demandas; la razón económica está basada en la necesidad de concentrar recursos sanitarios -caros-, humanos y tecnológicos en pocos centros, a fin de conseguir la máxima rentabilidad.

Señorías, vamos a consolidar un modelo sanitario para Castilla y León que cuente con la aceptación, apoyo y prestigio de quienes son sus usuarios y clientes, así como el de los profesionales de la salud que trabajan en él. En este sentido, el planteamiento de los objetivos de política sanitaria y desarrollo de servicios la enmarcaremos dentro de tres grandes apartados: sistemas de información apropiados, cambio de modelo organizativo y de funcionamiento del sistema.

El sistema de información, de nueva implantación, permitirá conocer puntualmente el coste de la actividad asistencial, conocer y valorar las nuevas tecnologías y su rentabilidad social y poner los datos al servicio de la toma de decisiones.

El nuevo modelo organizativo estará orientado al usuario y a mejorar la calidad de servicios e incrementar la relación entre usuarios y personal sanitario, e incentivará y motivará al personal sanitario y no sanitario, y producirá la descentralización efectiva de toda la gestión.

El funcionamiento del sistema permitirá la introducción de mecanismos de competencias en la financiación y provisión de los servicios y generará incentivos internos, que promoverán la eficiencia en todas las prestaciones.

Finalmente, Señorías, señalarles que, además de operar las transferencias de recursos y servicios sanitarios, es preciso y conveniente —y así lo haré llegar donde corresponda— modificar el actual sistema de financiación de las Comunidades Autónomas.

Considero la oportunidad de cambiar el sistema de reparto a cada Comunidad Autónoma, combinando el principio de garantía del coste transferido con el de equidad y solidaridad, para lo cual debería utilizarse el sistema de reparto con criterios de población y necesidades.

En definitiva, Señorías, los elementos claves que configurarán el futuro del Servicio Regional de Salud vendrán referidos a la calidad en el servicio, competencia en la prestación, descentralización de la gestión, apertura del sistema hacia la población y la distribución más justa de los recursos. Y así, en cada una de las Áreas de Salud de la Comunidad se tendrá el autoabastecimiento de servicios, para lo que se les dotará a cada una de ellas de hospitales de agudos y de hospitales de cuidados mínimos o básicos.

Asimismo, Señorías, les adelanto que la futura Ley, ya tantas veces mencionada, contemplará el derecho a la elección de médico de atención primaria, dentro de las Zonas Básicas de Salud y el derecho a la libre elección de ciertas especialidades básicas, dentro de los que presten sus servicios en el Área de Salud.

Por último, Señorías, recordarles una vez más que las diferentes reformas que pretendemos implantar, una vez creado el Servicio Regional de Salud, las haremos siempre después de haber consultado con los diferentes sectores que configuran la sanidad en nuestra Región, y nunca lo haremos de espaldas a ellos.

Tal como les he anunciado en el transcurso de esta intervención, voy a permitirme dedicar un apartado especial para salud mental y la asistencia psiquiátrica.

Respecto a la asistencia psiquiátrica, puede decirse que, pese a los indudables avances que se han producido en los últimos cuatro años, el sistema asistencial mantiene algunos elementos de discriminación respecto a los enfermos psiquiátricos. Por ello, y para hacer efectivo lo establecido en la Ley General de Sanidad, en su artículo 20, la integración de la asistencia, es preciso mantener e incrementar los niveles de coordinación existente entre las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias.

Esta política de coordinación, iniciada hace cuatro años por la Junta de Castilla y León, culminó con la firma del Convenio Interinstitucional para la Ordenación de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, suscrito por las nueve Diputaciones Provinciales y esta Consejería, y a través del desarrollo del Acuerdo de Cooperación suscrito entre el INSALUD y la Junta de Castilla y León, en julio de mil novecientos ochenta y seis, constituyéndose los Comités de Enlace y Coordinación, establecidos en el ámbito regional y provincial.

El consenso establecido sobre los objetivos de transformación de la asistencia psiquiátrica en Castilla y León ha facilitado la progresiva adaptación de los distintos centros y servicios a lo establecido en el Decreto 83/1989, de dieciocho de mayo. Y como desarrollo de este Decreto, la Consejería de Cultura y Bienestar Social reguló la estructura de coordinación en materia de asistencia psiquiátrica, mediante la Orden de nueve de marzo de mil novecientos noventa. De esta forma, se han unificado las estructuras de coordinación en el ámbito provincial, mediante la creación de los Comités de Enlace y Coordinación Provinciales, integrados por representantes de las tres Administraciones: Diputaciones Provinciales, INSALUD y Junta de Castilla y León.

Al mismo tiempo, se asegura la participación de técnicos y profesionales, mediante la creación de la figura del Coordinador de Salud Mental de Área y la Comisión Técnica Regional de Asistencia Psiquiátrica.

El marco normativo de actuación en esta materia se completa con la aprobación de la Orden de veintinueve de abril de mil novecientos noventa y uno, por la que se estableció la delimitación territorial de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Castilla y León. Esta Orden, consensuada con Diputaciones y con INSALUD, delimita treinta y siete Distritos de Asistencia Psiquiátrica, con una población media de setenta mil habitantes por Distrito.

Quiero destacar, asimismo, la política de apoyo a las Diputaciones Provinciales, desarrollada por esta Consejería a través de la línea de subvención mantenida en los años ochenta y ocho, ochenta y nueve, noventa y noventa y uno, orientada a la reestructuración de los hospitales psiquiátricos y a la creación de estructuras intermedias, ya sean centros y hospitales de día, que faciliten la transición desde un sistema central de los hospitales psiquiátricos hacia otro más abierto, heterogéneo y cercano a los ciudadanos.

En este sentido, quiero plantear el compromiso de mantener esta línea de subvenciones, al menos hasta la constitución de las Comisiones Mixtas de Transferencias, con las respectivas Diputaciones, una vez regulado el Servicio Regional de Salud.

Por tanto, Señorías, nos encontramos en un momento propicio para incrementar la integración de servicios

e impulsar su transformación, bajo las premisas de aprovechar los recursos existentes, redefinir nuevas funciones y reconducir el esfuerzo volcado, históricamente, en los hospitales psiquiátricos hacia otros servicios nuevos, a medida que el proceso de transformación permita ir liberándolos, para evitar, de esta manera, situaciones de abandono.

El Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica constituye un importante desarrollo de los objetivos estratégicos en salud mental y desarrolla, al mismo tiempo, las actividades necesarias a realizar en el bienio mil novecientos noventa y uno y mil novecientos noventa y dos.

Uno de sus objetivos iniciales es la unificación funcional, en una sola red, de todas las atenciones especializadas en los problemas de salud mental y asistencia psiquiátrica prestada por servicios públicos y concertados.

Considero que estamos en condiciones de alcanzar este objetivo este mismo año en la mayor parte de las Áreas de Salud, y, con carácter general, en el primer semestre de mil novecientos noventa y dos en todo el territorio. A modo de ejemplo, Señorías, señalarles que esta unificación funcional se ha producido en las dos Áreas de Valladolid el pasado uno de octubre de mil novecientos noventa y uno.

Paralelamente a la integración de servicios, el Plan Sectorial diseña un conjunto de actuaciones orientadas a la creación de nuevos recursos y a la transformación de los existentes. La dotación de los Equipos de Salud Mental de Distrito constituye una de las prioridades de esta Consejería en esta materia. En la actualidad existen treinta y cinco Equipos de Salud Mental, dependientes de Diputaciones, INSALUD y Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por lo que será precisa la creación de dos nuevos, solamente, Equipos de Salud Mental, aspecto ya consensuado con el INSALUD. Es preciso un esfuerzo de dotación para alguno de los Equipos ya existentes, completando su composición, especialmente en cuanto a personal de enfermería.

Respecto a la hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, el objetivo de esta Consejería es el de disponer de una Unidad de Hospitalización en cada Área Sanitaria, alcanzando en mil novecientos noventa y cinco una razón de camas para pacientes con sintomatología aguda de, al menos, uno por diez mil habitantes. En esta línea, existen acuerdos con el Instituto Nacional de la Salud para la creación de Unidades de Psiquiatría en el Hospital Río Ortega de Valladolid, el nuevo Hospital General de Ponferrada y el Hospital General de Soria.

No puedo dejar de resaltar en esta comparecencia las dificultades existentes para la ampliación de las camas de hospitalización psiquiátrica por parte del INSA-

LUD en algunas provincias como Palencia, Zamora, lo que quizás exprese, no sólo dificultades de gestión, sino una cierta ambivalencia de la Administración Central respecto a los objetivos de la reforma psiquiátrica.

Como seguramente Sus Señorías conocen, recientemente se ha comunicado a esta Consejería una sustancial reducción de la cuantía de las subvenciones finalistas para la adecuación de los servicios psiquiátricos en esta Comunidad Autónoma a los principios establecidos en la Ley General de Sanidad, siendo preciso destacar que en estos últimos cuatro años el Gobierno Central había suspendido, sin que existiese ninguna explicación, al menos que conozcamos o que lo justifique, este tipo de subvenciones para la reforma psiquiátrica.

En cualquier caso, el objetivo de esta Consejería es que, en mil novecientos noventa y cinco, el cien por cien de las hospitalizaciones de pacientes con sintomatología aguda se realice en Unidades Psiquiátricas de Hospitales Generales.

Otra de las grandes áreas de actuación es la de Hospitales Psiquiátricos. Y, a este respecto, nuestra Comunidad dispone de un importante número de camas para pacientes crónicos, destacando la importancia de los hospitales de titularidad privada concertados, que tienen el sesenta por ciento de las camas totales de la Región.

Las actuaciones de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social se orientarán, por tanto, a mejorar la dotación y el funcionamiento de las unidades de rehabilitación existentes, considerando como objetivo a medio plazo la dotación de quince plazas por cien mil habitantes, para el conjunto de la Comunidad. En la misma línea, los servicios técnicos de la Consejería estudian fórmulas de colaboración con los hospitales psiquiátricos de titularidad privada, como puede ser el San Juan de Dios, San Luis, de Palencia, Santa Teresa, de Arévalo, con objeto de impulsar su reestructuración y establecer fórmulas de colaboración y concierto de servicios.

Finalmente, Señorías, les anuncio que, con carácter inmediato, la Consejería va a proceder a la realización de auditorías sanitarias en todos los hospitales psiquiátricos, extendiéndose, posteriormente, este programa a todos los centros y servicios de asistencia psiquiátrica. Y así, antes de finalizar junio de mil novecientos noventa y dos, tendremos los datos necesarios para poder evaluar la integración funcional de los distintos servicios, que -insisto- se está produciendo ya en las diferentes provincias de nuestra Comunidad, y, al mismo tiempo, podremos corregir las deficiencias que se produzcan.

La transformación de los hospitales psiquiátricos, su superación no es posible sin la actuación complementaria, fuera del marco hospitalario, de carácter ambulatorio y de hospitalización parcial. Y así, la creación de Centros y Hospitales de Día constituye una de las nece-

sidades, en el momento actual, de la reforma psiquiátrica. Nuestros objetivos incluyen la dotación de un Centro de Día y un Hospital de Día, según necesidades, en cada provincia, en mil novecientos noventa y dos, y de un Centro y un Hospital de Día, en mil novecientos noventa y cinco, en todas las Áreas Sanitarias de la Comunidad Autónoma.

Quisiera abordar, siquiera brevemente, Señorías, algunos de los objetivos que esta Consejería quiere alcanzar en los próximos cuatro años, en relación con la atención a la salud mental infanto-juvenil, siguiendo recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y siempre en coordinación con el INSALUD.

Nos planteamos disponer en el año mil novecientos noventa y tres de Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil en Valladolid, Burgos, León y Salamanca, dado que la población menor de quince años supera el veinte por ciento del total de la población. Y asimismo, en mil novecientos noventa y cuatro se va a crear una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil de ámbito regional.

Presupongo que Sus Señorías coincidirán conmigo en la necesidad de impulsar y facilitar las actuaciones de los profesionales orientadas a la promoción de la salud mental y a la actuación preventiva sobre grupos de riesgo. Algunos programas piloto vienen desarrollándose en la actualidad, y, con carácter general, se pondrán en marcha los siguientes: el seguimiento de pacientes psiquiátricos crónicos; la psicogeriatría; integración en atención primaria de estos enfermos; actuaciones sobre grupos de riesgo, niños maltratados, suicidios, etcétera.

Con esta perspectiva, deben realizarse parte de las actividades de formación continuada de los profesionales de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que, como ya saben Sus Señorías, en esta materia, las venimos realizando anualmente.

Finalmente, debo considerar la importancia del adecuado desarrollo de los sistemas de información en salud mental. Es necesario proceder a poner en funcionamiento un sistema de información que permita guiar la toma de decisiones en la planificación. A lo largo de mil novecientos noventa y dos se pondrá en marcha un sistema de información basado en un protocolo de datos mínimos que ya está consensuado con el INSALUD.

Puedo afirmar que el sistema de atención en salud mental ha evolucionado en los últimos años hacia una mayor integración de servicios y, al mismo tiempo, ha diversificado sus prestaciones. De un sistema basado en los hospitales psiquiátricos, evolucionamos a una oferta más diversa, con tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial, apoyo psicosocial, hospitalización en hospitales generales, etcétera, que se integra progresi-

vamente en el sistema sanitario general, como es nuestro objetivo.

Los recursos humanos son casi suficientes, con la excepción de psicólogos y ATS. Las unidades psiquiátricas en el hospital general aún son escasas y nuestros hospitales psiquiátricos se están reconvirtiendo y reestructurando a un ritmo desigual.

El ritmo de implantación de centros y hospitales de día, aunque lento, es sostenido.

Todo ello configura un panorama alentador y abre unas perspectivas optimistas para mejorar sustancialmente la atención en salud mental y asistencia psiquiátrica de los ciudadanos en Castilla y León.

La situación de la sanidad no asistencial, relacionada con la higiene de los alimentos y la sanidad ambiental, en Castilla y León, después de estos últimos cuatro años, ha mejorado de un modo notable. Así, la reestructuración de los servicios veterinarios oficiales ha permitido, entre otras acciones perfectamente cuantificadas, incrementar las inspecciones y controles sobre las industrias y establecimientos de alimentación ubicados en nuestra Comunidad, ejecutar el Plan de Investigación de Residuos en carnes obtenidas en los mataderos castellano-leoneses, e iniciar la gestión de las tasas sanitarias en consonancia con la normativa europea.

De otra parte, el desarrollo de programas tales como el de control de aguas de baño, el de piscinas y el de control de potabilidad de las aguas de consumo público, además de la permanente vigilancia ejercida sobre la calidad del aire, permiten, si no sentirnos plenamente satisfechos desde el punto de vista sanitario, sí mantener un elevado nivel de exigencia, equiparable al exigido en nuestro entorno social y económico.

A lo anteriormente expuesto, añadiremos el esfuerzo realizado en la dotación de los laboratorios de salud, tanto en los servicios territoriales de administración periférica, como en los centros de salud, y así como el efecto multiplicador y de sinergias conseguido en las acciones educativas desarrolladas en ejecución de los programas de sanidad ambiental, de zoonosis y de higiene de los alimentos.

Nuestra situación en la actualidad es razonablemente buena, a pesar de que este campo ha sido utilizado para la abierta batalla política, e incluso para escaramuzas que han pretendido y logrado escandalizar e intranquilizar a los ciudadanos de nuestra región y de nuestro país, persiguiendo no sé qué intereses.

La consecución de una mejora en el rendimiento de los servicios en materia alimentaria, ambiental y de zoonosis, así como la utilización más racional de los mismos, hace necesario que a lo largo de esta nueva legis-

latura se profundice en la organización, tanto de las estructuras como del personal y su funcionamiento.

En materia de política de personal, tal y como lo he comentado anteriormente, es objetivo de esta Consejería de Sanidad y Bienestar Social aprobar una de las asignaturas pendientes de la administración de Castilla y León; esta es la reestructuración de farmacéuticos titulares, para que pasen a prestar servicios a tiempo total en las zonas básicas de salud, fundamentalmente en el área no asistencial. Las previsiones de financiación de este proyecto quedarán recogidos en los Presupuestos Generales que se aprobarán próximamente por estas Cortes.

Transcurridos casi dos años desde la culminación de la reestructuración de los veterinarios, se hace necesario ahora readaptar la relación de puestos de trabajo de los servicios veterinarios oficiales de salud pública, sin que ello suponga nuevos gastos a las variaciones que han sufrido las industrias y establecimientos alimentarios, en cuanto a su volumen de producción.

La nueva relación de puestos de trabajo llevaría aparejado un mayor control en los mataderos e industrias alimentarias, potenciando de este modo la inspección en origen, mediante el análisis de riesgos y la determinación de puntos críticos de control.

Como Sus Señorías seguramente conocen, el programa de control alimentario en Castilla y León se realiza utilizando unos documentos que son conocidos como protocolos de inspección continuada. Su ejecución ha permitido aumentar el control sobre la calidad total de los alimentos y productos alimenticios, favoreciendo el incremento de la seguridad alimentaria, que se ha traducido en una disminución del número de brotes de toxoinfecciones e intoxicaciones.

Para continuar con la tendencia de reducción de las enfermedades transmitidas por alimentos, incrementaremos la vigilancia epidemiológica y la mejora de los medios de diagnóstico que permitan identificar el agente causante. A su vez, es intención de nuestra Consejería potenciar al máximo posible el control de los residuos presentes en los alimentos como consecuencia de los sistemas utilizados en la producción animal y vegetal y aquellos que aparecen como consecuencia de la contaminación medioambiental, para la cual se potenciará una red de laboratorios de salud pública suficientemente dotados.

Mención aparte merece el tema de las tasas sanitarias, pues, como seguramente conocen Sus Señorías, la Comunidad de Castilla y León, mediante Decreto, estableció la tasa de control de carnes frescas, en aplicación de lo dispuesto en la normativa europea, una vez que el Consejo de Política Fiscal y Financiera del Reino de España así lo acordó.

La gestión de esta tasa no representaría ningún problema administrativo ni de gestión en esta Comunidad, al margen de los puramente burocráticos, si se hiciera en todo el territorio del Estado español. Pero —y he aquí el fondo de la cuestión— solamente nuestra Comunidad está cumpliendo lo dispuesto en la normativa en vigor, por lo que se crea al cumplir la Ley una clara distorsión en el mercado interior nacional.

Es intención de este Consejero cumplir y hacer cumplir la Ley, por lo que ya me he dirigido al Ministro de Sanidad y, a través de la Consejería de Economía y Hacienda, al Ministro de Economía, para lograr que en todas las Comunidades Autónomas se haga derecho positivo la Directiva europea que establece los niveles de las tasas, con el fin de garantizar una protección sanitaria uniforme y de mantener la libre circulación de los productos en el Estado y evitar distorsiones en la competencia.

La gestión eficaz de las tarifas de los servicios de control higiénico-sanitario de alimentos e industrias de alimentación, dado su volumen, supone un enorme esfuerzo, tanto humano como material, que obligará a modificar las estructuras de los servicios territoriales de la Consejería, potenciando, como es obvio, aquellas unidades relacionadas con la detección de los sujetos pasivos que han incumplido la norma, aquellos relacionados con la liquidación tributaria directa y, especialmente, los relacionados con la calificación de las infracciones advertidas, e imposición, en su caso, de las correspondientes sanciones.

Una de los problemas de salud pública que significa más negativamente a nuestra Comunidad Autónoma en el entorno nacional es el de las antropozoonosis, o enfermedades que los animales, tanto de función como de compañía, transmiten al hombre. Así, enfermedades como brucelosis o la hidatidosis presentan en nuestro territorio una incidencia muy elevada, como consecuencia de situaciones conocidas, aspectos cotidianos e, incluso, tradiciones que han llegado a ser consideradas como normales para la población.

La Consejería de Sanidad y Bienestar Social, en coordinación con la Consejería de Agricultura y Ganadería, así como con unidades de otras Administraciones y con las organizaciones y sindicatos ganaderos, tratará de fijar los objetivos de prevención y control de estas enfermedades, profundizando en su conocimiento y vigilancia epidemiológica, favoreciendo a su vez la revisión del Plan Indicativo de Mataderos, de las campañas de saneamiento ganadero y de los problemas derivados de la identificación de los animales vivos.

Como no podía ser de otro modo, durante esta legislatura se incrementará toda la política de educación para la salud, aunque de un modo muy especial hacia los llamados grupos de riesgo, dirigiendo nuestras acciones hacia los manipuladores de alimentos, hacia los

ganaderos, hacia los escolares y hacia los consumidores en general.

Entendiendo el medio ambiente como un recurso positivo para la salud y el bienestar del ser humano, conviene insistir en que el enfoque que ha de seguir cualquier política medioambiental es el principio de que prevenir es mejor que curar y de que quien contamina paga. Al objeto de proteger la salud en relación con los riesgos ambientales, esta Consejería de Sanidad y Bienestar Social deberá compartir actividades con la Consejería de Medio Ambiente, con la de Fomento, y con la de Agricultura y Ganadería. Es decir, deberá realizarse una planificación intersectorial para poder generar un óptimo nivel de salud y bienestar.

Sin embargo, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Europea sobre el medio ambiente y salud, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social asumirá la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica, a través de la recogida, recopilación y el análisis de los datos, además de la evaluación del impacto de los factores ambientales de la salud.

La continuidad de los programas sanitarios de control llevados a cabo hasta el momento facilita el impulso necesario para lograr a lo largo de estos cuatro próximos años, para todos los municipios de Castilla y León, suministros de agua potable y, siempre en colaboración con otros departamentos autonómicos, centrales y europeos, una eliminación higiénica de los residuos generados en la normal actividad humana industrial y rural.

Es, pues, la calidad sanitaria del agua de uso y consumo público una de las preocupaciones permanentes de este Consejero. No se escatimará ningún esfuerzo para lograr una óptima calidad de las aguas. Del mismo modo, la calidad del aire que respiramos será vigilada, especialmente en relación con los efectos nocivos del radón, del fumador pasivo y de los productos químicos de interiores, y en relación con los óxidos de azufre y de nitrógeno y de los compuestos orgánicos volátiles en exterior.

A continuación voy a desarrollar el programa de servicios sociales, para acabar, como decía antes, con el programa de droga.

En servicios sociales, con la entrada en vigor de la Ley 18/1988, de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León, se inició en la Comunidad de Castilla y León una etapa en la que necesariamente han de sentarse las bases para una construcción racional y eficaz de los servicios sociales, mediante el ejercicio de la potestad reglamentaria que vamos a ejercer, porque tiene atribuida la Junta de Castilla y León.

Por ello, la Administración de la Comunidad Autónoma ejerció esa competencia dando como resultado la

publicación de numerosas disposiciones que han desarrollado nuestra Ley de Acción Social, y que, al ser admitido unánimemente por los Parlamentarios de la legislatura anterior de estas Cortes, tiene, sin duda, vocación de permanencia y garantía de estabilidad.

Se cumplió, en primer lugar, con lo mandado en la misma Ley, y así se publicaron Decretos, como el que regula la constitución y funcionamiento del Consejo Regional de Acción Social de Castilla y León, donde los sectores públicos y privados de la Comunidad Autónoma han aportado las sugerencias e iniciativas que sirvieron para enriquecer las futuras disposiciones.

Se aprobó el Decreto que regulaba la Comisión Sectorial Regional de Cooperación, que ha servido para unir las distintas Administraciones Públicas de la Comunidad y ha sido un instrumento útil en la coordinación de los mismos.

Se ratificaron las Zonas de Acción Social como marco geográfico adecuado para la prestación de los servicios sociales.

Y se aprobaron los Planes Regionales de Acción Social y Servicios Sociales Sectoriales, imprescindibles para que los recursos sociales de nuestra Comunidad, siempre escasos, se distribuyan de forma eficaz según las necesidades existentes.

Pero no sólo se desarrolló lo ordenado por imperativo legal, puesto que además se reguló el sistema de acción social en nuestra Comunidad Autónoma, disposición ésta imprescindible para el buen funcionamiento de los servicios sociales básicos.

Se establecieron las condiciones que requieren los centros de la tercera edad, que deben poseer para su buen funcionamiento.

Se reguló la inspección y el procedimiento sancionador en materia de acción social, y una extensa relación de Decretos y Ordenes que nos permiten afirmar que, transcurridos dos años y medio de su andadura, de andadura de la Ley, una buena parte de la misma ha sido ya desarrollada.

En todas las actuaciones de la Junta de Castilla y León, tanto en el ejercicio de la potestad reglamentaria, como de gestión, de formación, de coordinación y de planificación, etcétera, se ha tenido siempre presente los principios que inspiraron la Ley y que consagra un sistema de acción social en nuestra Comunidad Autónoma.

De esta manera, se ha fomentado la iniciativa privada, con un aumento considerable de las partidas presupuestarias y un notable aumento de convenios, destacando a este respecto las acciones dirigidas al sector de la tercera edad, que constituye una de las principales

preocupaciones de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

La participación ha guiado en todo momento las actuaciones del Gobierno, no sólo con la regulación de las actuaciones del Consejo Regional de Acción Social ya comentado, sino con el impulso y apoyo permanente a las Corporaciones Locales para que la participación se consolide en el ámbito provincial y local, con la creación de Consejos Provinciales y Sociales.

La animación comunitaria es, sin duda, un principio que resulta esencial, dadas las características demográficas y geográficas de la Comunidad Autónoma. Y, por ello, la Junta de Castilla y León lo ha impulsado con una constante formación y reciclaje de los profesionales de los CEAS, que son esenciales en la dinámica y desarrollo local, contando para ello con la eficaz colaboración de las Corporaciones Locales.

La Junta de Castilla y León, consciente del aumento de las tasas de envejecimiento de la población, consideró oportuno que los individuos y grupos permanezcan en su entorno, conserven su cultura y continúen con sus costumbres, de tal manera que no queden segregados de otros ambientes de difícil convivencia para ellos, para lo cual ha subvencionado y fomentado una red de residencias de la tercera edad, repartidas por todo el ámbito territorial, cumpliendo así con el principio inspirador de la integración.

A su vez, la Administración de la Comunidad Autónoma tiene presentes en todas sus actuaciones los principios inspiradores de Ley, de igualdad, libertad y solidaridad, intentando evitar cualquier discriminación y marginación de los ciudadanos, superando actuaciones fragmentarias o de carácter graciable.

La Constitución española, actuando como norma máxima, garantiza para todos los ciudadanos un nivel homogéneo de bienestar, que ha de lograrse, entre otros sistemas, a través del acceso, en condiciones de igualdad, a los servicios públicos, y, en este caso, a los servicios sociales.

La transferencia de competencias y la delegación de funciones permiten acercar las decisiones a los ciudadanos y llenar de contenido las Administraciones Locales, que constituyen la base de las relaciones de la Administración de la Comunidad con la de las Corporaciones Locales.

La Consejería de Sanidad y Bienestar Social, en un escrupuloso respeto a estos principios básicos, y consciente de que la mayor eficacia de la prestación de los servicios ha de lograrse por la vía de la coordinación, va a consolidar definitivamente y a impulsar la cesión de competencias por la vía prevista en la Ley Reguladora de la Relación entre la Comunidad de Castilla y León y las Corporaciones Locales, y, todo ello, dando la nece-

saria participación a todos y cada uno de los interlocutores sociales implicados.

Pretendemos proseguir la labor emprendida en el mandato anterior, para transferir o delegar con las condiciones, requisitos y procedimientos que marca la citada Ley Reguladora, los centros y servicios que, siendo de titularidad de la Administración Autonómica, requieren, en aras del principio de descentralización, que cambien de titular, lo que supondrá un acercamiento de la administración al ciudadano, simplificando muchísimos trámites administrativos.

Tal descentralización se va a llevar a cabo de forma inmediata con las guarderías infantiles, en la seguridad de que la atención a los más pequeños y la proximidad de estos servicios a los ciudadanos permitirá evidenciar la colaboración real de las Corporaciones Locales en preparar una acogida rápida de los diversos centros.

A la transferencia de guarderías se seguirá la de comedores, centros polivalentes y otros servicios.

Los Decretos que hagan efectiva las transferencias a las entidades locales se encuadrarán dentro de las distintas disposiciones que la Junta tiene previsto promulgar para proseguir y completar el desarrollo de la Ley de Acción Social y Servicios Sociales. De esta manera, se regularán las materias que completan las expectativas de aquellos sectores o ciudadanos que están a la espera de que entren en vigor.

Es objetivo prioritario de la Consejería alcanzar, en la legislatura que ahora comienza, el pleno desarrollo normativo previsto en la Ley de Acción Social. Y a tal fin, se procederá a la puesta en marcha del Registro de Centros y Servicios Sociales, instrumento clave para el desarrollo, evaluación y programación de los planes regionales de acción social, ya que permitirá disponer de un inventario actualizado de todos los recursos públicos y privados, propios y ajenos y su funcionamiento y características. De acuerdo con la Ley 18/88, el Gobierno autónomo es el garante del funcionamiento de los centros y servicios de acción social, y para lograrlo, además de otras actividades, se dictará la normativa reguladora de la condiciones de autorización y funcionamiento de los citados centros. De igual forma que se reguló por el Decreto 107/90 las condiciones de los centros de tercera edad, se procederá a regular con el nivel preciso las condiciones de los centros de otros sectores específicos, como son infancia, juventud, minusválidas, etcétera. Esta línea ha de lograr la máxima solidaridad de igualdad de acceso a los servicios públicos, se establecerán los baremos y recursos para el acceso a las condiciones del sistema de acción social, y en esta línea se concluirá la regulación del acceso de los extranjeros a las peticiones derivadas de la ley reguladora del sector, las medidas que garanticen la prestación social de los objetores de conciencia en centros y servicios sociales, y quiero referirme expresamente a regulación del

voluntariado social como instrumento clave para el funcionamiento de algunos centros, servicios y programas de acción social.

Algunos programas y servicios sociales exigen, por la naturaleza de su actividad, a las personas que trabajan en ellos un alto grado de compromiso personal, una especialísima sensibilización hacia el dolor y el sufrimiento, no siempre físico, de los grupos de población más desfavorecidos, y el voluntariado social puede contribuir, sin duda, a mejorar el funcionamiento de los centros, a través de apoyo a la ya muy estimable dedicación de los trabajadores propios de la Junta.

Programas como los de ayuda familiar o la prevención..., la preparación a la jubilación entre otros, podrán beneficiarse del voluntariado social, y en esa línea vamos a trabajar con todo el esfuerzo.

En resumen, Señorías, al final de la Legislatura habremos completado el desarrollo normativo previsto en la Ley 18/88, de Acción Social y Servicios Sociales.

Dentro de las prestaciones individualizadas que llegan a los ciudadanos de nuestra Comunidad, voy a hacer mención al ingreso mínimo de inserción que desde hace un año ayuda a más de mil beneficiarios, que tuvo su origen como consecuencia del acuerdo entre determinadas centrales sindicales y la Junta de Castilla y León. La Junta de Castilla y León ha venido demostrando un talante abierto y flexible en los temas, modificando hasta tres veces el Decreto que regula las prestaciones de ingresos mínimos de inserción en nuestra Comunidad Autónoma, deduciéndose, por ello, la gran preocupación en mejorar estas ayudas, y no otra cosa se puede concluir de esa modificación.

Durante ese periodo legislativo realizaremos las acciones oportunas encaminadas a que esta prestación no se convierta en una simple caridad. Como el fin esencial del IMI es la integración de los ciudadanos en la sociedad, gran parte de nuestro trabajo estará encaminado a desarrollar programas de formación y trabajo que la complementen.

Otra prestación de reciente implantación son las pensiones de seguridad social de invalidez y jubilación en su modalidad no contributiva, que, como consecuencia del convenio firmado entre la Administración del Estado, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Asuntos Sociales y Junta de Castilla y León, han pasado a ser tramitadas, gestionadas y resueltas por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, aunque no pagadas.

Quisiera manifestar a Sus Señorías el reiterado incumplimiento de la Administración del Estado relativo a la cláusula sexta del citado convenio, ya que al día de hoy no se han recibido aún, efectivamente, las cantidades comprometidas en un convenio, en concreto en su

cláusula sexta, siendo, por otra parte, mucha la demanda de solicitudes de posibles beneficiarios, sin tener medios para hacer frente a las mismas. Las pensiones de jubilación e invalidez en su modalidad no contributiva, tal y como están planteadas actualmente, complican en gran manera el sistema de prestaciones al tener una incompatibilidad con el Fondo de Asistencia Social, la nómina del FAS, que viene siendo regulada desde hace tiempo -y yo creo que con eficacia- por la Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, que lo único que consigue es dificultar en vez de facilitar su conocimiento, ya que son de similar naturaleza; dificultad que alcanza no sólo a los ciudadanos en general, sino que de manera especial a los posibles beneficiarios. Desde la Consejería de Sanidad y Bienestar Social se tiene la esperanza de que, con el anuncio de nuevas transferencias por parte de la Administración del Estado a esta Comunidad Autónoma, el sistema de las pensiones no contributivas, bajo la competencia única de esta Comunidad, se resuelva de manera más ágil y racional.

En el ámbito de los servicios sociales básicos, ya pasaré luego a hablar de los específicos, son éstos los que forman la columna en la que se va a vertebrar toda la acción social de la Comunidad. La importancia que se atribuye la Ley de Servicios Sociales viene a corroborarse con el esfuerzo realizado por la Consejería para conseguir, por medio del convenio firmado con diputaciones y corporaciones locales de más de veinte mil habitantes, llegar hasta el último rincón de nuestra extensa geografía. La historia se ha ido haciendo poco a poco. La fijación permanente del Plan de Zonificación de Castilla y León ha sido el punto final de una política y el comienzo de una mayor colaboración para acercar los servicios sociales a todos los ciudadanos. Ya hemos cubierto una etapa y ahora es preciso buscar su máximo desarrollo, a través de una más perfecta implantación y una adecuación de programas a las necesidades detectadas y a las demandas. Y, para ello, vamos a potenciar todas aquellas acciones que por medio de los centros de acción social ayuden a evitar el desarraigo social, permitan la más acertada información, y pongan a disposición de los jóvenes un abanico de posibilidades de formación para el empleo, a fin de integrar en dichos centros la información, asesoramiento y promoción de la mujer, para evitar todavía situaciones de indefensión, y por ello precisamos de centros adecuados y perfectamente dotados.

Toda esta política de actuación general requiere de servicios que permitan homogeneizar, llevar adelante todo el desarrollo expuesto en la Ley. Para ello, vamos a organizar un equipo de programación específico de los servicios básicos, que son la colaboración y ayuda de los propios centros de acción social en la figura de sus coordinadores y personal técnico, para que mantenga siempre abierto el caudal de conocimiento que emane de su propia experiencia, así como de las realizaciones

que por analogía se puedan acumular de otras Comunidades o distintos servicios nacionales o del exterior. Por ser un servicio vivo -los CEAS- y estar siempre en movimiento, sólo la programación y la crítica constante puede evitar el transformar estos centros de acción social en simples... alguien ha dicho siniestras oficinas administrativas.

Para conseguir todo lo que queremos realizar precisamos y hay voluntad política de incrementar los presupuestos para llegar lo antes posible a cubrir los plazos marcados. Igualmente, se nos hace imprescindible luchar para conseguir un sistema de transferencias adecuado de la Administración Central, para evitar que el Instituto Nacional de Servicios Sociales incida de forma totalmente aleatoria sobre la situación de los servicios sociales de la Comunidad. Y es preciso aquilatar medios y estudiar necesidades para lograr un mejor aprovechamiento de todos los recursos existentes, tanto a nivel central como a nivel autonómico. Son, pues, objetivos para estos cuatro años la cobertura de todo el personal de los centros de acción social, de tal manera que en esta Legislatura cada centro de acción social cuente con el personal técnico que le asigna la Ley y el Decreto 13/1990, regulador del sistema de acción social; que se equie adecuadamente al personal técnico de apoyo de los cientos ochenta y cinco CEAS existentes ya en la Comunidad. La fijación clara y real de todo el Plan de Zonificación comunitario, el desarrollo de un programa específico y coherente en materia de ayuda a domicilio, la creación de programas específicos tendentes a una mejor integración y desarrollo infanto-juvenil, la apertura de los centros de acción social del programa de información, asesoramiento y programación de la mujer, la ampliación paulatina de los programas de minorías étnicas -en especial el Plan Nacional de Desarrollo Gitano- dentro del ámbito de los servicios públicos municipales, y el fomento de la participación del voluntariado para su implicación en temas de servicios sociales específicos. En este ámbito de los servicios específicos, los sectores sociales con dificultades para participar en los procesos de integración o normalizado son el objeto de actuación de los servicios específicos de acción social.

Pretendemos realizar una estrategia global de actuación que nos permita ordenar el conjunto de acciones, recursos e instrumentos técnicos que contribuyan a prevenir procesos de marginación, cubrir áreas de necesidad social, así como crear nuevas infraestructuras. Me voy a referir a los siguientes sectores: infancia, juventud y familia, tercera edad, mujer, minorías étnicas, minusválidos, sin olvidar otros sectores que lógicamente tendrán cabida en las actuaciones que esta Consejería llevará a cabo.

En el ámbito de la política de infancia, juventud y familia de la Comunidad de Castilla y León, apoyándonos en los principios rectores recogidos en la Ley de Acción

Social, la base filosófica y nuestras actuaciones en el sector de la protección y atención a menores va a continuar con el desarrollo y la aplicación de todas las normas elaboradas en la Legislatura pasada, es decir, el Plan Regional de Infancia, Juventud y Familia, el estatus de centros y servicios, la regulación de los expedientes administrativos de adopción, etcétera.

Por el Decreto 57/1988, de abril, se inició en nuestra Comunidad Autónoma un proceso de protección y atención a la infancia, basado más en la defensa de unos derechos y satisfacción de unas necesidades que en la beneficencia; pero, por supuesto, este proceso no se ha culminado, ya que quedan sin resolver otras cuestiones que debemos afrontar, sucesivamente, en el futuro, y que en mi exposición abordaré desde tres niveles diferentes y a que analizaré finalmente por bloques.

En un primer nivel deben intervenir los centros de acción social, los CEAS, ya implantados en prácticamente la totalidad de la geografía regional, pero habrá que continuar dotándoles de personal y medios suficientes para cumplir con las funciones de apoyo a la familia, integración social de los niños marginados, trabajando las áreas de salud, educación y socio-culturales, y acercando sus destinatarios a los recursos comunitarios existentes, y efectuar el seguimiento de casos tanto de protección como sometidos a cumplimiento judicial.

Se va a seguir, pues, con la implantación gradual de técnicos de apoyo en los CEAS y la cofinanciación de programas a través del Ministerio de Asuntos Sociales y entidades locales interesadas en el ámbito de la animación comunitaria, actividades de prevención y cuantas intervenciones en el sector de la infancia, juventud y familia puedan realizarse en medio abierto.

En un segundo nivel están los equipos especializados de atención a menores, tutelados y protegidos por la Administración Autónoma, constituidos por las secciones de menores de los Servicios Territoriales de Bienestar Social, cuya misión es la de promover y gestionar, por sí y/o a través de entidades colaboradoras, las medidas y actuaciones administrativas que correspondan en los casos que no sea suficiente la labor desempeñada por los CEAS. Ellos también realizan el seguimiento de las diversas medidas aplicadas y proporcionan la información técnica correspondiente a los órganos judiciales, al Ministerio Fiscal y a otras Administraciones.

En un tercer nivel se sitúan los centros y servicios especializados de menores, que la Comunidad Autónoma gestiona directamente o mediante acuerdos y convenios con entidades y asociaciones públicas y privadas sin ánimo de lucro, apartado en el que esforcemos por culminar la descentralización de competencias y delegaciones de funciones. Y especial importancia tiene en este nivel la necesidad de organizar los dispositivos y recursos existentes, habiéndose procedido recientemente

te a clasificar los centros propios de protección, atención y tratamiento de menores en la Orden de treinta y uno de julio de mil novecientos noventa y uno.

Lo expuesto hasta aquí no tendría mucho sentido de no estar todo integrado en un plan de acción regional de política de menores, de modo que puedan dar soluciones concretas y específicas ajustadas a cada situación y necesidad.

En efecto, el Decreto 283/1989, de veintisiete de diciembre, aprobó los planes regionales de acción social y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, uno de los cuales se refiere, precisamente, a la infancia, juventud y familia, y tiene por objeto proporcionar una estrategia global de actuación, de modo que haga posible la ordenación, estructuración y organización más conveniente en cada momento del conjunto de acciones y recursos en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

En el momento actual la demanda de servicios y necesidades se puede sintetizar en tres grupos:

Menores cuya necesidad de protección deriva esencialmente de la carencia de recursos materiales de sus familias. Este es el grupo más numeroso que estamos atendiendo, mil novecientos menores reciben ayuda económica desde la Junta, y para el que no resultarían adecuadas otras medidas más específicas de protección.

Menores cuya necesidad de protección deriva del incumplimiento imposible o inadecuado de las obligaciones que la ley reconoce a los padres y tutores de niños. En esta situación se encuentra teóricamente el 2 o 3% de la población infantil.

Menores con problemática delincencial, objeto de medidas sancionadoras impuestas por la autoridad judicial competente, cuya aplicación administrativa y técnica precisa, por parte de la entidad pública territorial, recursos y medios para su internamiento temporal, si bien lo más importante es arbitrar dispositivos normalizados: hogares tutelados y acogimientos familiares, y, sobre todo, poder intervenir en el medio abierto, con los delegados de asistencia a menores que pondremos en funcionamiento.

Cada vez más la sociedad y los profesionales vienen exigiendo una diversificación y ampliación de los recursos puestos por la Administración que sean más eficientes y vayan encaminados en todo momento a la integración familiar de los menores y a la normalización de su vida, de ahí que la actuación en esta Consejería en protección y atención a menores la vamos a concentrar preferentemente en tres bloques principales.

Bloque de atenciones preventivas. En Castilla y León se ha producido una disminución muy acusada del

saldo vegetativo en los últimos años, que en no mucho más se va a convertir en una situación alarmante e incluso irrecuperable posiblemente.

Por otra parte, la estructura familiar está variando sustancialmente en toda España, también en nuestra Región. Los términos familia y pareja hoy día se aplican a realidades muy diferentes, siendo a veces complicado entender este fenómeno sociológico; es el caso de las familias reconstituidas o recompuestas, es decir, que tienen hijos de otra familia anterior; familias monoparentales, uniones consensuadas y hasta personas solas; toda una variedad enorme de tipos familiares, cada uno con una problemática y necesidades distintas. Y este problema, que en un tiempo no muy lejano será más acuciante, justifica la necesidad de ir adaptando los ordenamientos sociales vigentes de protección familiar a estas nuevas realidades, aunando las responsabilidades familiares y profesionales con la eficacia, acogida y atención a los niños afectados por este cambio de situación.

Si una de las labores del gobernante es anticiparse a los problemas y prever el futuro, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social va a proponer en este sentido el desarrollo de un proyecto de protección a la familia, como medida de acción social amplia y globalizadora para la población de nuestra Comunidad Autónoma, al amparo de los principios y derechos correspondientes que reconocen en la declaración de derechos y libertades del

Parlamento Europeo, de doce de Abril de mil novecientos ochenta y nueve.

Por todo ello, se van a emprender algunas líneas de acción en cumplimiento de este objetivo de protección a la familia en nuestra Comunidad Autónoma, tales como programas de información sobre situación demográfica; armonización de la vida profesional y vida familiar y fomento de la participación en las responsabilidades familiares; medidas en favor de determinados tipos de familias; aumento de centros de día para desarrollar actividades en beneficio y atención de los menores, adaptando a las infraestructuras de los servicios públicos y privados a las necesidades surgidas.

La necesidad de atender adecuadamente a aquellos menores que en el seno de sus familias experimentan rechazo, abandono o carencias graves para su desarrollo integral humano nos ha impulsado a poner en marcha programas de apoyo a las familias biológicas en zonas donde existen mayores riesgos de maltrato y desamparo infantil. Actualmente estamos desarrollándolo en las comarcas de Guardo, en Palencia; Cantalejo y Ayllón, en Segovia; Barrio España y Barrio de San Pedro Regalado, en la ciudad de Valladolid, con una duración de veintinueve meses, y esperamos poder extender este programa. Se trata de organizar y reforzar técnicamente esta función mediante la dotación de

equipos en los Servicios Territoriales, y de establecimiento de un manual de procedimiento estructurado en varias fases: detección, investigación del maltrato, evaluación de la familia, intervención y seguimiento. Con ello pretendemos, en definitiva, reforzar la capacidad de detección del abandono y maltrato de los menores, y queremos poner en marcha, Señorías, un sistema centralizado telefónico y llevar un registro de denuncias, de tal modo que puedan atenderse los casos detectados más rápida y eficazmente, al tiempo que se garantiza su seguimiento. El programa de "Empezando juntos", por ejemplo, o "La atención perinatal a familias de riesgo", es un ejemplo de esta línea de actuaciones emprendidas.

Seguiremos realizando campañas de captación, preparación y selección de familias para adopciones y acogimientos familiares de niños abandonados tutelados por la Administración Autonómica, potenciando la figura de la familia sustitutiva, y especializando, si cabe, tal actividad hasta donde podamos.

Pero haremos más, todavía, en este sentido, potenciando el servicio de acogimientos familiares, y con el fin de no desarraigar al niño o la niña desprotegidos en su entorno socio-físico, se va a iniciar de inmediato un ambicioso plan de formación y preparación de familias dispuestas a realizar los acogimientos de menores problemáticos y más difíciles; familias interesadas en acoger durante tiempo, más o menos prolongado, a menores tutelados por la Administración.

Las familias seleccionadas y preparadas para este procedimiento podrán, según circunstancias y condiciones de los acogimientos, percibir alguna clase de contraprestación por el servicio prestado.

Hemos iniciado conversaciones con el Ministerio de Educación y Ciencia para desarrollar, en toda la Comunidad de Castilla y León, un programa de atención temprana en las guarderías o centros infantiles dependientes de la Administración Autonómica, así como para mejorar la preparación y competencia profesional del personal dedicado a la atención de los usuarios de este tipo de centros.

También, con el Ministerio de Educación y Ciencia se vienen manteniendo contactos para desarrollar un proyecto complementario a su programa de escuela viajera, con aulas activas y educación medioambiental, dirigida a escolares de doce a dieciocho años residentes en zonas empobrecidas y en situaciones de crisis. Se está diseñando un proyecto de trabajo con el Ministerio de Educación y Ciencia, Subdirección General de Educación Compensatoria, el INEM y el Fondo Social Europeo, denominados "Talleres prelaborales para jóvenes".

Y, por último, se colabora en el programa de absentismo escolar con el Ministerio de Educación y Ciencia,

las Corporaciones Locales y Delegaciones de Gobierno de Castilla y León.

Continuaremos realizando campañas de sensibilización, dirigidas a la población en general, para erradicar los malos tratos infligidos a los niños o las niñas.

El segundo bloque de actividades de la Consejería en la protección y atención a menores se centra, primordialmente, en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados y en el cumplimiento de los plazos de ejecución de las medidas acogidas, o recogidas, en el Plan Regional de la Infancia, Juventud y Familia. Ello ha exigido, en primer lugar, una clasificación de los recursos para adecuarlos a las necesidades y exigencias actuales de los niños y los jóvenes destinatarios de ellos, contemplando con un abanico de programas... completándolo con un abanico de programas de intervención específicos en cuanto a las habilidades sociales y entrenamiento en competencia personal y social. Especialmente, los centros de menores deben proporcionar como alternativa temporal una atención completa a aquellos niños que no puedan recibirla de sus familiares, rodeándoles de un ambiente de afecto, comprensión y seguridad moral y material, de modo tal que se asegure el pleno y armónico desarrollo de su personalidad. Estos centros de menores, por otra parte, tienen un carácter singular, y vienen a atender necesidades tanto de tipo material como de tipo educativo y humano, por ello deben tener un alto grado de especialización, dada la problemática que la mayoría de los menores presentan. Entendemos, por tanto, que el personal educador-cuidador destinado en estos centros tiene que realizar las actuaciones oportunas encaminadas a satisfacer las necesidades de los menores, bien por sí mismos, bien por el personal que corresponda según la programación establecida.

En lo relativo a los medios humanos y materiales disponibles para desempeñar la labor y objetivos encomendados a los centros de menores dependientes de esta Administración, tenemos que señalar lo siguiente:

El número de educadores por grupo de niños, módulo, sección u hogar actualmente es muy variable para cada centro, por lo que se va a continuar realizando la adecuación y ajuste de los efectivos humanos, impartiendo la formación permanente y dando el reciclaje continuado a los educadores y restante personal de los centros de menores, incluyendo al personal técnico de CEAS y otros profesionales, con el objetivo de conseguir intervenciones homogéneas y convergentes en los distintos ámbitos de incidencia. Porque sobre todo en los establecimientos residenciales para menores, cada vez más se atenderá a los más problemáticos y conflictivos, debido, como ya se ha señalado, a la evolución que presenta la demanda de este grupo social.

La clasificación que hemos hecho de la Red de centros de protección, de atención y tratamiento de meno-

res, en función de las necesidades a satisfacer, es como sigue: Centros de Protección, que incluyen los centros de acogida inmediata y temporal que acredita una intervención... que necesita una intervención de urgencia; y centros de cumplimiento, entre los que se incluyen los de régimen ordinario y de régimen semiabierto, incluyendo en ambos la posibilidad de detección y tratamiento. En cualquier caso, sólo se hace la clasificación de los centros propios, porque no es posible hacerla, hasta que no se haga el correspondiente registro del que antes hablé, de centros concertados o extraños, porque aún no existen para esta Administración mientras no se pueda aprobar la norma de registro de esos servicios.

El tercer bloque de actuaciones lo constituye el ordenamiento y regulación de los Servicios Sociales, referente a inscripción, autorización, acreditación, inspección y sanción -cuyo Decreto se está elaborando-, aplicable a entidades, servicios y centros destinados a la protección, atención y tratamiento de los menores desamparados.

Concretamente, se va a seguir trabajando en la determinación de las condiciones que deben cumplir las Corporaciones Locales para ejercer competencias en materia de protección de menores, y, asimismo, regularemos los requisitos mínimos de funcionamiento que deben cumplir los diferentes dispositivos y recursos definidos en el Plan Regional de Infancia, Juventud y Familia, y sobre el establecimiento del contenido mínimo que los centros y servicios de menores, tanto propios o de gestión directa como colaboradores, deben cumplir para atender de modo óptimo a los menores tutelados y protegidos por la Administración.

A ello conviene añadir la labor técnica y de procedimiento administrativo que hay que seguir creando, elaborando y, en algunos casos, adaptando respecto a las adopciones, a los acogimientos familiares y a la atención integral reclamada por los menores que tenemos confiados, a fin de conseguir su mayor agilización.

Desde la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por último, se fomentará una política de coordinación institucional, a través de convenios y otras fórmulas de colaboración, tanto con instituciones públicas como con entidades privadas; tenemos que reconocer que las medidas disponibles no son suficientes ni bastantes para atender tantas necesidades. El Plan de Infancia, Juventud y Familia, que se ha comprometido a ejecutar esta Administración, determina el orden de prioridades en cada una de las actuaciones y programas expuestos. Y con estos criterios se ha proyectado la ejecución del plan referido, conscientes de que los efectivos personales y los recursos financieros no serán suficientes y, por lo mismo, las dificultades serán mayores. Pero no por ello vamos a hacer dejación de las competencias transferidas en muy malas condiciones por el Estado Central a esta Administración en un ámbito reducido de los Ser-

vicios Sociales, como es el de la protección y atención a menores.

En la Tercera Edad, de acuerdo con los planes regionales aprobados por la Junta de Castilla y León en materia de Tercera Edad, es objetivo prioritario disponer de una estrategia global de acción social sobre el envejecimiento, que permita ordenar el conjunto de acciones y recursos públicos y privados en materia de Servicios Sociales.

El peso demográfico de la población anciana en Castilla y León -y sé que hablo sobre sabido, pero es importante destacarlo- ha venido creciendo ininterrumpidamente en las últimas décadas a un ritmo superior al de la media nacional, situándose en este momento en el quince coma veinticinco por ciento, sobrepasando en tres puntos el índice correspondiente al resto del país; y ésta es la media, Señores, porque en Zamora se acerca ya al veinte-veintiuno por ciento la población que supera los sesenta y cinco años.

No debemos olvidar, igualmente, el posible retorno ante circunstancias adversas de la población, que en los años cincuenta y sesenta emigró hacia zonas de empleo más fácil, y que en estos años, llegado el momento de su jubilación, sólo piensan en volver a su lugar de origen. Abordar una problemática como la de la Tercera Edad conlleva el estudio de causas primeras, desarrollo y efecto, y es que por lo que no podemos continuar... por lo que no podemos continuar realizando los consabidos parcheos ante las situaciones que se plantean. No por carecer de plazas residenciales vamos a caer en una política puramente asistencial; el recurso de acudir al ocio, tiempo libre y turismo social nos hace olvidar al anciano como persona responsable que tiene su parte de actividad dentro de la sociedad, que precisa cubrir su puesto atendiendo a su vida anterior y no olvidando el camino que tiene por delante.

Ante lo anteriormente expuesto, se hace preciso realizar un plan integral de Tercera Edad, que además de ayudar al desarrollo homogéneo de las personas a través de su tiempo, resuelva los problemas puntuales que se presenten ante una escasa planificación anterior, formando, desde el momento de su realización, parte idónea dentro del plan.

La preparación de la jubilación e incidencia en el mundo laboral de quienes están más cerca de la edad de jubilación debe abrir la brecha para, posteriormente, ir desgranando todo un mundo de vida cultural, social, ocio, turismo, etcétera, y de participación, en definitiva. De ahí la importancia del desarrollo de los programas de ayuda a domicilio, centros residenciales y alojamientos alternativos.

La preparación a la jubilación parte de una premisa que va a condicionar toda la vida posterior de la persona que deja el mundo del trabajo. El hombre sólo re-

aliza aquello que ha venido haciendo antes; la costumbre en la Tercera edad es una Ley inexorable que sólo se quiebra de forma testimonial.

Comenzando con esta realidad, resulta imprescindible romper el molde del trabajo y dejar penetrar poco a poco el sentido de una vida diferente a partir de los sesenta y cinco años. Una de las frases que más amplia repercusión ha tenido en los últimos tiempos ha sido la de añadir años a la vida y vida a los años. Pero sólo es posible con una siembra lo suficientemente fructífera como para colmar ese vacío laboral que se produce, y para desarrollar este programa vamos a contar con las fuerzas sindicales, la empresa y esa materia prima que, a partir de los cincuenta y cinco años, ve acercarse la hora que tiene que ser de alegría, pero a la vez de futuro cierto y desarrollo armónico.

Vamos a implicar a las Asociaciones de la Tercera Edad para que nos expliquen su experiencia, nos ayuden a preparar mejor la travesía, y pediremos voluntariado, un toque de responsabilidad que exija, a estas futuras fuerzas del voluntariado, su implicación en las múltiples necesidades sociales, y que bien pueden cubrir con prejubilados y hombres y mujeres de la Tercera Edad. Es preciso ir poniendo piedras ante el peligro de la soledad, la dejadez y el individualismo ciego que impide desarrollar relaciones sociales.

Ocio o cultura. La sociedad, en su evolución imparable, ha hecho desaparecer toda la forma de vida basada en la experiencia, en la que los mayores eran el apoyo cierto y necesario del mundo, que los seguía. Un desarrollo legislativo en materia laboral dio al traste con la sociedad rural y creo automáticamente dos mundos, dos mundos tremendamente diferenciados: antes y después de la jubilación. La preparación conseguida en los años anteriores tiene que mostrar su realidad a partir de los sesenta y cinco años, y es cuando aparece un espacio de tiempo de hay que cubrir, y además una forma de vida, si no nueva, sí distinta, abierta al mundo de la cultura, del esparcimiento, de la participación ciudadana, y ayuda social dentro del mucho espacio de tiempo que se presenta ante nosotros, y para ello proponemos un programa de apoyo a las aulas de la Tercera Edad, que ya han conseguido su integración dentro de las Entidades Locales, y eso es muy positivo, y están mucho más cercanas al ciudadano que lo que pueda estar la Administración. Ayudar a las asociaciones culturales y permitir que puedan llegar y estar abiertas a todos los ciudadanos, colaboración con todos los Centros de Día en la realización de actividades e iniciación de su mantenimiento, a la vez que permitir y potenciar encuentros que permitan un mejor desarrollo asociativo. Crear un turismo dentro de nuestra Comunidad que permita conocer a los ciudadanos sus raíces y haga posible un mejor intercambio de ámbito geográfico, y, sobre todo, y a través de los Centros de Acción Social, potenciar un vo-

luntariado social de barrio y rural, que participe en la vida municipal y comunitaria.

Los Centros de Día, u hogares de la Tercera Edad, redefinidos dentro de un contexto poblacional y geográfico, junto con la ayuda a los Centros de Acción Social, son una de las piezas claves para la consecución de un buen desarrollo de este programa. Parte integrante de este desarrollo social tenemos que buscarla en las organizaciones voluntarias, que pueden estar participadas, en alguna medida, por los propios ancianos, como ya dije antes.

La ayuda a domicilio es competencia de los Centros de Acción Social, y por ello de las Entidades Locales. La creación y seguimiento de los programas de ayuda a domicilio, que van a permitir a los mayores la posibilidad de continuar viviendo allí donde siempre han estado, rodeados de sus seres queridos, vecinos y objetos que siempre han estado con ellos. Desde esta Consejería sólo queremos ordenar el bosque de las múltiples actuaciones dispersas que empezando por la Administración Central, y continuando por la Autonómica y Diputaciones, Ayuntamientos y Entidades privadas, con subvención pública, realizan una actividad, desde luego, encomiable, pero a veces costosa, difícil de homogeneizar y, sobre todo, muy dispar, dándose paradojas de zonas perfectamente cubiertas y otras de nuestra geografía que apenas si han oído hablar de este servicio.

Es objetivo, asimismo, prioritario de esta Consejería disponer de una estrategia global que permita ordenar el conjunto de acciones y recursos públicos y privados en esta materia de creación de plazas residenciales y alojamientos alternativos.

El cambio ocurrido en los dos últimos años en materia de envejecimiento y la existencia de una demanda muy diferenciada a la de mil novecientos ochenta, ha venido a obligarnos a crear, dentro de las necesidades existentes, un sistema perfectamente concatenado que permite los cambios, sin traumatismos relevantes, de una residencia con plazas de válidos a otra de asistidos.

La creación indiscriminada de residencias de ancianos con plazas para personas que se valen por sí mismas ha provocado, en los últimos años, un cambio sustancial en el hábitat de dichos centros de causa... que es la causa de un envejecimiento prolongado, que las transforma de centros, digo, válidos en centros asistidos, sin estar preparados para ello en absoluto y sin solución de continuidad para dichas residencias.

La despoblación de nuestra geografía rural viene a aumentar el desarraigo de esa tercera edad que sólo encuentra su salida, ante un empeoramiento de su situación física o psíquica, con el ingreso en una residencia fuera de su lugar de origen, lo cual es traumático, generalmente, para estos ancianos.

El número de demandas de plazas de válidos ha disminuido fuertemente, aumentando la de asistidos, que, por falta de previsión, está en este momento transformándose y creándose a marchas forzadas, y sólo una política coherente y previsora puede atajar las necesidades en el menor espacio de tiempo; y, por ello, queremos, primero, acercarnos lo más posible a las necesidades, con la creación de lo que denominamos casas rurales de ancianos, que, con el menor costo posible y apoyadas por los Centros de Acción Social y el servicio de ayuda a domicilio, posibiliten la permanencia de los ancianos en el lugar donde han vivido siempre, cerca de sus raíces, y en las zonas cabeceras de comarca, para beneficiarse, además, de la existencia cercana de Centros de Salud.

Se apoyarán estas Casas Rurales con la construcción de residencias mixtas, que permitan el ingreso de asistidos de las Casas Rurales y de las zonas en las que se desarrolla su interacción. Siguiendo los planes ya aprobados, las Residencias deberán, estas Residencias mixtas deberán extenderse entre cuarenta y sesenta plazas, siendo, más o menos, la mitad para plazas de válidos y la otra mitad para plazas de asistidos.

En las zonas urbanas, el desarrollo de minirresidencias, junto con residencias de asistidos, vendrá a cubrir de forma más racional la carencia de plazas existentes.

Nuestro objetivo es llegar a cubrir el cinco por ciento de plazas residenciales, en relación con la población de la Comunidad, reconocido por la Organización Mundial de la Salud como necesario para una sociedad desarrollada.

No debemos olvidar el esfuerzo que la familia realiza en este campo, y es necesario apoyarla en sus necesidades, y nada más adecuado que la creación en las ciudades de Centros Asistenciales de Día, que, por medio de un servicio de recogida personalizado, permita la estancia de ancianos asistidos en un centro durante las horas laborales, para colaborar con la familia y permitirle tener atendidos a sus seres queridos, con un seguimiento de enfermería constante, de mañana y tarde; y este servicio existirá en cuatro ciudades de la Comunidad, próximamente.

Conscientes de la importancia que en estos momentos tiene en nuestra Comunidad la escasez de plazas residenciales, ya hemos comenzado -y vamos a continuar- con un apoyo sustantivo a la construcción y rehabilitación de edificios destinados a esta tercera edad, para evitar las situaciones de espera, que tantas frustraciones están creando. Y, para ello, el plan de construcciones que tengo previsto, y que espero que se pueda ampliar, si las disponibilidades presupuestarias así lo permiten, se desarrolla como sigue: catorce casas rurales de ancianos, doce minirresidencias, veinte residencias mixtas, tres residencias Asistidas y cuatro centros

asistenciales de día; lo que forma un total de cincuenta y tres centros residenciales. El número de plazas cubiertas por estas nuevas construcciones superará los mil quinientos, sin contar las ampliaciones debidas a nuevas remodelaciones y rehabilitaciones de edificios antiguos.

Este esfuerzo, en tan corto espacio de tiempo, viene a mostrar la preocupación de esta Consejería por la problemática de los ancianos y su calidad de vida.

En el sector Mujer, todos los países occidentales reconocen que existe una situación de desigualdad social. Este hecho es inadmisibles hoy, no sólo para las propias mujeres, sino también para la sociedad y para los mismos Gobiernos democráticos.

Son varios los agentes sociales que suman sus esfuerzos para conseguir un estatus femenino justo. La experiencia fallidas en otros países indican que los cambios sociales precisos para que este estatus sea una realidad no pueden proceder, exclusivamente, de los poderes públicos, sino de la propia sociedad. En este sentido, varios artículos de la Constitución ordenan jurídicamente el principio de la no discriminación por razón del sexo, en el marco de la Comunidad Económica Europea.

En nuestra Comunidad Autónoma, la atención a la mujer, por parte de los distintos agentes sociales, quedó recogida y normalizada, tanto en el Plan Regional del año ochenta y siete, como en varias otras disposiciones administrativas, que voy a omitir.

Con este objetivo, es propósito de esta Consejería facilitar la concienciación de la propia mujer y de los organismos públicos competentes, para conseguir la igualdad entre ambos sexos. En el área de la formación y el empleo, consideramos que el trabajo de la mujer es la base de su autonomía y uno de los factores importantes de su realización personal. Por ello, en el ámbito rural, procuraremos los medios para que consiga la formación laboral necesaria, a través de campañas de reciclaje de la mujer agricultora, en todas las provincias de la Comunidad, informándoles también de la repercusión de la política agraria de la CEE y de las ayudas existentes para mujeres de este sector. Se potenciará a través de los CEAS, las escuelas taller y, en el ámbito urbano, las iniciativas de las asociaciones que promueven el autoempleo femenino, mediante cursos u otras actividades. Pensamos que el contacto de estos colectivos con empresas para realizar trabajos en prácticas favorecerá enormemente la obtención de un empleo posterior.

En esta línea, se hará un seguimiento atento de los programas comunitarios..... para el fomento del trabajo femenino y de las actividades que para tal fin subvenciona el Fondo Social Europeo.

La gran aceptación con que las asociaciones de mujeres han acogido estas iniciativas nos animan a confirmar todos estos proyectos.

En el área de los servicios sociales, nos proponemos extender la Red Provincial de Servicios de Apoyo a las Mujeres, centrándolas mucho más en los CEAS. Casas de acogida para mujeres maltratadas, centros de información, pisos tutelares, etcétera. Cada CEA será una unidad de información y atención a la mujer.

Paralelamente, se desarrollarán los recursos asistenciales necesarios para adolescentes embarazadas o con hijos. La ayuda a las mujeres maltratadas abarcará, además, programas de apoyo para las que, tras una estancia en las Casas de Acogida, decidan volver al hogar, respetando así su libertad de elección.

Para conseguir la normalización de la vida de las mujeres solas con cargas familiares, se utilizarán varios recursos, además de los que les proporcionen los servicios de apoyo a las CEAS. La participación de las propias mujeres en estas tareas se estimulará mediante la concesión de subvenciones por parte de esta Consejería a asociaciones femeninas privadas sin ánimo de lucro, para la realización de actividades culturales, educativas y de autoempleo.

Nos proponemos, además, no olvidar la formación y el estímulo intelectual de la mujer que desea seguir dedicando su trabajo y su esfuerzo al cuidado del hogar y la familia, propiciando el asociacionismo y la organización de actividades conjuntas para cursos, actividades culturales y de concienciación de la importancia de su papel en la sociedad.

El voluntariado social, por último -al igual que en otros sectores-, es una fórmula de integración social entre los distintos sectores -también el de la mujer-, y, por tanto, pensamos potenciarla en este campo.

Y estamos dispuestos, como Administración, a colaborar con otros organismos locales y nacionales en ámbitos como justicia, sanidad y trabajo, etcétera, en cualquier iniciativa que tenga por objeto elevar la calidad de vida de las mujeres de nuestra Comunidad.

En el ámbito de los minusválidos y minusválías, el plan de actuación contempla, prioritariamente, el colectivo de minusválidos psíquicos, por su importancia numérica social y por su mayor dificultad de integración, aunque se asumen como objetivos los planes específicos para colectivos de físicos, sensoriales, multiafectados y minusválidos ancianos.

La gran especificidad y el nivel técnico al que hemos llegado en el tratamiento y atención de esta problemática obliga a presentar programas, que se extienden desde la prevención de minusválidos, dirigida a todos los colectivos, tanto físicos como psíquicos y sensoriales, a

la actuación específica del disminuido psíquico en el campo laboral, integración residencial y desarrollo comunitario y social, y el servicio asistencial.

Para ello, y siguiendo los Planes Regionales de Acción Social y Servicios Sociales, vamos a crear -cuando sea preciso-, y desarrollar y completar los siguientes programas:

Programa de Prevención. Una unidad básica familiar con programas de información, colaboración, visitas a domicilio profesionales, centros de atención temprana para realización de programas de psicoterapia, fisioterapia y vigilancia en los seguimientos, coordinación institucional de sanidad y educación, sensibilización, formación e información, dirigidas a profesionales de educación, salud, servicios sociales, asociaciones, medios de comunicación y grupos de autoayuda.

Programas de ajuste personal y social. Los centros ocupacionales, dirigidos a disminuidos psíquicos, de ambos sexos, de más de dieciocho años, con capacidad comprensiva y manipulativa limitada, autonomía personal básica y capacidad para incorporarse a tareas simples y repetitivas, utilizando como principios inspiradores la normalización laboral y la integración social, y siendo los fines del programa el ajuste personal y social y la terapia ocupacional. Centros residenciales, cuyo objetivo es la de proporcionar a minusválidos un lugar adecuado donde vivir y conseguir una integración. Centros de ocio y vida social, a través de las asociaciones y organizaciones voluntarias. Los propios pisos, hogares y de residencias. Centros para disminuidos psíquicos profundos, con la creación de una red de centros que permitan el ingreso de todos aquellos disminuidos psíquicos profundos que, por parte de sus familiares, quieran ingresarles en dichos centros especializados.

Población autista, minusválidos sensoriales. La gran dificultad para la integración de este colectivo minusválido nos obliga a seguir potenciando su educación en materia formativa, la obtención de empleo y, sobre todo, en el campo de las relaciones sociales y culturales, dada su especial dificultad para conseguir una integración completa. Y, por ello, contaremos con el mantenimiento de los equipos de intérpretes de sordos y colaboración con los centros y asociaciones para la mejor integración.

Señorías, en el ámbito de las minorías étnicas, que tantas repercusiones está teniendo actualmente en los medios de comunicación, yo seré muy breve. Pero no puedo dejar de decir que la comunidad gitana, con una identidad cultural propia, es una minoría étnica mayoritaria en nuestra Región, sin olvidar otras minorías, como reclusos o ex-reclusos y sus familias, transeúntes y personas en situación de emergencia o de pobreza.

Gran parte de sus miembros se encuentran en una situación de marginación social, que se pone de mani-

fiesto en las deficientes condiciones de vida y en la desigualdad en el acceso a los sistemas de protección social y vivienda, educación, trabajo y salud.

Toda nuestra intervención con estas comunidades se inspirará en el respeto a la diferencia, entendiendo como tal la protección de la cultura gitana en el marco de nuestra Constitución, el desarrollo de su personalidad e identidad como pueblo y la participación e integración social de los gitanos en todos los ámbitos de la vida pública y social, de acuerdo con los siguientes principios de: prevención, normalización en el acceso a los recursos, personalización y bienestar.

Cumpliendo con el Plan Regional aprobado por la Junta, y siguiendo la programación que en el mismo se desarrolla, se pretende, con el Plan Nacional de Desarrollo Gitano, los mecanismos de integración social, laboral y educativa, sanitaria y cultural, estableciendo programas de intervención integral en el proceso de re-alojamiento, que favorezca la adaptación al nuevo entorno y que mejoren la convivencia vecinal.

Fomentaremos, en cualquier caso -y voy a abreviar una parte de este capítulo-, la conservación y divulgación de valores culturales propios de los gitanos, así como promoveremos entre éstos el conocimiento de la sociedad y de otras culturas diferentes. Se llevará a cabo a través de programas de animación sociocultural, con formas de participación interétnicas en actividades culturales, todas ellas tendentes a evitar algo que se está poniendo en este país muy de moda, que es la xenofobia.

Otro tema que nos preocupa, y que abordaremos a corto plazo, es la formación de profesionales que tienen que trabajar de cerca con estos colectivos, y que precisa una formación muy específica -que no tienen- y, desde luego, un reciclaje profesional, que tampoco se ha venido haciendo hasta ahora. A través de programas de formación específica sobre gitanos, sería posible no sólo revisar actitudes, sino también desarrollar habilidades personales, técnicas y de trabajo, que se ajustaran a los valores y estilos de vida y prácticas culturales de estas etnias.

El capítulo de formación e investigación, yo voy a limitarme a decirles que está, en este momento, muy desarrollado, y que se viene desarrollando ampliamente con la normalización de nuestros centros de estudios sociales en Fuente Clara, que tiene toda una programación, que yo, si Sus Señorías quieren, les puedo informar luego, y que, en definitiva, se quiere culminar con unos encuentros internacionales, a celebrar cada año, sobre acción social y servicios sociales en nuestra Comunidad.

Y, Señorías, quisiera concluir mi intervención abordando un tema en el que, a mi juicio, no caben ni los partidismos, ni las posturas electoralistas. Muy por el

contrario, creo que, ante este problema, sólo cabe una respuesta solidaria y consensuada de todos los Grupos Políticos de esta Cámara y de toda la sociedad civil. Como seguramente ya habrán adivinado, me estoy refiriendo al problema de las drogas en nuestra Comunidad Autónoma.

Frente a esta problemática, la Junta de Castilla y León aprobó, el veintinueve de diciembre de mil novecientos ochenta y ocho, el primer Plan Regional sobre Drogas de esta Comunidad Autónoma. Con la aprobación del Plan Regional sobre Drogas, nos proponíamos ordenar las actuaciones en materia de drogas y ampliar los recursos destinados a abordar este problema, y, asimismo, pretendíamos impulsar y mejorar los programas de intervención y crear un cuerpo de doctrina en este campo, que nos permitiera a todos adoptar un discurso común y definir un camino compartido en la búsqueda de soluciones eficaces para el consumo de drogas en Castilla y León.

Señorías, han transcurrido casi tres años desde la aprobación del Plan Regional sobre Drogas, y creo que es un buen momento para recapitular sobre lo realizado y adelantar las líneas futuras de actuación.

Creo, sinceramente, que hemos alcanzado buena parte de los objetivos que nos planteábamos en diciembre de mil novecientos ochenta y ocho, y que éste es el momento de elaborar y aprobar un nuevo Plan Regional sobre Drogas, enmarcado en el Plan Estratégico de Salud, articular una respuesta actualizada a un problema dinámico y cambiante, como es el de las drogas, en el que nos proponemos alcanzar objetivos a corto, medio y largo plazo, definiendo programas y actividades de los mismos, con la periodicidad bianual. Y este nuevo Plan de Drogas, Señorías, yo les anuncio que estará aprobado antes de finalizar este año de mil novecientos noventa y uno.

Pero antes de nada, pasaremos a analizar la situación actual del consumo de drogas en nuestra Comunidad Autónoma. Para efectuar este análisis, me voy a valer de las encuestas epidemiológicas, por entrevistas realizadas en Castilla y León, y los datos suministrados por el sistema autonómico de información sobre toxicomanías, que, como todas Sus Señorías saben, forma parte del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, el SEIT.

De las encuestas epidemiológicas realizadas en el territorio autonómico se desprenden las siguientes conclusiones: el alcohol es, junto con el tabaco, la principal droga de uso, abuso y dependencia en nuestra Comunidad Autónoma, situándose a continuación los derivados cannábicos, que son la droga no institucionalizada que se consume con más frecuencia; en un nivel intermedio, pero consumidas por una minoría de la población, se encuentran sustancias como los opiáceos, la cocaína y las anfetaminas; y en un eslabón inferior, y

estadísticamente muy reducidos, se encuentran drogas como los alucinógenos, tranquilizantes, y, en especial, los inhalados.

El sistema autonómico de información sobre toxicomanías es un programa de vigilancia epidemiológico que monitoriza dos indicadores indirectos relacionados con el consumo de heroína y cocaína: inicio de tratamiento ambulatorio y urgencia hospitalaria.

Según datos de este sistema de notificación, los inicios de tratamiento ambulatorio en Castilla y León han pasado de doscientos nueve en mil novecientos ochenta y siete, a setecientos noventa y tres en mil novecientos noventa.

La heroína es una droga principal de consumo en más del 95% de los casos, tanto en los inicios del tratamiento como en los episodios de urgencia. Las notificaciones debidas a la cocaína, aunque han aumentado en estos cuatro años lo han hecho, desde luego... no lo han hecho, desde luego, en la misma proporción que los incrementos detectados en el consumo de este mismo estupefaciente que se detecta en las encuestas por entrevista. Este hecho quizá sea debido al característico periodo de silencio clínico de la cocaína. Lo que sí que es cierto es que en la actualidad la repercusión sanitaria del consumo de cocaína es poco relevante en Castilla y León y que, al contrario de lo que sucede con la heroína, sus consecuencias están muy por debajo de los niveles de consumo que hay, aunque esta tendencia puede cambiar de un modo muy importante en un futuro próximo.

El primer Plan Regional sobre Droga fue aprobado con la firme voluntad de conseguir ser considerado como algo de todos, y responsabilidad de todos. Y esta filosofía de base hizo que, desde un primer momento, la coordinación fuera una de nuestras principales metas. Como Sus Señorías saben, la coordinación con la Administración Central se articula a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Droga, con la que no me duelen prendas en decir que el acuerdo y la coordinación han sido, y es mi voluntad que sigan siendo, excelentes.

Durante los próximos cuatro años nos proponemos profundizar y desarrollar las líneas de coordinación establecidas durante la pasada legislatura, para lo que en diciembre de este año aprobaremos un Decreto que, como desarrollo normativo del nuevo Plan Regional sobre Droga, desarrolla una estructura de coordinación en la que tengan más presencia y más activa las organizaciones no gubernamentales, y cuente con un órgano de coordinación de las Consejerías de la Junta de Castilla y León que tenga relación directa con la problemática de las drogas.

Así mismo, pretendemos impulsar la participación e implicación de los municipios en el nuevo Plan, y, pa-

ra ello, pretendemos organizar unas jornadas de carácter autonómico con los municipios de Castilla y León, para debatir sobre su papel en el problema de las drogas, para mejorar la coordinación entre el Plan autonómico y los planes municipales.

Señorías, una política de actuación en drogas no puede aspirar a ser realmente eficaz si no considera como prioritaria la prevención de las drogodependencias. Difícilmente se puede empezar a solucionar un problema como el que nos ocupa si constantemente se están incorporando nuevos consumidores al colectivo de usuarios habituales de droga. Con los programas preventivos nos proponemos crear una cultura que rechace las drogas, de modo que cada vez sean más numerosas las personas que no acepten su uso y no sientan la necesidad de consumirlas. En este contexto, la intervención preventiva en la comunidad escolar y en el ámbito juvenil se configurarán como preferentes, pues qué mejor forma de conseguir esa cultura contra las drogas que actuar sobre aquellos individuos que están en periodo de formación y que además van a constituir la base de la sociedad futura.

En nuestra Comunidad Autónoma iniciamos —en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia— en diciembre del ochenta y siete un programa de ámbito autonómico de prevención de la drogodependencia en la comunidad escolar. Este programa, que se estructura en diferentes fases de intervención, pretende formar en la primer etapa a profesores y padres para que éstos posteriormente, con el adecuado apoyo y supervisión de profesionales especializados, desarrollen actividades escolares y extraescolares de educación sobre drogas y prevención de la drogodependencia con sus respectivos hijos y alumnos.

Paralelamente, en mil novecientos ochenta y nueve se inició un programa de prevención de la drogodependencias en los medios socioeducativos, dirigido a la población juvenil entre dieciséis y treinta años de la Comunidad Autónoma.

De forma complementaria, entre mil novecientos ochenta y siete y mil novecientos noventa se han subvencionado un total de sesenta y nueve programas preventivos, realizados por corporaciones locales y entidades privadas sin ánimo de lucro, que se han dirigido, preferentemente, a menores en situación de riesgo.

Señorías, creo que no es aventurado decir que, como resultado de estos programas, en las generaciones más jóvenes de nuestra Comunidad Autónoma está calando una percepción distinta del fenómeno de las drogas, y hoy en día poseen una información y formación sobre este tema mucho mayor y más completa de la que tenían años atrás los que ahora son consumidores habituales de droga.

El los próximos cuatro años vamos a continuar desarrollando e impulsando los programas de prevención en la escuela y en el ámbito juvenil. Vamos a integrar la educación sobre drogas en los programas de educación para la salud, en la medida en que éstos se consoliden y se extiendan en los centros escolares de nuestra Comunidad Autónoma, pasando a formar parte, de una forma estable y permanente, de las actividades incluidas en el currículum académico. Vamos a incentivar la participación de los municipios en programas comunitarios de prevención de las drogodependencias, en los que se promocióne un estilo de vida saludable, y vamos a desarrollar programas de prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral, y, por supuesto, vamos a seguir apoyando técnica y económicamente a aquellos programas preventivos que realicen las corporaciones locales o las organizaciones no gubernamentales.

Los programas asistenciales han experimentado un desarrollo extraordinario en nuestra Comunidad Autónoma desde finales del ochenta y siete hasta el momento actual. En concreto, en Castilla y León hemos pasado de no tener ningún centro específico para el tratamiento ambulatorio de drogodependientes a tener cinco. De no tener ninguna unidad de desintoxicación hospitalaria de ámbito autonómico a tener tres. De no tener ninguna comunidad terapéutica acreditada, a tener ocho, con una capacidad de trescientas sesenta plazas. Y de tener veinte plazas para la rehabilitación totalmente gratuita de drogodependientes, derivados a través del Plan Regional sobre Drogas, a tener más de doscientas cincuenta. De tener centros autorizados para llevar a cabo tratamientos con opiáceos en dos provincias, a tener este tipo de centros en siete provincias de Castilla y León.

Como bien saben ustedes, Señorías, la atención a drogodependientes requiere una oferta terapéutica diversificada. Que se ajuste a las demandas y necesidades del tratamiento de cada paciente, programas ambulatorios libre de drogas, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, centros de día o programa de tratamiento con opiáceos son modalidades de tratamiento que, aun siendo diferentes, no tienen por qué ser excluyentes, sino que en muchas ocasiones pueden llegar a complementarse dentro de un plan terapéutico individual para cada drogodependiente.

A pesar de la amplia gama de recursos y de modalidades terapéuticas existentes, todavía no son excesivos los drogodependientes que inician tratamiento. Por este motivo, en mil novecientos ochenta y nueve se empezó a subvencionar desde la Administración Autónoma a organizaciones no gubernamentales para llevar a cabo un programa de captación y motivación y derivación de alcohólicos y toxicómanos al sistema asistencial del Plan Regional sobre Drogas. En la actualidad, este programa se realiza en todas las provincias de la Comuni-

dad Autónoma, Señorías, y siento una profunda preocupación por los drogodependientes que demandan tratamiento. Pero, si cabe -y es una reflexión que tienen que hacerse todos ustedes también-, la preocupación es aún mayor hacia aquellos toxicómanos que no demandan ningún tipo de asistencia en el nuevo Plan sobre Drogas. Yo les adelanto que nos volcaremos todos, con todo nuestro esfuerzo, hacia ese colectivo que no demanda ningún tipo de ayuda, que son drogodependientes que, por diferentes razones, no se acercan jamás a nuestros dispositivos asistenciales.

Por otra parte, el consumo de drogas por vía parenteral ocasiona diferentes problemas de salud, algunos achacables a la propia sustancia y sus efectos y otros atribuibles a determinados hábitos relacionados con el consumo de drogas. Dentro de este último grupo se encuentran las enfermedades infecciosas, tales como acesos, endocarditis, etcétera.

En Castilla y León hay más del 40% de los episodios de urgencia, el 40%, digo, de episodios de urgencia por consumo de opiáceos o cocaína están provocados por complicaciones orgánicas, principalmente enfermedades transmisibles. El envejecimiento de la población drogodependiente y la mayor antigüedad en el consumo de drogas contribuyen a que los problemas orgánicos sean cada vez mayores.

Durante la segunda mitad de la década de los ochenta la infección por el virus de la Inmunodeficiencia humana se ha transmitido en la enfermedad transmisible más grave para los consumidores de droga por vía parenteral, por su extensión, mortalidad, costos derivados de la atención sanitaria, propagación al resto de la comunidad y percepción social del SIDA.

El SIDA afecta en España principalmente a la población adicta a las drogas por vía parenteral; según datos del registro nacional de casos de SIDA en nuestro país, el 70% de los casos notificados entre el ochenta y uno y el noventa correspondía a consumidores de droga por vía parenteral.

En España, según información proporcionada por el Centro Europeo para la vigilancia epidemiológica del SIDA, ocupa uno de los tres primeros lugares, junto con otros países mediterráneos.

Según datos de los Planes Regional y Nacional sobre Drogas, alrededor de un 30% de los adictos a la droga por vía parenteral comparten habitualmente sus jeringuillas, y tan sólo un 20% utiliza preservativos durante las relaciones sexuales. Estos datos contrastan con los niveles de conocimiento que tiene esta población sobre los mecanismos de transmisión del virus del SIDA, que por lo general son buenos, y que nos indican que, desgraciadamente, este conocimiento no siempre se traduce en hábitos correctos en cuanto al uso de preservativos o jeringuillas estériles.

Todas estas circunstancias hacen que los programas destinados a disminuir los riesgos asociados al consumo de drogas sean cada vez más necesarios. Y, en nuestra Comunidad Autónoma, la Consejería de Cultura y Bienestar Social publicó una Orden, en marzo de mil novecientos noventa, por la que se regulaba los tratamientos con opiáceos a personas dependientes de los mismos. Esta Orden, teniendo en cuenta el riesgo y la extensión de la infección por el virus de Inmunodeficiencia humana, agiliza, flexibiliza y reduce los criterios de ingreso en este tipo de programas, exigiendo como norma general un diagnóstico confirmado de dependencia de opiáceos, y haber realizado al menos un tratamiento en otra modalidad terapéutica. Ningún toxicómano, digo, que inició el tratamiento en proyecto de atención hospitalaria de urgencia por consumo de metadona, sea ingresado en ningún hospital sólo por consumo de metadona.

En el área asistencial, durante los próximos cuatro años nos proponemos desarrollar las siguientes líneas de actuación. Habilitaremos un centro ambulatorio específico para la atención a drogodependientes en todas las provincias de la Comunidad Autónoma. Pondremos en funcionamiento centros de día para rehabilitación de drogodependientes en régimen de internamiento parcial. Continuaremos apoyando económicamente a las Diputaciones Provinciales para que desarrollen, a través de sus equipos de salud mental, programas específicos de atención a drogodependientes. Abriremos una nueva unidad de desintoxicación hospitalaria de ámbito regional. Suscribiremos convenios con las comunidades terapéuticas acreditadas en Castilla y León para la concertación de las plazas necesarias para la rehabilitación gratuita de toxicómanos en régimen de internamiento. Supervisaremos la apertura y funcionamiento de los centros de atención a drogodependientes, y, para ello, en noviembre de este año publicaremos una norma que regulará la autorización de centros residenciales de rehabilitación de drogodependientes, y modificaremos la Orden de acreditación de centros ambulatorios y residenciales de tratamiento de drogodependientes. Iniciaremos un programa de evaluación de todos los recursos asistenciales que prestan atención a drogodependientes. Acreditaremos y profesionalizaremos al menos una asociación de alcohólicos rehabilitados y una asociación de autoayuda de toxicómanos en cada área sanitaria de Castilla y León, para llevar a cabo un programa de captación, motivación y derivación de pacientes alcohólicos y toxicómanos. Extenderemos, en colaboración con la Secretaría de Estado de Instituciones, para instituciones penitenciarias los programas de educación sanitaria y de atención a reclusos drogodependientes en todos los centros penitenciarios de Castilla y León. Realizaremos las gestiones necesarias con jueces y magistrados de Castilla y León para impulsar la utilización de fórmulas alternativas al ingreso en prisión de drogodependientes. Descentralizaremos a todas las provincias de la Comunidad Autónoma el pro-

grama regional de asesoría jurídica creado por la Consejería. Acreditaremos centros para el tratamiento con los opiáceos en todas las áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma. Estimularemos la realización en las oficinas de farmacia de programas de información, orientación y consejo a toxicómanos. E, iniciaremos, en todos los dispositivos asistenciales del Plan Regional, programas de educación sanitaria, atención y seguimiento de los problemas orgánicos asociados al consumo de droga.

El el área de reinserción social, Señorías, mantendremos como criterio básico que la incorporación social de los distintos colectivos afectados por problemas de drogodependencia debe realizarse preferentemente en su medio de procedencia, preparando para ello tanto al drogodependiente, como su entorno, para una plena incorporación y aceptación por parte de la sociedad, aunque durante el proceso de reinserción social debe tenderse a utilizar por los recursos generales disponibles en la Comunidad, evitando caer en planteamientos excesivamente proteccionistas que discriminen positivamente al toxicómano rehabilitado. Sí es necesario, sin embargo, adoptar medidas específicas de carácter transitorio, en el plano formativo, laboral o cultural, que permitan al drogodependiente consolidar y generalizar las adquisiciones del proceso de rehabilitación, y compensar a su vez los déficits generados a lo largo de su historia de adicción a las drogas.

Con este tipo de medidas específicas se pretende situar a la persona con problemas de drogas, de un modo real y no sólo teórico, en condiciones de igualdad para acceder a la oferta normalizada de oportunidades sociales.

Como línea de actuación futura en el ámbito de la reinserción, iniciaremos -como innovación el próximo año- un programa de ayudas económicas a drogodependientes rehabilitados, orientada a contribuir a su integración social y laboral.

Este programa de ayudas exigirá que el drogodependiente que las reciba participe en un plan ocupacional individualizado de trabajo, para el que previamente se habrán concertado una variada red de puestos de trabajo con empresas e instituciones públicas de Castilla y León.

Potenciaremos la implicación de los municipios en el desarrollo de programas de reinserción social, especialmente en aquellas zonas en las que las drogodependencias son un problema prevalente, e impulsaremos la utilización del convenio con el INEM que ya tenemos, para la formación profesional de toxicómanos rehabilitados, y continuaremos apoyando económicamente de modo prioritario, a aquellos programas de reinserción social que desarrollen corporaciones locales y organizaciones no gubernamentales.

Señorías, me gustaría en este punto, y ya a punto de acabar, de mi intervención, alzar la voz y que ésta se escuchase en todos los rincones de nuestra tierra. Saben ustedes que asistimos en la actualidad a una creciente insolidaridad por parte de ciertos grupos sociales frente al problema de las drogodependencias; resultado de esta insolidaridad son las muestras de rechazo, que también en esta Comunidad Autónoma se están produciendo, contra los centros de atención a drogodependientes, así como contra los propios drogodependientes.

Creo, Señorías, que es responsabilidad de todos transmitir el mensaje de que las drogodependencias son un problema que implica a la sociedad en su conjunto, y que la existencia de un centro de atención a drogodependientes, en lugar de contribuir -como falsamente se cree- a incrementar los problemas de salud o de tráfico y consumo de drogas en una determinada zona geográfica de una población lo que hace es reducir los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas en esa misma zona, pues no conviene olvidar que los drogodependientes en tratamiento se hallan bajo control sanitario; y reducir los problemas de tráfico de drogas y de convivencia social, ya que la existencia de dichos centros no hace sino ofrecer una oportunidad al toxicómano para abandonar su situación y el estilo de vida marginal y delictivo que con frecuencia se ven obligados a adoptar. La Consejería de Sanidad y Bienestar Social se propone, por su parte, organizar durante mil novecientos noventa y dos una serie de cursos y actividades de sensibilización dirigido a la comunidad en general, y desarrolladas preferentemente a través de las organizaciones no gubernamentales, tanto de aquellas que tienen carácter general, como de aquellas que son específicas del campo de las drogodependencias.

Siguiendo con las líneas futuras de actuación, publicaremos cada año un programa de formación sobre drogodependencias, que, en lugar de tratar, como en años anteriores, de sensibilizar y proporcionar una formación básica en este campo de diferentes colectivos profesionales y sociales, proveerá a estos grupos de unos conocimientos, habilidades y recursos técnicos.

Pasando al campo de investigación, en el futuro realizaremos una encuesta epidemiológica, por entrevistas cada dos años, sobre el consumo de drogas en Castilla y León. la primera de estas encuestas la realizaremos durante el año mil novecientos noventa y dos. Igualmente, ampliaremos la cobertura del sistema autonómico de información sobre toxicomanías, incorporando un nuevo indicador en directo: la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de opiáceos y cocaína, que se unirían a los dos que teníamos anteriormente. Implantaremos un sistema de notificación permanente de inicios de tratamiento por dependencia o abuso de bebidas alcohólicas.

Señorías, quisiera terminar insistiendo en algo que les he comentado al comienzo de esta intervención y

que no es otra cosa que la llamada al consenso y la corresponsabilidad de esta Cámara para abordar el problema de las drogodependencias en Castilla y León, y que todos nosotros vamos a tener oportunidad de demostrar cuando durante mil novecientos noventa y dos presentemos en estas Cortes un proyecto de ley sobre drogas para nuestra Comunidad Autónoma, en el que se abordarán, entre otros, los aspectos relacionados con la prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, así como por el control de la promoción, publicidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, participación social y apoyo al movimiento asociativo, coordinación con las Administraciones Públicas y organizaciones no gubernamentales, financiación e infracciones a la Ley y sanciones.

En definitiva, de lo que se trata, Señorías, es que entre todos consigamos que paulatinamente se reduzca el número de drogodependientes en nuestra Comunidad Autónoma y que atendamos a un mayor número de drogodependientes lo antes posible y de la forma más adecuada.

Muchas gracias por su atención. Nada más.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Después de la exposición del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad de los proyectos, objetivos y programas de esta Consejería, suspendemos la sesión por quince minutos.

(Se suspendió la sesión a las trece horas veinticinco minutos, reanudándose a las catorce horas).

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Se reanuda la sesión. Para la formulación de preguntas u observaciones, se procede a la apertura de un turno a los Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. En primer lugar, el Grupo Parlamentario Mixto. Tiene la palabra el Procurador don Antonio Herreros.

EL SEÑOR HERREROS HERREROS: Buenos días. Muchas gracias. En primer lugar, reconocer y agradecer la comparecencia del Consejero en esta Comisión. Y decir muy brevemente, porque yo creo que el planteamiento que ha hecho es un abordaje exhaustivo de la problemática, incluso con algunos rasgos de balance de lo que ha venido aconteciendo en relación con esta Consejería en el periodo, en la Legislatura anterior, y con un amplio repertorio de medidas, que posiblemente en su filosofía, según mi propio criterio, tiene una mixtura entre la ciencia y la caridad, que implica, a mi juicio, algunas deficiencias objetivas desde mi interpretación, basada en la propia concepción de las cosas.

La asistencia, la atención considero que es absolutamente indispensable en esta sociedad, y más en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Pero posiblemente no se hace un abordaje de las causas por las

cuales nos encontramos en el panorama que ha descrito el señor Consejero, y que, lógicamente, el abordaje de esas causas evitaría una parte sustancial de la problemática presente y conocida por todos en la sociedad castellano-leonesa.

Yo digo que voy a ser muy breve, porque, ante el cúmulo de datos, el cúmulo de proyectos, de programas, planes, reformas, reordenaciones, reclamación de competencias con la dudosa posibilidad de conseguir el objetivo, entre otras cuestiones porque algún Consejero de la Junta ya ha puesto en tela de juicio la disponibilidad o la capacidad que en estos momentos pueda tener el dispositivo administrativo de la Comunidad Autónoma para conseguirlo, y yo creo que es absolutamente indispensable para poder ordenar toda esta ráfaga importante de cuestiones que aquí se han planteado.

Y sólo voy a efectuar una pregunta. Entiendo que estos objetivos, que este cúmulo importante de objetivos presentados tienen una dificultad intrínseca para la materialización de los mismos. ¿Con qué recursos cuenta, realmente, la Consejería para ejecutar esta abundancia de planes, programas y proyectos? Yo creo que ésta es la clave, en la primera lectura que yo he podido ir haciendo de los presupuestos que se avanzan, el Proyecto de Presupuestos que se avanza para mil novecientos noventa y dos. A mí me ha sorprendido que una de las partidas presupuestarias que sufre una regresión, o no un aumento proporcional con el incremento de la propia cuantía de los presupuestos globales, es precisamente la atención social, lo cual, pues, me ha llevado a la incompreensión, posiblemente, de este abordaje, que le entiendo, para el periodo de los cuatro años de la Legislatura presente, pero que, de seguir por los derroteros... y aun conociendo y sabiendo que simplemente es un proyecto presupuestario, pero de seguir por los derroteros, se me antoja bastante difícil de cumplir los objetivos que aquí se han planteado.

A mí me gustaría abordar algunas de las cuestiones, sobre todo porque en el Discurso de Investidura yo hice alusión a algunas de las cuestiones que hoy se han planteado aquí, y también me ha resultado en cierto modo paradójico el planteamiento que hace la Consejería de Sanidad y Bienestar Social con algunas de las respuestas que nos brindó el Presidente de la Junta en aquel discurso. Y hacía referencia a algunas problemáticas concretas, pero la verdad es que la amplitud de los temas me llevan simplemente a ratificarme en la primera cuestión que le planteo, de cuáles son los recursos con los que se puede o pretende ejecutar todos estos planes y objetivos que se marcan desde la Consejería y que ha tenido a bien comunicarnos en la Comisión.

Gracias.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Muy bien. El Excelentísimo señor Consejero contestará conjuntamente a todos los Porta-

voces y, por tanto, por el Grupo Parlamentario del Centro Democrático y Social, veo que no está el representante, y, por tanto, le pasamos... pasamos turno y, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el Procurador don Miguel Trapero.

EL SEÑOR TRAPERO GARCIA: Señor Presidente. Señor Consejero. Señoras y señores Procuradores. Mis primeras palabras tienen que ser, lógicamente, de agradecimiento al Consejero por su exposición detallada y minuciosa que nos ha hecho en esta mañana, y también palabras de bienvenida a su primera comparecencia en esta Comisión, en la cual esperamos contar en múltiples ocasiones con su presencia para desgranar el proyecto que él nos ha expuesto y que yo creo que requiere una discusión detallada, un análisis y, probablemente también, más discusiones o más tiempo del que vamos a disponer en el día de hoy.

Y querría decirle, en primer lugar, y como comentario sobre su propia intervención, que lo primero que llama la atención es la propia exposición, que ha durado más de dos horas, en la cual yo le daría un consejo, le daría una opinión al Consejero. Y es decir, probablemente en una exposición tan larga como ésta, donde ya conocíamos bastantes de las partes del contenido, yo creo que no ha habido demasiadas cosas novedosas, sobre todo si se había leído la exposición y la comparecencia anterior del anterior Consejero de Bienestar Social o algún debate de esta Comisión, y, por lo tanto, yo creo que ha habido, sobre todo, una repetición de bastantes de las promesas ya hechas por el Partido Popular a través de otros de sus representantes en estas Cortes. Y únicamente ha llamado la atención, quizá, lo extenso y lo largo de la intervención y lo detallado y minucioso que ha sido el análisis de trámites, de cosas que yo creo que corresponden más a un Secretario General Técnico que a un Consejero. Yo el primer consejo que desde mi Grupo nos gustaría darle es que se crea usted de verdad que es el Consejero, que ya no es el Secretario General Técnico, y, por lo tanto, aquí yo creo que hablamos sobre todo de política, de grandes objetivos, y no es necesario quizá a veces entrar en tanto detalle en las tramitaciones y en los temas tan de detalle.

Dicho eso, es lógico empezar hablando de la reestructuración o de la estructura orgánica de la Consejería, donde, en primer lugar, recibimos con agrado la división de la antigua Consejería de Bienestar Social y Cultura en dos Consejerías. Evidentemente, ése fue el planteamiento, en la anterior Legislatura, de mi Grupo, y yo creo que aciertan ustedes cuando rectifican, como en este caso, y dividen la anterior Consejería en dos. Quiero recordarles que anteriormente decían que hasta que no se recibieran las competencias no era necesario y que con una sola Consejería bastaría. Está recogido de las actas anteriores y de alguna intervención anterior. De todas maneras, nos alegramos que rectifiquen. Creemos que el caudal de personal, el caudal eco-

nómico y los servicios que es necesario prestar en esta Comunidad justifica plenamente el que haya dos Consejerías: una de Sanidad y Bienestar Social y otra de diferente de Cultura.

Decirles también que otra de las cosas que llama la atención es que el área de consumo ha pasado a Fomento, junto con los temas de comercio, y que se atribuyen razones de eficacia para esa transformación y ese cambio. Nosotros, en principio, sabemos que decisiones de ese tipo se toman en alguna otra Comunidad Autónoma. Es verdad que Comercio está junto con Consumo en alguna otra Comunidad Autónoma, pero también es verdad que están en Consejerías mucho menores y teniendo un Director General para Consumo y otro Director General para Fomento... perdón, un Director General para Consumo y otro Director General para Comercio. Nos parece que crea una serie de problemas; que, en primer lugar, duplica la correspondencia o la correlación funcional que tiene que haber directamente con otros organismos que se dedican también a estos temas, como las propias oficinas de información al consumidor en las propias corporaciones locales, que se preocupan tanto de los temas de consumo, en la defensa de los intereses de los consumidores, como también de los problemas sanitarios y alimentarios que van unidos al tema del consumo, como las propias asociaciones de consumidores, con las cuales hay que relacionarse y que asumen ambas competencias, o el Ministerio de Sanidad, donde en la Comisión Interterritorial se tratan temas de consumo en una faceta y en otra. Por lo tanto, no sabemos si ahí también se va a dar esa situación anómala que se va a dar en esta propia Comisión, que un rato durante la mañana está el Consejero de Bienestar Social y otro rato tiene que venir el Consejero de Fomento. Y, por lo tanto, nos parece que esa división puede crear alguna disfuncionalidad y algunos problemas.

Decir, en segundo lugar, que nos parece también que se pierde eficacia cuando se divide la inspección en dos Consejerías diferentes, porque me imagino que es lo que van a hacer; una parte quedará en Salud Pública, la de control de alimentos, y otra parte, la de vigilancia y control de productos, consumos y servicios, los antiguos funcionarios de Comercio, pasarán a Fomento. Me parece que es una pérdida de eficacia, incluso una pérdida de control de los servicios de inspección y vigilancia, y que, incluso, a veces esas labores se van a tener que repetir en algunas ocasiones.

Y para acabar decir que, efectivamente, nos produce una cierta preocupación que en una misma Dirección General se introduzcan los temas de promoción empresarial y los temas de defensa de los consumidores, porque nos tememos que juntando las dos competencias en una sola Dirección General cabe la posibilidad -y nos gustaría equivocarnos y que no fuera así- que la promoción empresarial va a acabar teniendo más im-

portancia que la función inspectora, sancionadora y, en concreto, la defensa de los intereses de los consumidores.

Con respecto a la propia estructura de la Consejería, nosotros nos gustaría hacerle también una observación, y que no queremos que tenga más que la categoría de observación. Es verdad que han dividido la Consejería anterior en dos, pero han seguido manteniendo el mismo número de Direcciones Generales que había antes: La Dirección General de Salud Pública y Asistencia y la Dirección General de Servicios Sociales y Consumo... bueno, perdón, Consumo desaparece y, por lo tanto, quedaría la Dirección General de Servicios Sociales. Nos planteamos si para una Consejería, con el caudal económico que tiene, de alrededor de treinta y seis millones de pesetas que gestiona, es oportuno, y el propio Consejero va a mantener esta estructura únicamente en dos Consejerías, o se está pensando en hacer alguna modificación posterior y atender algunos campos muy específicos con alguna Dirección General más, que aumentara o completara el organigrama que actualmente.

Esto, con lo que respecta a las observaciones referidas a la estructura orgánica de la Consejería. A continuación, me gustaría pasar, aunque fuera muy rápidamente porque no quiero extenderme demasiado, a los temas de salud pública, donde yo creo que las cosas que hay que decir es que, prácticamente, lo que usted ha dicho, en la mayoría de los casos estaba ya dicho ya anteriormente por el anterior Consejero en la comparecencia que hizo en esta propia Comisión, una parte muy importante de ello, y otra parte no se ha hecho más que reflejar los datos que ya venían en el plan de salud.

Y eso nos lleva a decir que lo que hay que hacer es revisar ese primer ofrecimiento que ustedes hicieron en la anterior Legislatura, en qué se ha cumplido o no se ha cumplido.

¿Se han mejorado los sistemas de información epidemiológicos en esta región? Nos tememos, y podemos entrar más en profundidad a hablar de ello, de que la recogida de datos, la certeza que tienen esos propios datos, no ha mejorado de una forma sustancial en la región, y que es necesario profundizar; y que, por lo tanto, lo incluyen de nuevo ustedes en su programa porque no se han obtenido los resultados que se tenían que haber obtenido en los cuatro años anteriores.

Que, efectivamente, hablaron de muchos programas, pero, prácticamente, casi ningún centro de salud realiza programas de salud pública, y que a pesar de que ya se hablaban de alrededor de diez o quince programas, no son más de cinco o seis centros de salud quienes realizan programas de salud pública y programas de promoción y de prevención de la enfermedad.

Decir, también, que el Plan de Salud, que yo creo que no se puede llamar como tal, no es más que un catálogo de objetivos, y prueba evidente es que cuando se publica dice exactamente lo mismo, dice: objetivos, plan de salud; que tenía que haberse concretado en una serie de programas concretos y programas... que es lo que permite planificar, decir con qué medios materiales, humanos, económicos se cuenta para llevar adelante esos objetivos, y decir exactamente cómo se iba a hacer; pues, prácticamente, no se han elaborado en la mayoría de los sitios y, por lo tanto, tienen ustedes que venir hoy aquí a decirnos que los van a elaborar, y que los van a elaborar en los próximos cuatro años. Y en los casos en los que se ha elaborado, que han sido muy poquitos, yo no me atrevería a decir que son programas, o planes, programas en concreto de salud, sino que en muchos de ellos -y he leído un par de ellos- se asemejan más a campañas de las que se hacían antiguamente que al concepto de programas que se tiene actualmente.

Con respecto al tema de la Atención Primaria, yo quiero decirle que nuestro modelo, y el modelo de reforma de la Atención Primaria, sobre todo, es un modelo que tiene como objetivo la salud integral, y la salud integral significa que a través de los centros de salud, que a través de los Equipos de Atención Primaria se contemple la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación, la rehabilitación y la reinserción social. Y que la realidad hasta este momento, y después de algunos años de reforma de la Atención Primaria, es que la mayoría de los Equipos de Atención Primaria no siguen realizando más que labores meramente asistenciales, meramente labores de curación. Le decía anteriormente que son muy pocos centros de salud los que realizan programas de promoción o programas de prevención de la enfermedad, y que en los casos en los cuales han llegado han sido de una forma prácticamente vertical, impuestos o mandados desde la Consejería, pero es fundamental y habría que avanzar en que los propios Equipos de Atención Primaria y los propios Centros de Salud elaboraran su diagnóstico de la zona de salud y, consecuencia a la elaboración del diagnóstico de salud, su propio programa o su propio plan para esa zona de salud, bien es verdad que incardinado en el Plan Regional como se hace en otras Comunidades Autónomas, o se está haciendo en otras partes diferentes.

Quiero decirle que el primer objetivo que usted se fijaba también era, prácticamente, finalizar con la realización de los centros de atención y la integración ya en todos los Equipos de Atención Primaria. Es verdad que no quedan muchos, pero, vuelvo a repetirle, ése no es un objetivo que se fija usted, es un objetivo que se fijó el anterior Consejero, es un objetivo que nos llevan presupuestado tras presupuestado repitiendo; permítame que le diga que volver a repetir ya en esta Legislatura como objetivo para estos próximos cuatro años algo que tenía

que estar hecho ya, parece bastante poco lógico y bastante poco coherente.

Decirle también que lo mismo podríamos decir con el tema de los consultorios locales, donde -y aquí nos alegramos de que rectifiquen ustedes sus posturas anteriores-, donde sabe usted que durante los cuatro años de Gobierno Socialista se hicieron alrededor de setecientos cincuenta consultorios locales, y ahora ha bajado en estos últimos cuatro años de una forma muy importante el número de ellos, usted hablaba de doscientos y pico, y, por lo tanto, no está acabada en esta región la reforma, y no está acabada la implantación y acondicionamiento en todas las poblaciones de más de cien habitantes de los consultorios locales. Probablemente fue por un defecto de incluirlo dentro de los Fondos de Cooperación Local, y ustedes nos aseguran que lo van a rectificar ahora, y que los fondos que se van a destinar a ello serán fondos finalistas. Nos alegramos de que, por fin, una petición reiterada durante la anterior Legislatura se atienda, y pensamos que si, efectivamente, se hace así, se destinan fondos finalistas, eso podría acabar por resultar con la implantación al cien por cien, el acondicionamiento de todos estos consultorios.

Nos parece que los centros de atención primaria, como tales centros, para que sean centros integrales tienen que tener recogidos a todos los profesionales del sector, tienen que ser equipos multidisciplinares. Y, en ese sentido, se nos hablaba en la intervención del Consejero de que se ha producido también la incorporación de los veterinarios. Y no, miren ustedes, yo creo que con la reforma de los veterinarios que se ha hecho, reforma que ha planteado infinidad de problemas y que ha hecho, en cierta medida -no por el propio contenido, sino por cómo se ha realizado-, que actualmente no se esté sacando el rendimiento que podrían tener los veterinarios de su trabajo en esta Comunidad Autónoma; una parte se les ha mandado a Agricultura, donde están ejerciendo de burócratas para rellenar directamente guías cuando les llegan a firmar, y otra parte, pues, se ha trasladado a la sección de higiene de los alimentos, pero no se ha producido lo que se debe producir, que es la incorporación de estos veterinarios a los Equipos de Atención Primaria en igualdad de condiciones y, por lo tanto, la integración de toda la problemática referida a los alimentos, a las zoonosis, y a otra serie de problemática que actualmente se quiere separar de los centros de atención primaria, incorporándolo o manteniéndolo en la sección de higiene de los alimentos. Una atención integral tendría que suponer el que todos estos problemas y la incorporación de los veterinarios en igualdad de condiciones a los centros de salud.

Quiero decirle también que recogemos de una forma positiva, aunque tenía que haberse hecho ya, su pronunciamiento sobre la integración de los farmacéuticos también en las áreas de salud, y nos parece que es un punto positivo, en el cual el Grupo Socialista está dis-

puesto a cooperar, colaborar y tratar adelante... de sacar adelante ese proyecto, que permitiría tener equipos multidisciplinarios y concluir con unos equipos de atención primaria con una integración, prácticamente, de todo el personal.

Y queremos plantearle también alguno de los problemas que yo creo que están sufriendo los centros en estos momentos. Y es que se está hablando de política de personal, se está hablando de la estabilización del personal. Queremos saber qué es lo que va a hacer la Junta para resolver el desbloqueo de esas oposiciones suspendidas por sentencia judicial en toda la Comunidad Autónoma, y que, efectivamente, están impidiendo el que se busque una estabilidad del personal y que, además, las plazas vacantes se cubran no por interinos, sino por personal fijo.

Queremos, también, aclarar algún tema. Actualmente se nos está hablando de plantillas horizonte, y nos alegramos mucho que este Consejero haya sacado el problema de las plantillas horizonte, y que lo saque en esta comparecencia aquí. Damos la bienvenida a ese planteamiento, pero quiero recordarles que el problema de las plantillas horizonte no es un problema de anteayer, que las plantillas horizonte se acordaron en el ochenta y ocho, y que, en muchos casos, las integraciones, las integraciones se han hecho, no con arreglo a ellas, sino con otros criterios diferentes, y que, por lo tanto, las integraciones de los sanitarios locales se podían haber hecho, en muchos casos, con arreglo al tema de las plantillas horizonte. De todas maneras sea bienvenido ese planteamiento, aunque, vuelvo a repetir, viene, en cierta medida, algo retrasado.

Con respecto a la creación... otro de los temas fundamentales, y que yo creo que es, junto con el tema de la atención primaria, la segunda piedra angular de esta Comunidad Autónoma, que es la creación del Servicio Regional de Salud, que debería permitir la puesta en marcha o la preparación para asumir las competencias del INSALUD, quiero decir que nos ha llamado la atención en la comparecencia del Consejero que ya no se... ya... parece que no se refiere a unas declaraciones que le hemos oído en algún medio de comunicación, en el cual decía que no se realizaría la Ley del Servicio Regional de Salud hasta y en tanto no se recibieran... no se recibieran las competencias. Parece ser que en el planteamiento que hace ahora la situación ha variado, y nos parece positivo en el sentido de que es necesaria esta Ley, una Ley que permita la integración, no solamente de los hospitales del INSALUD, sino que tiene que ser una Ley que unifique las redes asistenciales, y, por lo tanto, hacemos especial incidencia en la incorporación también de los hospitales de las Corporaciones Locales y los medios asistenciales de las Corporaciones Locales. Aunque consideramos que la Ley va a llegar tarde, cuando ustedes ya han aprobado un Decreto de limitación de áreas de salud y agrupación de zonas que con-

diciona de una forma importante esta Ley, ya que se han decidido ustedes por un sistema, que a nosotros no nos parece el más idóneo, que ha sido dividir esta región en dos áreas sanitarias, en dos áreas o subáreas, o dos regiones sanitarias, una referida a Valladolid y otra referida a Salamanca, que parece que además coinciden con la división en dos Universidades, cosa que no parece lo más oportuno, ni siquiera la distribución en varios distritos que afectan a provincias diferentes, que han hecho ustedes, y que creemos que va a condicionar de una forma importante esa Ley del Servicio Regional de Salud que hay que poner en marcha.

De todas manera, decir que el Grupo Socialista, cuentan ustedes con nuestra colaboración, una colaboración positiva, y también el acicate y la insistencia de que es urgente que esa Ley se presente en el Parlamento, que se regule la integración total de todos los recursos sanitarios que puede haber en cada área, y la participación de los ciudadanos. Y que, por lo tanto, nuestra colaboración y cooperación toda, que la Ley del Servicio Regional de Salud vaya adelante.

Con respecto a la asistencia especializada, yo... muy rápidamente, quiero decirle que me parece que vuelven a hablar ustedes de reestructuración y modernización de los centros del AISNA, con el criterio que yo creo que todos mantenemos y compartimos de la complementariedad con la red del INSALUD, probablemente transformándolo en hospitales de media y larga estancia. Yo creo que ese criterio es compartido por todos, lo que ocurre es que han pasado cuatro años, cuatro años en que yo creo que estos hospitales se han ido deteriorando poco a poco. No es verdad que se haya hecho la modernización de todos ellos, no es verdad que se hayan aumentado las plantillas o que estén mejor dotados de personal. Yo tengo la impresión de que se ha producido, en estos cuatro años de Legislatura, un deterioro importante de los antiguos hospitales del AISNA. Y les pedimos que, en los próximos cuatro años, a través de la integración, también, con los hospitales clínicos, se pongan ustedes a la labor de -digamos- mejora de los edificios, mejora de los propios profesionales que hay en estos centros y de unificación con las condiciones del resto de la Red del INSALUD, que permita recuperar unos hospitales que yo creo que -vuelvo a repetir- en estos cuatro últimos años se han deteriorado.

Y qué decir, que no hemos visto ninguna referencia al tema de la integración de los hospitales provinciales dependientes de las Corporaciones Locales. Creo que, cuando hablamos de transferencias, estamos hablando de hacer la Red única, no solamente con los medios del INSALUD, sino de una forma, también, fundamental con los medios que tienen las Corporaciones Locales. Es urgente, y lo demandan las propias Corporaciones Locales, que esta Comunidad Autónoma se haga cargo de los hospitales provinciales, que se incorporen a la

Red, que se homogeneicen con las propias condiciones que tienen ya los del INSALUD, y que se invierta en personal y que se invierta en servicios. De tal manera que, miren, si no modernizan en estos cuatro años, de una forma rápida, los hospitales del AISNA y los hospitales provinciales, cuando reciban ustedes las transferencias del INSALUD será mucho más difícil. Será mucho más difícil, porque el INSALUD se come los recursos, absolutamente... los hospitales del INSALUD se pueden comer los recursos, prácticamente, de esta Comunidad Autónoma, y porque, además, la atención que se va a poder dedicar a hospitales provinciales o del AISNA será siempre menor cuando tengamos el mastodonte que... cuanto tengamos que gestionar el mastodonte que suponen los hospitales del INSALUD.

Por lo tanto, le retamos a que, en estos próximos años, antes de recibir la transferencia del INSALUD, se homogeneicen, se modernicen con el resto de los hospitales los de las Corporaciones Locales y los del AISNA, y frenemos el deterioro que yo creo que se ha incurrido en muchos de ellos en los cuatro últimos años.

Decir que recibimos, también, y nos parece bien cuando ustedes rectifican, ese anuncio de auditoría sanitaria de todos los centros sanitarios, porque esta Comunidad Autónoma parece que se había olvidado que tiene la competencia de auditar, de ver las condiciones, de exigir mínimos a todos los centros sanitarios de cualquier tipo; y parece ser que solamente se anuncia y se acuerdan ustedes de esa competencia cuando salta a la palestra un escándalo como el del Hospital de Santa Isabel. Tarde, ha tenido que ocurrir un escándalo de esta característica, pero bienvenida sea su oferta de auditoría de todos los centros sanitarios de la Región.

Con respecto al tema de la salud mental, coincidir yo creo que básicamente con los planteamientos que el Consejero ha hecho, que son los planteamientos del Decreto. Creo que en el objetivo de reforma de la salud mental hay una coincidencia ideológica y programática importante entre la mayoría de los Grupos presentes en esta Cámara. Pero decir que el Decreto es del ochenta y nueve, y que, efectivamente, esas cosas que usted nos anuncia se podían hacer desde el ochenta y nueve, y que hay un retraso tremendamente importante de ellos.

Y podemos... Yo no voy a perder mucho tiempo, pero decirle que la integración funcional de los recursos, prácticamente, no se ha logrado en casi ninguna provincia. Probablemente haya dos donde hay una unificación de la Red; en el resto de ellas no lo hay, prácticamente, desde el ochenta y nueve. Por lo tanto, yo creo que ahí se ha perdido bastante dinero... bastante tiempo, perdón.

Que tampoco hay una posibilidad, a corto plazo, hasta que no hagan ustedes la Ley, de coordinación o de integración de todos los recursos, que se tendrían que hacer cuando se haga la Ley del Servicio, con la in-

corporación de todos los medios de las Corporaciones Locales y los medios, también, de la Comunidad Autónoma.

Que la dotación de las Unidades de Salud Mental, los Equipos de Salud Mental de Distrito, no solamente está retrasado en algunos de los sitios, sino que las dotaciones, sobre todo de personal, son muy escasas en la mayoría de ellos: falta personal de enfermería, faltan psicólogos y faltan asistentes sociales.

Que el Plan Operativo, de carácter anual, y la fijación de sus objetivos no se cumple y no se hace, prácticamente, en ningún caso; y que nos preocupa la coordinación o la conexión con la Atención Primaria.

Decir que la reestructuración y la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos, prácticamente, no se ha realizado en casi ninguno, a pesar de que se preveía desde el ochenta y nueve, y que la creación de unidades de rehabilitación creo recordar que es una provincia, únicamente, una o dos provincias, donde está funcionando. Y que, efectivamente, hay una escasez de estructuras intermedias; alguna de ellas es posible que atribuibles al propio INSALUD, pero hay otras que pudieran solucionarse por parte de las Corporaciones Locales y también por parte de la propia Junta de Castilla y León, a través de la implantación de los Centros de Día o a través de otras fórmulas diferentes.

Por lo tanto, decir que, a pesar de que coincidimos en los objetivos de salud mental, no dejamos más que de constatar que la reforma y la reestructuración va muy lenta, que, prácticamente, se han hecho muy pocas cosas, y que las cosas que se han hecho, no en todos los casos se han hecho en la dirección que preveía el propio Decreto y en la dirección que todos deseábamos o que, al menos, espero que todos desearan.

Esto con respecto a todo lo afecta al primer bloque de cosas que usted nos ha expuesto, y referidas a los temas sanitarios, a los temas de salud pública, para pasar inmediatamente a ver los temas de servicios sociales, donde yo querría empezar por decirle que, con arreglo al tema de los servicios sociales básicos, es verdad que esta Comunidad ha puesto en marcha un número muy importante de CEAS en toda la Región, que es verdad que se ha hecho con fondos, también, del Ministerio de Asuntos Sociales, en colaboración con la propia Comunidad Autónoma, pero que yo creo que hay que ir ya a otro planteamiento diferente.

Estos centros, por falta de recursos humanos, en la mayoría de los casos -y yo creo que lo señalaba también el propio Consejero en su intervención-, no tienen la utilidad o no sirven para lo que deberían servir centros de este tipo. Reducen, prácticamente, sus funciones a las de información y a las labores de orientación, porque el personal con el que cuentan, en la mayoría de los casos, es un asistente social y, como mucho, en otros ca-

sos, un animador cultural. Pensamos que hay que dotarlos de una forma diferente, en personal, que hay que aumentar las dotaciones de personal, con la inclusión de abogados y psicólogos, que constituyan estos centros en equipos multidisciplinarios, y que permitan realizar programas de orientación, prevención y reinserción, sin olvidarnos otro tipo de programas, como ayuda a domicilio, que tendrían que estar implicados. Lo cual permite un esfuerzo importante por parte de esta Comunidad Autónoma, no solamente en los temas de personal, sino en las prestaciones y en las ayudas económicas que permitan realizarse programas, ya que, prácticamente, todo el dinero que actualmente se dedica, se dedica al pago de personal, y no quedan, prácticamente, recursos para la realización de actividades. Y, por lo tanto, en la mayoría de los casos, no solamente por falta de personal, sino por la falta de esos recursos, las CEAS se están convirtiendo nada más en centros de información y orientación.

El Consejero nos ha hablado, en su parte expositiva, de la... prácticamente, de la participación, como un tema muy importante, y hay que recordarle que los Consejos de Acción Social que se preveían en cada zona no están constituidos en la mayoría de las zonas, o en número muy reducido de ellas, y que, por lo tanto, ése es el primer mecanismo de participación de la población en los servicios sociales y el mecanismo más cercano a los propios ciudadanos, o el sitio más cercano a los propios ciudadanos.

Y que nos parece que también hay que mejorar la coordinación a nivel regional. Es verdad que la competencia la tienen las Corporaciones Locales, y es verdad que son los propios Ayuntamientos los que prestan este servicio; pero la Comunidad Autónoma no puede olvidar que la responsabilidad de cómo se prestan estos servicios es suya y, por lo tanto, es necesario exigir esa Memoria Anual de Actividades y ese Plan de Trabajo que estaba contemplado que debería tener cada una de ellas, y reunir y—digamos—coordinar, prácticamente, las labores que hacen todas ellas.

Con respecto al tema de los servicios específicos, de una forma muy rápida, decir... Empezamos por el tema de la tercera edad. Prácticamente, el Plan que usted nos ha presentado hoy fue el Plan que se presentó en el ochenta y nueve, para incluir en los presupuestos, y que se echó para abajo. Y yo creo que, a pesar de que en su filosofía habla usted de algo que coincidimos todos, de que las necesidades, fundamentalmente, están centradas en las residencias asistidas, que es donde están las necesidades en la Comunidad Autónoma, no en las residencias de válidos, sino en las residencias asistidas, en su propio programa, cuando la enumera, no contempla más que tres residencias asistidas; el resto, prácticamente, resulta que son medios, prácticamente, para válidos. Quiero recordarle que es necesario, es necesario... Si quiere usted complementar—como parece que

quiere hacer usted con este programa—lo que ya hacen otras instituciones, como el INSERSO, la complementariedad tienen que hacerla donde hay necesidades, no donde no existe; y donde hay necesidades es en residencias asistidas. Y, si quiere usted atender a los que son válidos en sí mismo, yo creo que las fórmulas van más por la ayuda a domicilio, por la subvención a acondicionamiento de viviendas propias, por las casas tuteladas, pisos tutelados—que ustedes llaman casas rurales—, o por las familias de acogida, que las propias residencias. Y decir...

Y, por favor, lo que sí les vamos a pedir, también, si quieren ustedes complementar los recursos del INSERSO, es una planificación territorial de las necesidades. Porque lo que nos parece que no puede ser es que la Comunidad Autónoma construya residencias en función de su libre albedrío, de las peticiones de un Diputado, de un Concejal o de un Alcalde, que están en su perfecto derecho de hacerlo, sino en función de las propias necesidades de los ciudadanos; y, por lo tanto, sería necesario que esas necesidades se cuantificaran a través de una planificación territorial y se determinara dónde se van a colocar esos recursos, porque, si no, puede ocurrir lo que está ocurriendo en la actualidad: que en su Plan, en el Plan de la Tercera Edad, ustedes contemplaban la provincia de Soria como la provincia donde no hacía falta, junto con otra más—la de Burgos—, nuevas plazas o residencias, y, en cambio, es la única provincia donde esta Comunidad, donde la Junta, con recursos propios, está haciendo una residencia. No quiero hablarle, tampoco, de otros casos, porque sé que no va con recursos propios de la Comunidad, pero... otros casos como San Pedro de Gaillos, en la provincia de Segovia, donde se está haciendo una residencia—luego podemos charlar largo y extenso de este tema—, San Esteban de Gomar... Bueno, hay una serie de sitios donde se están subvencionando residencias que se atiende más a intereses de la clientela política que a las propias necesidades de los ciudadanos. Por lo tanto, ahí nuestra insistencia en que se haga una planificación territorial de las necesidades de esta Comunidad.

Con respecto a los servicios específicos—y ya muy de pasada—, decirle que yo creo que no han hecho ustedes ni siquiera, no han puesto en marcha los servicios que contemplaban en sus propios planes, elaborados por la propia Junta.

En delincuencia hablaban ustedes del Servicio de Atención Social en los Juzgados; no se ha constituido ninguno; esperamos que, a pesar de que el Consejero no se ha referido a ello, se pongan en marcha, o sea voluntad de esta Consejería poner en marcha lo que ya se contemplaba en sus propios programas.

En menores, en la cual todos sabemos que hay una problemática importante, que yo creo que se ha acentuado en estos cuatro años de Legislatura, porque la política equivocada llevada a cabo por la anterior Conse-

jería en menores lo único que ha hecho ha sido transferir recursos al sector privado, concertando camas con el sector privado, y no poniendo en marcha las -digamos-... los otros centros, que podían complementar lo que actualmente había, como los hogares funcionales, los hogares tutelados o, incluso, otras posibilidades, como las familias de acogida, y que lo que han hecho, efectivamente, es lo que ustedes dicen: que las plazas de menores les salen tremendamente caras. Porque, efectivamente, lo que hacen es transferir recursos al sector privado, por una parte, y no reestructurar en centros básicos, en centros de base lo que actualmente tienen.

Por lo tanto, esperamos un compromiso del Consejero en este sector, en que coincida con nosotros en que es urgente reconvertir los centros de internado de menores en centros base, de los que dependan otro tipo de recursos, como los que hemos enumerado anteriormente.

Decirle también al Consejero que en el plan de colectivos discriminados, minorías étnicas, al cual se refería usted esta mañana, actualmente lo que gasta esta Consejería, lo que gasta la Comunidad Autónoma son los fondos que recibe del Ministerio de Asuntos Sociales, a través del Plan Nacional Gitano. No se gasta una peseta más. Por lo tanto, nos gustaría saber si la situación va a seguir así, si efectivamente se van a seguir gastando en esta Comunidad Autónoma únicamente los fondos transferidos a través del Ministerio de Asuntos Sociales, o la propia Consejería va a gastar fondos propios de la Junta en un tema que yo creo que tiene una especial actualidad y una especial importancia, como las minorías étnicas en la actualidad.

Con respecto -y yo quiero ya ir acabando con ello- a otro de los temas básicos que nos ha planteado el Consejero, que es la transferencia o delegación a las Corporaciones Locales de bastantes de los centros, o algunos de los centros de servicios sociales, decir que la posición de este Grupo no puede ser más que una posición favorable, lo hemos estado pidiendo y anunciando durante mucho tiempo. La Ley a través de la cual usted lo va a hacer es una Ley elaborada por los socialistas, es la llamada Ley "Nalda" vulgarmente, y, por lo tanto, han tenido ustedes esa legislación para hacerlo anteriormente, se ha podido hacer, y nos alegra que por fin hayan decidido ustedes que se van a decidir a transferir a las Corporaciones Locales algunos de esos servicios. Pero nos gustaría alguna aclaración importante.

Cuando ustedes transfieren, evidentemente, no pueden olvidar que la responsabilidad de la prestación del servicio es de la propia Comunidad Autónoma, que se tiene que responsabilizar de que se cumplan los extremos contemplados en la Ley de Acción Social, y, por lo tanto, queremos saber si esa transferencia se va a hacer con las dotaciones económicas necesarias que permitan el cumplimiento de la Ley. Nos gustaría saber si las

guarderías infantiles se van a transferir con las dotaciones de personal y con las dotaciones económicas necesarias para que se cumpla la LOGSE y, por lo tanto, sean escuelas infantiles -que yo creo que es otro de los temas que deberíamos hablar, que no se ha hablado suficientemente-. Si es así y el Consejero considera, como nosotros consideramos, que la Comunidad Autónoma lo que debe hacer es cumplir sus obligaciones en servicios sociales y, una vez hechas las reestructuraciones y las dotaciones necesarias, transferirlo a las Corporaciones Locales, bienvenida sea la iniciativa, que, vuelvo a repetir, podían haber tomado ustedes desde el momento que tomaron posesión por primera vez de la Consejería de Servicios Sociales.

Y concluir nada más con dos temas a los cuales el Consejero se ha referido, que es lo referente a los ingresos mínimos de inserción, que yo creo que es un tema que ha levantado mucha polémica durante los años anteriores y en el cual yo, sinceramente, tengo que decirle, tengo que decirles que la regulación que ustedes hicieron, después de tres cambios normativos, tienen que aceptar ustedes que ha fracasado rotundamente. Han necesitado ustedes tres cambios normativos y no son capaces de que la demanda cubra ni siquiera lo que ustedes presupuestaron. Hace unos días decía el Consejero de Economía en estas Cortes, en una comparecencia, que no se van a gastar los 1.000.000.000 de pesetas, y que, por lo tanto, ni siquiera después de tres reconversiones diferentes van a ser capaces de agotar los fondos presupuestados para ello.

Y, por lo tanto, reconocido el fracaso, aceptamos también de una forma positiva su cambio de planteamiento y que vuelvan a lo que nosotros defendimos en su momento, y es que se realizaran convenios con el INEM, o que al menos los ingresos mínimos de inserción se unieran a programas de formación y trabajo. Lo acaba de anunciar el Consejero. Aceptamos su rectificación, nos parece positivo, y coincidimos, como no podía ser más, porque así lo pedimos hace bastante tiempo.

Una petición más, y es que, efectivamente, independiente de la puesta en marcha de los programas de formación y de trabajo, si como es verdad y ha anunciado el Consejero de Economía son más de 200.000.000 de pesetas los que no se van a gastar en este Presupuesto, de lo presupuestado para ingresos mínimos de inserción, ese dinero revierta en servicios sociales, para que se siga cumpliendo o se cumpla el 6% de ingresos destinados al tema de servicios sociales.

Y con respecto al tema de las pensiones no contributivas, yo creo que vamos a tener posibilidad de profundizar en el tema, porque hay una Proposición No de Ley presentada, y, por lo tanto, vamos a tener posibilidades de profundizar, pero le quiero decir dos cosas muy rápidamente.

Primero. Que lo que nosotros denunciemos es que el ritmo de tramitación ha sido muy bajo. Seis meses para realizar un porcentaje muy bajo de tramitaciones es un ritmo yo creo que tremendamente perjudicial para una serie de sectores como esos.

Segundo. Que además del problema del ritmo lento en la tramitación, hay otro problema que ha aparecido posteriormente y que se ha añadido posteriormente, que es un problema de diferencia de criterios entre la intervención de la Junta y el Ministerio. Que eso es lo que evita que a los pocos que, efectivamente, se han tramitado, que son pocos, se les pueda pagar.

Yo, en ese sentido, no tengo más que decirle que esperamos que el señor Consejero no defienda el criterio del Interventor, que ni siquiera es de la Consejería, y que tengan la habilidad suficiente como para hacerle ver que lo que han aceptado otros Interventores de otras Comunidades Autónomas se puede aceptar también en esta Comunidad Autónoma, para que los ciudadanos necesitados cobren unas pensiones que, en muchos casos, son necesarias para mantener su supervivencia.

Y, por lo tanto, consideramos que el Consejero va a hacer todo lo posible para explicar al Interventor cuáles son las necesidades de los ciudadanos, y que sea suficientemente sensible.

Y concluir nada más con el último tema que ha tocado el Consejero, que es en el tema de la droga. Totalmente de acuerdo. Ustedes van a presentar un nuevo Plan de Droga para mil novecientos noventa y dos. No hace falta que nos haga usted ningún llamamiento al consenso y al acuerdo. En este tema yo creo que es un tema especialmente sensible, y lo van a tener ustedes en la discusión y en la elaboración del nuevo Plan de Droga; pero no solamente en este tema sino en muchos más. Yo creo que en los temas en los cuales ustedes sean capaces de plantear necesidades de la región, y de una forma positiva y práctica, lo vamos a hacer así, pero, especialmente en el tema de la droga, nos ofrecemos a discutir el nuevo Plan de Droga que puedan elaborar ustedes y que puedan presentar en estas Cortes.

Y decir que nos alegramos también que rectifiquen, que vuelvan ustedes a nuestra postura de mil novecientos ochenta y nueve, con la creación de unidades específicas en cada provincia, y desechen su antigua opción frente a la nuestra, que era que las unidades de salud mental se encargaran de este problema.

Para nosotros, la intervención del Consejero hoy nos ha dado, digamos, algo así como diez o doce satisfacciones, y son rectificaciones anteriores, que después de mucho pregonar vemos que no todo cae en saco roto, sino que hay posibilidad de rectificar el rumbo de algunas de las cosas.

Por lo tanto, nada más concluir haciéndole alguna petición, como nos ha hecho el Consejero. Mire, yo la petición que quiere hacerle mi Grupo es que, si en un sector están fragmentadas las competencias es en el sector de bienestar social, en el sector sanitario. Si en un sector es necesario la cooperación y la coordinación entre administraciones, es en este sector. Yo creo que los ciudadanos nos demandan un servicio, no se enteran muy bien de quién es la competencia y lo que quieren es que las cosas funcionen.

Yo querría pedirles que desde esta Comunidad Autónoma, desde la Junta y desde la Consejería, se hagan todos los esfuerzos posibles para la cooperación con las diversas administraciones. Pero no solamente con la Administración Central, que me parece que es necesario, sino con las Administraciones Locales y con las Corporaciones Locales. Más importante me parece incluso el tema de las Corporaciones Locales en estos momentos, para, digamos, hacer una red única en el tema de los hospitales, en el tema de la salud mental, en un montón de cosas que es necesario la coordinación, en una primera etapa, con las Corporaciones Locales.

Por lo tanto, nos van a tener ayudando y a su lado en todo lo que sea coordinación y cooperación. Y nos van a tener enfrente en todo lo que sea reivindicación de viva Cartagena, sin ningún contenido, sin ningún contenido de fondo, de verdad, y sin ninguna intención de resolver los problemas y sentarse entre administraciones a resolver los problemas.

Y, por lo tanto, nada más. Decir que, por lo tanto, de todo el discurso de hoy, hay muchas cosas que son la repetición de lo que ustedes decían y dijeron a esta Comisión hace cuatro años, que no se han gestionado y que ahora tienen que prácticamente gestionarlo. Hay otras cosas en las cuales ustedes rectifican el rumbo, y bienvenidas sean, y hay otras cosas que urgen en esta Comunidad Autónoma y que es necesario poner en marcha, en las cuales van a tener ustedes incondicionalmente nuestra colaboración.

La primera de todas es la puesta en marcha de la Ley del Servicio de Salud, con la integración de las diferentes redes, y la preparación de todos los mecanismos para que esta Comunidad Autónoma asuma las competencias también del INSALUD.

La segunda es el finalizar, o el concluir la reforma de la atención primaria, haciendo de los centros de salud centros integrales donde se atiendan, no solamente los problemas asistenciales, sino también los problemas de promoción de la salud y los problemas de prevención de la enfermedad.

Y todos los pasos que se den en ese camino, en esos dos objetivos, contarán con nuestra colaboración, constructiva cuando coincidamos en los planteamientos, y

crítica, o haciendo sugerencias, cuando no coincidamos en ellos. Muchas gracias.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el Procurador don Francisco Javier León de la Riva.

EL SEÑOR LEON DE LA RIVA: Muchas gracias, señor Presidente. Señoras y señores Procuradores. Quienes me conocen saben que no soy hombre dado al manejo del incensario, y, sin embargo, la introducción de mi intervención debe ser, necesariamente, de felicitación al Consejero y a su equipo.

De felicitación por la exposición exhaustiva, rigurosa, seria, detallada, de lo que debe ser un programa de gobierno en materia de sanidad y bienestar social.

De felicitación por el talante que ha mostrado en su intervención, y por la postura de permanente diálogo, o disposición al diálogo con esta Cámara, como, por otra parte, su condición de Procurador de estas Cortes le señala en su fuero más interno.

De felicitación por el equipo del que se ha rodeado para llevar a cabo esta tarea. Equipo que conozco personalmente y sobradamente, y estoy seguro que difícilmente podía haber encontrado un equipo mejor.

Y, si me perdonan la falta de modestia, de felicitación por la herencia que se ha encontrado al hacerse cargo de la Consejería, que ya quisiera haber encontrado el Consejero anterior cuando se hizo cargo del Gobierno en estas materias en el año ochenta y siete.

Yo le diría al Consejero que no se preocupe si le tachan sus intervenciones de exhaustivas o de largas. Siempre que interviene un Consejero ante una Comisión o ante el Pleno de las Cortes se le tacha de que dice mucho o de que no dice nada; nunca llueve a gusto de todos y unas veces dicen "usted ha pasado sobre ascuas sobre este o sobre aquel otro tema y no ha dicho prácticamente nada", o, por el contrario, "usted ha hecho una exposición rigurosa, académica, confundiendo las Cortes con la Cátedra, haciendo una intervención exhaustiva más propia de un Jefe de Servicio -en este caso le han llevado a la Secretaría General-, que de un Consejero". Puede estar tranquilo, porque la comparación que ha hecho, la exposición que ha hecho yo creo que es perfectamente adecuada a la misión que tiene que hacer un Consejero en su primera comparecencia ante la Comisión del Legislativo que tiene que controlarle.

También le felicito por la división de la Consejería en dos Consejerías. Realmente, la Consejería de Cultura y Bienestar Social era una Consejería amplísima, y le recuerdo que el propio Consejero de Cultura y Bienestar Social, cuando tomó posesión el veintinueve de

agosto del ochenta y siete, decía a los medios de comunicación que él mismo plantearía la división de esa Consejería cuando se vislumbraran posibilidades de transferencia. Esas posibilidades las vemos ahora. Concretamente, no sé a qué hora de esta mañana, pero hoy se entrevistaba el Presidente de esta Comunidad Autónoma con el Presidente González, precisamente para llevar una vez más la reivindicación de los ciudadanos de Castilla y León de asumir nuevas competencias.

También ya contaba yo que iban a acusarle a Su Señoría de continuidad. Si tienen ustedes en cuenta que los dos equipos, el presente y el anterior, salen del Partido Popular, que el equipo anterior y el presente son los que colaboraron en la redacción del programa de sanidad con el que el Partido Popular ganó entonces las elecciones y las ha vuelto a ganar ahora, obviamente debe haber una línea de continuidad, que no de continuo riguroso. Y, en ese sentido, bienvenidas sean las modificaciones, los ligeros cambios de rumbo, que no de rectificaciones -que no hay en lo que ha expuesto Su Señoría prácticamente ninguna-, sino ligeros cambios de rumbo que la impronta personal del nuevo Consejero debe imponer a una tarea que, en un último caso, viene condicionada por el programa electoral con el que se ganaron las elecciones hace unos meses.

Quiero felicitarle por haber publicado el Plan de Salud, Plan de Salud que se elaboró al final de la última Legislatura, como Su Señoría conoce muy bien, y que en opinión de quien es considerado, sin duda ninguna, el primer experto en el mundo en planes de salud, es un Plan de Salud absolutamente completo. Puede ocurrir que si confundimos planes, objetivos, campañas, programas, etcétera, pues, al final no tengamos ideas claras, pero puede usted estar tranquilo, señor Consejero, porque la primera autoridad sanitaria mundial en planificación felicitó al equipo anterior, y, por lo tanto, le felicitó a Su Señoría, puesto que formaba parte del mismo, por la categoría del plan que se había aprobado para esta Comunidad.

Yo quisiera animarle a que se siga avanzando en la reforma de la atención primaria, que hizo que en la Legislatura anterior la Comunidad de Castilla y León era la Comunidad que más avanzada, de todo el Estado español, llevaba la reforma de la atención primaria. A que, efectivamente, surjan más programas horizontales, pero, justamente por ser programas horizontales, deben surgir desde dentro de los centros de atención primaria. A que no tenga usted interferencias con el INSALUD, que programe sus propios programas al margen de la Consejería, que es quien tiene la competencia al respecto, y a veces programas contradictorios o similares para las mismas áreas, aunque afortunadamente usted va a contar con un elemento con el que sólo al final contó el equipo anterior, y es la existencia en esta Comunidad Autónoma de un delegado o de un comisionado territorial del INSALUD, que, al coordinar la

actuación de todos los directores provinciales del INSALUD, evitará la falta de coordinación evidente que se sufría en la pasada Legislatura. Además -y no me duelen prendas en decirlo- el talante de la persona designada por el Ministerio es lo suficientemente abierto como para permitir una buena coordinación en la inmensa mayoría de los temas en los que tienen ustedes responsabilidades compartidas.

Yo quisiera que el Consejero, si está en condiciones de hacerlo, nos explique en qué Comunidades Autónomas se han integrado ya los veterinarios, los farmacéuticos o las matronas en los centros de salud, y si tiene conocimiento... desde que yo dejé la responsabilidad de la Consejería, por ejemplo, ha variado el criterio del INSALUD con respecto a la integración de las matronas -a lo que se ha negado siempre-, o posturas similares en la integración de los veterinarios y de los farmacéuticos; y si han desaparecido algunos problemas, en virtud de los cuales en centros que tenían una dependencia directa del INSALUD se prohibía la entrada a los veterinarios, a pesar de la integración.

Le animo a que exija al INSALUD una buena inversión, no ya en los hospitales provinciales -después me referiré a ese tema-, sino en los propios hospitales que el INSALUD tiene en esta Comunidad Autónoma, para que no se siga produciendo una dependencia permanente de nuestra Comunidad y, por lo tanto, de nuestros ciudadanos con respecto a los centros hospitalarios de Madrid; para que dejen de existir en Madrid diez o doce centros de trasplante distinto que evitan que se pueda abrir nuevos centros de trasplante en nuestra Comunidad Autónoma. En definitiva, para que esa igualdad ante la salud que postula la Constitución se haga realidad en el Estado de las Autonomías. Yo no le animo a que acepte ningún reto de asumir, tal cual están, los hospitales provinciales, sino a que se produzca previamente un saneamiento económico; no caiga, señor Consejero, en esa trampa, porque esos hospitales provinciales, que en parte están acondicionados, en parte están anticuados, en cualquier caso, están sometidos a unos contratos leoninos por parte del INSALUD, que es quien tiene los enfermos, y que cuanto más enfermos envía a esos hospitales más dinero hace perder a esos hospitales, porque los convenios están muy por debajo del costo real de la plaza. Cuando tenga usted oportunidad de hacer esas auditorías comprobará que, efectivamente, lo que yo le estoy diciendo es rigurosamente cierto.

Y no se preocupe del calendario. No se preocupe del calendario, porque si, efectivamente, alguno de los compromisos adquiridos por la Consejería anterior llevan un cierto retraso en el tiempo, no es menos cierto que la Ley General de Sanidad del año ochenta y cuatro sigue sin cumplirse en esta Comunidad Autónoma, como en el resto del territorio nacional; y, además, al ser una ley de imposible cumplimiento, porque la finan-

ciación es imposible, será derogada en su día por las nuevas Cortes Generales, porque no tiene solución posible. Busque usted qué ha pasado con lo que dice esa ley con respecto a la prestación de asistencia psiquiátrica en los hospitales, por ejemplo, y mire a ver si del ochenta y cuatro al noventa y uno se ha hecho algo al respecto en la Administración Central, o si ha habido alguna aportación importante de la Administración Central para la reforma de los hospitales psiquiátricos en nuestra Comunidad.

Repase las actas del Consejo Interterritorial de Salud, donde verá que esta Comunidad Autónoma reivindicaba una y otra vez la puesta en marcha en serio de la reforma de la atención psiquiátrica en todo el territorio nacional, obteniendo habitualmente la llamada por respuesta.

Yo quiero felicitar al Consejero también por el deseo que tiene de dar un impulso notable al funcionamiento de los CEAS. Cuando hace cuatro años nos hicimos cargo de la Consejería se planteaba la posibilidad de potenciar determinados centros de acción social, dotándolo de muchas de las cosas que, efectivamente, necesitan, pero que hoy carecen, o hacer primero una red que cubriera la totalidad de nuestra Comunidad Autónoma, aunque tuviera una menor infraestructura y a continuación ir la potenciando. Se optó por esa segunda vía y éste es el momento... y yo estoy seguro que va a contar usted con recursos propios o con recursos del Ministerio, que estoy seguro va a dejar de utilizar los fondos de los servicios sociales para las campañas electorales y les va a dedicar al cometido al que presupuestariamente deben estar destinados.

Yo le animo a vigilar los centros de acción social, no sólo los del Ayuntamiento de Burgos, que ya les vigilamos y les inspeccionamos adecuadamente el año pasado, sino, por ejemplo, los del Ayuntamiento de Valladolid, donde yo he tenido oportunidad de recorrer alguno que otro y no es, precisamente, modélico en su funcionamiento. Inspeccione bien los centros de acción social, porque, al margen de las sonrisas que yo entiendo que se produzcan cuando hago la referencia a Burgos -ya verá usted las veces que salen los servicios sociales de Burgos en esta Comisión-, pues, hace falta vigilarles en toda la Comunidad Autónoma.

Yo le animo a que se construyan residencias, hogares, centros de día, en función de la demanda y no en función del color político del ayuntamiento de turno, y que haga usted un repaso total del ochenta y tres al ochenta y siete y del ochenta y siete al noventa y uno y se encontrará usted grandes sorpresas. Mire, señor Consejero, demandas de residencias de la tercera edad por razones demográficas estarían justificadas en la práctica totalidad de nuestra Comunidad Autónoma; en unos sitios la demanda es más angustiosa, en otros un poco menor, pero realmente hacer una residencia de

la tercera edad puede estar justificado. Existe un plan geográfico, un mapa de la tercera edad, que usted conoce muy bien, y ese mapa, y, por qué no decirlo también, la oferta local que en cada sitio surja, debe ser algo, porque al multiplicar los recursos puede dar un mayor rendimiento. Esa es la razón, por ejemplo, por la que el último año de la pasada Legislatura el primer centro de la tercera edad que se impulsó desde la Consejería se constituía en el Ayuntamiento de Matapozuelos, en la provincia de Valladolid, a la sazón, de alcalde socialista.

Y le animo también a que se coordine al máximo, tanto con las corporaciones locales como con la Administración Central, pero le voy a decir, le voy a recordar -lo sabe muy bien- que para coordinarse dos personas hace falta voluntad de coordinarse por ambas partes. Que del tema sanitario yo creo que va a tener usted esa buena voluntad en el Delegado Territorial del INSALUD, si es que no cambia, porque no sabemos lo que va a pasar en el Ministerio de Sanidad -yo tengo mis dudas de que lo sepa el propio Ministro-; pero si sigue funcionando la estructura creada en su momento y el Delegado Territorial sigue siendo el mismo, yo estoy convencido que esa posibilidad de coordinación existirá. De la misma forma que tengo la esperanza, con la creación de una nueva figura territorial de servicios sociales, hace escasamente un mes en la Comunidad Autónoma, se podrá conseguir una mejor coordinación en los servicios sociales para que no le pase a usted lo que al Consejero anterior, que se enteraba que la Ministra, doña Matilde, inauguraba una residencia de la tercera edad en Valladolid, porque lo leía al día siguiente en el periódico.

Y espero también que tenga más suerte en el tema de las coordinaciones hospitalarias. Mire usted, hay una comisión mixta, de la que usted formaba parte como Secretario General de la Consejería y ahora formará como Consejero, Ministerio de Sanidad-Comunidad Autónoma para coordinar los temas de salud. En esa comisión mixta, creo recordar que hace más de dos años ya, y a petición de este entonces Consejero, se creó una ponencia específica de hospitales para coordinar toda la remodelación y toda la actuación de hospitales. A ver si tiene usted suerte y consigue que después de dos años de creada se reúna por primera vez; en definitiva, porque quien la tiene que convocar era el INSALUD, de acuerdo con lo pactado en aquella comisión.

En definitiva, señor Consejero, yo quiero decirle que los Procuradores del Grupo Popular estamos absolutamente identificados con el programa que usted ha presentado -no podía ser de otra forma-, que los Procuradores del Grupo Popular estamos dispuestos a prestarle el apoyo incondicional que necesite para desarrollar su tarea, y que en el momento que hablemos de las transferencias, que, evidentemente, vamos a ha-

blar en esta Legislatura, pues, este modesto Portavoz, en su condición de Vicepresidente de la Comisión Mixta de Transferencias para la que tuvo a bien nombrarle el señor Presidente de la Junta, le prestará a usted todo el apoyo que necesite para hacer una buena negociación en las transferencias y evitar agujeros, que, efectivamente, pueden llevar a la bancarrota más absoluta a esta Comunidad Autónoma, si se negocian esas transferencias como, por desgracia, se negociaron otras en la etapa anterior.

Muchas gracias.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Gracias. El señor Consejero tiene la palabra.

EL SEÑOR CONSEJERO DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL (SEÑOR FERNANDEZ DE SANTIAGO): Gracias, Presidente. Para responder, por orden de intervenciones, espero que brevemente. Empezar diciendo que yo he agradecido la benevolencia que han tenido todos los Procuradores por la longitud, por la extensión quizá de mi intervención, pero ahora que se plantea como algo... que he sido excesivamente minucioso, pero que, por respeto a esta Comisión, el exceso de rigor, el exceso de minuciosidad, en definitiva, el exceso de esfuerzo de un equipo que ha trabajado para hacer eso nunca es malo. Yo no creo que sea una cosa que justifique a un Secretario General y no justifique a un Consejero el ser riguroso, trabajador y traer aquí las cosas preparadas. En cualquier caso, sí he sido Secretario, y antes asesor jurídico, y ahora Consejero.

Al representante del Grupo Mixto agradecerle, y mucho, su brevedad a lo largo de la hora y referirme a la única cuestión que realmente él ha planteado y que es importante, desde luego. Y es para este planteamiento que yo he hecho, programático, que quiero recordarle que es para cuatro años, que es para una Legislatura, que no puede ser, en modo alguno, para sólo mil novecientos noventa y dos. Los recursos con los que cuenta esta Consejería son siempre limitados, son los recursos con los que cuenta además la Junta de Castilla y León; el Presupuesto, por desgracia, no es fácil estirarle, pero, en cualquier caso, tenemos la salvaguarda del 6% para el tema de los servicios sociales y un presupuesto que, en términos absolutos, para mil novecientos noventa y dos, es, en términos absolutos digo, el más elevado de la Junta de Castilla y León: supera los 36.785.000.000 de pesetas, con los cuales yo espero hacer frente, en este año, a aquellas medidas del programa que yo he expuesto aquí que puedan realizarse, y aquellas que no se puedan tendrán que diferirse; porque, insisto, es un programa a cuatro años de intenciones, que yo no podía en este momento dejar de hacer, a pesar de las limitaciones que ya en el presupuesto y en el anteproyecto de presupuestos usted ha detectado, y que yo también detecto, pero que son en este momen-

to las habas con las que contamos; 186.000.000.000 para toda la Comunidad Autónoma no deja de ser un presupuesto muy limitado y que alguien ha comparado –y ahora con los datos que se han publicado– con el déficit que tiene una empresa como puede ser RENFE, y nos hemos quedado muy cortos, está muy por debajo de ese Por tanto, lo que corresponde a este área mía, pues, es lo que hemos podido aportar. Pero, en cualquier caso, quédese tranquilo, porque el programa es de una Legislatura entera, y yo espero llevar a cabo todas esas medidas que he podido decir aquí en esos cuatro años.

Al Portavoz del Grupo Socialista agradecerle también, porque él ha sido en su intervención, aunque ha sido más extenso, ha querido reconocer aquellos logros o aquellos méritos que pueda tener la exposición, que no son más que fruto de una experiencia continuada de muchos años, en las cuales, pues, claro, se aprende.

No puedo aceptar –y voy a ir por orden– algunas de las afirmaciones iniciales que ha hecho, respecto a la estructura y a la división de las Consejerías, porque, ciertamente, y lo ha dicho el ex-Consejero y Portavoz del Grupo Popular antes, sus palabras exactamente fueron: cuando se viera que existía una expectativa cierta de transferencias se dividirían las Consejerías de Cultura y Bienestar Social. Yo diría que lo que supuso la fusión en aquel momento fue una fusión, fundamentalmente, del aparato administrativo, que estaba en la Secretaría General –y yo era el titular de esa Secretaría– y no hay ningún índice que usted pueda estudiar de los cuatro años que justifique el que esa medida no fuera acertada. Hubo una contención en cuanto al personal, una eficacia en cuanto a la ejecución, y los procedimientos que allí se tramitaron tenían, cuando menos, la misma agilidad en su salida que el resto de las Consejerías. Los datos de ejecución presupuestaria de los cuatro años están publicados, siempre fueron la Consejería que mayor número.... mayor porcentaje de ejecución tuvo en los cuatro años; y también, no sólo en la ejecución contraída, sino en el pago de esos cuatro años. La dificultad que ha habido ahora no ha sido, precisamente, por una falta de eficacia en ese aparato administrativo, que además es un principio elemental que al unirle, que al coordinarle, que al dotarle de un planteamiento informático fue mucho más eficaz, sino porque, como ha dicho alguien ya en esta Mesa, se atisban –aunque yo no estoy seguro de ello– la venida de algún paquete de transferencias, que ya toca. Y digo que cuando usted –y con carácter general también se lo digo– me ha recordado que aparecen algunas de las previsiones de mi programa en el programa que hacía el Consejero de Presidencia hace cuatro años, yo diría algunas en el programa que hacía el Consejero anterior, por ejemplo, cuando se disponía el señor Santos a asumir las competencias en materia de INSALUD y preparar todo el aparato administrativo de aquel programa que presentó él –y le invito a que le lea– hace ya un montón de años.

Y, de alguna forma, recordar que también la Constitución en su Título VIII establece unos trámites, que a los cinco años las Comunidades del 143... le seguimos teniendo que recordar, y si alguien hubiera sido suficientemente ordenado y previsor para preparar todo el aparato administrativo para que a los cinco años de cumplimiento de lo que decía la Constitución y Estatuto de Autonomía empezara a recibir autonomías, se había llevado un chasco extraordinario. Alguna vez en esta Comunidad se creó a tal efecto una Dirección General de Educación –era el año mil novecientos ochenta y cuatro y era un Gobierno Socialista–, después tuvo que dejar de existir, no se pudo preparar, porque a estas horas... el Consejero de Cultura espero que no caiga en la trampa de crear una Dirección General de Educación todavía; y esa es una realidad. Por tanto, tienen que repetirse determinados planteamientos, porque no se han cumplido –y están en la Constitución– determinados tiempos que estaban previstos para esto que llamamos el desarrollo del Título VIII de la Constitución.

Y ya por partes, y creyendo que he justificado, suficientemente, la división de las dos Consejerías que, a mi juicio, tiene que venir, porque estamos todos pendientes de esa transferencia, citar que en el tema de Consumo yo no creo que se haya hecho, en el tema de inspección, una división que vaya a redundar en una menor eficacia. Exactamente queda igual, antes estaba una parte en lo que era la Dirección General de Servicios Sociales y Consumo –que ahora no lo es–, y la parte que ahora se está residenciando en la Dirección General continúa exactamente igual, que es la parte de alimentos, y eso no se va a transferir. Por tanto, no puede redundar en la eficacia una cosa que sigue en la estructura idéntica a la que había antes, no puede redundar en absoluto. Quizá a lo que se va es a un criterio, que fue demandado en su momento por muchos profesionales y hemos tenido en cuenta su criterio, de residenciarlo en una Consejería más apropiada, como puede ser aquella en la que está la Dirección General de Comercio, que no olvide usted que antes no existía y que se ha creado por primera vez en este mando. Eso, quizá, justifique que ahí se ponga esta competencia de consumo.

La estructura con dos Direcciones Generales viene a responder a que en el nuevo... estructura orgánica de la Consejería, no habiendo en este momento mayores competencias, sigue habiendo en toda la Junta veintinueve Direcciones Generales, y no hay ni una más. Es verdad que sería posible apreciar que una Dirección General más a lo mejor funcionaría o podría dividir las competencias de una forma más específica, pero eso no redundará nunca en eficacia. Y yo eso se lo digo, porque la eficacia deriva de que habiendo una cabeza, que es la Dirección General, yo puedo estructurarlo en servicios, secciones, negociados, y eso es lo que voy a hacer. Y, por tanto, yo no veo, nunca lo he visto, una traslación directa entre la creación de un órgano con rango de Dirección General y la... bueno, la inmediata traslación en eficacia. Tampoco me creo eso, que, desde

luego, estoy completamente de acuerdo en que la austeridad que se demostró en la creación de esos organismos que han caracterizado al Gobierno anterior, y ahora al actual, son, desde luego, austeros, sirven, desde luego, para una estructura con un presupuesto de ciento ochenta y seis millones. Y yo no creo, en absoluto -lo digo aquí-, que creando un mayor número de Direcciones Generales, como pudo ser en su día la de Educación cuando haya competencias, se consiga nada. Quizá, mejor esperar expectantes que venga alguna competencia, y eso justificaría la nueva estructuración. Y me estoy imaginando cuando yo traiga a esta Cámara la Ley de Ordenación Sanitaria y la Ley del... y que cree el Servicio Regional de Salud, en ese momento, si se puede pensar en otra cosa; pero en este momento no estaría ni siquiera justificado, puesto que tengo las mismas competencias, a pesar de la división.

Habla usted pormenorizadamente del área de salud pública, y me decía usted en ese punto que yo había repetido. Es imposible que yo en ese punto no... haya repetido el planteamiento que hacía el Consejero anterior, porque el Plan de Salud es una obra del mandato anterior y no podía estar en el discurso de mi antecesor, a no ser que estuviera esbozado en una idea que luego se ha materializado. En cualquier caso, es algo que nos sentimos muy orgullosos en esta Comunidad, porque nos ha puesto a la cabecera de las Comunidades Autónomas en el planteamiento de... bueno, es un diagnóstico de salud que yo he pormenorizado en objetivos. De este plan se han dicho todo tipo de elogios, y yo, desde luego, estoy dispuesto a decir que después de él en esta Comunidad se puede, bueno, mantener que la gestión del mandato anterior podría justificarse, entre otras cosas, aunque sólo fuera por la aprobación de este Plan de Salud y su desarrollo en áreas pormenorizadas. Yo no voy a entrar en ninguna, aunque usted sí ha entrado en alguna, como por ejemplo me ha dicho en el área de epidemiología si no se había avanzado; se ha avanzado muchísimo, Señoría, esto es algo constatado, está publicado, hay una modernización, sobre todo hay una informatización. Y, en cualquier caso, yo le diré que lo que se ha avanzado es que se está intentando -que es la clave de todo esto- que los sanitarios, que los sanitarios se conciencien de la importancia que tiene el plasmar los datos de una forma fehaciente, porque no es una actuación burocrática más. Y el problema que hay en este momento es que los sanitarios, funcionarios de los centros de salud que están haciendo su labor asistencial para el INSALUD, ven esto como una medida rutinaria más, y están en ello, pues, quizá -y le voy a decir una barbaridad-, sufriendo nuestro... la fehaciencia de nuestros datos... la epidemiología puede sufrir los desaires de, por ejemplo, la nueva receta médica; lo hacen con la misma desgana y les está trasladando el problema a esta Comunidad de que es una cuestión burocrática más que están obligados a hacer, porque por eso cobran, y eso está perjudicando muchísimo a que esos datos, como usted dice, tengan una fiabilidad.

En cuanto a integración, es un tema que yo quiero abordar, porque ése le he vivido yo, porque, en su momento, yo como Secretario tenía que llevar este tema. En el tema de integración no puede usted culpar, en modo alguno, a esta Comunidad. La integración se hace como se hace, porque está convenida en unos acuerdos, y tienen un tiempo, y se han marcado puntualmente los tiempos. Yo tengo aquí una ficha, pero no se la voy a recordar, de cómo en cada año se han hecho las integraciones de las zonas básicas que, de alguna forma, estaban pactadas. Y, le diré más, ha habido muchas dificultades, ha habido muchas dificultades, porque las plantillas-horizonte que usted me ha dicho aquí no son del año ochenta y ocho, son del año ochenta y seis; y en esas plantillas... sí, son del año ochenta y seis, Señorías, aunque luego se volvieron a ver; y esas plantillas formaban parte de un anexo, de un convenio que no llegó a firmarse. Y se han utilizado, y es verdad, en múltiples ocasiones para cuando yo integraba algunos médicos de zonas básicas de salud, la Consejería anterior integraba médicos de zonas básicas de salud; cuando estos médicos no recibían la percepción que tiene que pagar el INSALUD por esa integración en su salario complementario, en sus pagas complementarias, y acudían a pleito, algunos han ganado con esa plantilla-horizonte el pleito, y otros la han perdido, porque nunca fue medio probatorio suficiente, porque formaba parte de un anexo, de un acuerdo, y nunca se supo; y hay sentencias que ajustan con esa plantilla-horizonte, que sí que tenía que estar integrado ese médico, y en otros casos se ha perdido el pleito. En cualquier caso, las plantillas-horizonte tienen que revisarse, porque, insisto, son de un tiempo muy anterior.

Y en cuanto al tiempo de integración, no servirá que nadie nos diga a esta Consejería que no hicimos más, porque si hubiéramos podido habíamos hecho más; era el Ministerio, era el INSALUD quien nos decía: no haga usted más, porque tengo que pagarlo. Y además eso se entiende en Castilla muy bien. Para mí sólo se derivan beneficios de la integración, y para el INSALUD tiene un coste; por lo tanto, el tiempo le marca necesariamente el INSALUD, no me puede usted echar la culpa. Si pudiera, el doble hubiera integrado en mil novecientos ochenta y nueve y el doble hubiera integrado en mil novecientos noventa. No era posible integrar más porque nos marcaban un tiempo, y a veces por pasarnos o salirnos de ese tiempo nos han puesto colorados. Es decir, no me eche a mí la culpa de que no haya más integraciones, que, insisto, se han celebrado y se está previendo que todas las zonas estén integradas.

En el tema de la creación, de la dotación de medios, ahí yo no puedo estar de acuerdo con usted en el tema de los consultorios. Es verdad que sí, en un momento determinado, usted me dice que nosotros no habíamos hecho el esfuerzo suficiente en consultorios es porque empezamos la casa por el sitio, que eran los centros de salud; y en centros de salud podemos presumir de la ac-

tuación que se ha realizado en los últimos cuatro años, con unas inversiones importantísimas, que han hecho que en este momento estén dotadas las zonas básicas de unos centros -yo, a mi juicio creo; centros básicos extraordinarios-, salvo en diez zonas que yo me propongo hacer ahora posible la realización en muy poco tiempo. Y en eso también le digo que primero hicimos los centros para luego pasar a los consultorios, pero que también se actúa en consultorios, y por eso le decía: se ha actuado en doscientos noventa y tres consultorios, además de todos los centros de salud que se han realizado en cuatro años, y que están ahí, están inaugurados y que están funcionando; centros que, por cierto, y es un tema importante, se están realizando porque, de alguna manera, hay un acuerdo en el que nosotros estamos haciendo centros en zonas rurales, el INSALUD deberá hacer centros en zonas urbanas, pero no siempre se ha respetado, y de pronto, de pronto, en alguna zona concreta, donde no se sabe por qué y sin apenas coordinarlo, y en épocas tremendamente curiosas, se inaugura un centro por el INSALUD, que es el único que, por ejemplo, han hecho en Avila, se ha hecho en Sotillo de la Adrada, y en ese pueblo se inauguró el centro el día veintitrés de Mayo; nunca he inaugurado yo un centro en época como ésa. Y no sé por qué se inauguró un centro rural, porque por esa misma razón se podían haber hecho más, nos podían haber dado la dotación. No hay coordinación en ese punto, pero no porque nosotros no queramos; porque ahí, le digo lo mismo que en las integraciones: lo único que podemos recibir nosotros de quien lo tienen todo son beneficios de la coordinación, nunca perjuicios, luego nunca podrá usted acusarme de que yo no quiera.

En cualquier caso, la fórmula del Fondo de Cooperación Local, a la que usted hace responsable de que no haya más consultorios, es una fórmula que lo que tiene como base es la autonomía de las Diputaciones. Y la autonomía de las Diputaciones ha hecho que, efectivamente, dándoles fondos hayan querido destinarles a otra cosa. Visto que desde la perspectiva de un fondo que debe existir, y que está dotado con la autonomía que las Diputaciones tienen y deben seguir teniendo, no se cubriría o no se satisfacía la necesidad que hay en este tipo de dotación, hemos tenido que tomar cartas en el asunto, y, efectivamente, vamos, de alguna forma, a mantener nosotros una línea finalista directa del Capítulo VII con las Corporaciones Locales, que tiene como finalidad dotar a esos consultorios que -en eso sí estamos de acuerdo todos- son imprescindibles para lo que es la Atención Primaria en toda su extensión.

Me habla usted de la reestructuración veterinaria, y la reestructuración veterinaria es uno de los logros de esta Comunidad de los que debe presumir, sin perjuicio que, hecha como se ha hecho, con criterios de la Organización Mundial de la Salud, con los criterios que se han hecho en otras pocas Comunidades, muchas de ellas gobernadas por el Partido Socialista, los mismos criterios, ha dado como resultado la misma situación y,

probablemente, tenga que pasar por un proceso en el que se sufran las mismas dificultades; es la división entre sanidad, veterinarios de sanidad y veterinarios de salud. Pero créame que yo, en la parte inicial que se hizo... perdón, de Agricultura y Sociedad, yo creo que se hizo bien, de hecho se hizo en colaboración con las Centrales Sindicales, y en colaboración absoluta y en coordinación con los Colegios afectados. En este momento yo me he reunido, y muy recientemente, con el Colegio de Veterinarios, y sí dicen que hay una serie de cuestiones que deben perfilarse para mejorar el efecto. Y son, simplemente, matizar que los efectos de esta reestructuración todavía no han dado todo su fruto, y que, por tanto, hay cosas que se pueden en este momento corregir o mejorar, pero son propias de los efectos. En ningún caso ponen en entredicho el que una medida de esta categoría se haya llevado a cabo en esta Comunidad, porque además era imprescindible, a no ser que usted defiende que era mejor la situación anterior a la habida con la reestructuración de veterinarios, cosa que estoy seguro que no son capaces de hacer.

La reestructuración de farmacéuticos, en este momento, sí que es un anuncio en el que estamos todos de acuerdo. Yo agradezco que vayan a colaborar o que, de alguna forma, lo faciliten, porque en este tema hay ya un borrador elaborado en el que tenemos el consenso de casi los Colegios y también los Sindicatos. Yo espero que sea fácil el hacer esa reestructuración y posterior integración. La integración de los farmacéuticos es una idea que compartimos todos, absolutamente, al igual que la integración de esos veterinarios una vez reestructurados. Pero hay un problema en algunos casos, que no, desde luego, es de ideas, sino de espacio físico. Hay centros donde, por desgracia, la dotación es tal, de metros cuadrados, que no ha resultado posible meter allí a los veterinarios que tienen que estar -y yo creo que deben estar, y están- integrados en la zona básica de salud. Es un problema que es formal, pero tiene sus implicaciones; no se pueden estirar estos edificios -algunos son de reciente creación-, y ya se ha previsto, y yo he estado hace muy poco en Briviesca, y allí he previsto que tiene que haber una zona de ampliación para veterinario y farmacéutico, pero, por desgracia, hay muchísimos otros en los que no se previó. Y están construidos tanto por el INSALUD como por nosotros; es decir, en esto, no se sabía los métodos que íbamos a seguir.

Y me pregunta usted por un tema que yo voy a hacerme eco, y que sirva, de alguna manera, para que, como supongo que taladrará estas paredes, se enteren los afectados. Unas oposiciones que tienen como finalidad dar estabilidad en el empleo a aquellos trabajadores sanitarios de diferentes cuerpos que estén en este momento con interinidad en la Administración.

Usted sabe que hubo unas bases, consensuadas plenamente en una mesa sectorial, en la cual yo estuve ne-

gociando muchas horas, que luego se consensuaron por la mesa general, y las bases son comunes a todas las oposiciones de sanitarios. Es decir, son comunes las bases a médicos, veterinarios, ATS y matronas, exactamente igual, fruto de un consenso, al amparo de la Transitoria Cuarta de la Ley 7, modificada luego por la Ley de Presupuestos del año pasado, que contemplaba "grosso modo" el que todas las personas que hubieran prestado servicios más de un año como interinos pudieran llegar, de alguna manera, a obtener, mediante dos pruebas sucesivas, estabilidad en el empleo, o bien abandonar su prestación en la Administración.

Ese era el planteamiento inicial. Lo curioso de esto es que, de cuatro oposiciones –y es un problema estrictamente procedimental–, una, la de ATS, está en la calle, ha salido, se han examinado, están aprobadas las que están aprobadas y vamos a pasar inmediatamente a la segunda convocatoria.

Otras, las de veterinarios, han tenido una suerte distinta, porque fue un colectivo menor quien las recurrió, y, en este caso, hemos conseguido que haya sentencia, y la sentencia lo único que dice es que hay que modificar una de las bases, en concreto la 222, que no supone prácticamente nada, y otra que afecta al tribunal. Con esas dos modificaciones, yo desbloqueo inmediatamente esas oposiciones y quiero sacarlas ya.

Las de médico han corrido otra distinta suerte, porque las de médicos –y hay que decirlo–, las de médicos se ven en la Audiencia Provincial. Suspensión previa; esa suspensión nos sirvió para que ganáramos el pleito, porque al final el pleito en la Audiencia Provincial lo ganó la Administración. Asimismo, con suspensión, lo ganó en el Tribunal Superior de Justicia; quiero decir... Y eran las mismas bases. Fíjese usted lo que estoy diciendo: estoy diciendo que las mismas bases que en veterinarios fueron modificadas por un Tribunal, ese mismo Tribunal, en médicos, lo que hizo fue decir que teníamos razón.

Y en este momento está en el Supremo y no... vamos, yo espero que se desbloquee el tema, porque la sentencia que espero es coherente con la que ha habido en la Audiencia Provincial y en el Tribunal Superior. Pero también ha conseguido el abogado de la otra parte la suspensión cautelar. Y así está. Yo me planteo, si consigo una información veraz, hablar con el colectivo, que son doce en el caso de médicos salmantinos, hablar con el abogado de la otra parte y, si fuera posible, desbloquearlo de la forma que fuera, incluido llegar a fórmulas que, como jurista, que no sanitario, yo sé que puedo arbitrar, como puede ser, incluso –y no lo he pensado todavía–, el allanamiento.

En cualquier caso, la voluntad inequívoca de desbloquear esos procesos es total por parte de este Consejero, porque entiendo que, para llegar a otras cosas que luego he hablado en mi informe, que son las reestruc-

turaciones y el concurso general, imprescindibles, no se puede hacer desde una óptica de inestabilidad en el empleo, porque lo va a dificultar mucho. Esta es una información que yo he hecho a los sindicatos, pero que, de alguna forma, la hago aquí con mucho gusto, y espero que, eso sí, entre todos lo podamos sacar.

Si alguna norma habilitante más hiciera falta para desbloquear este proceso, que puede ser, yo intentaría introducirla en la Ley de Ordenación Sanitaria, a través de alguna fórmula transitoria. Esa es mi idea. Sólo si fuera imprescindible, al ver cómo están los procedimientos judiciales en este momento y que, bueno, tuviera que desbloquear alguna de las que queden colgadas.

Y paso al Servicio –porque usted así lo ha querido– Regional de Salud, donde yo no me quiero alargar mucho, pero quiero decir las dos grandes verdades. Yo nunca dije que hasta que no se recibieran las competencias. Es lo mismo que hemos dicho en la división. Yo dije que hasta que no se atisbara en el horizonte una realidad cierta que tienen todos los Consejeros cuando acuden al Consejo Interterritorial de Salud, cuando el Ministro les dice "a usted le toca ya". Y lo he vivido con el caso de Canarias, donde el Ministro le avisó: "usted tiene que preparar todo su aparataje, porque va a venir la transferencia". Ese sería el momento en que yo creara la estructura, o debiera crear la estructura, que es el Servicio Regional de Salud.

Sé que esto puede ser objeto de crítica, pero sé lo que estoy diciendo porque en cuatro años he visto cómo se ha trabajado en este ámbito. Al final, la Ley de Ordenación Sanitaria es completamente necesaria, nadie lo duda; de hecho estaba presentada, ha prescrito, la vamos a volver a presentar. Pero la creación de una estructura orgánica como puede ser... con forma de ente público, como puede ser el Servicio Regional de Salud, tiene un problema, y el problema es que se crea o se pueda crear una estructura vacía de contenido antes de que sepamos que vamos a tener las transferencias en el horizonte, del INSALUD; con un problema añadido, que me avisaba el Consejero, pero que yo le recuerdo que, como Secretario, ya sé que es un aviso que nos hacíamos mutuamente en su momento: no vaya a ser que tener una estructura deficitaria, como en este momento existe, de hospitales institucionales provinciales, hospitales psiquiátricos, con la dificultad de no tener lo más importante, que es la fuente de enfermos en nuestro poder, nos dejen vacíos de contenido hospitales, como ya tenemos experiencia en algunos de los del AISNA transferidos. Y luego vendría usted a esta asamblea a decir: "ustedes no saben gestionarlo". Si no hay enfermos, no hace falta hospital. Y hay veces que no hay enfermos.

y eso está pasando en provincias de Castilla y León, y no lo digo aquí sólo. Se lo he trasladado, en una relación –que hasta ahora es óptima– con el Ministerio, al Ministerio. No se entiende bien en determinadas pro-

vincias, como puede ser Burgos, la del señor Octavio Granado, que esté pasando algo con el "Divino Vallés" y "Fuente Bermeja", con la dificultad que ustedes tienen de camas en el hospital de Burgos. Y no se entiende muy bien cómo hay una voluntad de que el "Divino Vallés", que es hospital provincial, sea asumido por el INSA-LUD, porque lo han dicho, pero luego no tienen partida presupuestaria suficiente. Y no se entiende bien cómo un hospital tan magníficamente dotado como éste -y he tenido ocasión de visitarle- está sin enfermos, cuando realmente en el Hospital que ustedes tienen del INSALUD tienen unos problemas graves de camas, como pasa en otras muchas provincias.

No estoy denunciando nada. Estoy diciendo que me pongo del lado de la Comunidad, que me toca administrar esto, y que lo haré como sepa, para que esto no cree un déficit en esta Comunidad que sea insostenible. Coordinando, hablando, negociando, pero no asumiendo de forma irresponsable algo que podría acabar con la economía de un Presupuesto de ciento ochenta y seis mil millones. Sencillamente, algunos podrían acarrear déficits que no podríamos nosotros en este momento asumir. Y yo sé que hay hospitales de AISNA y hospitales monográficos que estamos creando donde ya me preocupa, y me preocupa de verdad, que, a pesar de ser instalaciones únicas en la Región, vayamos a contar con los enfermos que necesitamos. Sólo lo apunto aquí, porque, si al final contamos con ello, yo vendré aquí y lo diré. Pero me preocupa mucho. Y si eso fuera de otra manera, lo denunciaré aquí y donde haga falta, porque eso es ponerse del lado de la Comunidad, y porque esta Comunidad no puede permitirse otra cosa. Y si yo creo una Unidad del Dolor, un hospital monográfico del dolor, es para tenerlo lleno de enfermos. Y si no estuviera lleno de enfermos, sería tremendamente grave la situación en que se encontraría esta Comunidad con un hospital vacío, y no será fácil admitir nunca que no estaba bien gestionado, si no hay enfermos que entren por la puerta.

Es un tema que afecta directamente, digo, a mi planteamiento en cuanto a la creación del Servicio Regional de Salud, que, por otra parte, me parece imprescindible. Ya lo decía usted en la anterior comparecencia del Consejero anterior. Fíjese usted el tiempo que ha pasado desde entonces. Pero también es verdad que, en ese tiempo, no un solo atisbo de transferencias del INSA-LUD se ha producido en estos cuatro años.

En el tema de salud mental, yo no sé si usted ha querido decir que nosotros no hemos avanzado nada en cuatro años. Realmente, es un tema que a mí me sorprende, porque, además, el actual Director General ha sido elevado, precisamente, por su magnífica labor en esa área de salud mental, como Jefe de Servicio que era, don José Antonio de Santiago. Yo creo que en eso le puedo dar todo tipo de datos; pero los más importantes son que nosotros seguimos actuando en el ámbito de

la salud mental sin tener, desde luego, ningún ingreso del Gobierno, con unas dificultades tremendas, donde nosotros invertimos sin recibir nada, y ya le he presentado antes, y lo tengo aquí, el último recorte que hemos recibido para los programas de salud mental, donde -y esto lo dije yo en otra comparecencia; los recortes del Estado vienen en papel oficial, no son especulaciones ni se puede especular con ellos-, donde nos prometieron ciento cuarenta y cuatro millones como toda ayuda, después de ver que sí funcionaba en esta Comunidad, y nos han comunicado hace poco, lamentablemente, que se nos ha... un cuatro y se queda en ciento cuatro millones; no estoy seguro de que al final acaben siendo ciento cuatro siquiera. Y es una de las primeras veces que recibimos ayudas, y quizá yo las veo como un premio a la buena gestión del Director General actual, ex-Jefe de Servicio de Salud Mental.

Podemos hablar mucho de datos que usted ha citado, pero yo no sé si abusando del tiempo. Tengo aquí las fichas y, desde luego, no estoy dispuesto a admitir que no hemos reconvertido hospitales; sí se han reconvertido en todo este tiempo. No estoy dispuesto a aceptar que sean ustedes los que han inventado el tema de las auditorías; yo creo que eso estaba funcionando perfectamente aquí desde que hace dos años, me parece, empezó el actual Director General a hacerlas. Yo creo que es clave, absolutamente clave, separar los casos sociales -eso es fundamental-, los casos sociales de los que son casos estrictamente psiquiátricos. Y en esa línea, yo le diría que se ha hecho prácticamente en todos. Estamos ahora mismo en Avila; se ha hecho en Segovia, y lo que sí es verdad es que no se ha hecho todavía en Oña. Y en Oña no se ha hecho, porque lo hemos dejado; aunque yo ya lo he visitado en mi corto periodo de Consejero, he visto lo que hay ahí, he estado acompañado del Director General y estoy dispuesto a que se haga de inmediato esa auditoría. Ya se ha iniciado y, bueno, con ello daríamos un contenido quizá para la rehabilitación, en su momento, a "Fuente Bermeja", que es un hospital que tenemos en este momento vacío.

Pero, en cualquier caso, yo no sé si en eso quiere usted que luego entremos a más, pero yo no quiero abusar un poco del tiempo de que disponemos. Y eso viene a cuento respecto a que la integración en una única red de los servicios psiquiátricos se está produciendo ya. Otra cosa es que... Es decir, es la integración funcional. Otra cosa es que no se produzca la integración orgánica porque no hemos creado el Servicio Regional de Salud. Pero yo creo que es paso previo. Por lo tanto, como había que hacerlo en cualquier caso, aun sin Servicio todavía Regional de Salud, esa integración que se está produciendo es imprescindible, muy conveniente, en una única red de todos los servicios de salud mental.

Ha dicho usted al final que hace falta integración de todos los recursos. Yo estoy completamente de acuerdo. Y la creación de unidades de rehabilitación, que tie-

ne escasa estructura y que ha sido lento y poco atendido, creo que le puedo dar el calendario exacto que tengo aquí. Usted puede juzgar que lento yo creo que no; yo creo que, con las dotaciones que nosotros teníamos para estos fines, no se puede decir que sea lento.

En este tema, y antes de pasar al Servicios Sociales, le digo que en lo que sí estamos completamente de acuerdo que es imprescindible para esta Región -lo he dicho en mi informe- es la necesaria coordinación con el INSALUD. La necesaria coordinación entre las Administraciones que tienen competencias concurrentes, todavía, en este tema. Pero hay dos cosas por decir: no debe transcurrir mucho tiempo más con esta situación. En atención primaria es una mala situación; este compartir la atención primaria, francamente, no está dando buenos resultados y, sobre todo, se puede decir de distinta manera en mil novecientos noventa y uno de lo que dijera el Consejero en mil novecientos ochenta y siete, porque el tiempo corre, y en la Ley y en los Estatutos y en la Constitución había unos plazos que cumplir.

En cualquier caso, digo, lo diremos una y mil veces, pero mi voz aquí, hoy, en el año mil novecientos noventa y uno, tiene que tener un mayor peso específico que la que se pronunció en mil novecientos ochenta y siete, porque han transcurrido cuatro años, y a partir del ochenta y ocho era el tiempo en que, de alguna forma, alguna señal teníamos que haber visto. No me valdrá nunca -y eso les pido que tengan en consideración-, no me valdrá nunca el descalificar el que nosotros no tenemos todavía preparado el sistema suficiente, porque eso no ha valido en ninguna Comunidad; porque entonces otras lo han recibido de la misma manera, y luego se ha visto, y porque además no es verdad: sí tenemos, por el tiempo que nos han dado -mucho tiempo, excesivo tiempo-, perfectamente estudiado qué supondrá la transferencia del INSALUD, dónde vendrán los déficits, exactamente por qué se va a producir el déficit de exportación de enfermos a otros hospitales, que, como dice el Consejero, ex-Consejero y actual Portavoz, están en Madrid, y cómo ahora no hay ningún problema en salir esos enfermos allá. ¿Por qué? Porque esos enfermos está pagándolos el INSALUD. Cuando se me transfiera aquí, eso supone un déficit que está calculado en pesetas constantes.

Conozco también los déficits que supondrá una u otra valoración del personal que tiene que venir, y en conjunto yo creo que no estaremos mejor preparados. Pero tampoco peor. Es decir, esa excusa no vale. Y yo le pediría a todos los Procuradores de Castilla y León que se pongan del lado de la Comunidad en este tema. Cuando se acusa de que todavía no hay la competencia, la capacidad, mire usted, yo creo que ésa no es excusa ya. Y, sobre todo, si valía para el ochenta y siete, no puede valer para el noventa y uno, porque, como tenga que ser el noventa y cuatro igual, estamos apañados.

En el ámbito de los Servicios Sociales, me invita usted -y estoy de acuerdo- a potenciar las CEAS. Las CEAS las creó una Ley de Acción Social que sacó el equipo anterior, en mil novecientos ochenta y ocho, y son una unidad básica, que a mí me parece que está perfectamente creada. La dificultad que hay para dotarla de personal es una dificultad fundamentalmente presupuestaria. En la medida que tengamos una mayor dotación económica, se debe, se puede y se tiene que ir dotándola, porque yo, si me ha seguido usted atentamente, verá que hay temas -de mujer y algunos otros temas- que yo quiero residenciar directamente ahí en las CEAS. Y, bueno, si no se han creado los Consejos de Acción Social y es verdad que en algún sitio hay que potenciarlos, es que estaba previsto que los Consejos de Acción Social se tienen que crear por iniciativa de las Corporaciones Locales, si no recuerdo yo mal la Ley. Por lo tanto, ahí hay un problema de que, como usted dice, somos garantes de todo, pero habrá que instar a esas Corporaciones Locales, que son de todos los colores, a que muevan ese tema. Y yo, desde el ámbito autonómico, esperar a que todo se... garantizar que todo funcione.

Coordinar, decía usted, el nivel regional y mejorar... etcétera. Pues, en eso estamos. Pero en cuanto a... Hay una cosa que me ha pedido usted, que se exijan las memorias anuales. En aquellos casos que se puede se está haciendo, pero es que hay casos en que la dotación es muy pequeña.

Yo sí voy a exigir esas memorias; me parece un trabajo muy importante, estamos completamente de acuerdo. Yo sí creo que se deben hacer, porque de ahí se pueden extraer conclusiones. Lo dije en el informe: sólo de la experiencia acumulada más la experiencia exterior y el contraste de opiniones, se puede hacer de una CEA un centro vivo, un centro dinámico y no una oficina -dije- administrativa. Es que estoy convencido de que, si no, lo que se produce -o se dice eso de que es un centro de información- es una oficina administrativa, donde la gente acude a preguntar cómo se puede obtener no sé qué puñeta, y, desde luego, no..... Pero eso es un problema en el que estamos, hay que mentalizarse.

De tercera edad me ha dicho una serie de afirmaciones, en las que, efectivamente, tiene usted razón. Usted dice que se están haciendo, se están duplicando los esfuerzos en una materia como la de la tercera edad. Mire usted, primero, esta Comunidad es especial en este tema; tenemos un índice -que he leído- del 15,25%, que es la media de personas mayores de sesenta y cinco años; pero no le he dicho que en Zamora y en Salamanca se acerca al 20% y al 21%; y el problema es grave; Soria tampoco se queda atrás. Y, en definitiva, lo que es verdad es que las necesidades de crear centros residenciales, la necesidad de hacer todo tipo de políticas que incidan en este sector, son, desde luego, impres-

cindibles. Y que si usted me dice que hay zonas que, por su demografía, no necesitan residencias, no es verdad; lo que me puede decir es que, quizá, haya unas que lo necesitan mucho más y antes que otras.

Ahora, ahí el problema es que usted me pasa a mí algo que yo le iba a decir a usted —se ha adelantado—: el problema de descoordinación con el INSERSO es gravísimo, porque el INSERSO está, de alguna forma, incidiendo en esta Comunidad de una forma que no lo hacen otras Comunidades; y sé bien lo que estoy diciendo. Con el 5% del IRPF, el INSERSO está dando ayudas allá donde le parece bien, pero en ningún caso coordinadamente con nosotros; y con determinadas ayudas que, en este momento, el INSERSO está dando... fíjese usted bien, ayudas para programas de día, ha dado a la Comunidad 40.000.000, y hay alguna asociación, con nombre y apellidos, de esta Comunidad, de reciente creación, y en una provincia concreta, que le ha dado 80.000.000, a una sola. Esas disfuncionalidades hacen que nos echemos las manos a la cabeza.

Yo le digo: he pedido ya, a invitación suya, muy amable, hablar con la Ministra. Estoy dispuesto a coordinar esto absolutamente. Y en el paquete que hoy lleva el Presidente del Gobierno, el Presidente de la Comunidad al Presidente del Gobierno, lleva este tema. Me parece tremendo. En Béjar vamos a tener tres residencias, pero, ¡ojó!, yo la hice antes; no han tenido en cuenta que yo tenía una residencia iniciada para crear otra residencia. Yo no quiero decir quién es el culpable de esa situación, pero la situación es lamentable y no puede continuar. Y si me acuerdo otra vez de la memoria que hace que estemos en desarrollo del Título VIII desde hace mucho tiempo, yo creo que, si el paso es hacia la transferencia, tenga usted más en cuenta a los órganos de autogobierno de esta Comunidad, porque está usted en un territorio geográfico.

Ellos tienen necesidad de administrar sus fondos, que son mucho más numerosos que los nuestros; pero, ¡hombre!, tienen que coordinarse. Se están produciendo situaciones realmente lamentables, realmente lamentables, pero yo no estoy dispuesto, en esta sesión, a asumir la responsabilidad y el costo de esa situación. Estoy dispuesto a hablar, a negociar, cuando quieran. Situaciones como las que describía alguien aquí hace un rato son reales: la presencia de Directores Generales, sin invitarnos; la actuación o la presencia de Altos cargos del Ministerio, que puedan acudir aquí, a determinados foros, sin tener ni siquiera en cuenta que aquí hay una Comunidad o una Consejería que tiene competencias en esa materia, es algo que me parece lamentable. Insisto, si era lamentable hace cuatro años, hoy es insostenible. Y dentro de cuatro años no sé qué va a suponer. Habrá que atajar ese problema.

Por lo tanto, en el tema del INSERSO, créame que me encuentra usted tremendamente receptivo a sus palabras. Estoy esperando estar con la Ministra, para de-

cirle cómo se están produciendo determinados desajustes, que, al final, afectan a la población de Castilla y León y que, desde luego, desde el presupuesto tímido que tiene esta Comunidad, frente al enorme presupuesto que tiene el INSERSO, en su conjunto, el Ministerio, a nosotros nos está desquiciando.

También le voy a pedir que gran número de convenios que viene celebrando el Ministerio de Asuntos Sociales con otras Comunidades Autónomas, y que son una cuantía considerable, y que están publicados en el Boletín Oficial del Estado, se firmen, desde ya, con esta Comunidad, en igualdad de condiciones o, en su defecto, explique por qué con esta Comunidad no; en temas de mujer y en otros temas que yo tengo perfectamente estudiados. No se entiende. Y ese tema —insisto— no es una acusación; estoy al principio de un mandato, y estoy dispuesto a rectificar esto en el momento que la Ministra me diga "le invito a firmar a usted los diecisiete convenios que tengo firmados con Castilla-La Mancha", por la misma cuantía y en las mismas condiciones, y con las mismas cautelas, y, si es preciso, con la tutela que tenga que tener el Ministerio sobre una Comunidad menor, como son las del 143; con todo eso, los mismos que tenga firmados con Castilla-La Mancha. Se lo voy a solicitar a la Ministra, y si me dice que sí, vendré aquí a decirles "señores, estamos de enhorabuena, porque hemos conseguido allegar muchos fondos a una Comunidad que, desde luego, tiene pocos para esta materia".

En política de menores, que usted me ha dicho que era una política equivocada, yo no quiero pararme demasiado. Yo creo que el Plan está bien elaborado, se está ejecutando; es posible que haya diferencias de pareceres en algunos aspectos, pero yo ahí sí le digo que creo que estamos en buen camino. Hemos conseguido acordar en unas determinadas filosofías, que es el Estatuto de Centros, lo que queremos hacer, y tenemos que pensar en que los diferentes centros que tenemos, con una problemática difícil, yo los conozco muy bien, y denme ustedes el plazo, para que, al igual que en el Zambrana hemos conseguido llegar a un acuerdo, que ha desbloqueado una situación que heredamos de hace muchos años, en algún otro centro, con la mejor voluntad de todas las partes, se llegue a acertar.

En cualquier caso, ha quedado plenamente esbozado, en mi intervención, cuál es la política que queremos llevar en materia de menores. Y, bueno, yo también creo que no puede ser que nosotros rectificemos cuando digamos que vamos al sistema de familias de acogida, porque es un programa que estamos potenciando al máximo, y que en eso estamos todos implicados. Quiero decir que me alegro que estemos de acuerdo, pero, cuando estemos de acuerdo, no diga usted que en eso rectificamos, porque, claro, entonces, no por eso voy a dejar de estar de acuerdo, ¿eh? Aunque usted diga que estamos rectificando, no por eso estoy de acuerdo, por-

que, en eso, las ideas son claras y así se lo voy a trasladar.

Y sí quería pararme, de alguna forma, en dos o en tres temas que usted ha citado, aunque no tenga mucho tiempo, porque son fundamentales. En el tema de transferencias, la voluntad era inequívoca, la Ley Nalda lo hace posible, pero no es menos cierto que la Ley de Acción Social es imprescindible para que esto se haga así; son dos marcos legales referenciales que tenemos que tener en cuenta, y, al amparo del segundo, tenemos el marco para que determinados servicios sociales se puedan transferir. Ese marco que yo estoy utilizando hace posible que las transferencias se hubieran producido hace un año y ahora; y lo único que ha faltado yo no creo que sea justo decir que ha sido voluntad política, y soy testigo de una Consejería donde yo formaba parte del equipo. Yo creo que ha sido el problema de habilidad negociadora, capacidad negociadora de ambas partes, lo que fuere. Este asunto se está llevando de una manera que, quizá, lo que nosotros tenemos en unas condiciones determinadas se entiende que, como en los equipos de fútbol, tiene que llegar saneado a la Corporación Local; y la capacidad presupuestaria que tiene esta Consejería para sanear ese servicio es difícil de asumir, en algunos casos.

Por tanto, yo sí creo que vamos a conseguir ahora determinadas transferencias -y lo he dicho-, como las de guarderías. Primero, porque creo que son transferencias atractivas, porque, desde luego, van con la dotación completa; y en el caso de Benavente -que lo he anunciado-, incluso, con la dotación del personal, que no está contratado aún, para que lo contrate la Diputación correspondiente; es decir, absoluta sensibilidad con lo que es la transferencia. Y me planteaban -y fíjese usted hasta dónde ha llegado- el problema de que haya un punto de diferencia entre el convenio de la Junta de Castilla y León y el convenio que existe en la Diputación de Zamora. ¿Hasta ahí puedo llegar? Pues, también lo podemos hacer. Quiero decir, la mayor generosidad en la transferencia, para que no se diga que no está dotada. Pero nunca podré estar más dotada de lo que estaba, porque lo que no puedo hacer yo es hacer un edificio nuevo donde había un edificio antiguo y luego transferirlo. La transferencia -me decían a mí, y yo he negociado transferencias en la Comisión Mixta- es como un traje que te lo dan como está. Pues, ésa es la verdad. En este caso, si puedo, la dotación de personal, que es uno de los principales problemas, yo intentaré que no sea obstáculo, mediante la negociación puntual de cada caso con las centrales sindicales.

Las prestaciones del IMI y las pensiones no contributivas. En esto sí le voy a decir que yo creo que están actuando, algunos, de oído. No es posible que, después de lo que yo he dicho, quizá por no haberlo dicho antes, en esta Comisión, de que estoy dispuesto, absolutamente, a venir aquí cuantas veces haga falta a informar,

a ser, desde el punto de vista informativo, transparente, se estén soltando datos que no responden a la realidad. Ese tema es tan grave que hace que yo tenga que responder a los periódicos, en lugar de responder en esta mesa. Y yo estoy dispuesto a responder en esta mesa. Tengo todos los datos.

Mire usted, yo no le puedo decir más que una cosa: el IMI, que se crea como se crea, es una prestación que se pacta con las centrales sindicales; la cuantía de 1.000.000.000 es fruto de un recorte de los 4.000.000.000 que querían algunas centrales sindicales, y no responde, en absoluto, a ningún tipo de estudio, que yo conozca. Si con 4.000.000.000 no hubiéramos acertado, con 1.000.000.000 tampoco. Y nadie me puede demostrar... Y si usted tiene algún estudio... Fueron 1.000.000.000 porque era la prueba inicial para ver cómo estaba el asunto; sencillamente 1.000.000.000. Y no es una cantidad que fijara la Administración, es una cantidad pactada con las centrales sindicales, dentro del Pacto Social. En este momento, la gestión del IMI, créame, es magnífica, y estoy dispuesto a demostrarlo, y no estoy dispuesto a callarme en este tema. Nosotros tenemos capacidad para gestionar esa prestación con eficacia cien por cien, y yo le aseguro que no habrá ni un solo solicitante con derecho a esa prestación, según está regulada, que deje de percibirla por el recorte que ha traído aquí, mediante el Proyecto de Ley que estoy dispuesto a presentar.

Es decir, lo único que usted me puede decir es que una mejor campaña de información -pero eso es juzgar algo- hubiera podido hacer que haya mayor número de peticiones. Pero, en este momento, yo le aseguro que ninguna petición que tenga las condiciones -se lo garantizo-, ni una sola de las que tenga las condiciones para obtener la pensión se va a quedar; y eso, con el recorte que estoy dispuesto a traer aquí. La causa está, más bien, en que no hubo un estudio previo para saber cuál era la necesidad. Pero no se puede decir que yo le quite ahora dinero; y, en cualquier caso, eso, que sería -desde luego- demagogia, yo tengo claro a dónde va a ir: los 200.000.000 que se pueden rebajar del IMI, sin ningún riesgo -créame- de que nadie, ni un sólo castellano-leonés se quede sin ese dinero, si tiene derecho a él, van a ir a los convenios de la ONCE, a un marco, a un convenio marco para la creación de centros de minusválidos, que yo estoy comprometido, y que, además, en eso se ha comprometido la Consejería con la ONCE en un momento en que era posterior a la aprobación del Estatuto. Es decir, no hay presupuesto para eso, y es normal que no lo haya, porque el Presupuesto se hace bien, se ajusta; y como acordamos eso en febrero, y el Presupuesto se aprobó en octubre, no había presupuesto. Ahora no tengo, y voy a intentar sacarlo de ahí. Pero no voy a admitir ni una sola vez que ustedes digan que se está recortando de una forma que estamos limitando la prestación del IMI; de verdad, eso no se puede decir, es falso; y si ustedes lo dicen, yo lo desmentiré una y mil veces.

En las pensiones no contributivas, ahí sí que yo estoy dispuesto a hacerles una respuesta un poco más larga, porque se está llegando demasiado lejos en ese tema, y, aunque tengo poco tiempo, me veo en la necesidad de rebatirlo aquí, pues, en lugar de rebatirlo en los medios de comunicación.

Las pensiones no contributivas, mire usted, son una prestación creada en la Ley 26 de mil novecientos noventa. Sólo le voy a decir que el desarrollo se hizo mediante diversos decretos y que, al final, nosotros firmamos un convenio en el mes de marzo con... -y yo estaba presente en ese convenio-, e, inmediatamente después, en plena Semana Santa, nos entregaron seis mil solicitudes; seis mil solicitudes eran seis mil papeles a los que les faltaban todo lo demás. Ninguna de las seis mil solicitudes entregadas cumplían, ni en lo más mínimo ni remoto, todos los datos que la propia norma que regulaba la pensión no contributiva había requerido. Hubo que empezar de esos seis mil, y ya partíamos de menos seis mil, a ir a Ayuntamientos a pedir certificados de residencia, a pedir documentación complementaria; en realidad, una labor de gestoría, mal pagada, para el Gobierno Central. Pero asumíamos eso, porque era una prestación que beneficiaba a esta Región. Y surgió lo que usted ha dicho aquí: el difícilísimo problema de engranar una de las -yo creo-, de las mayores muestras de talante no descentralizador que tiene en este momento, en un texto escrito, un Ministerio, y es el artículo 6 de ese convenio para el IMI.

No es el Interventor de Castilla y León. En una reunión con el Interventor General del Estado, de todos los Interventores de las Comunidades, denunciaron a la Ministra que ese artículo 6 era inviable en la actual norma que rige las Comunidades Autónomas; inviable porque, además, no se ha cumplido. En su artículo 6 dice claramente que tendrán que contabilizarse los fondos en el Presupuesto de Castilla y León. Unas Comunidades que usted me ha dicho, después de esperar mucho tiempo a dar una solución, han obtenido una fórmula, que es: viendo el Boletín Oficial del Estado, 56.000.000.000, el Interventor de Hacienda fiscaliza con ese total, diciendo: "una parte será para nosotros"; otros se han negado a eso, y piden que haya un documento -que es lo que establece el convenio, el artículo 6-, piden que le remitan, desde luego, el documento que permita, contablemente, ajustar la cuantía.

Pero esto, le voy a decir, Señoría, es un tecnicismo. Lo podemos ver con los Interventores. A mí no me sirve de excusa. Le voy a decir, usted dijo en algún medio de comunicación -y, además, ha sido usted- que nos invitaba a hacer una agilización de todos estos temas; yo le aseguro, le aseguro, me comprometo públicamente, que el cien por cien de las once mil solicitudes están siendo grabadas, y estarán grabadas en el plazo, a razón de mil quinientas diarias, de seis días. Le aseguro también que la próxima nómina de noviembre va a llevar

entre dos mil y tres mil; y que, siendo así, será la Comunidad que más presente, ante la Seguridad Social, de todas las de España. Es decir, tres mil es muy superior a las cantidades que se están presentando, que algunas son de ciento cincuenta, cincuenta y seis, yo recuerdo... setenta y ocho era la nuestra; es decir, en la media.

Las dificultades finales son -y es lo que yo quisiera que ustedes reconocieran-... Y vuelvo a decir: hay que ponerse al lado de la Comunidad, que no entiendo, ni entiende nadie, por qué, habiendo tramitado eficazmente una nómina, que es la nómina del FAS, que afecta a veinticuatro mil castellanos y leoneses, y que lo hace esta Comunidad, con todo rigor, desde hace muchos años, y que nadie le ha dicho nada, y que lo paga puntualmente, pone usted en duda la capacidad de gestionar esta otra, que es, al lado de la anterior, una verdadera broma, porque no va a hacer sino sacar del FAS gran parte de las prestaciones y transformarlas en..... Pero en la del FAS yo pago, y está muy sencillita la transferencia; y en ésta, y al final es una forma de vaciar competencias que ya teníamos -fíjese usted hasta dónde llego-, en ésta no pago yo, paga la Tesorería de la Seguridad Social. Con lo cual, yo tenía 7.000.000.000 para pagar la nómina del FAS como transferencia finalista; y, si soy eficaz -como usted quiere-, que lo voy a ser, dentro de dos años no tendré esos 7.000.000.000, porque los tendrá, vaciado de la nómina del FAX, la Tesorería de la Seguridad Social, que pagará las pensiones no contributivas que yo le he gestionado eficazmente.

Esa es la solución del problema. Le digo: si ahora hay 24.000, con las pensiones no contributivas, si el proceso llega a sus últimas consecuencias -que nunca llegará-, serían esos 24.000 más 4 ó 5.000 más. Y en eso estamos de acuerdo la Ministra de Acción Social y yo. O sea, llegamos a la conclusión de que no iba a incrementar más que en un 6%.

Esa es la realidad de las pensiones no contributivas. Pero, no obstante, lo que he dicho lo mantengo. La nómina de noviembre, con el 100% de los datos metidos en el ordenador, superará posiblemente los 2.000, llegará quizá a los 3.000, dependiendo las respuestas que nos den las Corporaciones Locales, que tienen que darnos unos determinados certificados, y también hay ya dos mil denegados, que tiene usted que contarlos, porque también están gestionadas las que son que no. Con lo cual, ese 2 ó 1, no sé qué cifra ha salido por ahí, de verdad es falso. Y si ustedes me hubieran preguntado yo se lo habría dicho aquí, no tengo ningún inconveniente, no tengo ningún complejo, precisamente en ese tema, porque en eso sí que...

Y ya quiero ir acabando, porque realmente han sido varias cosas las que usted me ha dicho. Pero en el tema de droga que usted me decía al final, pues, mire usted, en el tema de droga yo vuelvo a decir lo mismo que decía en salud mental: el Director General sigue siendo el Comisionado de la Droga, el Plan de Droga fue

altamente felicitado por instancias nacionales, y yo realmente me siento orgulloso de ese Plan, y esperamos hacer un segundo Plan, que a mí me parece que va a introducir, sobre todo en esta Comunidad, esa cultura de que la droga no es aceptable por todos. Y la solidaridad que yo le pido, usted me la ha pedido a mí hoy también una proposición, con lo cual estamos todos de acuerdo. Yo se lo he dicho un poquitín antes: es verdad, se necesita, desde luego, un gran esfuerzo, y le agradezco muchísimo, al Grupo Socialista y a todos los demás Grupos, que en este tema, cuando yo presente la Ley, bueno, pues estemos todos de acuerdo y tengamos la posibilidad de salir con una fórmula consensuada, que es, desde luego, la única para sacar el tema.

Y al... con esto, no quiero alargar más. El resto de los temas creo que están. Concluir como usted ha concluido: la necesidad de coordinar las Administraciones Públicas es fundamental para el desarrollo; pero cuando no se coordinan, siempre pierde la más débil, y, en este caso, nosotros somos los más débiles. El interés por coordinarnos es siempre mayor en nosotros que en la otra Administración, porque, obviamente, nosotros tenemos mucho más que perder y menos que ganar de la no coordinación. Se la recordaré esta frase en varias comparecencias.

Y al Portavoz del Grupo Popular, desde luego agradecerle, pues, algún elogio que ha hecho. Yo sí que sé que no es dado a ello, porque he convivido con él mucho tiempo. Ha tenido a bien hacerme una serie de recomendaciones, que, desde luego, yo le agradezco infinito. Cuatro años de trabajo conjunto han hecho que yo algunas de esas sean obvias, porque las he aprendido a lo largo del día a día, y sí reconocer que en todo el proceso posterior a esta comparecencia, que es para mí la de estreno, pues saber que me siento muy honrado de que determinados planteamientos políticos que yo he hecho aquí sean continuación de lo que fue el programa político que él desarrolló, y yo con él, como miembro de su equipo, y algún otro de los que ahora formamos parte de mi equipo. Debe ser así. Es continuista, cambiarán algunas cosas, pero, en cualquier caso, la herencia que yo he recibido no es, caso de que yo la ponga en duda, sino de que sepa hacerla fructificar, aunque algunas circunstancias, desde luego, van a hacer quizá que estos cuatro años tengan que variar sustancialmente, porque yo sí espero que en alguna área la transferencia de alguna de las competencias que tanto se ha pedido, pues, nos llegue por fin y estemos a la altura de las circunstancias.

Y nada más. Muchas gracias.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Gracias. Abrimos un turno de réplica por parte de los Portavoces. Renuncia. El Portavoz Socialista.

EL SEÑOR TRAPERO GARCIA: Sí, muy brevemente, porque yo creo que a estas horas el bienestar de los miembros de la Comisión agradecerá que no me extienda demasiado, y me parece prioritario el bienestar de los miembros de esta Comisión antes que el de todos castellano-leoneses, que puede solventarse mañana por la tarde, o podremos seguir hablando sobre estas cosas.

Decir nada más, muy brevemente, al señor León de la Riva que yo espero que, efectivamente, de las cosas que he dicho, el Consejero le agradezca todos los consejos que ha dado, y que me parece muy bien, es su experiencia en la Consejería durante una serie de años, y que, bueno, se los trasmita como le parezca bien; no hace falta que nos los hubiera trasmitido también en esta Comisión, pero agradecemos también que haya sido público.

Al Consejero decirle alguna cuestión, con respecto a la división de la Consejería. Yo no voy a entrar a leer los textos, pero lo que se dice en esta Comisión queda por escrito, y lo que se decía en esta Comisión en concreto era que hasta que no se asumieran las competencias seguiría habiendo una sola Consejería, y se decía textualmente.

De todas maneras, yo no voy a entrar -porque estamos de acuerdo en el propio contenido- a leer intervenciones anteriores, pero vuelvo a repetir que las competencias no se han asumido y se ha hecho la división, cosa que nos parece correcto y que nos parece bien.

Con respecto al tema de consumo, vuelvo a decir, a mí me parece que es un error. Yo creo que hay razones importantes para no haber juntado Consumo con Comercio. Me parece que, además, se va a resentir la propia inspección, si es que efectivamente se dividen en dos los inspectores, y me parece que además va a disminuir incluso la, digamos, operatividad de la defensa a los consumidores, estando en Fomento, que no estando en Bienestar Social como estaba anteriormente.

Con respecto a las plantillas horizonte, decirle que, efectivamente, las plantillas horizonte son del ochenta y ocho, que, efectivamente, habrá que revisarlas porque son del ochenta y ocho, pero que se han integrado muchos de los centros sin tener en cuenta las plantillas horizonte. Y que nosotros no nos hemos atenido y no hemos dicho nada sobre el ritmo de integración, pues porque, efectivamente, conocemos que hay un acuerdo con el INSALUD, que hay algunas de las cosas que lo condicionan; pero lo condicionan -y usted lo sabe perfectamente- también la construcción de los centros: independientemente del acuerdo, mientras no hay centro construido, no hay posibilidad de integración.

Y en eso también -y yo no había entrado en ese tema hasta ahora, pero ya que lo ha sacado usted-, ha habido retrasos por problemas que conocemos en algunas

provincias y dificultades en las construcciones de algunos centros, e incluso cambios de opiniones frecuentemente de la propia ubicación del centro de salud que han retrasado la constitución de algunas zonas.

Decir también que, bueno, dicen ustedes, con respecto al tema de los consultorios, que se han hecho algunos, que, efectivamente, que van a cambiar la norma y que lo van a sacar del Fondo de Cooperación Local. Usted me tiene que reconocer perfectamente... O van a hacer una norma específica finalista de los recursos para el tema en concreto que estábamos hablando. Usted me tiene que reconocer perfectamente que hay otras cosas que se han sacado del Fondo de Cooperación Local; por ejemplo, los fondos de deporte. Lo mismo podían haber hecho con el dinero destinado, y no lo han hecho ustedes anteriormente. Con lo cual, bueno, lo van a hacer ahora, pero podrían haberlo hecho anteriormente.

Cuando nosotros nos hemos referido a la integración de todo el personal nos estamos refiriendo, fundamentalmente, a los veterinarios. Es verdad que han hecho la reestructuración veterinaria; en muchos sitios, cuando se ha hecho, hay dificultades al separar unos veterinarios que van a agricultura con otros veterinarios que van a servicios sociales, donde hay dificultades en encontrar, incluso, el papel que van a jugar cada uno y a qué se van a dedicar; pero usted me tiene que reconocer que en una de las Adicionales de la integración venía la posibilidad de la integración en los centros de salud. Nosotros creemos que no es conveniente que los veterinarios no estén incorporados, integrados totalmente a los centros de salud; que su sitio es éste, no la dependencia orgánica de la Sección de Alimentos, con una estructura paralela que lleva algún programa concreto como son las zoonosis. Su sitio lógico es el trabajo en equipo dentro de los grupos de salud, porque eso es lo que justifica una asistencia integrada y con equipos multidisciplinarios suficientes.

Decirle también que nosotros, en el tema de la salud mental, fundamentalmente, lo que hemos dicho -y lo volvemos a reafirmar- es que queda mucho por hacer. Que, efectivamente, el diseño es lógico, que se ha puesto en marcha el Decreto y se han puesto en marcha algunos acuerdos, pero que eso no ha fructificado en la mayoría de las cosas en unos resultados palpables, y no solamente por la voluntad del responsable en aquel momento, sino porque yo creo que es un tema de coordinación, no solamente de inversiones.

Y ahí ha faltado los problemas de entendimientos con algunas Corporaciones Locales, y yo no me voy a referir al color que tengan en unos casos o que tengan en otros, porque me imagino que los problemas de entendimiento tienen colores diversos, como siempre ocurre; pero no es un problema básico de inversión, es un problema de coordinación, de poner los recursos en

conjunto y hacer una integración funcional, que es a lo que nos estábamos refiriendo en primer término.

No habíamos comentado antes, pero yo creo que merece también una mención, las propuestas de hospitales o unidades monográficas, como la unidad del dolor, o la unidad que se va a crear de lesiones medulares. Mi Grupo, por supuesto, no está en contra de la constitución de esas dos unidades, lo que ocurre es que no estamos convencidos que, dentro de las carencias que tiene esta región -y no sé si se han hecho los estudios, si se han hecho los estudios lo que deberían hacer es entregársenos-, estos son los dos temas prioritarios o los dos temas fundamentales en los cuales podría incidir la Comunidad.

Y no estamos seguros tampoco de si esos dineros que se pueden invertir directamente en una unidad del dolor, o en un hospital de lesiones medulares, no sería mejor invertirlos a la asistencia general, a reconvertir los hospitales del AISNA y los de las propias Diputaciones.

Yo creo que es una discusión de prioridades políticas en el gasto. Yo no estoy convencido que la política de hospitales monográficos o unidades monográficas tenga más sentido muchas veces que decir que la Junta hace algo en hospitales. No sé si, en cierta medida, se considera que los hospitales dirigidos a un tema concreto ya son monográficos. No son un tema de actualidad, cada vez se hacen menos y cada vez yo creo que tienen menos importancia.

Decirle también que, mire, lo que sí nos parece fundamental es lo referido a la transferencia a las corporaciones, de los hospitales de las Corporaciones Locales y la reestructuración del AISNA. Le volvemos a repetir: al final, antes o después va a haber que hacerlo, y lo va a tener que hacer esta Comunidad Autónoma. Cuanto más tiempo pase, cuanto más se deje el tema, más deteriorados van a estar estos hospitales, más problemas hay. Y no estamos diciendo que se tengan que reconvertir como hospitales de primera categoría y, por lo tanto, que, si no hay enfermos para ellos, habrá que pensar en resistencias asistidas u otras posibles soluciones, que hay que hacer en convenio y en concierto con el INSALUD, después de una planificación y de ver la complementariedad. No estamos definiendo a qué hay que dedicar aquí esos hospitales, sino que es necesario, por parte de la Comunidad Autónoma, la modernización y la reconversión de todos los hospitales del AISNA y la incorporación de los hospitales de las Corporaciones Locales a la Junta de Castilla y León.

Que, vuelvo a repetirles, que vuelvo a repetirles tienen fondos propios, los de las Corporaciones Locales, y en la propia Ley de Sanidad se contempla que se hace la transferencia del hospital junto con los fondos correspondientes. Y no le va a pedir usted a las Corporaciones Locales, pues porque podemos pedírselo, pero

no lo van a hacer, que las modernicen ellos en una competencia que saben que van a abandonar dentro de muy poco, y que además les es mucho más difícil allegar fondos para hacer esa modernización correspondiente.

Por lo tanto, si no lo hace esta Comunidad Autónoma, va a ser mucho más difícil que lo hagan las Corporaciones Locales, y, vuelvo a repetir, me parece que esos hospitales poco a poco se van a ir deteriorando.

Con respecto a la transferencia del INSALUD, yo creo que aquí hay poco que decir, en este Comisión. Yo creo que sobre el tema de las transferencias se ha dicho bastante y ya hemos hablado bastante en las Cortes. Hay una negociación en marcha. Mi Grupo siempre ha pensado que las transferencias deberían hacerse y que esta Comunidad Autónoma debería aumentar su techo competencial, y, por lo tanto, nada más decir que es una negociación que está en marcha. Y solamente le pediría que, con respecto a la financiación que ha hablado usted y al principio nos ha comentado alguna fórmula, como la financiación de la Corporación directamente proporcional a la población, que, sobre ese tema yo creo... o me ha parecido entenderle, quizá le he escuchado mal. Si es así, que le deje usted al Consejero de Economía, porque esa fórmula, evidentemente, no es una fórmula que favorezca a esta Comunidad Autónoma, y espero que a nadie se le ocurra proponer desde Castilla y León fórmulas de financiación directamente proporcionales a la población.

Con respecto al tema de los servicios sociales, y, en concreto, de las CEAS -y ya voy tratando de concluir-, nada más decirle que los Consejos de Acción Social, efectivamente, los constituyen las Corporaciones Locales. Pero usted da una financiación y, como toda financiación, siempre puede condicionar o puede ser condicionada a la constitución del organismo de participación. Por lo tanto, la Comunidad Autónoma tiene mecanismos suficientes en la propia financiación como para hacer que se constituyan estos Consejos de Acción Social si los consideramos fundamentales para asentar su participación.

Con respecto al tema de la tercera edad, mire, no estamos discutiendo los temas que usted nos saca sobre solamente problemas de coordinación o descoordinación; estamos hablando de prioridades presupuestarias. Si ustedes tienen dinero para gastarse en el tema de la tercera edad, gástenselo en lo que falta en esta Comunidad Autónoma, y lo que falta en esta Comunidad Autónoma son residencias para inválidos, residencias asistidas. Y ésa es la única prioridad que le estamos diciendo. En su programa usted dice que tres residencias nada más y el resto para válidos; inviertan ustedes las prioridades presupuestarias.

Decirle también que, mire, es su propio plan regional el que decía que no hacían falta camas en Soria y en

Burgos, y las están haciendo ustedes. Y yo no me estaba refiriendo a descoordinación, sino me estaba refiriendo a problemas... en qué sitios se están haciendo las residencias. Yo le había dado antes dos ejemplos donde no hay población, no hay necesidad, porque no hay ancianos y el pueblo se está quedando prácticamente vacío; probablemente la inversión de la Junta lo que tiene que hacer es acondicionarles la vivienda para que no se tengan que marchar de ese pueblo y no trasladarles desde su casa directamente a un centro de válidos, o traerlos de los pueblos de alrededor, que eso es lo que se va a conseguir con algunas inversiones.

Con respecto a los conciertos, que se quejaba usted con respecto al Ministerio de Asuntos Sociales. Bueno, si no han firmado los convenios de la mujer, según tengo entendido, es porque la Comunidad Autónoma no los pidió. Por lo tanto, empecemos a hablar cuando usted los pida. Si usted hace las solicitudes y los pide, después hablaremos sobre si se le han concedido o no; pero no empecemos a curarnos en salud y a empezar a decir que no se van a conceder antes de haberse solicitado.

Nada más decir que en el tema de la IMI no hemos hablado, en absoluto, sobre que nos pareciera mucho o poco el dinero o que estuviéramos incentivando a que se gastara o no se gastara. Mire, si ustedes pusieron 1.000.000.000 de pesetas, sería un concierto con quien les pareció bien; pero el error es suyo, el error es suyo, condicionado por con quien hablaron y con quien lo concertaron; pero el responsable no deja de ser la Junta de Castilla y León que puso 1.000.000.000 de pesetas ahí. Y lo único que le estamos rogando es que, si sobra dinero, se dedique directamente a servicios sociales y no se vaya a otro sitio diferente. Por lo tanto, creo que ese tema solventado.

Con respecto al tema de las pensiones contributivas, seguimos manteniendo, independiente de la interpretación del artículo 6 o lo que digan los Interventores, el mismo criterio que hemos mantenido. Si usted lo va a resolver para noviembre, donde va a tener dos mil nóminas y va a tener..., dos mil o tres mil nóminas, y dos mil denegados, significa que en el trámite de aquí a noviembre usted ha solventado los problemas; ha solventado los problemas de falta de documentación, ha solventado los problemas directamente de interpretación del interventor; por lo tanto, lo que le estábamos pidiendo, y lo que le pedíamos en esa Proposición No de Ley, es que solventara todos esos problemas, no con dos mil o tres mil nóminas para el mes de noviembre, sino con la mayoría de ellas, con la mayoría de las presentadas. Y, por lo tanto, sí ha habido un problema de gestión, un problema de tramitación y un problema de retraso que nos parece, bueno, que tiene repercusiones para un sector de la población, que no son deseables y que en algunos casos, pues, son repercusiones bastante desagradables.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Gracias. El señor Consejero tiene la palabra en plan de dúplica. Perdón, el Portavoz del Partido Popular tiene la palabra.

EL SEÑOR LEON DE LA RIVA: Muchas gracias. Y muy breve para hacer tres o cuatro preguntas que requieran una respuesta meramente telegráfica.

Y yo le preguntaría al Consejero si cuando él tomó posesión como Secretario General y, por lo tanto, era Jefe de Personal de la Consejería de Cultura y Bienestar Social no había unas plantillas horizonte ya para los centros... para las zonas de salud y no había una previsión de plazas que deberían haberse amortizado por el Gobierno anterior y que no lo fueron hechas por razones puramente de fechas, porque había que haberlas amortizado más o menos en periodo preelectoral.

La segunda pregunta es si, como consecuencia de la reestructuración del consumo, hay un solo inspector que haya cambiado de destino o siguen todos donde estaban y, por lo tanto, sigue siendo una manipulación incorrecta, yo diría simplemente por falta de conocimiento, no voy a pensar que por otras razones, decir que se dividen los inspectores; sino que siguen los mismos inspectores donde estaban antes y siguen los veterinarios haciendo lo que hacían exactamente antes.

Y la tercera, que se pueden pensar que es más subjetiva, si el señor Consejero conoce una Comunidad Autónoma en la que la reforma psiquiátrica haya ido más avanzada que en la Comunidad de Castilla y León y si tiene alguna previsión de que el Ministerio de Sanidad está dispuesto a cumplir la ley, en cuanto supone la asistencia de los pacientes psiquiátricos en sus hospitales, y el Ministerio de Asuntos Sociales está dispuesto a hacerse cargo de los casos sociales que se deriven como consecuencia de esa reconversión.

Muchas gracias.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Gracias. El señor Consejero tiene la palabra.

EL SEÑOR CONSEJERO DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL (SEÑOR FERNANDEZ DE SANTIAGO): Voy a ser breve. Al señor Trapero, el Portavoz, efectivamente, lo ha preguntado ahora y usted lo decía también: es que los inspectores, los inspectores como tal, no se van a cambiar, porque el cuerpo o la subescala de inspectores que se creó en una única oposición, etcétera, etcétera, van a estar residenciados donde estuvieron, ahora en Consumo o en Fomento y antes en Servicios Sociales. Es decir, no hay inspectores como tales de consumo en Salud. Por lo tanto, eso no es un problema que se vaya a producir con esta división. Eso no tiene ningún efecto, porque lo que hay es que luego, en salud mental... digo, higiene de los alimen-

tos está donde está y tiene sus propios sistemas de protocolo y demás; pero no están, nunca se han considerado que eran de Consumo propiamente, sino de Salud.

Me ha hablado también, nuevamente, de la integración y los retrasos. Yo ahí sí que estoy seguro de que el tema se va a resolver pronto, pero el ritmo ha sido el que se ha impuesto a través de esos convenios. Y la idea de que necesite la construcción del centro no siempre ha sido la que ha primado; muy al contrario, yo en mil novecientos ochenta y siete -y respondo a la vez a dos cosas- tomé posesión como Secretario, Jefe de Personal, y ya había unas plantillas horizonte y ya había el mismo problema de que nadie quería ser el responsable de dejar o amortizar un médico en un pueblo; y, si no, que me diga Su Señoría si se atreve a asumir esa responsabilidad de quitar el médico al pueblo. En cualquier caso, el problema siempre ha sido el mismo. Hay que hacerlo, hay que acometerlo de forma coordinada, el INSALUD también tendrá que estar ahí. Y no es tan sencillo, porque lo que hubiera sido una reestructuración encubierta, de producirse, si se hubiera hecho, es cuando se iba a integrar haber ido quitando de cada zona, según las plantillas horizonte, aquellos médicos, aquellos médicos que estaban fuera de lo que era la plantilla horizonte. Eso hubiera sido ir reestructurando, de forma que yo hubiera propuesto al INSALUD que quite dos médicos en dos pueblos concretos; el INSALUD diría: sí, de acuerdo, vista la propuesta de la Junta de Castilla y León, quito dos médicos.

Y le diré: sí que se ha evolucionado y se sigue evolucionando, porque en aquellos tiempos se hablaba de una reestructuración que supondría una pérdida de puestos sanitarios en la Región; y hemos llegado, después de muchas negociaciones, a que no se pierda ni un solo puesto de médico sanitario en zonas básicas de salud, que ya lo acepta el INSALUD, incluido lo que pudiera suponer la pérdida de algunos en las casas de socorro. Hasta ahí se ha llegado. Es decir, que hemos avanzado mucho de aquel tiempo a ahora. Lo único que va a haber ya es la reestructuración entre unas zonas y otras, pero no se perderá ni uno solo.

En el tema de salud mental... usted a que entren datos, y yo tengo que hacer, pues, desde luego, una defensa de lo que ha sido el trabajo en estos cuatro años, y que espero que siga siendo. La verdad es que no hemos contado en ese tema con apoyos del Gobierno Central, y no se puede decir que no hayamos querido ni sabido reestructurar, porque la labor está..., vamos, no empezada, está francamente avanzada con los hospitales que yo le voy a leer a continuación, si encuentro la ficha correspondiente. En cualquier caso, hay un número importante, yo diría casi todos, donde la reconversión se ha producido. No es verdad que hayamos tenido la ayuda, de ninguna manera, del Gobierno Central, ni económicamente, y al mismo tiempo no es verdad que nosotros hayamos trasladado esa falta de apoyo

económico a la realidad de la reconversión, porque 500.000.000 hemos invertido nosotros sin recibir a cambio absolutamente nada. Hemos asumido esa responsabilidad y creo que con valentía esta Comunidad, a pesar de esos recortes económicos, y lo hemos asumido, desde luego, antes y mejor que otras Comunidades Autónomas.

Y le digo: ¿reconvertidos? Han finalizado la reconversión del Hospital de Valladolid, del Hospital Psiquiátrico de Segovia, del Hospital Psiquiátrico de Avila, donde se ha acabado en estos días, del Hospital San Juan de Dios, que conocerá bien nuestro Procurador de Izquierda Unida; está muy avanzada la del Hospital Psiquiátrico de Avila, que le falta -porque hemos estado recientemente allí, y permítame, siendo yo abulense, lo conozca mejor que otros-, falta, efectivamente, coordinar una fase; y se ha iniciado en el Hospital de... de Oña. Es decir, esto es una realidad, y eso es fruto de un esfuerzo tremendo. Si en alguno de esos casos ha habido obstáculos, como usted dice, es verdad, pero se han solucionado, porque está finalizada, está finalizada la reconversión. Y yo en esto no puedo decir más que lo que he dicho antes: felicitar a quienes han sido capaces de sacar esto adelante sin, desde luego, el apoyo del Gobierno Central, que inició su reforma psiquiátrica en el año mil novecientos ochenta y cinco y la paró radicalmente en el ochenta y siete. Nosotros llegamos en esa reforma y empezamos a hacer lo que entendíamos que debía hacerse, y yo creo que en eso hemos acertado. Las líneas de subvención en los hospitales psiquiátricos, pues, le decía, ni un sólo duro, y nosotros hemos tenido inversiones que superan los 500.000.000 de pesetas; dinero que necesariamente hemos tenido que detraer de otras partidas presupuestarias de nuestro siempre esquilmo presupuesto de la Junta de Castilla y León.

Bien. En cuanto a las transferencias de los hospitales de las Diputaciones, hospitales provinciales, yo tengo que estar de acuerdo, pero no puedo de dejar de decir algo que es un argumento fundamental. Mi obligación como gobernante ahora mismo en esta Comunidad es velar por los intereses de la Comunidad en su conjunto; pero, al mismo tiempo, gestiono un presupuesto, que es el que, de alguna forma, me será dado, me fue dado en la etapa anterior por estas Cortes. Y no piense usted que voy a ser tan pecato... o pacato de admitir lindamente que esos hospitales que ahora tienen las Corporaciones Locales y por los cuales está pagando cinco mil pesetas por cama el INSALUD los transfieran sin más a esta Comunidad, donde además no tengo ni siquiera garantía de que me sigan enviando, por parte del INSALUD, las cuantías que ahora les mandan a los hospitales correspondientes. Mire usted -y no quiero alargarme- el tema de Soria. Dicho de otra manera, esto es fruto de una negociación donde el dinero hay que, desde luego, ponerle muy clarito y donde tiene que haber, desde luego, una agilidad mental para que, en definitiva -y es triste que yo lo diga-, no te aca-

ben engañando. Y es triste que lo diga, porque estamos hablando de Administraciones Públicas. Pero la experiencia es que en esto de las transferencias, al final, si uno no anda ágil, se mete en un embolado donde posiblemente asume unos déficits. Que es lo que ha pasado a Comunidades Autónomas que han asumido el INSALUD y a Comunidades Autónomas como ésta cuando asumieron transferencias de AISNA, y a Comunidades Autónomas como ésta cuando transfirieron en su momento en materia de educación. Y si quiere sigo con las bibliotecas. Con tremendos déficits que son fruto de que anduvo demasiado fino el que negoció aquí. No nos va a volver a pasar.

Voluntad de integrar esos hospitales, sí; pero tendré que saber si se mantiene el INSALUD en su postura actual de cinco mil pesetas, si está dispuesto a revisarlo, hasta dónde está dispuesto a facilitarme esto que es una medida importante para el funcionamiento del servicio en esta Comunidad y que, sobre todo, facilitaría, como marco general, la transferencia del INSALUD. Ahí es donde se entra a negociar. Pero vea usted que en esa negociación habrá que poner todas las cartas sobre la mesa, porque ya nos sabemos, después de mucho tiempo, cuáles son todas las teclas que hay que tocar, y si las tocamos todas llegaremos a un acuerdo. Si no, lo que se genera aquí es una estúpida actuación irresponsable por parte de este Consejero, que endeudaría a esta Comunidad en unas cuantías que no puede asumir, créame; no podría asumir ese aparato de todas las provincias, porque no tiene presupuesto suficiente.

Las CEAS me decía que tendríamos que..., porque pagamos, exigir. Somos garantes, lo vamos a exigir, era un problema de incentivarles más, pero en ese tema tiene usted que reconocer que hemos avanzado bastante; vamos a intentar impulsar una segunda fase y yo creo que con la credibilidad de la primera llegará la segunda.

En tercera edad no es correcto el dato que usted dice. Si es que además las asistidas son más caras, debería hacerlas quien más puede, que es el INSERSO. Pero, aun así, como no las hace, las vamos a hacer nosotros, con un endeudamiento que no debíamos tener, pero las vamos a hacer. Y no son tres, es que usted ha sumado mal; son veinte, en el programa que yo he presentado son veinte. Pero es que no son asistidas sólo las que se llaman asistidas. Las mixtas, mire usted, son asistidas también, y hay otras que también son asistidas. Al final son veinte, créame, las que yo estoy dispuesto a asumir y tengo presupuestadas. No obstante, esta responsabilidad el INSALUD... el INSERSO en Castilla y León debería tener en cuenta que nosotros estamos a unas distancias del presupuesto muy largas.

Y al final hay un tema brevísimo que le diré. Están haciendo desde el Gobierno Central una serie de residencias para la tercera edad que son, desde luego, fruto de su filosofía de entender la política que deben de-

sarrollar en esto, y están haciendo hasta de trescientas y más camas en alguna de las provincias. Yo no sé si eso es necesario para satisfacer la necesidad que hay en esta Comunidad, pero mi idea es que esas residencias, en su funcionamiento ordinario, se convierten en verdaderos centros deshumanizados. Yo sí quiero, a pesar del esfuerzo que supone, acercarme más a otro modelo de residencia, más humana, más cercana, que es, desde luego, el que demandan en este momento los hombres y las mujeres de la tercera edad con los que yo me he encontrado en mis múltiples viajes por las provincias de Castilla y León. Esa gente quiere que no se les desarraiguen de su propia zona de nacimiento, que no se les lleve demasiado lejos de esa comarca. Y a esa gente no se le puede responder con centros, créame, aunque tengan aire acondicionado, pero en la capital de provincia; quieren otra cosa, y yo voy a intentar que, con la colaboración de todos, se les dé.

Y yo creo que ya no queda nada más, aunque sí que tengo que remachar que en las pensiones no contributivas el planteamiento correcto es el que le he hecho en esta mesa y yo le trasladaré; pero tanto en el IMI como en las pensiones contributivas sí le rogaría, de verdad, que no se hable de oído y se solicite a este Consejero, que va a estar abierto, la información necesaria. No he tenido todavía ninguna pregunta sobre estos temas y ustedes ya se han lanzado con una propuesta que, en cualquier caso, debe ser fruto de una información, que puede ser correcta o no, pero, en cualquier caso es anónima, y yo hubiera preferido poderle informar de primera mano, como es mi obligación, a los Procuradores que tuvieran interés. Los datos no son correctos y, bueno, pues, hubiera sido muy bueno contar con su pregunta antes de con su propuesta. En cualquier caso, quédese tranquilo, la Proposición que usted presenta para el tema de las pensiones del IMI es desde hace siete meses, desde Junio, creo, ya un Proyecto de Ley, que no llegó a presentarse porque no se sabía el destino final ni la cuantía, y es correcto no haberlo presentado porque no se sabe hasta el final cuáles han sido los demandantes. Le he dicho, y repito: ni un sólo demandante de Castilla y León, ni un solo castellano-leonés que lo solicite y tenga derecho a ello, según los requisitos exigidos en su formulación, se quedará sin percibir el salario social o ingreso. Quiere decir que la demanda está satisfecha, la gestión es correcta, pero el cálculo que en su día se hizo entre la Administración y las Centrales Sindicales para el pacto social no fue correcto.

Y yo, nada más. Las preguntas que me ha hecho el Portavoz del Grupo Popular creo que las he respondido en mi intervención, por tanto creo que se dan por respondidas. Digo sí a que había plantillas horizonte en el año ochenta y siete, de Secretario y que los inspectores de consumo se mantienen. Y que en cuanto a que la Comunidad está muy avanzada en su proyecto, en su programa de existencia... avanzada con vocación de continuar avanzando, y yo creo que con un planteamiento que puede ser hasta ejemplar en otras Comuni-

dades Autónomas, porque se ha hecho con el esfuerzo de esta Comunidad y sin ayuda, desde luego, del Gobierno Central hasta ahora, sin perjuicio que en los criterios que se han seguido estemos en muchos de ellos de acuerdo; pero ayudas, ninguna.

Y nada más. Muchas gracias.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Gracias al señor Consejero. ¿Algún Procurador quiere intervenir que pertenezca a esta Mesa? ¿Granados? Tiene la palabra.

EL SEÑOR GRANADO MARTINEZ: Yo no tenía previsto torturar a los señores Procuradores con otra intervención, pero el señor Consejero me ha aludido directamente.

Y yo, simplemente, quería decirle lo siguiente, sobre el Hospital de AISNA de Burgos. Nosotros tenemos presentada una Proposición No de Ley en estas Cortes, que fue rechazada con los votos de los Procuradores del Partido Popular, pidiendo que el Hospital de AISNA tuviera un destino en relación con Oña; primera cuestión.

Segunda cuestión. No es verdad, señor Consejero; está usted mal informado si piensa que el Hospital de AISNA de Burgos no tiene enfermos porque no se los manda el INSALUD. La verdad es la contraria: que el INSALUD ha intentado ingresar gente en el Hospital de AISNA de Burgos... Y el tema lo conozco muy bien porque conozco bastante bien al director, porque el único representante de la UGT en la Comisión intersectorial, vamos, en el grupo de representantes del personal sanitario es un delegado sindical de ese hospital, y la conozco bastante bien también. La verdad es que el INSALUD ha intentado hacer ingresos y que el Hospital de AISNA, que está muy mal dotado porque fue transferido muy mal dotado, no podía atender más enfermos, porque un hospital con seis médicos no puede atender muchos más de treinta a cuarenta enfermos. Otra cosa es que la Inspección de INSALUD ha dado de alta a enfermos que llevaban en ese hospital tres y más años, tres y más años, y que no son enfermos: son casos de asistencia social. Y eso es lo que ha pasado en el Hospital de AISNA de Burgos.

Entonces, volveremos a hablar del AISNA. A mí me parece muy bien que el Hospital de AISNA se ponga en relación con Oña; me parece tan bien que lo propuse ya hace año y medio en estas Cortes. Ustedes lo rechazaron, ahora retoma la iniciativa, bienvenida sea, porque más vale tarde que nunca.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): El Consejero tiene la palabra.

EL SEÑOR CONSEJERO DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL (SEÑOR FERNANDEZ DE SANTIAGO): Sí, muy breve.

Es posible que sea de mi intervención, después de tantas horas, el que se haya confundido el Procurador. Pero lo que yo no he dicho que fuera el tema de nuestro Hospital de AISNA; he dicho que no se estaban trasladando para complementar el déficit de camas del Hospital del INSALUD al "Divino Vallés", que es el Hospital de la Diputación. Es lo que he dicho exactamente y consta así en el acta. Y ¿qué quería decir con esto? Que yo estoy... que si usted me está invitando a que yo asuma esos hospitales provinciales, y lo asumo, y me siguen sin dar enfermos a pesar de las carencias de camas, lo que usted está haciendo es un pésimo negocio, y, en definitiva, eso no se puede asumir. Tendría que tener la garantía de la fuente de enfermos para tener un hospital como es ese, magníficamente dotado por otra parte, para que yo hiciera la operación de empezar a asumir eso, que eso es lo que le he dicho.

En cuanto al Hospital "Fuente Bermeja", la idea es compartir, desde luego, lo que ha dicho usted ahora. Yo no sé si usted lo propuso en su momento, pero es razonable: el que, separados por una auditoría en Oña los casos sociales -que yo ya sé cuántos son según la auditoría que se está haciendo, y que aparte de ochenta ca-

sos específicos, el resto son casos sociales-, empezáramos a ver que "Fuente Bermeja" pueda ser centro de rehabilitación en su futuro; en eso estamos de acuerdo.

Pero lo que yo he dicho ha sido el "Divino Vallés", como ejemplo de que, siendo el mejor hospital que podía venir dentro de la estructura provincial que ustedes invitan a que yo acoja o integre, es un hospital que no tiene enfermos, y yo no sé cuál es la causa, porque sí que hay déficit de camas en el General... en el otro hospital, el "General Yagüe". Nada más.

EL SEÑOR PRESIDENTE (SEÑOR SANTA-MARIA GARCIA): Gracias. Levantamos la sesión. Y sí quiero recordarles que tenemos la siguiente comparecencia a las diecisiete horas; es decir, prácticamente, pues, dentro de treinta minutos. Yo propondría, propondría, si les parece bien a Sus Señorías, retrasar -he consultado con la Mesa-, retrasar treinta minutos la comparecencia.

(Se levanta la sesión siendo las dieciséis horas veinticinco minutos).