

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Señoras y señores diputados, vayan tomando asiento. Buenos días. Bienvenidos a esta Comisión de Sanidad en sesión de 30 de septiembre de 2022 *[a las diez horas y tres minutos]*.

Damos la bienvenida al director general de Asistencia Sanitaria, don José María Abad Díez. Como viene siendo habitual en el orden del día, dejaríamos el punto número 1 para el final de la sesión, y comenzaríamos con el punto número 2, que es la comparecencia del director general de Asistencia Sanitaria a propuesta del Grupo Parlamentario Vox en Aragón, al objeto de informar sobre la ejecución del Plan de Abordaje de las Listas de Espera Quirúrgica 2020-2022.

Intervendrá el representante del Grupo Parlamentario Vox durante un tiempo máximo de diez minutos y, a continuación, contestará el director general durante otro tiempo de diez minutos. Tendrá una réplica de cinco minutos el Grupo Parlamentario Vox, y una réplica de cinco minutos el director general. A continuación, intervendrán los restantes grupos parlamentarios durante un tiempo de cinco minutos, terminando la comparecencia con las explicaciones del director general durante un tiempo máximo de diez minutos.

Señor Morón, cuando usted quiera. Tiene diez minutos.

El señor diputado MORÓN SANJUÁN: Gracias, señora presidenta. Buenos días, señor Abad.

El Grupo Parlamentario Vox en Aragón le hemos solicitado esta comparecencia para que nos informe sobre la puesta en marcha del Plan de Abordaje de las Listas de Espera Quirúrgica impulsado desde la Consejería de Sanidad, ante la vergonzante situación en la que nos encontrábamos al final del año 2021, los últimos de la clase. El plan, tal y como lo presentó la señora consejera en el Pleno de las Cortes, nos pareció y nos sigue pareciendo un poquito impreciso. Traza unas líneas de actuación todavía por concretar y materializar, y con tan solo un objetivo a más de un año vista: la reducción en un 85% del número de pacientes en lista de espera quirúrgica con más de seis meses.

Un plan que surge de la imperiosidad de dar respuesta a un mal dato, un pésimo dato: ser la comunidad autónoma con la lista de espera quirúrgica de mayor duración de España, 183 días de media. Precisamente por esa imperiosidad se han visto obligados a presentar un plan de choque —vamos a llamarlo así— para acallar un estado equis de opinión crítico ante ese mal dato, pero sin concretar el cómo lo van a hacer, y lo que es

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

más importante, en qué medida este plan va a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los ciudadanos.

Entrando un poco a analizar el plan, podríamos resumir que la principal estrategia se basa en alcanzar una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos disponibles en el tiempo quirúrgico disponible y utilizado, las camas de hospitalización, la potenciación de la cirugía mayor ambulatoria, etcétera.

Para llevar a cabo esta estrategia coincidirá conmigo en que será necesario disponer de suficientes medios, recursos humanos, económicos, y realizar una buena gestión. Si consideramos que no hay más profesionales sanitarios, y probablemente no va a haber posibilidad de contratar más profesionales sanitarios, porque, como ustedes constantemente refieren, no hay en la bolsa, no hay esos especialistas, coincidirá conmigo en que esta estrategia está basada fundamentalmente en gestionar mejor la sanidad o en aportar los recursos económicos necesarios, o en ambas cosas a la vez.

De esa forma, sin desearlo, con las medidas que proponen, reconocen la mala gestión que se ha hecho hasta la fecha de la utilización de los quirófanos y la falta de presupuesto en sanidad. Por otro lado, sospechamos que, si finalmente no se mejora en estos dos aspectos, el plan será un fracaso.

Me imagino que luego me contestará que el presupuesto de sanidad es el más elevado de la historia y, bueno, pues vamos a hablar un poquito de presupuesto, y le lanzo la primera pregunta: ¿por qué tan apenas se ha ejecutado los contratos de servicios referidos al acuerdo marco para la realización de procedimientos quirúrgicos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, iniciado el 22 de junio de 2020, para, evidentemente, dar una solución al atasco que existía en esos momentos de cirugías tras la pandemia, y adjudicado el 21 de mayo de 2021 por el Departamento de Sanidad por un valor estimado de 31,5 millones de euros?

Porque, no habiéndose ejecutado, salvo en una pequeña proporción, nos tendríamos que creer que se van a ejecutar los 30 millones que han puesto ahora sobre la mesa en este nuevo plan. ¿Acaso no son los mismos millones que ya se prometieron en 2020 y 2021? Un acuerdo marco firmado para cuatro años, quiero entender. Es decir, que incluía 2022 y 2023. Se promete una inversión a través de ese convenio marco, para cuatro años, por valor de 31,5, y en el año 2022 estamos proponiendo para el 2022 y 2023 otros treinta millones, que son los mismos.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

En ese sentido, resulta muy revelador que fue a raíz de la publicación de los resultados del último informe del Ministerio de Sanidad sobre la situación de las listas de espera, que recoge los datos hasta el 31 de diciembre, es decir, fue a partir del 3 de mayo, cuando pudimos observar en la plataforma de contratación del servicio público que ustedes habían empezado a contratar esos servicios, a hacer uso de esos servicios previstos en ese convenio a marco, y nosotros nos preguntamos por qué se ha tenido que llegar a esta situación, y le preguntamos, a ver si tiene el dato y nos lo quiere facilitar, ¿qué cantidad destinó el departamento el año 2021 a concertar servicios quirúrgicos en los diez centros privados acreditados en el acuerdo a marco existente?

Porque es una realidad y es de sentido común que, ante la falta de capacidad de nuestro sistema sanitario tengamos que recurrir a ese convenio marco. Todos queremos trabajar y les queremos apoyar a ustedes para mejorar la sanidad y para mejorar el rendimiento, como usted dice, de los quirófanos. Pero, evidentemente, lo que no puede ser es tratar a los doblemente pacientes que esperan ser intervenidos en Aragón.

A la vista de estos datos, la conclusión es aun peor que la que podíamos hacer inicialmente. Habiendo un acuerdo marco que permitía la contratación de servicios quirúrgicos tan apenas se ha utilizado, y la duda que nos surge es por qué vamos a creernos que ahora se va a ejecutar, por qué vamos a pensar que ahora sí, que ahora nos lo vamos a tomar en serio y que ahora vamos a hacer las cosas bien.

Si había dinero y no se ha utilizado, ya solamente nos queda un factor a considerar como el responsable de habernos llevado a la situación actual: la pésima gestión que se hace desde la Consejería de Sanidad de la sanidad en Aragón. Una gestión que está devaluando la calidad de nuestro sistema sanitario, con unas intolerables listas de espera que llevan aquellos pacientes que se lo pueden permitir, porque evidentemente no todo el mundo se puede permitir una póliza de seguro sanitario, pero aquellos que se lo pueden permitir, pues las están firmando.

Ahí están los excelentes números de esos seguros sanitarios privados, que están haciendo el agosto con la política sanitaria que ustedes están realizando. Ya no decimos nada si el paciente es un autónomo y no puede dejar de trabajar.

Respecto a la implementación del plan de abordaje de la lista de espera, y es el objetivo de esta comparecencia, le queremos preguntar qué se ha hecho hasta ahora, porque, evidentemente, hay unas líneas de trabajo. Nosotros le hicimos una solicitud por escrito a la consejera respecto a exactamente qué se estaba haciendo para reducir la lista

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

de espera, y nos respondió con unas líneas que vienen recogidas también en el Plan de Abordaje de las Listas de Espera Quirúrgica y que espero que en su intervención se explique y nos pueda indicar.

Porque, mire, no nos sirve con que hable solamente del número de pacientes en lista de espera quirúrgica. No nos sirve. No nos sirve, porque nosotros lo que queremos es que nos diga cifras que demuestren el incremento de la actividad quirúrgica en los hospitales aragoneses. No nos sirve que disminuya la lista de espera.

Nos interesa saber qué medidas han adoptado para mejorar la actividad y el rendimiento quirúrgico, esa participación activa de los profesionales que cauces está siguiendo, qué mecanismos han utilizado para contar con la opinión de los profesionales, de los especialistas, de los distintos servicios, y luego, qué programas especiales de aprovechamiento de recursos públicos se está poniendo en marcha.

Recoge también el plan que se continuará con la colaboración con otros centros públicos y privados, y queremos saber un poco qué avance ha habido, cómo se está articulando esta colaboración, qué criterios se está utilizando, si se ha aumentado, con cargo a ese convenio marco para poder realizar esos contratos y servicios, si se ha incrementado esa actividad. Eso es un poco lo que esperamos de esta, su primera intervención, y luego, evidentemente, según lo que nos responda, seguiremos el debate.

Muchas gracias.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Morón.

Contestará el director general durante un tiempo máximo de diez minutos. Cuando usted quiera, señor Abad.

El señor director general de Asistencia Sanitaria (ABAD DÍEZ): Buenos días y gracias por la invitación a venir aquí para volver a hablar de las listas de espera quirúrgica. No es la primera vez ni, probablemente, sea la última que tengamos que comparecer para hablar de este tema, porque ciertamente es un tema que preocupa a la sociedad y nos preocupa a nosotros también. y nos hace intentar tomar las medidas necesarias.

Primero, hay algunas ideas, o recordar algunas ideas básicas. Las listas de espera quirúrgicas de consultas externas y de pruebas diagnósticas no es ni un capricho ni un resultado de la mala gestión. En un sistema sanitario público siempre van a existir listas

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

de espera. Lo que puede ser sinónimo de mala gestión es que esas listas de espera sean excesivamente elevadas o que la demora para realizar intervenciones sea excesivamente elevada.

Listas de espera va a haber siempre en los sistemas sanitarios públicos, porque en el sistema sanitario público universal y con acceso gratuito a las prestaciones, la priorización de los pacientes, algo que siempre hay que hacer, se hace por la necesidad clínica que tienen los pacientes, no por la capacidad de pagar a un centro privado, que es lo que ocurre en sistemas sanitarios privados o en sistemas sanitarios mixtos, donde la capacidad económica de la persona es la que determina cuánto tiene que esperar esa persona, y muchas veces no solo cuánto tiene que esperar, sino si finalmente puede obtener la atención que necesita.

Eso es así desde toda la vida y existencia de los sistemas sanitarios públicos. Yo empecé la especialidad en el año 1987, y en ese año ya se publicó en Inglaterra un libro sobre el problema de las listas de espera en ese momento en la sanidad británica: *¿Por qué esperamos?, Why are we waiting?*, y las conclusiones y las recomendaciones de ese libro en gran parte siguen vigentes.

En el momento pretrasferencial, en 1999, ya se hizo también una comisión de listas de espera entre todas las comunidades autónomas y el ministerio en la que participé yo en ese momento, que estaba trabajando ya en el Departamento de Sanidad como técnico, y esa comisión también estableció unas recomendaciones, sentó las bases del real decreto del año 2003, donde se establecía el sistema de información de listas de espera, y estableció unas recomendaciones que, por decirlo de alguna forma, siguen plenamente vigentes.

Esas recomendaciones se basan en que las listas de espera surgen de un desajuste entre oferta y demanda, desajuste que es habitual en todos los sistemas sanitarios, debido a que la oferta sanitaria, la oferta de profesionales, la oferta de recursos sanitarios no es una oferta absolutamente flexible, requiere inversión y requiere tiempo para desarrollarse, y esos desajustes temporales entre la oferta y la demanda hacen que surja necesidad de establecer prioridades entre los pacientes y atender a los que más los necesitan.

A ello hay que añadir los condicionantes de los últimos años, el incremento de la demanda por el envejecimiento, la innovación tecnológica, la aparición de nuevas técnicas, la falta de disponibilidad de recursos humanos, que es un problema

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

fundamental. Nunca me cansaré de repetir que el sistema sanitario es un sistema de servicios profesionales donde el recurso fundamental son los recursos humanos, y la inversión fundamental es la inversión en recursos humanos, y en España, entre el año 2011 y 2018, hubo una falta de actuación en ese momento por parte del Ministerio de Sanidad a la hora de planificar los recursos humanos.

Ya desde el año 2007 se sabía que iba a haber problemas de déficit de recursos humanos, de especialistas médicos, y entre el año 2011 y 2018 no se tomaron las medidas adecuadas. De hecho, disminuyó la oferta de formación de médicos especialistas en España y en Aragón, y eso nos lleva probablemente o es una parte del problema de la situación que tenemos ahora, y las formas de abordar la lista de espera son también conocidas desde hace tiempo.

No hay soluciones mágicas para la lista de espera, no hay planes de choque que acaben con el problema de la lista de espera de un día para otro. Para abordar los problemas de la lista de espera hay que, por una parte, incidir en el incremento de recursos propios, tanto de recursos profesionales como de inversiones, de recursos hospitales, quirófanos, etcétera. Hay que hacer uso de la concertación con otros centros públicos o privados siempre que se pueda.

Responderé más concretamente a las preguntas que nos ha hecho sobre el acuerdo marco, pero la capacidad de concertar con los centros privados depende en gran parte y fundamentalmente de la capacidad de absorción, la capacidad de actuación que tengan esos centros privados, y eso también tiene una limitación. La sanidad privada no tiene recursos infinitos, y tiene capacidad de absorber todo lo que se le derive en un determinado momento. Lo hemos vivido en la pandemia, lo seguimos viviendo.

Ha habido ocasiones en las que hemos tenido que derivar pacientes, por ejemplo, de cuidados intensivos o de urgencias, y no hemos tenido recursos privados a los que derivarlos. Eso también es algo que todos debemos ser conscientes. En Aragón no hay recursos privados infinitos, indefinidos y que puedan absorber toda la demanda que se les produzca, y hay que incrementar la capacidad de actuación de recursos propios.

Eso implica aumentar la eficiencia mediante la cirugía mayor ambulatoria, mediante los incrementos marginales que puedan hacerse en los rendimientos de quirófanos, y hay que apostar también, que es una de las bases del plan de abordaje, por la capacidad de oferta de recursos en horarios fuera del horario de funcionamiento

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

habitual de los centros, que es el horario de mañana, en horarios de tarde fundamentalmente.

Hay que también incidir en los sistemas de gestión, en la revisión de los pacientes que llevan tiempo en lista de espera, para establecer o revisar las prioridades de los pacientes y las necesidades de los mismos, los sistemas de priorización y la mejora de la transparencia y los sistemas de información.

El plan de abordaje que presentamos en 2020 y que actualizamos en 2022 ha tenido efectos.

Si vamos a datos concretos, que es lo que nos piden, en 2021 se hicieron ciento una mil seiscientos treinta intervenciones, un 21% de incremento respecto al año 2020, y eso indica que en 2021 sí que tuvo efecto el plan de abordaje, sí que se incrementó la capacidad de actuación y, de hecho, pasamos de mil ochocientos pacientes a seis mil quinientos pacientes en junio de 2021.

No pudo desarrollarse en toda su capacidad por los problemas que tuvimos también con la pandemia en el año 2021. Recordemos que tuvimos al menos cuatro olas de COVID en 2021, y cada ola de COVID supone una restricción de la capacidad de actuación o de absorción de asistencia sanitaria no prioritaria o no urgente en los centros sanitarios.

En 2022, en los ocho meses que llevamos de 2022, se ha aumentado en mil cuatrocientos setenta y un procedimientos respecto al año 2021, más de un 5% de incremento respecto al año 2021 y casi un 34% de incremento respecto al año 2020. Se ha disminuido en los ocho meses en mil el número de pacientes de más de ciento ochenta días de espera respecto a la situación de enero de 2022. Además, también sabemos que más del 50% de los pacientes con demoras elevadas se concentran en cuatro servicios de hospitales de Zaragoza, tres servicios del Hospital Clínico y un servicio del Hospital Miguel Servet. Cirugía general, neurocirugía y traumatología del Clínico, y traumatología del Servet.

Eso implica que las actuaciones que tenemos que realizar las tenemos que hacer centradas en los hospitales y los servicios y los problemas donde se concentran esos problemas para ser más efectivo. En ese sentido, estamos continuamente teniendo reuniones con los directores de los centros y con los hospitales. De hecho, a las doce, cuando salga de aquí, tengo una reunión en el departamento con los directores de los

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

hospitales de Zaragoza de Huesca y de Teruel para abordar la situación actual y la evolución de las medidas que se abordan en el plan de abordaje.

No voy a repetir las medidas que hay en el plan de abordaje, las tienen en el documento que pueden consultar en la web, y las hemos comentado previamente.

Sí que, para acabar, me quedan dos minutos, quiero responder concretamente algunas de las preguntas que me ha hecho el señor Morón. Me habla del acuerdo marco del año 2019. Un acuerdo marco no es un contrato, un acuerdo marco es un acuerdo que sienta las bases de los precios, el tipo de procesos que se puede contratar y, en función de eso, se selecciona qué centros sanitarios cumplen esas condiciones y, por lo tanto, centros con los que se puede realizar contratos de [...?].

Es decir, los treinta millones que aparecen en el acuerdo marco es una estimación que se hizo en aquel momento de lo que podían suponer los contratos que se fuera haciendo durante los cuatro años de vigencia de ese acuerdo marco. Cada año el presupuesto del Departamento de Sanidad tiene un presupuesto específico para contratación con centros externos al Sistema Aragonés de Salud, tanto públicos como privados, y ese presupuesto es el que se distribuye en función de las diferentes necesidades.

No solo procedimientos quirúrgicos, también procedimientos diagnósticos, atención a pacientes con problemas de salud mental, atención a pacientes crónicos o crónicos y dependientes. Por ejemplo, con el convenio que tenemos con San Juan de Dios, es decir, el presupuesto que hay en el departamento para concertación externa se distribuye entre diferentes actividades, y ese presupuesto, recuerdo que en el plan del 2022 se ha incrementado en un millón trescientos mil en este año 2022.

¿Por qué un millón trescientos mil? Por lo que decía antes, la sanidad privada aragonesa tiene una capacidad limitada de absorción de pacientes en lista de espera, limitada en el volumen de pacientes que pueda atender y limitada en el tipo de pacientes que pueda atender. No podemos derivar pacientes complejos a hospitales privados, porque en muchos casos no tienen capacidad de atenderlos y no tienen a veces recursos suficientes de UCI o de otro tipo para atender pacientes con patologías complejas o con comorbilidades complejas.

No podemos derivar todo lo que tenemos en lista de espera y que en un momento determinado nos gustaría derivar. De hecho, en Aragón, la sanidad privada sistemáticamente, durante todos los años, incluyendo los años en los que gobernaba el

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Partido Popular, no puede absorber más de un 5% de las salidas de lista de espera que se hace habitualmente. Tiene una capacidad de absorción de entre dos mil quinientos y tres mil pacientes al año de pacientes en lista de espera, y eso, además, muchas veces trayendo a profesionales durante el fin de semana de otras comunidades autónomas para que hagan intervenciones a destajo, por decir de alguna forma, en algunos quirófanos.

Sobre el nivel de ejecución del plan de abordaje, ya le he informado sobre el incremento de salidas que se ha hecho sobre el año 2021 en intervenciones totales y en los diferentes motivos de intervención. Otras medidas que se han hecho, programas de aprovechamiento de recursos públicos con el Hospital de la Defensa, también de derivaciones entre hospitales del sistema público de salud, entre cirugía general del Clínico, por ejemplo, y servicios de cirugía general de otros hospitales que tienen más capacidad de intervención, como el Royo Villanova, como el hospital de Calatayud.

También estamos incluso planteando la posibilidad de utilización de recursos en el hospital de Teruel, que tiene menos problemas de lista de espera, o en otros hospitales que tienen, en un momento determinado, capacidad quirúrgica, y que estamos intentando abordar esa distribución de capacidad quirúrgica en función de los medios que hay en cada hospital.

También estamos ya tramitando el convenio con MAD, que no se pudo firmar en los años previos por problemas relacionados con MAD, no problemas del departamento. MAD en 2021 no tenía capacidad de firmar el convenio con las condiciones y actividades que había en el convenio. Estamos negociando con ellos para intentar, en 2023, firmar ese convenio y aportar también recursos en dos especialidades en las que tenemos problemas: traumatología y neurocirugía fundamentalmente, y que son los servicios en los que MAD puede aportar recursos, no en otras especialidades quirúrgicas donde MAD no tiene recursos que aportar.

Muchas gracias, y quedo a la espera de sus preguntas.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Abad.

Señor Morón, tiene cinco minutos.

El señor diputado MORÓN SANJUÁN: Gracias, señora presidenta.

Pues mire, señor Abad, le he insistido antes, en mi primera intervención, en que no me hablara solamente de la disminución del número de pacientes en la lista de

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

espera, entre otras cosas porque ese dato ya lo tenía, porque, como le he dicho, nos contestó la consejera a la pregunta que le formulamos por escrito y, efectivamente, ha habido una disminución de los pacientes en la lista de espera. No lo ponemos absolutamente en duda.

Pero hay muchas formas de disminuir la lista de espera. La lista de espera puede disminuir fundamentalmente porque se incremente la actividad quirúrgica, porque se deriva a otros centros, y también puede ser porque mucha gente, bueno, llevando al caso extremo, fallezca, por ejemplo, y fundamentalmente, y en mayor medida, porque la gente se busque la vida, como se suele decir, la gente contrate un seguro o se pague la intervención.

Esa es la realidad. Usted me ha dado datos de incremento de la actividad quirúrgica del año 2022 respecto al año 2021, y desde 2021 respecto a 2020, que, lógicamente y evidentemente, iban a ser mayores, pero no me ha dado datos del año 2022 respecto al año 2019. No me ha dado datos.

No me ha dado datos y, evidentemente, que en el 2022 estén funcionando los quirófanos mejor que en el 2021, pues es que es lógico. Usted mismo lo ha dicho. Es decir, en el 2021 hubo distintas olas, que fueron paralizando también el normal funcionamiento de la actividad quirúrgica en Aragón. Luego, es normal que, en el 2022, aunque no se hubiera hecho prácticamente nada y no se hubiera mejorado absolutamente nada, se estuviera interviniendo más que en el 2021, y en el 2021 más que en el 2020.

Pero no nos ha dado datos comparando el 2022 con el... Perdón, con el 2019, que es donde realmente podríamos empezar a valorar si realmente este plan está surtiendo efectos reales. Porque, como le digo, no nos sirve exclusivamente el dato de la disminución de los pacientes en la lista de espera, y eso es a lo que me refería cuando decía, en mi primera intervención, que no solamente nos interesa ese dato, lo que nos interesa saber es en qué va a mejorar este plan la calidad asistencial y los servicios sanitarios que reciben los aragoneses.

Porque estamos hablando todo el rato, tanto usted como yo, de cifras macro, pero no estamos hablando de los casos concretos de las personas. Es decir, que no nos sirve de nada que digamos que disminuye el montante de la gente que está esperando en lista de espera, si la gente que está en lista de espera sigue esperando el mismo tiempo.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Es decir, no sé si se me ha entendido lo que quiero decir, pero yo creo que sí que lo ha entendido.

Tenemos que intentar dar solución a los problemas de los aragoneses, que son exclusivamente estos, esos tiempos intolerables de lista de espera, y no sé si esto se está cumpliendo.

En cuanto al tema del convenio marco, evidentemente que no es un contrato. El convenio marco es como el marco en el que se establecen esos contratos de servicios. Pero le vuelvo a insistir, no nos ha dado datos del uso que se ha hecho de ese contrato en el año 2021. Pero lo que sí que nosotros nos preocupamos en ver es que, curiosamente, en el año 2021... perdón, en el año 2022, parece ser que los centros sanitarios privados debían de estar colapsados hasta que se publicaron estas cifras, porque ustedes no hicieron uso de ningún contrato de servicios quirúrgicos hasta el 3 de mayo, y en aproximadamente poco más de un par de semanas, se adjudicaron contratos por valor de 2.742.000 euros.

Es decir, que eso que usted comenta de que los servicios sanitarios privados son también finitos, debe de ser que es a temporadas, porque los cuatro primeros meses del año parece ser que no podían asumir ninguna cirugía, y que, tras salir esos datos tan vergonzantes que nos pusieron a la cola de todo el Estado español, entonces sí que podemos hacer uso de ese convenio para utilizar esos servicios sanitarios privados.

Mire, lo cierto es que ustedes siguen sin asumir ninguna responsabilidad en la mala gestión de las listas de espera. Achacan a problemas de la ley de la oferta y la demanda, que son listas estructurales, que están siempre en todos los sistemas sanitarios públicos. Pero es que eso sirve para todos los países, por lo menos de los países occidentales que tienen un sistema sanitario público como el nuestro, pero es que también sirve para todas las comunidades autónomas, y resulta que nosotros especialmente estamos peor que nadie.

Entonces, evidentemente, algo se está haciendo mal, y la COVID también afectó a todas las comunidades autónomas. Por lo tanto, no pueden eludir su responsabilidad.

Mire, finalizaré con una pequeña reflexión. Con una lista de espera en traumatología de más de un año, y una lista de espera quirúrgica de más de seis meses, ¿me puede explicar cómo un paciente autónomo puede salir siquiera a correr, salir por las mañanas a correr sin el riesgo de accidentarse? Vamos, ya mucho menos a esquiar o hacer cualquier otro tipo de deporte de contacto. No pueden, no pueden. Salvo que

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

tengan un seguro privado, no se pueden arriesgar, porque, evidentemente, no pueden paralizar su actividad durante casi un año y medio para que le operen...

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Señor Morón, vaya terminando.

El señor diputado MORÓN SANJUÁN: Termino en seguida.

Para que le puedan resolver su problema sanitario, y eso es preocuparse por los problemas concretos, no por esas cifras macro de disminución de las listas de esperas que no nos dicen nada. Lo queremos es que se aumente la capacidad quirúrgica del sistema sanitario público Aragonés, y que se haga uso también de los servicios que se pueden contratar con los servicios sanitarios [...?].

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Morón.

Para su dúplica tiene el señor Abad cinco minutos. Cuando usted quiera.

El señor director general de Asistencia Sanitaria (ABAD DÍEZ): Bueno, señor Morón, pues en las dos últimas reflexiones estamos de acuerdo. Nosotros estamos apostando por incrementar la capacidad de los recursos quirúrgicos públicos, de todos los recursos quirúrgicos públicos, no solo los del Servicio Aragonés de Salud, y estamos también en la capacidad que tienen los centros privados por la concertación con los centros privados, siempre dentro de esa capacidad.

Hago unas reflexiones. Primero, en mi respuesta no le he hablado de cifras de lista de espera. No, no me ha parecido oportuno. Le he hablado de actividad, porque es lo que plantea precisamente el plan de abordaje. Cuál es el incremento de actividad. No le he dado datos comparativos con el 2019 porque no los he traído. Si los pregunta, todos los días estamos respondiendo preguntas parlamentarias, se los podemos dar sin ningún problema.

Sí que creo que no me equivoco si afirmo que en 2022 se está haciendo más actividad quirúrgica que en 2019. Eso creo que lo puedo afirmar. No tengo aquí los datos, pero creo que lo puedo afirmar, y si nos hace la pregunta por escrito, se la contestaremos sin ningún problema, como contestamos miles, bueno, miles no, pero cientos de preguntas a lo largo del año.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

No entiendo muy bien esa propuesta de esperar a que la gente se busque la vida o incluso que fallezca. Sí que le puedo decir que, hablando del caso concreto, una de las medidas que estamos trabajando con todos los servicios sanitarios es precisamente revisar que los profesionales revisen la situación de los pacientes que llevan más de un año en lista de espera, precisamente para ver en qué situación está ese paciente, si sigue necesitando esa intervención quirúrgica.

Todos sabemos que en muchas de las patologías de las que estamos hablando, fundamentalmente patologías traumatológicas y patologías neuroquirúrgicas, las soluciones quirúrgicas no son siempre la única solución, y hay problemas que se resuelven sin necesidad de intervención quirúrgica. Esa es una de las líneas también por las que se apuesta, por la toma de decisiones consensuada con los pacientes.

No siempre, especialmente en traumatología y neurocirugía, la solución quirúrgica es la única solución posible, y no siempre es la mejor, aunque pueda haber una indicación quirúrgica para ese paciente. Por eso hay que revisar la situación de los pacientes periódicamente para ver cómo evoluciona ese paciente y hasta qué punto se puede tratar.

Respecto al retraso que comenta en la contratación, yo lo siento, pero la Administración tiene unos tiempos y unos requisitos para la contratación. No se puede iniciar un contrato hasta que haya un presupuesto aprobado por ustedes, por cierto, y firmado y colgado en el sistema presupuestario y financiero del Gobierno de Aragón, y una vez que se inicia el contrato, tiene que pasar por Asesoría Jurídica, por Intervención, por Presupuestos, por una serie de pasos que requieren cierto tiempo.

La Administración no es ágil en contratar. Yo creo que cualquiera de ustedes que haya trabajado en la Administración sabe que la Administración no es ágil en contratar. Lo siento, no es algo que podamos resolver de un día para otro, y precisamente esos retrasos en la contratación dependen de todos los controles de legalidad, de capacidad financiera, que tiene la Administración y que son lógicos que exista en la Administración, porque trabajamos con dinero público.

En esos meses en los que dicen, los servicios sanitarios privados no están ociosos. La sanidad privada tiene también su demanda, y la sanidad privada sabe los tiempos con los que nos manejamos en la Administración pública, sabe los plazos en los que solemos sacar los contratos, y adecúa su trabajo, sus recursos, a la demanda que tiene de la sanidad pública y la que tiene por parte de la sanidad privada. No se piensen

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

que los hospitales privados están vacíos y ociosos si no les derivamos pacientes de la sanidad pública.

Luego también una reflexión, porque otras veces ha salido y es posible que salga. ¿Por qué en Aragón tenemos datos peores de demora que en otras comunidades autónomas? A ver, ya les he dicho antes que yo estuve en la comisión del año 2000 que abordó, antes de las transferencias, la situación de las listas de espera y los sistemas de información, y conozco bastante bien qué mecanismos se pueden hacer para maquillar en los sistemas de información las listas de espera.

Uno de ellos, por ejemplo, es no incluir a un paciente en lista de espera hasta que no se le ha hecho la preanestesia, y no hacer la preanestesia hasta que el paciente tiene fecha prevista de intervención en los próximos seis meses, que es el tiempo habitual que se considera que dura la preanestesia.

Eso se ha hecho tradicionalmente en alguna comunidad autónoma de nuestro país, y lo sé porque conozco a la gente que lleva estos temas en otras comunidades autónomas y a los profesionales que trabajan en admisión en esos hospitales.

Yo, desde luego, el tiempo que he estado trabajando tanto como técnico como ahora, como director general, creo que no es una buena idea maquillar los datos de lista de espera para sacar buenos resultados y, de hecho, no deja de llamarme la atención que sale a veces en los periódicos información sobre pacientes que llevan dos años en lista de espera en comunidades autónomas en las que los resultados que salen publicados son de seis meses o menos de seis meses de lista de espera, algo que siempre me ha llamado la atención.

Muchas gracias.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Abad.

A continuación, intervendrán los restantes grupos parlamentarios con un tiempo máximo de cinco minutos.

Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida, señor Sanz.

El señor diputado SANZ REMÓN: Gracias, presidenta. Buenos días, señor Abad. Agradecerle su comparecencia hoy aquí.

Nosotros podemos entender que listas de espera vaya a haber siempre. El problema es que tenemos un problema estructural con las listas de espera que va más

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

allá del hecho coyuntural de su existencia y, por lo tanto, a nuestro juicio, y el plan que ustedes plantean, la valoración no es la misma que hacen ustedes.

Es decir, la situación estructural sigue siendo preocupantísima. Si bajan en pacientes de más de seis meses, al final, incrementa el tiempo medio de espera. Entonces, a nosotros eso... Hay datos, además, que así lo corroboran en cuestiones de agosto del 2022. Cirugía pediátrica, oftalmología, nos preocupa y, sobre todo, es verdad que hay que reconocer que en especialidades como la cirugía plástica o la traumatología ha bajado, pero esta última tiene la mayor lista de espera, y no entendemos cómo puede, por ejemplo, mantenerse la unidad de rodilla del Servet bajo mínimos, como se está manteniendo ahora, por ejemplo.

Hemos solicitado muchas veces conocer, señor Abad, la incidencia de la concertación en la capacidad de los centros, porque de lo que se trata es de analizar realmente la capacidad de los centros para dar respuesta objetivamente a su mejora, si así fuese necesario, aunque ustedes lo descartan.

Porque no sabemos cuántas operaciones se llevan a cabo con el programa de concertación por centro durante el mes y, claro, no sabemos, por lo tanto, cómo afecta esto a la capacidad real, no hacemos un análisis estructural de las capacidades reales de los centros.

Sobre los objetivos concretos, señala el plan que no habrá pacientes oncológicos pendientes de intervención con demora de más de treinta días, y eso es muy necesario. Nosotros, obviamente, lo compartimos, pero no sabemos, señor Abad, cuál es la situación actual, porque la lista de espera no podemos saber en qué situación se encuentra ahora, porque no está explicitado, y esa es una de las cuestiones que Izquierda Unida quería plantearle, si se va a publicar en esa información mensual estos datos, estas cuestiones. Además, así se cumpliría también con el decreto de garantía de plazos.

Sobre el objetivo de alcanzar a finales del 2023 un incremento... un descenso, perdón, del 85% de los pacientes de demora estructural de más de ciento ochenta días respecto a agosto del 2020, yo quiero preguntar qué significa y si he entendido bien lo que significa, y si los datos que le doy a continuación están equivocados.

En agosto del 2020 había diez mil novecientos noventa y cuatro pacientes en esta situación más de seis meses. En 2023, ¿quiere decir que solo habrá mil seiscientos noventa y cuatro personas esperando? Esa es la cuestión, porque en agosto del 2022 había siete mil novecientos setenta y cinco, si los datos no nos fallan, y desde el inicio

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

del plan se ha reducido en trescientos sesenta y cuatro. Nos preocupa saber cómo lo vamos a conseguir.

Otro de los objetivos, hablaba del decreto de garantías de plazos, y la primera reflexión que a Izquierda Unida le asalta es que este decreto es del 2003, si no recuerdo mal. Claro, recogemos cardíaca, neoplasias, cataratas, en fin, rodilla y cadera, artrosis. La pregunta es si no considera necesario en 2023 —finales del 2023—, que afecta este plan, actualizar este decreto. Es decir, que podríamos plantearnos objetivos un poco más acordes a la situación actual.

Otro de los objetivos planteaba el incremento del rendimiento quirúrgico hasta un sesenta y nueve por las mañanas y un sesenta y uno por las tardes. Yo le quiero preguntar si se ha conseguido, porque esto es paso previo para empezar a desatascar, y qué factores influyen, por ejemplo, [...?], y discutíamos con la consejera sobre esto en alguna ocasión, tenía un rendimiento —y tiene— del 74%, y nos gustaría saber qué diferencias hay con el resto.

Por ejemplo, si se analiza la incidencia del personal de limpieza, que es un factor vital para el funcionamiento de los quirófanos, o no se analiza. Esa es una cuestión que yo le pregunto, y otra es sobre la capacidad global del centro. En este sentido, los acúmulos que durante siete años se han hecho por el Plan Impulsa en diferentes categorías. ¿Por qué no se plantean incorporarlos en la plantilla orgánica, como debería de ser? Siete años. Esta es una cuestión estructural, no es una cuestión coyuntural.

Las listas de espera, al final, no solo impactan en la enfermedad, también en la salud general, en el bienestar. Las situaciones incapacitantes, aunque no impliquen necesariamente que la enfermedad vaya a más, afectan seriamente a la salud y, por lo tanto, al bienestar de la ciudadanía, y solo hablamos de lista de espera quirúrgica, no estamos hablando de las listas previas, de esas listas de pruebas diagnósticas, de especializadas, que hacen mucho más larga la espera.

Por lo tanto, quizá para garantizar la calidad de vida deberíamos de reforzar alguna otra red básica, por ejemplo, en cuestiones, además, que tienen que ver con los atascos más fundamentales, la neurocirugía o la traumatología, que tengan que ver con la rehabilitación o la compensación a través de la atención primaria que ahora está maniatada en este sentido.

Este plan de choque —voy acabando, presidenta— ofrece las medidas prácticamente similares a las de todas las veces: peonadas, derivación a la privada, que

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

alivia coyunturalmente pero que no mejora la situación estructural y las causas que generan esta sobreespera. Ya no hablamos de la existencia de listas espera, sino de la sobreespera.

Por lo tanto, quizá deberíamos introducir nuevos elementos, y a mí me preocupa mucho —a Izquierda Unida le preocupa mucho— que han descartado el básico y fundamental que es la mejora de los recursos propios. Dice el plan literalmente que crece la demanda si se mejora los recursos propios. Es que esto no es comprar ropa, señorías. Si dos mil quinientas personas esperando en trauma más de seis meses no exigen que tengamos más recursos, yo no sé de qué estamos hablando.

Por lo tanto, hay otras cuestiones. Dirán: «no hay médicos...».

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Señor Sanz...

Acabo ya, presidenta.

Pero el problema de la concertación, al final, es la competencia con los médicos, que el plan por los médicos, que el plan sí que cita, pero que tampoco aborda en un debate sereno. Esos debates estructurales son los que Izquierda Unida quisiera plantear en una comparecencia de este tipo, más allá de cifras, porque reducir a corto plazo esta situación, señorías, no va a resolver los problemas que la generan, más allá de la consustancial existencia de listas de espera, más allá de eso, hay que buscar las causas estructurales que generan esta sobreespera.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Sanz.

Grupo Parlamentario Aragonés. Señora Peirat.

La señora diputada PEIRAT MESEGUER: Muchas gracias, presidenta. Buenos días a todos y buenos días, señor Abad, y agradecerle, en primer lugar, las explicaciones ofrecidas sobre este tema, un tema que preocupa a los aragoneses, y más después de ver aquellos datos publicados sobre las listas de espera.

Nosotros, y le voy a ser muy sincera, tenemos una opinión sobre este tema un tanto reflexiva, un pelín crítica, siempre con el objetivo de trabajar y mejorar dichos problemas. Yo sí que quiero hacer una reflexión, porque, en cuanto a lo que nos ha comentado el señor Morón, pues, hombre, señor Morón, eso de que un autónomo no

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

sale a correr si no tiene un seguro privado, no lo sé, yo voy a reflexionar bastante sobre este tema, básicamente porque yo soy autónoma, pero no sé si el enfoque que le ha querido dar a esto era el que es.

La verdad que es cierto que los datos publicados en mayo de este año eran muy preocupantes, señor Abad, muy preocupantes. No voy a entrar en los datos aportados de otras comunidades autónomas porque creo que ya todos los conocemos. Debemos ser conscientes de que en aquellos datos se nos decía que había ciento ochenta y tres días para ser intervenidos y ciento sesenta para ser vistos por un especialista, y esto, no nos podemos engañar, que son datos alarmantes, y que nos debían preocupar, y yo creo que a este Gobierno le preocupa, y nos consta que así se está trabajando.

También debemos decir que los datos publicados a mitad de este año por el verano constataban que las listas de espera se habían reducido en un 17%. Hay que decir una cosa y hay que decir otra, porque esto también es un dato importante y un dato positivo, y es que yo ya lo he repetido en numerosas ocasiones: sin salud no hay nada, y una persona que está pendiente de una intervención o de una visita con tanto plazo, la verdad es que a esa persona le desespera, porque, cuando te toca, es cuando realmente sabes lo que desespera este tema.

Ante tal situación, y como bien sabemos, se ha tomado medidas, este Gobierno ha tomado medidas, y nosotros entendemos que ese plan de choque nos está ayudando a reducir a lo que hoy hemos venido a hablar, que son esas listas de espera. Como todos sabemos, 2020 fue un año terrible para toda la actividad quirúrgica, la COVID hizo que aumentaran los pacientes de las listas de espera hasta en once mil.

En 2021 tampoco pudo cumplirse el objetivo de esas noventa y cinco mil intervenciones, quedándose en noventa mil que se decía en un año, que la COVID seguía causando un colapso brutal en nuestro sistema sanitario, y usted creo que hacía referencia a esto en esta intervención.

Sí que desde el Partido Aragonés le diremos que reconocemos —bueno, ya se lo he dicho— el esfuerzo que se ha realizado desde la consejería al destinar muchos recursos económicos para solventar, entre otros, este problema, dinero destinado a través de ese plan que pretende impulsar ese rendimiento quirúrgico.

Todos conocemos que esto supone también un aumento de horas de trabajo y calidad en los contratos de los profesionales, porque también todos somos conscientes —y aquí se ha dicho— del problema que sufrimos ante la falta de profesionales. Esto es

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

un problema que lo venimos repitiendo comisión, pleno, tras comisión, Pleno, y yo creo que es un problema al que debemos de poner solución. No sé si dependerá de la comunidad autónoma o del Estado, pero la verdad es que hay que poner solución.

También ese fomento de la colaboración público-privada que desde mi grupo parlamentario siempre lo hemos defendido, y yo creo que siempre me lo han oído, porque, al final, debemos de dar solución a la salud de los aragoneses, por lo que estamos y estaremos siempre a favor de la búsqueda de esas soluciones, soluciones que sean eficaces y que, al final, solventen los problemas de nuestros aragoneses.

Por ello —yo ya finalizo—, desde el Grupo Parlamentario Aragonés, sabe, señor Abad, y lo he dicho en numerosas ocasiones, que en todo lo que sea mejorar la salud de nuestros aragoneses, ahí nos encontrará para trabajar al Partido Aragonés.

Nada más, y muchas gracias, presidenta.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señora Peirat.

Grupo Parlamentario Chunta Aragonesista. Señora Lasobras.

La señora diputada LASOBRAS PINA: Gracias, presidenta. Buenos días a todos y a todas. Gracias, señor Abad.

Desde Chunta Aragonesista ya lo hemos repetido muchas veces y hemos dejado claro que la falta de recursos económicos y la necesidad de un cambio en el sistema de financiación actual para poder afrontar una sanidad pública digna, un nuevo modelo donde se tenga en cuenta criterios que reflejan mejor esta realidad aragonesa que vivimos y el coste efectivo de los servicios públicos, servicios públicos que debemos de proteger por el bien de la ciudadanía y de todas las personas que vivimos aquí.

Factores como la superficie, la dispersión territorial o el envejecimiento son la clave a la hora de disponer de recursos económicos suficientes, porque cada día que pasa con el actual modelo, Aragón pierde.

Por otro lado, dejando la cuestión financiera, también hemos hablado en diferentes ocasiones de los efectos provocados por la pandemia a la hora de abordar las listas de espera, ya que el estrés que ha causado al sistema público de salud era difícil de evitar. El impacto de la COVID ha sido devastador, porque los cirujanos se dedicaron a urgencias y dedicaron todos sus esfuerzos a atajar la crisis sanitaria.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Si antes de la pandemia había un sistema sanitario con déficit, ahora la dolencia ha pasado a ser crónica y, a pesar de ello, resulta muchas veces incomprensible para aquellos pacientes que esperan meses a una intervención quirúrgica. Es lo que tiene el miedo, los dolores o la calidad de vida cuando se trata de la salud propia.

También hemos reconocido en alguna otra comparecencia en comisión o en Pleno, que estamos ante unos datos que no son buenos, y que la ciudadanía reclama soluciones que debemos dar desde el Gobierno de una manera rápida y eficiente para que todas las personas que estén pendientes de una intervención tengan una respuesta adecuada. Porque muchas veces no es tan relevante el volumen de registros, sino que seamos capaces de darles una respuesta a tiempo, a medida que nos encontramos en tiempos de cierta normalidad.

Pero también debemos de ser conscientes de que, para mejorar las listas, debemos hacer cambios del modelo de gestión e incorporar medidas globales que mejoren el funcionamiento del sistema sanitario, un riguroso análisis de la demanda, y crear mecanismos abiertos para facilitar la participación y decisión de profesionales sanitarios, gestores y administraciones sanitarias, y así fue como se aprobó el plan de abordaje de las listas de espera para el 2022-2023, donde hay algunas líneas que destacan, como mejorar los niveles de actividad. Ya nos ha contado que hay operaciones mañana y tarde en el Miguel Servet y en el Royo Villanova, porque la demanda es ilimitada y la oferta es limitada y depende de las personas y de los tiempos, o la colaboración entre los diferentes centros públicos o la informatización del proceso quirúrgico.

Iba a preguntarle por una serie de cuestiones, el número de intervenciones quirúrgicas programadas, cómo había sido el plan este de abordaje, pero ya ha dados los datos del 2021, el éxito que había podido tener este plan a pesar de las cuatro olas de COVID o las cifras del 2022.

Pero también es cierto que las listas de espera no se concentran igual en todos los servicios. Hay un 42% en traumatología para prótesis y caderas, o un 17% en digestivo, o un 10% en oftalmología. Pero también depende, en cierto modo, de los hospitales. Porque, en definitiva, de lo que se trata es de que se debe de aumentar la calidad de atención sanitaria prestada en Aragón, reducir su variabilidad y liberar espacio quirúrgico en los hospitales para este tipo de intervenciones.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Para terminar, diré que hay que decir que las listas de espera son un elemento clave que permite evaluar la calidad del conjunto del sistema sanitario y de los servicios públicos implicados. La pandemia nos demostró eso, que con unos servicios públicos fuertes somos capaces de salir adelante y de ofertar a la ciudadanía mejores servicios.

También ha hablado usted de cuando se derivan las listas de espera a la sanidad privada, que solo pueden hacer un 5% de los pacientes que hay en las listas de espera derivarlos a esa sanidad. Porque desde Chunta Aragonesista algo que no compartimos es que el creciente de las listas de espera sirva para recortar prestaciones del sistema público y la introducción de criterios de privatización, y es algo, desde luego, que desde nuestro grupo parlamentario nunca vamos a apoyar.

Gracias por sus explicaciones, y le esperamos nuevamente cuando usted venga bien a explicarnos más cosas.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señora Lasobras.

Grupo Parlamentario Podemos Equo Aragón. Señora Cabrera.

La señora diputada CABRERA GIL: Gracias, señora presidenta. Señor Abad, bienvenido a estas Cortes de Aragón.

De nuevo hablamos sobre un tema que nos preocupa y que preocupa a la sociedad aragonesa, que no es otro que el de las listas de espera, y es evidente que tenemos un problema de carácter estructural que habrá que abordar a largo plazo y, por lo tanto, debemos de impulsar una reforma profunda del sistema sanitario público, para que esas listas de espera se reduzcan y, por lo tanto, podamos actuar de acuerdo a los tiempos, y que la gestión, desde una gestión sanitaria, desde una gestión pública, incida en esa reducción.

Usted hablaba de aquellos barro, aquellos lodos y, por lo tanto, podemos decir que, tras una pandemia y tras una gestión del Partido Popular cuando gobernaba, que no hizo otra cosa más que recortar, no emitir ofertas públicas de empleo y que, por lo tanto, tampoco puso en marcha ningún tipo de plan de reducción de listas de espera, vemos cómo ahora estamos también pagando las consecuencias, como decía, de aquella crisis política de aquel entonces, de aquella crisis económica de aquel entonces, de aquella falta de gestión de aquel entonces, y también de una pandemia a nivel mundial, que ha

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

evidenciado que es un problema el que tenemos de carácter estructural de las listas de espera.

No solo debemos de hablar de las listas de espera de carácter quirúrgico, sino que no debemos de olvidar aquellas que existen en atención primaria. Hemos comprobado cómo la puesta en marcha de treinta millones de euros para reducir las listas de espera es profundo, pero precisa más esfuerzos, y hemos, por lo tanto, de acometer esas listas de espera, como decíamos, también desde la atención primaria, que hay ocasiones que se nos escapa o se nos olvida.

Es que la pasada semana recibíamos un anuncio, que nos parecía que era satisfactorio, por parte de la consejería, donde, aun con cierto retraso de tres meses el buzón de voz permitiría recuperar llamadas perdidas, y lo haría con una respuesta de entorno a veinticuatro o cuarenta y ocho horas y, por lo tanto, se implantarían los primeros treinta y siete ambulatorios en Aragón.

Una medida positiva para poder reducir esas listas de espera en atención primaria, que también, como decíamos, nos preocupan y, además, coincidiría con otra noticia positiva que se daba desde el Gobierno estatal, donde Aragón recibía 5,5 millones, de los ciento setenta y siete que el presidente de España anunció, y que se iban a destinar, por lo tanto, en parte a atención primaria, y esperemos que sea también para esa gestión, para esa planificación y para esa reducción de las listas de espera.

Pero los presupuestos que no llegan a nivel estatal no deben de suponer una lotería para las comunidades autónomas. Debe de haber, por lo tanto, como decíamos, esa planificación y esa gestión que hace falta —y mucha falta— en las listas de espera.

Unas listas de espera que son un problema de carácter serio, que son un problema global, que es un problema de carácter estructural, y que se extrapola a todo el territorio español, y en Aragón no podemos gestionar como gestionan en Galicia ni como gestionan en Madrid ni como gestionan en Andalucía, que es haciendo una reducción de las listas de espera por la derecha.

Ayer aquí, en nuestra ciudad, unos terrenos que eran públicos se habían privatizado para poder construir un hospital privado que nuestra ciudad zaragozana no necesitaba. Por lo tanto, desde nuestro grupo parlamentario vamos a seguir defendiendo que la reducción de las listas de espera no sea como hacen en las comunidades autónomas donde gobierna el Partido Popular ocultando datos, maquillando datos y, por lo tanto, haciendo derivaciones a la privada.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Aquí, en Aragón, lo que queremos y lo que creemos es que haya una defensa de la atención pública y que, por lo tanto, sea con esa reducción de las listas de espera desde la planificación, desde la gestión y también con unas listas de espera que vayan acompañadas de las consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas, y esto lo dice el real decreto de 2003, del 23 de mayo, por el que se establecen medidas para la homogeneización de todo el sistema nacional sanitario, y esperemos que Aragón siga trabajando en esas medidas y no, como decíamos, haga como hacen en otras comunidades autónomas con esa reducción por la derecha.

Es fundamental, por lo tanto, realizar un buen diagnóstico, una precisión, y usted [...?], y hay que reconocer que es evidente que se ha hecho un esfuerzo en el incremento del gasto, y que traerá beneficios y una repercusión positiva, porque desde el 2016, con crecimientos interanuales de entre un 3,6 y un 13,7 en 2021, hemos visto cómo, pese a la pandemia, se ha podido incrementar el presupuesto sanitario, teniendo en los dos últimos años los presupuestos más elevados de la sanidad de toda la historia.

Pero mire, nosotras ya en la legislatura pasada, ya antes de la pandemia, ya antes de que hubiera más barro y más lodos, proponíamos que existieran diferentes medidas. Usted lo recordará, que proponíamos un grupo que estudiara y, por lo tanto, trabajara para la reducción de listas de espera con esa gestión, y dijimos: ¿cómo hacemos esa gestión?

Estudiando la asignación de recursos y cargas de trabajo a los distintos centros, realizando una evaluación de necesidades estructurales de camas agudos y larga estancia, consultas externas, quirófanos, haciendo una evaluación de las necesidades de la población por número, con su pirámide poblacional, un estudio de la demora, consultas del primer día, un protocolo de indicaciones terapéuticas, cirugía mayor ambulatoria, cirugía menor, estudio de demoras de inicio de tratamiento, estudio de estancias de media por proceso, de posibilidades de alta hospitalaria, de criterios de inclusión de las listas de espera, una evaluación y seguimiento monitorizado de rendimiento y análisis de los procesos, y me permitirá la señora presidenta que vaya concluyendo ya con un estudio de fórmulas para disminuir las listas de espera en determinados procesos o servicios, así como una total transparencia en su gestión y acceso público a los datos de carácter real.

Por lo tanto, creemos que se ha puesto los primeros pasos, pero que, sin esa gestión, sin esa planificación, sin un abordaje a largo plazo, únicamente los planes, que

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

bienvenidos sean, 2022 y los que vengan [...?] serán positivos, pero realmente serán únicamente parches. Hace falta, por lo tanto, una planificación y una gestión a largo plazo.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias.

La señora diputada CABRERA GIL: Muchas gracias, señora presidenta.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señora Cabrera.

Grupo Parlamentario Ciudadanos Partido de la Ciudadanía. Cuando usted quiera. Tiene cinco minutos.

La señora diputada SACACIA LARRAYAD: Gracias, señora presidenta.

Buenos días, señor Abad. Muchas gracias por la información que nos ha facilitado. Pero me va a permitir que le cuestione algunos de los datos o, por lo menos, la forma en que los ha analizado. No seré yo la que le niegue la mejoría de las listas de espera que han tenido desde principios de año, y que en estos meses ha habido una importante reducción que ha ido manteniendo la tendencia a la baja, salvo en el mes de agosto, que generalmente las listas de espera se ven incrementadas debido al parón estival.

Pero si algo hemos tenido claro siempre en Ciudadanos es que los problemas de las listas de espera son un problema estructural ante el que hay que adoptar medidas estructurales y, además, que la fluctuación que sufren las listas de espera es algo cíclico, que se repite año a año, y que, en función del mes que nos encontremos, sube o baja, y baja más o menos.

Así que lo primero que queremos es cuestionar los ítems que ustedes seleccionan para llevar a cabo las comparaciones. Toman como referencia el mes de enero. El mes de enero fue uno de los meses con peores datos, incluso peores que los del mes de diciembre, que son los datos que toma el Ministerio de Sanidad para estas famosas tablas que sitúan Aragón como la comunidad autónoma con peores datos de listas de espera.

Nosotros entendemos que la comparación debería ser anual. Es decir, si utilizamos los datos del mes de agosto de este año, deberíamos compararlos con los

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

datos del mes de agosto del año pasado. Así, en agosto del 2021 teníamos siete mil quinientos treinta y tres aragoneses en lista de espera durante más de seis meses, y en agosto del 2022 tenemos siete mil novecientos setenta y cinco aragoneses en lista de espera, es decir, cuatrocientos cuarenta y dos aragoneses más.

Si revisamos los datos de julio, vemos que en el 2021 había seis mil quinientos treinta y siete aragoneses en lista de espera, y en julio del 2022 hay seis mil setecientos cuarenta y seis, es decir, doscientos nueve aragoneses más que en el 2021.

Respecto a los porcentajes de incremento en las listas de espera durante el mes de agosto, vemos que el incremento del año 2022 es del 15%, frente al incremento del 12% que experimentó el 2021. Primera conclusión de datos: el año 2022 es peor que el 2021. Así que sí, tal y como nosotros decimos, la evolución de las listas de espera es cíclica, es de prever que terminemos el año 2022 con unos datos peores a los que tuvimos en el 2021.

De hecho, hasta la fecha, los datos mensuales de las listas de espera del 2022 son peores que las del 2021. Así que yo me pregunto: ¿se puede comprometer usted en estos momentos a que, en diciembre del 2022, habrá menos aragoneses esperando seis meses una operación que los que había en diciembre del 2021?

Hasta ahora, las valoraciones sobre la buena evolución de las listas de espera en Aragón se basan en datos objetivos, pero sesgados, en función del período y de la fecha que se elige de referencia. Pero, si analizamos el ciclo anual de la evolución de las cifras, y lo comparamos con los datos de las mismas fechas del año anterior, los datos objetivos, con un análisis objetivo, arrojan una única conclusión: que la evolución de las listas de espera no es buena y que sigue creciendo.

No obstante, me va a permitir que hagamos un pequeño análisis de las diferentes medidas recogidas en el Plan de Abordaje de las Listas de Espera Quirúrgicas. En relación con los indicadores quirúrgicos, y dado que ya hemos cumplido el primer trimestre y semestre del 2022, nos gustaría conocer los porcentajes de rendimiento quirúrgico de los diferentes centros y el análisis en relación con los objetivos establecidos para 2022. Es decir, vistas las ratios alcanzadas a lo largo del primer semestre del 2022, ¿se van a alcanzar? ¿Se van a superar los objetivos programados?

Una de las principales medidas para hacer frente a las altas listas de espera que sufrimos en Aragón pasaba por los autoconciertos, que consistían en incrementar las horas de rendimiento de los diferentes quirófanos, y se proponía en el plan comenzar a

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

utilizar los quirófanos en turno de tarde. Incluso se hablaba en el plan de abordaje de las listas de espera para habilitar el uso de quirófanos el fin de semana. Así que la pregunta es obvia: ¿están funcionando los quirófanos en turno de tarde en los hospitales de Aragón? ¿Qué ratio de rendimiento y de ocupación tienen en estos quirófanos los que están funcionando en el turno de tarde?

En el mes de julio, desde el Departamento de Sanidad se anunció que los quirófanos del Hospital Clínico del Servet iban a funcionar en turno de tarde, al menos en el mes de julio. Así que nos gustaría saber también si se ha cumplido el objetivo, y cuántos días del mes de julio han permanecido activos los quirófanos en el turno de tarde en ambos hospitales.

En relación con la medida de abrir los quirófanos el fin de semana, nos gustaría saber si esta medida, al final, se ha puesto en práctica o no.

Me va a permitir que acabe mi intervención hablando de los conciertos sanitarios, de la colaboración público-privada en el área de sanidad. Usted sabe que desde Ciudadanos siempre hemos defendido la necesidad de utilizar todos los recursos sanitarios disponibles en nuestra comunidad autónoma para hacer frente a este grave problema que seguimos teniendo con las listas de espera.

Nos gustaría saber si se han realizado derivaciones a otros hospitales diferentes a los de la red pública y qué ratios de derivación están manteniendo en estos momentos. ¿Tienen intención de incrementar en el último trimestre estos conciertos sanitarios en Aragón?

Con estas preguntas sería todo. Darle las gracias por su intervención y darle las gracias a la presidenta.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señora Sacacia.

Grupo Parlamentario Popular, señor Fuertes.

El señor diputado FUERTES JARQUE: Muchas gracias, señora presidenta. Señor Abad, bienvenido a la Comisión de Sanidad.

Casi voy a empezar, porque no pensaba hablar de años y de datos, pero, como sabía que lo iban a decir, simplemente lo voy a dejar encima de la mesa: en el año 2015, 1 de enero de 2015, datos del Gobierno de Aragón, había dos mil setecientos catorce personas en lista de espera; el año 2019, antes de la pandemia, tres mil ochocientos

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

veintinueve, o sea, mil cien pacientes más desde el 2015 al 2019, y siete mil quinientos en el año 2021.

Este año nos enteramos de la desagradable noticia para Aragón de que encabezamos el *ranking* a nivel nacional. Esto no es bueno, que Aragón vaya número uno en *ranking* de listas de espera, pero, evidentemente, al final, ahí estamos, los datos son los que son y no lo podemos negar.

Ha hablado usted del plan 2022, que evidentemente, si vemos los datos, no ha funcionado tan bien como creo que ha manifestado usted, aunque sí que la consejera dijo en sede parlamentaria que los resultados habían sido flojos, bueno, los ve flojos. Yo los calificaría con otro calificativo más gordo, pero, bueno, ella dijo que eran flojos.

Alguna insinuación se ha hecho sobre el tema de medir las listas, señor Abad. Siempre han dejado ver que algunas comunidades hacen trampillas, vamos a llamarlo así, usted [...?], bueno, que hacen trampillas, pero también declaró que se iba a trabajar para evitar y reducir esta lista de espera.

Sí que dijo la consejera que el plan de abordaje se iba a reevaluar a los pacientes. Sí que me gustaría que me dijera qué significa reevaluar. Algo nos ha dicho de una cosa que a mí no me gusta particularmente. Es: paciente médico decide si me opero o no me opero. Yo creo que esa es una frase que está diciendo mucho, y que no tiene mucho sentido, porque, al final, el paciente no tiene los conocimientos, por supuesto que no los tiene, en determinadas patologías que pueda padecer; y el médico es el que tiene que decidir si ingresa en una lista o no ingresa en una lista, pero de quirúrgica. Por eso le digo que eso de la reevaluación nos parece que choca un poco.

La realidad es que este plan de abordaje, con los datos que tenemos, desde marzo hasta ahora, han pasado seis meses, este plan que presentaron, y ha sido ínfimo. Prácticamente hemos pasado de ocho mil trescientos a siete mil novecientos setenta y cinco, por lo cual, trescientos y pico pacientes, que yo creo que es muy poco, y es una bajada muy ínfima.

También nos gustaría que cómo hemos llegado a esto, y no ha hecho autocrítica. Yo no sé la [...?] porque podemos llegar, tenemos varios datos objetivos que son los siguientes:

Aragón, junto con Castilla y León, fue la única comunidad autónoma que este presupuesto bajó el presupuesto, un 3,68%. Dato objetivo. No me lo invento, porque viene en los presupuestos. Y en octubre de 2021, que nos hemos olvidado de nombrarlo,

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

esta comisión no se ha dicho, se rescindieron dos mil seiscientos veinte contratos, ya no de médicos, pero sí de personal de enfermería, TCAE, celadores de limpieza, etcétera, que sin ellos sabemos que no pueden funcionar los quirófanos. Es un cuello de botella que se hace y, sin ellos, como digo, no se puede. Pues yo creo que también influyó.

La verdad es que hemos pasado también de la sexta posición en gasto sanitario al puesto undécimo, señor director general, dato objetivo también. Todo esto, yo creo que, al final, va a redundar. Ciudadanos denunció el cierre hace unos meses de trece quirófanos. Podrá influir.

Los conciertos sanitarios. Vale, seis millones de euros en el presupuesto de este año dijo la consejera el otro día, un 22% menos que el año 2021. Quizá no es el momento de reducir, si se ha reducido. Vamos a hacer un plan de choque, vamos a ver lo que tenemos en Aragón, pongamos el dinero que haya que poner y, donde no hay dinero público, posiblemente podamos hablar de una reducción de listas con este tema.

Ayer en Teruel, ayer, esto es de ayer, el presidente Lambán, el presidente de todos, aragoneses, en un acto del cuarenta aniversario del Estatuto de Autonomía de Aragón textualmente dijo que, de estos cuarenta años de autonomía, se debía el éxito que había tenido Aragón, en gran medida a la colaboración público-privada de la sociedad aragonesa. Lo dijo Lambán ayer, y estoy de acuerdo con él. Evidentemente, entre todos tenemos que conseguir que Aragón sea más fuerte y tenga mejores datos.

Con estos cien millones de euros que anuncia la consejera para este fin nos parece bien, como le he dicho, y sigan esta línea, pero de los servicios públicos tan extraordinarios y tan defensor que soy yo, que yo he trabajado en el sector público, en la sanidad además, y volveré a él seguramente, donde no llegan, tenemos que buscar soluciones, y por eso las tenemos al alcance de la mano.

Porque, al final, un aragonés lo que se quiere es curar. Yo pongo ejemplos, yo soy de Teruel, todo el mundo me conoce, el otro día me paró una persona: «oye, me han llamado de la Quirón para operarme del tendón supraespinoso porque no puedo más». «¿Qué hago, Jesús? ¿Voy o no voy?» Digo: «¿quién te ha llamado?» «El [...]». Digo: «¿Ves? Porque te van a operar, por lo menos, ya no sé si mejor, pero con la igual calidad, seguro, porque [...] es el que te ha llamado». Fue, se operó, y el hombre está contento.

¿Por qué tenemos que evitar esto, si lo podemos hacer, donde no llega lo público, vuelvo a insistir? La verdad es que tenemos que ser ambiciosos. Hay un tema

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

en el plan de abordaje que me preocupa, lo nombra Izquierda Unida, los treinta días de demora en patologías oncológicas, señor director, ahí tenemos que mirarlo, ahí tenemos que mirarlo, porque es un dato bastante frío.

Ya sé que todos los cánceres son iguales, ya sé que hay patologías que corren más prisa que otra, pero ya cuando vamos a un margen de cirugía oncológica a treinta días, yo creo que es un tema que tenemos que mirar e intentar solucionar.

El convenio con la MAD, llevo un año oyendo el convenio de la MAD, a ver si de una vez lo pueden firmar, porque yo creo que estaba todo el mundo de acuerdo, y yo no sé por qué no lo firman. En fin, al final no tendremos [...?].

Hay conciertos que están haciendo también, pues para hemodiálisis y resonancia magnética [...?], tomografías, toda serie de conciertos que hay de asistencia sanitaria. Pues vale, sigan esa línea. Lo que no podemos permitir es que haya escáneres, tomografías, [...?] parados, que no estén parados, que estén funcionando mañana y tarde para intentar disminuir, y ya acabo, señora presidenta, porque ya sé que me va a decir que me estoy pasando.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Fuentes.

El señor diputado FUERTES JARQUE: Solo acabo, diez segundos, diez segundos. Solo decir. Lo que tenemos que evitar es que no haya una sanidad de primera y de segunda. Y, señor director general, los datos lo avalan. En este primer trimestre Aragón gana veinticinco mil novecientas cincuenta personas han pasado a seguros privados. Más de un 4%.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Fuentes.

El señor diputado FUERTES JARQUE: Y acabo. Un 22,94% en Aragón tiene un seguro privado.

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Fuentes.

El señor diputado FUERTES JARQUE: Muchas gracias por...

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias.

Grupo Parlamentario Socialista. Señora Moratinos.

La señora diputada MORATINOS GRACIA: Gracias, presidenta. Bienvenido, señor Abad, a esta subcomisión, y gracias por las explicaciones y por la valoración que nos ha hecho de la evolución de este plan de abordaje.

Además, nos ha hecho esta valoración sin paños calientes, asumiendo que los datos no son buenos con total honestidad y con transparencia, sin maquillar esos datos, como, señor Fuertes, esos datos que nos ha leído sí que fueron maquillados en el 2015, justo unos meses antes de las elecciones.

Aquí asumimos que los datos... Sí, claro, en la página web, maquillados. Aquí asumimos que los datos no son buenos, pero los decimos, somos transparentes y somos honestos. Es cierto que el problema de las listas de espera es un problema estructural, y que se da absolutamente en todos los sistemas sanitarios, como consecuencia de esos desajustes que hay entre la oferta y la demanda de los servicios médicos, y es evidente que, a raíz de la pandemia, transcurridos el año 2020 y 2021, los datos y esos desajustes son muchísimo mayores, y es un problema que es claro que es una preocupación importantísima de la sociedad aragonesa en general, y también del Departamento de Sanidad, de ahí que sea una prioridad absoluta el bajar estas listas de espera.

Me consta que es tal prioridad que, cada mes-mes y medio, se suele reunir el departamento con todos los directores de los centros, con las subdirecciones quirúrgicas, para abordar la lista de espera de cada centro hospitalario en concreto, con lo cual, preocupa, ocupa y es una prioridad totalmente absoluta.

Yo creía que la labor de la oposición era fiscalizar y hacer propuestas propositivas. Pero en esta Comisión de Sanidad últimamente lo que se hace es ver todo negro, plantear un panorama de desasosiego total, utilizar calificativos como *vergonzantes*. Es decir, es verdad, los datos no son buenos, pero ¿qué propuestas hacen para esas mejoras? Crítica por la crítica es fácil, es sencilla, y yo entiendo que eso llega a la ciudadanía, pero creo que esa no es la labor que tienen que realizar.

Lo primero que plantea este plan de abordaje de las listas de espera es ser más eficaces, la eficiencia, y eso es lo que creo que se está consiguiendo. Sí que me gustaría que, si puede ser, que nos dijera cómo llevamos esa reducción que se planteaba de un

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

85% a lo largo de todo el plan, es decir, hasta finales del 2023, de reducción de la lista de espera desde ese punto máximo que fue en la pandemia.

También esos treinta millones que estaban destinados a este plan de abordaje, ¿cómo se están ejecutando? Porque es cierto que no se está escatimando ningún tipo de recurso, no económico ni de personal, siendo conscientes de la carencia que tenemos de profesionales, y que se está tratando de maximizar al máximo el rendimiento quirúrgico con esos usos de mañana y de tarde, sabiendo que, con esa utilización conjunta de todos los sectores sanitarios para utilizar esos quirófanos.

A mí me consta, por poner un ejemplo, que en el hospital de Jaca se está operando cataratas, se está operando temas de traumatología derivados del Hospital San Jorge. Obviamente, sencillos, a la categoría que corresponde al hospital de Jaca, pero se está maximizando esos recursos.

Sí que es cierto también que se está haciendo esa revisión de pacientes para ver cómo va esa evolución de patología. Yo creo que eso tiene que ser un porcentaje muy mínimo, que tiene que ser un porcentaje residual de pacientes, pero que también nos va a ayudar a reducir esa lista de espera. Creo también, lo planteó la consejera, el estudiar la variabilidad clínica para ver que, desde todos los centros, se siga los mismos procedimientos ante las mismas patologías. No sé también eso en qué punto está y en qué patologías se ha ido ya desarrollando ese estudio de variabilidad.

Por otra parte, se ha dicho que hay que hacer concentraciones y que hay que utilizar los recursos de la privada. Evidentemente, y eso es lo que se está haciendo. Hay que utilizar todos los recursos disponibles, pero la privada en Aragón tiene una capacidad máxima, y tiene la capacidad que tiene. No sé si tiene el dato de qué capacidad puede absorber esa privada. Además, entiendo también que no todos los procesos pueden ser asumibles por la sanidad privada.

Yo creo que en lo que tienen que seguir trabajando es en dar una respuesta razonable a estos tiempos de espera desde la sanidad pública, priorizando, obviamente, que sea desde la sanidad pública, pero utilizando, como están haciendo ahora, todos los recursos disponibles tanto económicos como profesionales. Con lo cual, sigan con esa línea, que, como hemos dicho, sigue esa franja descendente, aunque tiene que descender más hasta ese 85% que se planteaba en este plan de abordaje.

Gracias, presidenta.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señora Moratinos.

Para concluir su comparecencia, el señor Abad tendrá diez minutos para contestar a las preguntas planteadas.

El señor director general de Asistencia Sanitaria (ABAD DÍEZ): Bueno, intentaré contestar, si no a todas, a la mayoría de las preguntas que hay ahí, y ya saben, lo he dicho otras veces, que, si quieren datos concretos, contestamos todos los días preguntas por escrito con datos. No he traído aquí toda la lista de datos, he traído algunos datos, pero, evidentemente, no todos los datos concretos que me han pedido, y no los tengo en la cabeza, sinceramente. Aunque tengo buena memoria, no tengo todos estos datos en la cabeza. Algunos sí, y alguno comentaré luego.

A ver, primero, yo creo que me alegro de que hay cierto consenso entre todos ustedes, y me alegro, porque coincide también con mi opinión y la opinión del departamento, en que lo principal es reforzar el sistema sanitario público. En eso estamos todos de acuerdo. Yo creo que, si las políticas, tanto las de este Gobierno como las de los gobiernos que vengan, y no como los de algunos que hubo en el pasado, apuestan realmente por reforzar el sistema sanitario público, por invertir en sanidad pública, por mejorar la financiación de la sanidad, y hay probablemente una línea en la que hay que trabajar en todo el país en llegar a una financiación adecuada de la sanidad en todo el país y en todas las comunidades, teniendo en cuenta cuáles son los determinantes del gasto sanitario en las diferentes comunidades.

Si eso se aborda, probablemente podamos mejorar estructuralmente el servicio sanitario público, y podamos mejorar la calidad de la atención, no solo las listas de espera, la calidad de la atención en general, y fundamentalmente, como comentaba también antes, la atención primaria, que no deja de ser la base del sistema sanitario.

Eso implica ampliar recursos propios. Probablemente haya que, igual que hemos hecho en estas legislaturas con la construcción de dos nuevos hospitales, seguir apostando con mejorar los recursos públicos. El sector 1 de Zaragoza, en la margen izquierda, es una zona donde probablemente deba ser, para los que tengan entonces la responsabilidad, el próximo punto donde haya que invertir en inversiones estructurales, en mejora de recursos propios, y fundamentalmente hay que mejorar en inversión en profesionales.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Lo he comentado antes, ha habido dejación de toma de decisiones durante unos años. En los años que llevo yo en la dirección general se ha incrementado en casi un 40% la oferta de formación sanitaria especializada, y esa es la vía donde mejor podemos dedicar los recursos en el futuro para invertir en profesionales, porque, mientras tanto, tampoco nos engañemos, por mucho que queramos mejorar o aumentar los recursos o los quirófanos públicos, no hay profesionales para absorber, para aumentar de forma importante y drástica los recursos destinados a atender a la población.

No hay más traumatólogos que los que hay trabajando. No hay traumatólogos en el paro que podamos contratar, y los que hay, traumatólogos, anestesistas, cirujanos, enfermeras, los que hay a veces no quieren trabajar por la tarde o trabajar en fines de semana.

Entonces, si no hay profesionales nuevos para contratar, y los que hay no quieren trabajar doce horas al día, como por otra parte es lógico, evidentemente, la capacidad de incremento de recursos, la capacidad de incremento de oferta quirúrgica es la que hay, por mucho que queramos y por mucho dinero que pongamos, si no hay a qué dedicar ese dinero, si no hay profesionales que acepten esas ofertas, no se va a incrementar de forma importante.

Por eso las medidas que propone son medidas incrementalistas, pero siempre dependiendo de la disponibilidad de profesionales y de la voluntad de esos profesionales de aceptar las ofertas de incremento.

Sobre la evolución de las listas de espera, la evolución de las listas de espera depende de las salidas de la oferta de cirugía, pero depende también de las entradas. Comentaba antes, comparando con 2021, las entradas, es decir, las indicaciones quirúrgicas en 2021 se incrementaron de forma muy importante, porque en la pandemia también se pararon las consultas externas y las pruebas diagnósticas, y eso ha hecho que en 2021 se haya incrementado la lista de espera, y eso condiciona que los datos de 2022 no parezcan tan buenos como en realidad son, porque sí que se ha incrementado la capacidad de atender, pero también se han incrementado las entradas, y eso es lo que condiciona esos datos que me comentaba antes la representante de Ciudadanos.

Comentaba también, creo que de Izquierda Unida, la consolidación de las plazas del Plan Impulsa. Hay un decreto reciente que consolida las plazas de los profesionales que llevan una serie de años. Todas esas plazas se están incorporando y se van a

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

incorporar a las plazas estructurales del sistema. Eso viene marcado por la ley, evidentemente.

Preguntaban también tardes en el mes de julio. Se han hecho tardes el mes de julio, claro que se han hecho quirófanos de tarde en el mes de julio. No se han hecho en fines de semana porque no hemos encontrado profesionales que estuvieran dispuestos a renunciar a sus fines de semana en los meses de verano y en las vacaciones para operar. Entonces, evidentemente, seguiremos intentándolo.

Pero, como he dicho antes, la posibilidad de oferta quirúrgica en horario de tarde, en horario fuera del horario de funcionamiento habitual de los centros, tiene que negociarse con los profesionales, y tiene que encontrar profesionales que estén dispuestos a hacerlo, y ahí, de nuevo lo digo, hay escasez de profesionales, de especialistas, de enfermeras en los centros, en los centros públicos y en los centros privados.

Preguntaba antes por qué no se ha puesto en marcha el convenio con la MAD en el año 2022. Porque la MAD no tenía profesionales para aumentar el incremento de actividad que requeriría la firma de este convenio. Esperamos. Nos han dicho que esperan para 2023 que puedan disponer de profesionales, pero, evidentemente un convenio contrato depende no solo del dinero que quieras poner y de la voluntad, depende de la capacidad que tengan unos y otros para poner en marcha esos convenios.

Comentaba también y, por cierto, le quiero agradecer que me reconozca que, con las medidas que hemos puesto en marcha, vamos resolviendo los problemas de casos concretos, como el que nos ha comentado. Eso demuestra, de alguna forma, que las medidas que estamos poniendo sí que resuelven las situaciones de pacientes concretos, y que hay pacientes que se benefician de este plan, y que se seguirán beneficiando de este plan, que al final de cuenta es nuestro principal objetivo.

La revisión de los pacientes y la toma de decisiones compartidas, ¿en qué consiste? A ver, un paciente que lleva dos años en lista de espera, un año-año y medio, que tenemos pacientes en algunos servicios, en alguna lista de espera que tienen, evidentemente, hay que reevaluarlos. No puede estar un paciente, después de que se le ha hecho una indicación quirúrgica, sin reevaluar periódicamente para ver en qué situación está, para ver si ha cambiado su necesidad, para ver si hay que cambiar la prioridad que inicialmente se le ha asignado a ese paciente.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Es una medida de calidad asistencial básica. Hay que hacerla continuamente y con todos los pacientes, y más con los que más tiempo llevan esperando, porque en esos pacientes inicialmente no se han priorizado, porque se ha considerado que su patología era una patología grave o que comprometía de forma importante su calidad de vida, hay que reevaluarlos periódicamente porque la situación de los pacientes cambia, los pacientes evolucionan en su situación clínica, y hay que reevaluarlos periódicamente.

La toma de decisiones compartida. A ver, yo creo que hoy en día, con cualquier profesional sanitario que hables, nadie cuestiona la toma de decisiones compartida. La toma de decisiones compartida implica que, para cualquier patología que tiene un paciente hay diferentes intervenciones alternativas. Un paciente que tiene un problema de lumbalgia o de hernia discal puede someterse a una intervención quirúrgica, que tiene sus riesgos y su probabilidad de éxito, puede someterse también a otras técnicas alternativas.

Entonces, siempre hay que valorar con el paciente cuál es la mejor intervención, y eso hay que reevaluarlo periódicamente, porque la situación de un paciente que en un momento determinado puede preferir una intervención quirúrgica porque considera que en ese momento prefiere arriesgarse a los riesgos que tiene cualquier intervención quirúrgica, en ese momento puede preferir esa intervención, igual al cabo de seis meses se ha acostumbrado al dolor que supone la lumbalgia y prefiere seguir con medicación, con fisioterapia, con rehabilitación.

No me miren con esa cara. Vayan a consultas de neurocirugía, vayan a consultas de rehabilitación, al área de consulta de traumatología, y verán que eso es así continuamente. Es una situación que continuamente es la que se da. Los pacientes cambian sus preferencias, cambia su situación, cambia la valoración de su dolor, de su calidad de vida, y eso es algo que todos hacemos en nuestra vida.

Eso de la variabilidad en la práctica médica, ahí tenemos un Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud con profesionales investigadores de prestigio reconocido en todo el mundo, no solo en Aragón, en España, sino en todo el mundo, que publican periódicamente a través de evaluaciones de la práctica médica y que hacen informes periódicos sobre la variabilidad en la indicación de diferentes procedimientos quirúrgicos. Procedimientos traumatológicos, procedimientos ginecológicos, procedimientos quirúrgicos.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Si quieren, pueden consultar la página web del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, y ahí verán todos los informes que se hace de variabilidad en la práctica médica en todo el país, y también, evidentemente, en Aragón.

Comentaban también los datos de 2011 a 2015. No recuerdo muchos datos, pero sí que recuerdo un dato, porque en ese momento me incorporé en mayo. En ese momento dejé —perdón— de trabajar como jefe del Servicio de Evaluación, y llevaba en ese momento el relato de las listas de espera. En mayo de 2011 había cuatrocientos cuarenta y cuatro pacientes en lista de espera quirúrgica. En 2015 subía a siete mil quinientos pacientes en lista de espera, en el período 2011 a 2015.

Los datos publicados no siempre coinciden con los datos registrados. El problema de los datos registrados es que quedan, los sistemas de información de los hospitales guardan el registro de todos los pacientes que entran, que salen de lista de espera, cuándo entraron, cuándo salieron, cuando se les pasaron de una demora estructural a una no estructural, cuándo se les hizo una situación de transitoriamente no programable por problemas médicos. Eso se guarda y, por lo tanto, siempre se puede recuperar la historia, y los datos de evolución histórica de la lista de espera, no lo he traído aquí, pero los tengo en mi ordenador desde el año 2002 hasta el año 2022.

Son curiosos. Algún día, si quieren, podemos analizar conjuntamente cómo ha sido la evolución de la lista de espera desde el año 2002 al 2022, y ver también cómo varía estacionalmente, cómo varía a lo largo de los años y cuáles son los condicionantes de esa variación a lo largo de los años. Por no extenderme, entre el año 2012 al 2015 hay una importante joroba en los datos de evolución de la lista de espera. Es algo que es así.

Sobre los pacientes oncológicos, evidentemente, la prioridad para nosotros es la atención a los pacientes en los que la demora determina o influye en su calidad de vida, y eso es algo en lo que es nuestra prioridad, más incluso que los datos de pacientes de más de seis meses o la demora media. Que no haya pacientes que esperen más de treinta días, o que al menos la demora media no supere los treinta días.

Evidentemente, no es lo mismo tampoco un cáncer de vejiga que un cáncer de pulmón o un cáncer de colon, y en función de eso, en eso trabajamos diariamente y semanalmente con los profesionales y con los responsables asistenciales.

Muchas gracias.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

La señora presidenta (ARELLANO BADÍA): Gracias, señor Abad, por su comparecencia.

Suspendemos la sesión *[a las once horas y veintinueve minutos]* durante dos minutos para despedir al señor consejero... señor director.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Señorías, seguimos *[a las once horas y treinta y tres minutos]* con la sesión, con el tercer punto del orden del día, que es el debate y votación de la proposición no de ley número 253/22, sobre la definición de la configuración de los equipos que deben conformar la red de atención primaria, presentada por la Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida, para lo que tiene cinco minutos, señor Sanz.

El señor diputado SANZ REMÓN: Gracias, presidenta. Buenos días, señorías.

Vamos a debatir sobre atención primaria, y la primera pregunta que yo creo que debemos hacernos es si queremos o no queremos mejorar integralmente la atención primaria. Estamos hablando de planes, estamos hablando de medidas y, al final, ni siquiera lo que contienen las órdenes, los decretos, las carteras de servicio es llevado a cabo, y lo que propone Izquierda Unida en esta propuesta, que tiene cinco puntos, no es otra cosa que desarrollar con plenitud y adaptar a la realidad tanto lo que dicen nuestros decretos, como les decía, como las propuestas que se han visto necesarias después del episodio vivido durante estos años de emergencia sanitaria.

En primer lugar, proponemos establecer y definir el equipo básico que necesitamos en atención primaria. Hoy el equipo básico lo componen medicina de familia, pediatría, enfermería, pero creemos que es preciso incorporar nuevos perfiles: trabajador social, matronas, que ya están en muchos centros de salud, pero que no forman parte de este equipo básico.

También incorporar otros perfiles, como fisioterapia u odontología, con presencia en algunos centros, y con perspectivas de mejora en lo que respecta a sus carteras de servicios, como es el caso de odontología, porque se va a reformar en breve por parte de la Administración General de Estado, el ministerio en este caso concreto.

También planteamos incorporar terapia ocupacional, que ya se reconoce su papel, sobre todo en el enfermo crónico, en el plan de salud, en la cartera de servicios, en fin, que se cumpla lo que tenemos acordado. Todos estos profesionales pedimos que

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

estén en todos los centros de salud, que formen parte de las decisiones, que participen en la toma de decisiones y que participen también de los contratos de gestión y de las tareas cotidianas que se producen en el centro.

Profesionales a los que se pueda acceder directamente por parte de la ciudadanía, profesionales que, como decía, están incluidos en el decreto y están contemplados también en el plan de salud de 2030.

No es el primer debate que tenemos sobre esta cuestión, señorías, no es una cuestión de estudiar, no es una cuestión de analizar, es una cuestión de cumplir y es una cuestión que debería estar cumplida ya y, sobre todo, después, como decía al principio, de lo vivido.

El segundo punto, que enlaza con el primero, habla de la rehabilitación. Ahora mismo, la rehabilitación se concentra fundamentalmente en el ámbito hospitalario, generando en muchos casos cuestiones tan obvias como los desplazamientos que a nuestro juicio podrían ser evitados. Estamos hablando, además, en ese punto, de aprovechar este elemento como un eje vertebrador de la red de atención primaria, sobre todo en cuestiones que sí son abordables desde este ámbito sanitario, como, por ejemplo, los procesos de los crónicos o procesos de baja complejidad. No estamos hablando de cosas imposibles, lo saben, señorías.

En el tercer punto ponemos lo que ya dice en el plan de atención primaria con respecto a la relevancia, a la importancia que tiene la farmacia comunitaria. Pero, claro, las tareas asignadas, que ahora mismo se le otorgan, que se le confieren a la farmacia comunitaria, son absolutamente inasumibles, son imposibles de cumplir con un profesional por sector sanitario. Por lo tanto, con base en unas ratios que tienen en su propuesta, lo que nosotros planteamos es cubrir debidamente esta cuestión y, además, también incorporar esta mirada de necesidad a la salud pública, vital en la pandemia, fundamental y, sobre todo, llamada a importantes acciones de coordinación en el avance de cuestiones tan básicas, por ejemplo, como el desarrollo de la noticia que tuvimos conocimiento, y de la cual nos alegramos, como los médicos centinela. Tienen que tener más peso y más capacidad.

El cuarto punto de la iniciativa, mucho debate ha tenido este punto con respecto a lo que serían los servicios de geriatría, la Comisión de Estudio de Residencias dijimos que no era necesaria su inclusión en la red de atención primaria. Sí que es verdad que

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

los mayores van al ámbito de atención primaria, pero que, en cualquier caso, es obvio que hay sectores sanitarios que no pueden seguir sin servicio de geriatría de referencia.

Esto es lo que proponemos, es decir, que todos los sectores sanitarios tengan este servicio, por lo menos, para evitar inequidades entre unos y otros, porque es inaceptable que esto suceda en un territorio tan envejecido como es Aragón.

Por último, hablamos de salud mental. Forma parte también de la atención integral a las personas, y también es una de las cuestiones que se han puesto absolutamente de relevancia para con la pandemia. El plan de atención primaria hace referencia al trabajo colaborativo, pero creemos que se necesita más medios para atender esta cuestión, y el impulso de la salud mental comunitaria, señorías, es fundamental, sobre todo después de una pandemia. Es fundamental.

Por lo tanto, hay que incorporar las unidades de salud mental a la estrategia de atención comunitaria y, en ese sentido, lo que proponemos es darle coherencia a esta cuestión, con el peso que se le pretende dar, precisamente, a la salud mental dentro de esta estrategia.

En definitiva, y ya acabo ya, señorías, lo que proponemos es que se cumpla lo que en teoría hemos acordado, que avancemos en reforzar esa atención primaria, porque, si seguimos anclados en un equipo básico de los años 80, poco o nada estaremos aprendiendo de lo sucedido.

Es básico para encarar un nuevo modelo en el que la telemedicina tiene que ser un recurso más, pero no tiene que ser la columna vertebral de la innovación y la novedad. Por lo tanto, con este modelo tendríamos más capacidad para dar continuidad asistencial, rebajaríamos la saturación hospitalaria, potenciaríamos la atención comunitaria y, fundamental, avanzaríamos en una perspectiva integral de salud.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señor Sanz.

Se ha presentado dos enmiendas, una por el Grupo Parlamentario Popular y otra por el Grupo Parlamentario Socialista, Podemos, Chunta Aragonesista y Aragonés.

Comenzará usted, señor Fuertes. Tiene un tiempo de tres minutos para la defensa de la enmienda.

El señor diputado FUERTES JARQUE: Muchas gracias, señora presidenta.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Bueno, efectivamente, Izquierda Unida presenta una proposición no de ley con el tema de atención primaria, que hemos hablado tanto en esta comisión y en los Plenos, e imagino que seguiremos hablando.

Precisamente, en Zaragoza todos hemos leído que se están celebrando unas jornadas sobre atención primaria, de los médicos de atención primaria, en las cuales, la verdad es que no lo están poniendo muy bien, ni muchísimo menos. Tanto los tres colegios profesionales, [...?] Aragón dicen que la atención primaria está descomponiéndose desde hace más de veinte años. Digo lo de veinte años porque, como seguro que me van a decir a mí lo de la época de que gobernamos nosotros, bueno, pues está diciendo veinte años, por lo cual engloba varias legislaturas.

El presupuesto sigue bajo, todo el mundo lo manifiesta. Estamos en un 15%, se pide un 25% y no se está haciendo tampoco, y el plan de acción comunitaria que se presentó, 2022-2023, pues claramente han demostrado y están diciendo que es insuficiente, sobre todo porque no han contado con ellos. Cuando se hace un plan, yo creo que hay que hablar con la gente implicada, en el que luego lo tienen que desarrollar, y dicen que han hecho oídos sordos, y aun así se va a llevar adelante.

Hubo un reparto, hace poco, todos lo vimos, de ciento setenta y dos millones de euros para atención primaria, que, bueno, equitativamente, más o menos le tocaba diez millones a cada comunidad autónoma. A Aragón le tocó 5,2. Evidentemente, ya sé que somos menos población, pero la tenemos muy envejecida y con una distancia geográfica y despoblación enormes. Podían haber cogido desde el Gobierno de la nación otros parámetros, y seguro que, en vez de 5,2 millones, nos hubiese tocado alguno más. Pero, bueno, al final es lo que hay.

El envejecimiento, la no reposición de los médicos, la carrera profesional, que son una serie de medidas que siempre están reclamando, y dicen que no se les hace caso.

En cuanto a la proposición de ley, bueno, en principio, el primer punto, pues les diría que hemos hablado muchísimas veces, incluso nosotros hemos hecho varias iniciativas en ese sentido, de incorporar profesionales a la atención primaria, porque vemos que, al final, será mucho más eficiente, al concentrarlo, no en todos los centros de salud, pero sí en determinados centros de salud y en zonas sanitarias que se podría hacer.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Las unidades de baja complejidad, perfectas, también lo hemos manifestado aquí varias veces. Desde luego, una unidad de baja complejidad es supernecesaria para que se formen equipos de atención primaria para que trabajen allí, y que también trabajen en los cuidados paliativos, que yo creo que, al final siempre tenemos que estar en los cuidados domiciliarios [...] paliativos, tenemos que estar de acuerdo por la gran labor que se hace en el domicilio.

El punto 3, pues estudiar la red primaria con el tema de la farmacia, pues ya lo ha explicado prácticamente el [...] Izquierda Unida. Estamos de acuerdo, con un solo farmacéutico por determinadas zonas no damos a abasto, y supondría también un ahorro económico, seguro que medicamentos, si hubiese más farmacéuticos apoyando y trabajando en esta situación.

Geriatría, a ver, población envejecida. No va a haber geriatras en todos los centros de salud. Soy consciente, y lo manifestamos. Pero sí es verdad que en determinados centros tendría que haber, y sin ningún problema podrían desarrollar su labor con el apoyo de los hospitales sociosanitarios que tenemos en la comunidad.

El tema de salud mental, pues [...] salud mental, pues es un problema muy importante. A raíz de la pandemia se ha recrudecido de una manera escandalosa, pero creo que tampoco se están tomando los medios, porque hablábamos antes de listas de espera, pues, en un centro de salud para el tema de salud mental estamos hablando de cuatro o cinco meses de espera. No puede esperar un paciente con algún problema, algún trastorno que tenga, cuatro o cinco meses. ¿Qué hace? Se va a la privada a pagar el que puede. Por lo cual, totalmente de acuerdo en apoyarlo en ese sentido.

He presentado una enmienda, y acabo, señora presidenta, simplemente, estamos de acuerdo en las medidas, pero estas medidas necesitan dinero. Por lo cual, textualmente, dotar de una partida económica suficiente en el presupuesto del Departamento de Sanidad para el 2023 para la aplicación de estas medidas anteriormente citadas.

Muchísimas gracias.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señor Fuertes.

A continuación, por parte del Grupo Parlamento Socialista, señora Lasobras, tiene la palabra... ¡Ay, perdón! Señora Arellano, tiene la palabra.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

La señora diputada ARELLANO BADÍA: Gracias, señora presidenta.

Bueno, como ya ha dicho mi anterior compareciente, sí que hemos debatido y debatiremos mucho en esta comisión y en el Pleno sobre atención primaria. Todos estamos de acuerdo en su importancia dentro del sistema público de salud, y hoy nos trae usted una PNL sobre la configuración de equipos que deben conformar la red de atención primaria.

Usted mismo ha dicho que están recogidos en el plan de atención primaria y comunitaria, pero seamos realistas, aunque estamos avanzando, se necesita un análisis más sosegado de la situación.

Respecto a esos puntos de su PNL, decirles que sí, que odontólogos, matronas y trabajadores sociales sí que están presentes dentro de los centros de salud.

Respecto a la terapia ocupacional, está recogida en la cartera de servicios de los hospitales de la red, y su inclusión en los equipos de atención primaria debería ser objeto de estudio. De aquí nuestro primer punto de enmienda.

Respecto a la rehabilitación, la rehabilitación debe partir de un diagnóstico del facultativo de medicina de familia o pediatra, y de ahí a la derivación a una unidad de fisioterapia, por lo que no aceptamos el segundo punto de su PNL.

Respecto al punto número 3, los farmacéuticos prestan un servicio sanitario muy importante. También han sido esenciales en la lucha contra la COVID. Debe coordinarse con los profesionales del equipo de atención primaria, y sí que forman parte de la plantilla de las direcciones asistenciales de atención primaria los farmacéuticos de atención primaria. Usted mismo lo ha dicho.

En el plan de atención primaria y comunitaria 2022-2023 está contemplada la revisión de las plantillas de farmacias de atención primaria. De ahí nuestra enmienda al punto 2 de su PNL.

Respecto al punto 4 de su PNL, no lo aceptamos porque los geriatras prestan su atención en los hospitales de la red. La atención a la población mayor es competencia de los profesionales de los equipos de atención primaria, y su atención sanitaria a su patología aguda, cronicidad, forman parte habitual de los profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud, y la equidad territorial está garantizada en la red de los ciento veintitrés equipos de atención primaria de salud.

El punto número 5 de su PNL, que sería el punto número 3, sobre salud mental, las unidades de salud mental de adultos e infantojuveniles son dispositivos que

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

dependen orgánica y funcionalmente de los servicios de psiquiatría de los hospitales de la red del [...?], aunque desarrollan su actividad en la red de los centros de salud de atención primaria.

Recientemente se ha aprobado el Plan de Salud Mental 2022-2025, que tiene como sus objetivos mantener la accesibilidad de los recursos y programas terapéuticos de rehabilitación y salud comunitaria. La coordinación de estas unidades y el equipo de atención primaria es fundamental para el seguimiento de estos pacientes, y dentro de las estrategias de actuación comunitaria que desarrollan los centros de salud hay numerosos centros que incluyen entre sus recomendaciones de activos comunitarios recursos en el territorio para estas personas con patologías en salud mental.

Entendiendo la importancia de la salud mental, incluimos un punto 5. Esperamos que acepten nuestra enmienda.

Gracias, presidenta.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señora Arellano.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Podemos, señora Cabrera, tiene la palabra.

La señora diputada CABRERA GIL: Gracias, señora presidenta.

Existe un grave deterioro del sistema sanitario, y en primaria en concreto, y hay que ser claras cuando lo decimos, porque ello nos llevará a un diagnóstico que sea certero y que, por lo tanto, evidencie las derivas a las cuales nos ha llevado también esta pandemia.

Un problema que es de carácter multifactorial, y que no solo depende del aumento de recursos humanos o del aumento de presupuestos, que sí, que debe de tenerse en cuenta, sino que depende también de docencia, de espacios, de enfoque, del deterioro de la atención en el abuso, de la no presencialidad, de las listas de espera y de la salud mental de la población y de los profesionales.

Por lo tanto, es necesario, pues, impulsar un cambio que evite los parches que se han puesto en marcha en las últimas décadas, y vemos, pues, que hay que desarrollar ese análisis certero, ese diagnóstico de la situación y de las derivas a las que nos ha llevado, como decíamos, la pandemia.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Es por ello que presentamos una iniciativa que lo que pretende es analizar, que lo que pretende es estudiar, que lo que pretende es revisar y que, por lo tanto, ello nos llevará a poder impulsar, dotar y poner en marcha, y de esa manera hemos presentado, como ya se ha dicho anteriormente, una serie de puntos que, quizás, son más certeros en el panorama aragonés en la situación complicada, compleja, delicada actual que tenemos con nuestra atención primaria.

Siempre se dice que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema público sanitario. Pero, al final, parece que, con tantas propuestas, se va a colapsar la entrada, y para ello habrá que gestionar con una visión a largo plazo, y no con propuestas que, quizás, son, a nuestro parecer, demasiado generalistas, o algunas incluso demasiado concretas, y me explico.

Cuando hablamos de esa concreción, tendremos, por lo tanto, que saber hacia dónde vamos, cómo vamos a llegar, y no únicamente aterrizar en el único punto al que queremos alcanzar, y por ello presentamos esta serie de iniciativas que, como decíamos, pretendemos desarrollar un diagnóstico de carácter certero, y no únicamente una serie de batería de propuestas, que pueden ser muy buenas, que podemos coincidir, que estamos de acuerdo con algunas de ellas, pero que creemos que en la realidad actual del panorama aragonés debería de plantearse más como se propone en nuestra enmienda.

Me dejarán este último momento, porque me parece que es interesante el último de los puntos que presentamos. Cuando dice que instamos al Gobierno de España a que implemente la aprobación y la puesta en marcha de la proposición de ley general de salud mental, y es que es una ley que presentó nuestro grupo parlamentario, que presentó Unidas Podemos, una ley que lleva más de treinta prórrogas de enmienda, que se ha visto llevada a un cajón, y parece bastante interesante que estas Cortes de Aragón pudieran darle el impulso desde nuestro territorio a que sea aprobada.

Una ley que propone, por una parte, desestigmatizar a la salud mental; por otra parte, eliminar el tabú que existe alrededor de ella; por otra parte, incrementar los recursos humanos con esas ratios que también existen en Europa, no solo con psicólogos, no solo con psiquiatras, sino también con profesionales de enfermería u otro tipo de profesionales. Una ley, pues, que garantizaría que, en los territorios, que también en nuestro Aragón, pudiéramos tener una salud mental digna y como se merece nuestra ciudadanía.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Así que vaya esta enmienda. Sabemos que es quizás más amplia de lo habitual, y esperemos que se pueda llegar a un engranaje, y le pediríamos, si puede ser, la votación por separado.

Muchísimas gracias.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señora Cabrera.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Chunta Aragonesista, ahora sí, señora Lasobras, suya es la palabra.

La señora diputada LASOBRAS PINA: Gracias, presidenta.

Bueno, pues ya han explicado, quienes me han precedido en el uso de la palabra, la enmienda presentada conjuntamente por los cuatro partidos que formamos parte del Gobierno de Aragón, propuesta con la que esperamos, si es posible, llegar a un acuerdo, porque consideramos que es más adecuado lanzar un mensaje compartido a la sociedad sobre la necesidad de impulsar y adecuar el modelo de atención primaria en Aragón.

Es más importante hacerlo precisamente en este momento como el actual, donde el subasteo fiscal está siendo el árbol que está ocultando el bosque de donde están algunas de las necesidades reales, del lugar donde debemos poner la atención si es que de verdad pensamos con vocación de servicio público.

Debemos disponer de ingresos suficientes en todas las administraciones públicas para poder dotarnos de una red educativa sanitaria o de políticas sociales capaces de dar una respuesta eficaz a las demandas de la sociedad aragonesa, y hacerlo desde aquí, sin tener que depender de las decisiones que no tienen en cuenta nuestra peculiaridad territorial y de población.

En este sentido, creemos que es un buen momento para recordar que se ha cumplido veinte años de las transferencias de sanidad a Aragón, siendo una de las últimas comunidades en asumir las competencias en esta materia. Nadie duda de que, durante este tiempo de decisiones tomadas desde Aragón, el sistema con los altibajos propios de las decisiones políticas tomadas por los diferentes ejecutivos se ha ido consolidando, pero también que desde la crisis del 2008 y la pandemia del 2020 existe una certeza generalizada sobre la necesidad de ir adaptándose a las nuevas realidades, y este Gobierno está comprometido en lograrlo.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

De las enmiendas presentadas a los distintos puntos, me gustaría centrarme en una que trata de responder a uno de los desafíos que tiene la sanidad en estos momentos. Si hablamos de salud, hay que hacerlo también de la salud mental para todas las personas, para cualquier edad.

En la anterior legislatura, el Gobierno de Aragón impulsó el plan de salud mental, que incluía un incremento de personal profesional dedicado a esta cuestión, desde psiquiatras, psicólogos, enfermeras especialistas, teniendo en cuenta los años previos, donde el retroceso de las plantillas públicas aragonesas en este sector era tan preocupante como evidente.

En la actual legislatura ya se ha aprobado el Plan de Salud Mental 2020-2025, un completo programa de actuaciones que quiere conseguir la accesibilidad a recursos y programas terapéuticos de rehabilitación y salud comunitaria, y para lograrlo se plantea un nuevo aumento del personal profesional destinado a salud mental en todas las especialidades, destinando una inversión pública de once millones de euros.

No quiero volver al subasteo fiscal al que hacía referencia al comienzo de la intervención, pero con estos datos nos podemos dar cuenta de la relevancia de la acción pública en la salud y de la inversión, nunca del coste que necesita para poder llevar a cabo las condiciones más adecuadas.

Evidentemente, habrá que coordinar actuaciones entre las diferentes unidades y los equipos de atención primaria, para que las personas con estas patologías de salud mental puedan tener ese seguimiento y tratamiento necesario. Finalmente, reiterar la petición para que se acepte el acuerdo y podamos aprobar de forma mayoritaria los diferentes puntos de esta iniciativa parlamentaria.

Gracias, presidenta.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señora Lasobras.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Aragonés, tiene la palabra, señora Peirat.

La señora diputada PEIRAT MESEGUER: Muchas gracias, presidenta.

Señor Sanz, referente a la iniciativa presentada, debo decirle que el Partido Aragonés comparte muchas partes de su iniciativa, esta iniciativa sobre atención primaria, y es por ello que le hemos presentado, con el resto de grupos y de partidos que

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

formamos el Gobierno, una enmienda que ya ha sido explicada y que no la voy a volver a repetir.

Todos somos conscientes de que la composición profesional de los equipos de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud viene regulada por el Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, concretamente en su artículo 3, y es ahí donde se incluyen todos los profesionales que hoy el señor Sanz nos solicita en su iniciativa.

Sí diré que todos sabemos que los odontólogos y fisioterapeutas forman parte de lo que se conoce como unidades de apoyo, pero están físicamente en los propios centros de salud. Con respecto a los profesionales de la terapia ocupacional, esta está recogida solo en la cartera de servicios de los hospitales de la red pública y, como sabemos, no son profesionales incluidos en los equipos de atención primaria. Su inclusión es un criterio que entendemos que sí que debe de ser objeto de estudio, y que, por tanto, sí que tenemos que estudiar dicha cuestión.

En cuanto al tercero de los puntos de su iniciativa, con respecto a los farmacéuticos comunitarios al frente de las farmacias, como sabemos, no son personal del servicio público de salud, aunque sí prestan un servicio sanitario muy importante que debe coordinarse con los profesionales de los equipos de atención primaria, si bien es cierto también entendemos que debería de estudiarse la dotación que usted solicita en su iniciativa.

Con respecto al cuarto de los puntos, la atención a la población mayor, que, para nosotros, yo creo que hemos repetido en numerosas ocasiones, es fundamental, sea en su domicilio o en el centro residencial, entendemos que es competencia de los profesionales de equipos de atención primaria, y su atención sanitaria forma parte del trabajo habitual de los médicos de familia y enfermeras de los centros de salud.

Por último, con respecto al quinto punto, ya se lo decía la señora Arellano, las unidades de salud mental de adultos e infantojuveniles son dispositivos que dependen orgánica y funcionalmente de los servicios de psiquiatría de los hospitales de la red de salud, aunque desarrollan efectivamente su actividad en la red de salud de atención primaria.

A pesar de todas estas reflexiones, nosotros sí le solicitamos, como el resto de los grupos, que acepte nuestra enmienda y, de ser así, el Partido Aragonés votará a favor de su iniciativa.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Nada más, y muchas gracias, presidenta.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señora Peirat.

A continuación, corresponde la intervención de los grupos parlamentarios que no han presentado enmiendas.

Señor Morón, tiene la palabra.

El señor diputado MORÓN SANJUAN: Gracias, señora presidenta.

Preguntaba, se hacía una pregunta el señor Sanz, decía que si estábamos dispuestos a mejorar la atención primaria, a proponer cosas para mejorar la atención primaria. Usted sabe que sí, sabe que, al menos nuestro grupo, hemos traído a esta comisión varias propuestas para mejorar la atención primaria. Que, a lo mejor, no estemos de acuerdo en las propuestas que usted trae no significa que no estemos por la atención primaria.

De hecho, la reforma que usted está planteando hoy aquí, pues es una reforma más profunda de lo que parece a simple vista, y que, evidentemente, requiere de un debate mucho más extenso y sosegado que el que podamos tener hoy en estos tres minutos que, por ejemplo, voy a tener yo de intervención.

Un debate que, además, debía de incluir a otros factores implicados, no como hasta la fecha, en la que sindicatos y colegios profesionales, como se han quejado recientemente, son sistemáticamente ninguneados.

El Grupo Parlamentario Vox en Aragón no vamos a votar favorablemente su propuesta, pero no porque estemos en desacuerdo con muchas de las cuestiones que propone. Por ejemplo, nosotros vemos completamente fundamentada la inclusión de la terapia ocupacional en los equipos de atención primaria.

Respecto a los otros colectivos profesionales, ya se lo han comentado, están ya incluidos en esos equipos, e incluso en muchos centros de salud ya tienen su propia agenda.

Usted plantea una reforma del modelo de atención primaria que entendemos que tiene que tener un respaldo, un respaldo legislativo, un respaldo legal a nivel nacional, y no solamente a nivel autonómico. No podemos aquí hacer las cosas, por decirlo de alguna manera, como nosotros queramos, sin tener ese respaldo y ese acuerdo, al menos en el Consejo Interterritorial, que al final son los que acaban subvencionando las

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

reformas que podamos tener la atención primaria y la atención, por ejemplo, en salud mental.

En cuanto al punto segundo, la verdad es que es un punto muy concreto al que no han hecho referencia realmente los otros grupos parlamentarios, pero que, desde nuestro grupo, vemos que es de muy difícil puesta en práctica, y la verdad es que no sabemos si lo que pretende es sacar de la consulta de medicina y de enfermería el seguimiento a los pacientes crónicos, o cuál es realmente su objetivo.

Los puntos 4 y 5, pues creemos que no dejan de ser mucho más allá de declaraciones de intenciones que están reconocidas ya en los planes de atención primaria y de salud mental y, en definitiva, desde nuestro grupo, desde luego, pediríamos que reconsiderara las enmiendas presentadas, porque creo que mejoran bastante su propuesta inicial.

Muchas gracias.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señor Morón.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, señoras Sacacia, tiene la palabra.

La señora diputada SACACIA LARRAYAD: Gracias, presidenta.

Señor Sanz, hoy trae a esta comisión una iniciativa que nos permite debatir y analizar una vez más el estado de atención primaria en Aragón. Ya le adelanto que vamos a votar a favor de la misma, porque no es la primera vez que ustedes y nosotros compartimos el análisis de la situación y algunas de las soluciones que proponemos.

De hecho, hemos presentado iniciativas encaminadas a la mejora de la atención primaria, en las que ya hemos hablado de estos equipos y de algunas de las especialidades, como salud mental o geriatría, que entendemos que deben formar parte de estos equipos, que deben conformarse en los centros de atención primaria para dar respuesta a las necesidades de la población aragonesa.

Me va a permitir que empiece refiriéndome a la exposición de motivos de su iniciativa. Compartimos plenamente el análisis que hace del Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023. Usted dice que el plan debería dar respuesta a los problemas estructurales que padece la atención primaria, pero tanto nosotros como

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

usted, y ojo, los propios profesionales, compartimos que este plan se ha quedado en un *quiero y no puedo*.

Además de la falta de financiación que adolece del plan, porque ya que veintiún millones en dos años, a nosotros nos parece que se queda un poco escaso.

Han faltado también, en este plan, valentía y ganas de abordar las verdaderas necesidades que tiene la atención primaria. Teníamos en nuestras manos la oportunidad de abordar un nuevo modelo de atención primaria que diera respuestas a las necesidades de la población aragonesa del siglo veintiuno, de haber puesto las bases para desarrollar ese nuevo modelo de atención primaria.

Pero nada de eso se ha hecho. De hecho, son los propios profesionales los que señalan que las medidas que recoge el plan ya fueron rechazadas por los sindicatos médicos porque no abordaban los verdaderos problemas de esta atención primaria. Por eso hoy consideramos muy oportuno el debate de su iniciativa, que se centra en estos equipos de atención primaria y los profesionales que deberían participar en estos equipos.

En su iniciativa señala que la composición de los mismos se rige en una normativa de 1984 que no ha sido actualizada. Es evidente que, más de treinta años después, las necesidades y las demandas de la población han cambiado sustancialmente, y que las características de nuestra población también han cambiado sustancialmente, y que, en estos momentos en Aragón, por ejemplo, tenemos una alta tasa de población envejecida, y que por ello es conveniente que en los equipos de atención primaria se integren los geriatras.

En la sociedad del siglo veintiuno, una de las grandes lacras que tenemos que hacer frente es a la enfermedad mental, tanto en la población adulta como en la población juvenil, y que por ello también es relevante que los equipos de atención primaria incluyan a estos profesionales de salud mental.

Todos recordamos también casos tan lamentables, que han afectado negativamente a la población en relación con la salud bucodental, que hace ya mucho tiempo que los representantes políticos venimos pidiendo que esta atención bucodental se incluya en la cartera básica de servicios, y por eso es importante que sus profesionales también se incluyan en estos equipos de atención primaria.

En relación con los farmacéuticos comunitarios, no debemos olvidar que durante la pandemia, cuando los centros de atención primaria estaban búnquerizados, fueron el

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

principal punto de referencia de los ciudadanos, y que, además de merecerse este reconocimiento, que nadie duda, deben ser una parte esencial de la atención primaria de nuestra comunidad, ya que en muchas ocasiones, especialmente en los pequeños municipios de Aragón, el primer punto de contacto de la población con la sanidad son estos farmacéuticos.

Por todo ello, por lo que le estoy comentando, señor Sanz, votaremos a favor de su iniciativa.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señora Sacacia.

En base a las enmiendas presentadas, una de adición y otra de modificación, por parte de la Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida, señor Sanz, para fijación de posiciones y también se ha solicitado la votación por separado.

El señor diputado SANZ REMÓN: Sí, daremos la enmienda al Partido Popular, porque es de cajón. Si se aprueba esto, tiene que haber presupuesto; y, obviamente, aceptaremos la votación por separado, pero no vamos a aceptar la enmienda que nos propone el cuatripartito.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señor Sanz. *[Rumores]*.

Entiendo, pues, señor Sanz, que se votaría el punto número 1, 4 y 5, *[rumores]* y 6, que es la enmienda de adición del Partido Popular, y el 2 y 3 por separado. Procedemos a la votación.

Comienza la votación. Finaliza la votación. **Con base en el cumplimiento del Reglamento de la Cámara, por el voto ponderado, decaería el punto número 1 de la iniciativa presentada por Izquierda Unida.**

Procederemos a la votación del punto número 2 de su iniciativa, señor Sanz.

Comienza la votación. Finaliza la votación. **Votos a favor, ocho; en contra, diez. Decae el punto número 2 de la iniciativa.**

A continuación, votamos el punto número 3.

Comienza la votación. Finaliza la votación. **Votos a favor, diecisiete; abstenciones, una.**

Finalmente, ya votamos los puntos números 4, 5 y... *[Rumores]*. ¿Estos ya están? Vale. *[Rumores]*. Pues ya está.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

Por lo tanto, queda aprobado, para que lo sepa toda la Cámara, el punto número 3. Los demás decaen, todos los puntos de la iniciativa restantes decaen.

Continuamos con el último... *[Rumores]*. ¡Ay, sí!, que me olvidaba, disculpen. A continuación, explicación de voto por parte de la Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida.

El señor diputado SANZ REMÓN: Gracias, presidenta.

Bueno, pues agradecer, en cualquier caso, a quienes han votado favorablemente a uno o a todos los puntos de la iniciativa, especialmente a quienes la han apoyado en todos sus términos, y alguna consideración al respecto del debate que se ha producido.

Señorías, miren, lo que ustedes planteaban no era nada nuevo. Todo lo que ustedes planteaban lo hemos venido debatiendo iniciativa tras iniciativa, incluso con la consejera, cuando hacíamos las aportaciones del Plan de Atención Primaria en múltiples comparecencias y en múltiples iniciativas. De una manera o de otra, todas esas cuestiones ya habían salido aprobadas.

No es cuestión de valorar, analizar, revisar, instará, es cuestión de cumplir. Cumplir cuestiones, además, señorías, que están dentro del Plan de Salud 2030. Es decir, si quieren revisar y analizar, díganlo claro: modifiquemos el plan, modifiquemos los decretos y modifiquemos también, señor Arellano, la cartera de servicios, porque, cuando les pasan los informes, a veces no les pasan el informe, yo creo que con la complejidad del tema en cuestión.

Fíjese lo que dice la cartera de servicios de atención a enfermos crónicos y dependientes en materia de unidades de fisioterapia y de terapia ocupacional. Fíjese, dice: «unidades de fisioterapia y de terapia ocupacional ubicadas en los centros de salud en la atención primaria». Es que, ni para esos casos, señora Arellano, ni para esos casos existe algo que está contemplado en la cartera de servicios y en la normativa aragonesa.

Es decir, esta formación política está cansada de pedir que se cumplan las leyes y los propósitos, y a mí me parece bien, señora Cabrera, instar a Madrid a que cumpla determinadas cuestiones, pero es que estamos en Aragón, y hay mucho margen de mejora en esta comunidad en materia de salud mental, y a mí me parecen bien también los llamados a la financiación correcta por parte del Estado, señora Lasobras, con respecto a la fiscalidad y alguna otra cuestión que usted decía, pero estamos hablando

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

de aumentar nuestra capacidad competencial y desarrollar nuestro autogobierno en cuestiones tan básicas como la salud, que es competencia autonómica.

Por lo tanto, si queremos hablar de fiscalidad, tendrán ocasión en el próximo Pleno, porque llevamos un debate de una PNL interesante, a ver si sale adelante.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señor Sanz.

Grupo Parlamentario Aragonés.

Grupo Parlamentario Vox Aragón.

Grupo Parlamentario Chunta Aragonesista.

Grupo Parlamentario Podemos.

La señora diputada CABRERA GIL: Sí. Lamentar que nuestra enmienda no haya sido aceptada. Yo creo, señor Sanz, que, con todo el cariño, con todo el aprecio, con todo el respeto que le tengo a su organización política, hoy se ha instalado en el *no*. Se ha instalado en el *no*, puesto que usted me dice que yo me he ido a lo estatal y que no hay que demandarlo aquí en Aragón, pero es que nuestra iniciativa también hablaba de Aragón. Es que eran cuatro puntos, y el quinto hablaba de España, y evidencia que se ha instalado en el *no* cuando, instar al Gobierno de España a que implemente la aprobación y la puesta en marcha de la proposición de ley general de salud mental que presenta Unidas Podemos, señor Sanz, que presentamos de forma conjunta [*rumores*] una parte del Gobierno de España. [*Rumores*].

Por lo tanto, se ha presentado una enmienda. Aquí, en estas Cortes siempre hemos podido y hemos querido tener capacidad de transacción, y usted hoy ha venido instalado en el *no*. Por lo tanto, por nuestra parte, seguiremos insistiendo en los términos en los que estaba planteada nuestra enmienda, y lamentar nuevamente que únicamente haya podido salir aprobado el punto donde se estudia y, por lo tanto, se analiza las cuestiones relativas al apoyo de la red de atención primaria, que esperemos que se cumpla y que instemos al Gobierno de Aragón, y que sea una realidad.

Todo lo demás lo debatiremos en los debates de presupuestos venideros, todo lo demás lo debatiremos en los debates venideros de la comisión, pero, señor Sanz, instalarse en el *no*, en las alturas que estamos de legislatura, no es bueno ni para estas Cortes ni para la ciudadanía aragonesa.

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señora Cabrera.
Grupo Parlamentario Ciudadanos.
Grupo parlamentario Popular.

El señor diputado FUERTES JARQUE: Hombre, primero... *[Rumores]*. Ya, vamos a ver.

Lástima que no haya salido, yo también lo siento, señor Sanz. Pero, vamos a ver, algunas valoraciones que quiero hacer así, de prisa y corriendo. Ya se ha dicho, todos los puntos o la mayoría de los puntos están dentro de la cartera de servicios del Gobierno de Aragón. Se aprueba [...?], todos lo aprobamos, y luego prácticamente esta proposición plasma lo que viene en esa cartera, y la votamos en contra. Mal empezamos.

Segundo, tiene trampa, tiene trampa lo de salud mental. No es lo mismo haber suprimido, porque tenemos competencias en salud mental, evidentemente. Y *[rumores]* he dicho, lo que pasa es que [...?] escucha, estamos entre cuatro o cinco meses de demora de listas de espera en centros de salud, en salud mental, y lo sustituimos por instar al Gobierno de España que implemente aprobación y la puesta en marcha de proposición. *[Rumores]*.

Pero atienda una cosa, atienda una cosa. *[Rumores]*. Esta proposición general de salud mental *[rumores]*, que dice que tenemos que instar, claro que me la he leído, que tenemos que instar, se presentó el 14 de septiembre del 2021 en el Congreso de los Diputados. Ha pasado un año y un mes, y su grupo...desde aquí tenemos que instar a su grupo a que la lleve adelante. *[Rumores]*.

Efectivamente, yo creo que es una contradicción, porque el Gobierno es usted, usted es Gobierno, tanto aquí como allí, e instamos al de aquí e instamos al de allí. *[Rumores]*. Por lo cual, yo creo que no tiene ninguna razón.

Por cierto, por cierto...

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Vaya concluyendo, señor Fuertes.

El señor diputado FUERTES JARQUE: [...?] que no es competencias nuestra, lo veremos, fuertemente contestada por la Sociedad Española de Psiquiatría, porque dice muy poquito sobre la prevención y el tratamiento. *[Rumores]*. Claro, y los

(Transcripción provisional realizada por empresa externa)

[Esta transcripción tiene carácter provisional, está sujeta a posterior revisión y corrección, y carece por tanto del valor de una publicación oficial]

psicólogos a favor, ¿verdad? *[Rumores]*. Ya, bueno. *[Rumores]*. Ya veremos en lo que acaba, ya veremos en lo que acaba, claro. *[Rumores]*. Es que hay enfermos, estamos hablando de enfermos. *[Rumores]*. No, tú me contestas. Me contesta usted.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señor Fuertes.
A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista, señora...

La señora diputada ARELLANO BADÍA: Gracias, señora presidenta.
Bueno, *[rumores]* señor Sanz...

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Señorías, por favor, está en turno de palabra la señora Arellano. Vamos a ser respetuosos y vamos a escucharla.

La señora diputada ARELLANO BADÍA: Perdón, señora. La señora consejera y el propio presidente Javier Lambán, en su comparecencia del 6-7 de septiembre, creo, y la señora consejera de Sanidad en la anterior comisión, ya dijo que estamos trabajando en una situación muy difícil, muy complicada. Hay un déficit de profesionales, no en esta comunidad autónoma, sino en todas las comunidades autónomas de España, y aun con todo, se está haciendo un gran esfuerzo financiero para subsanar y para que nuestra asistencia sanitaria sea de calidad para todos los aragoneses, y seguir avanzando en esa implementación de este plan de atención primaria y comunitaria.

Muchas gracias, presidenta.

La señora vicepresidenta (CAMAÑES EDO): Gracias, señora Arellano.

Retomamos, por tanto, el primer punto del orden del día, que es la lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

¿Alguna objeción al acta de la sesión anterior? ¿Ninguna?

Pues se concluye *[a las doce horas y quince minutos]* ya la Comisión de Sanidad de este viernes. Muchas gracias.