



DIARIO DE SESIONES
DE LAS
CORTES DE ARAGÓN
COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

Comisiones. Serie A: Comparecencias
Número 133 — Año 2002 — Legislatura V

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. JOSÉ ANTONIO GARCÍA LLOP

Sesión núm. 36

Celebrada el lunes 25 de febrero de 2002

ORDEN DEL DÍA

- 1) *Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.*
- 2) *Comparecencia del consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales, a petición propia, al objeto de explicar la política sanitaria en la Comunidad Autónoma de Aragón después de la recepción de las transferencias sanitarias.*
- 3) *Pregunta núm. 64/02, relativa al Servicio de Asistencia y Orientación Jurídica para Inmigrantes (SAOJI) en Aragón, formulada por la diputada del G.P. Chunta Aragonesista Sra. Echeverría Gorospe.*
- 4) *Debate y votación de la proposición no de ley núm. 217/01, sobre ayudas para familias con hijos nacidos de partos múltiples, presentada por el G.P. Popular.*
- 5) *Debate y votación de la proposición no de ley núm. 4/02, sobre el establecimiento de mecanismos que garanticen una correcta transición al euro, presentada por el G.P. Popular.*

6) *Ruegos y preguntas.*

Preside la sesión, celebrada en el palacio de la Aljafería, el Ilmo. Sr. D. José Antonio García Llop, acompañado por el vicepresidente de la Comisión, Ilmo. Sr. D. Antonio Borraz Ariño, y por la secretaria de la misma, Ilma. Sra. D.ª María Trinidad Aulló Aldunate. Asiste a la Mesa el letrado Sr. Alonso Ortega.

Comparece ante la comisión el consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales, Excmo. Sr. D. Alberto Larraz Vileta.

SUMARIO

Comparecencia del consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales al objeto de explicar la política sanitaria en la Comunidad Autónoma de Aragón después de la recepción de las transferencias sanitarias.

- El consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales, Sr. Larraz Vileta, interviene 2670
- El diputado Sr. Lacasa Vidal fija la posición de la Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida de Aragón (G.P. Mixto) 2676
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición del G.P. Chunta Aragonesista 2678
- La diputada Sra. Costa Villamayor fija la posición del G.P. del Partido Aragonés 2679
- La diputada Sra. García Castelar fija la posición del G.P. Socialista 2679
- El diputado Sr. Queralt Solari fija la posición del G.P. Popular 2680
- El consejero Sr. Larraz Vileta contesta 2682

Pregunta núm. 64/02, relativa al Servicio de Asistencia y Orientación Jurídica para Inmigrantes (SAOJI) en Aragón.

- La diputada Sra. Echeverría Gorospe, del G.P. Chunta Aragonesista, formula la pregunta 2684
- El consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales, Sr. Larraz Vileta, contesta 2684
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe replica 2685
- El consejero Sr. Larraz Vileta duplica 2685

Proposición no de ley núm. 217/01, sobre ayudas para familias con hijos nacidos de partos múltiples.

- La diputada Sra. Plantagenet-Whyte Pérez, del G.P. Popular, defiende la proposición no de ley .. 2685
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición del G.P. Chunta Aragonesista 2686

- La diputada Sra. Costa Villamayor fija la posición del G.P. del Partido Aragonés 2686
- La diputada Sra. Cáceres Valdivieso fija la posición del G.P. Socialista 2687
- Votación 2687
- El diputado Sr. Lacasa Vidal, de la Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida de Aragón (G.P. Mixto), interviene en el turno de explicación de voto 2687
- La diputada Sra. Plantagenet-Whyte Pérez interviene en el turno de explicación de voto 2688

Proposición no de ley núm. 4/02, sobre el establecimiento de mecanismos que garanticen una correcta transición al euro.

- La diputada Sra. Alquézar Buil, del G.P. Popular, defiende la proposición no de ley 2688
- El diputado Sr. Lacasa Vidal fija la posición de la Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida de Aragón (G.P. Mixto) 2689
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición del G.P. Chunta Aragonesista 2690
- La diputada Sra. Costa Villamayor fija la posición del G.P. del Partido Aragonés 2690
- La diputada Sra. Mihi Tenedor fija la posición del G.P. Socialista 2690
- Votación 2691
- La diputada Sra. Alquézar Buil interviene en el turno de explicación de voto 2691

Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

- El Sr. Presidente da por leída el acta, que resulta aprobada por asentimiento 2692

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Buenos días, señorías.

Vamos a dar comienzo a la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales [a las diez horas y cuarenta y cinco minutos].

En primer lugar, la lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior la dejaremos para el final.

Y damos la bienvenida al consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales; a Adolfo Eral, secretario general técnico; a Luis Gómez, director general de Ordenación, Planificación y Evaluación, y a Alfonso Vicente, gerente del Servicio Aragonés de Salud, que le acompañan en esa mesa.

Tiene la palabra el señor consejero, a petición propia, al objeto de explicar la política sanitaria de la Comunidad Autónoma de Aragón después de la recepción de las transferencias sanitarias.

Tiene la palabra el señor Larraz.

Comparecencia del consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales al objeto de explicar la política sanitaria en la Comunidad Autónoma de Aragón después de la recepción de las transferencias sanitarias.

El señor consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales (LARRAZ VILETA): Gracias, señor presidente.

Señorías.

Buenos y saludables días, en primer lugar.

Como ustedes bien conocen, Aragón ha asumido las competencias sanitarias plenas, y es mi deber y deseo informarles puntualmente de la situación de partida de nuestro programa de trabajo en los próximos meses y de lo que, en mi opinión, deberían constituir líneas de desarrollo estratégico para la sanidad aragonesa en el medio y largo plazo.

Sin embargo, este momento histórico para el futuro de nuestra comunidad autónoma exige una respuesta de consenso de todos los agentes sociales del sector sanitario para disponer un sistema que dé satisfacción a las necesidades de salud del ciudadano y permita, a su vez, la sostenibilidad del mismo.

Las reflexiones que expondré a continuación constituyen nuestro actual programa de trabajo, y en él se detallan algunos grandes objetivos políticos y estrategias que deben desarrollarse durante el próximo decenio para conseguir ambos fines, satisfacción de necesidades sanitarias y sostenibilidad del sistema, y ello desde la voluntad política y metodológica del consenso en torno a un gran pacto por la sanidad aragonesa.

Hay algunas cuestiones previas a las que me gustaría referirme.

La Ley orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón, detallaba el nuevo reparto competencial en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que se haría efectivo con el traspaso del Insalud.

Por otro lado, el primer objetivo del actual Gobierno de Aragón es consolidar la construcción autonómica aragonesa con la asunción y desarrollo de todas las competencias previstas en el Estatuto de Autonomía del año noventa y seis. El proceso emprendido en su día se ha materializado definitivamente con el acuerdo de transferencias suscrito a finales del año 2001 con la Administración central.

Estas transferencias llegan a un Aragón que, en trazo grueso, puede caracterizarse por una serie de situaciones singulares, a saber: mientras en España la proporción de mayores de sesenta años está en torno al 15,5%, en Aragón supera el 20%; si en España la densidad de población media está en setenta y ocho habitantes por kilómetro cuadrado, en Aragón no supera los veintiséis; el porcentaje de camas públicas en Aragón es un 26% por encima de la media española, y supone el 86% de la provisión de camas en total, y, de éstas, el 68% son camas de agudos, y la oferta privada, además, se circunscribe casi en su totalidad a la ciudad de Zaragoza, no existiendo prácticamente en el resto de la comunidad autónoma.

La reforma de atención primaria está en su fase final. Más del 95% de las zonas de salud están cubiertas por equipos de atención primaria, lo que supone que el 97,6% de la población aragonesa recibe asistencia por equipos de atención primaria, según el nuevo modelo que preconiza la Ley general de sanidad.

Sin embargo, la cobertura de distintos programas asistenciales evidencia déficit en la provisión de servicios tan importantes como la atención a la hipertensión o la diabetes, que presentan coberturas medias por debajo del 60%, o la prevención del cáncer de cérvix o programas tan relevantes en nuestro entorno como el programa de detección de problemas del anciano, del mayor, la atención al paciente inmobilizado o el programa de tratamientos fisioterápicos básicos, que obtienen coberturas inferiores al 50%.

La organización y los recursos destinados a la atención de las urgencias-emergencias y al transporte sanitario no están adecuados a las necesidades y condiciones demográficas de dispersión o ruralidad existentes en la comunidad autónoma.

Los dispositivos de atención a enfermos mentales presentan algunas carencias reseñables: hasta este año, no se disponía en la comunidad autónoma de ningún dispositivo público rehabilitador de media estancia para enfermos mentales. En este momento, las plazas de este tipo son ochenta si incluimos las concertadas (tenemos cuarenta en un centro que hemos inaugurado hace muy poquito en Zaragoza), siendo necesario incrementar la dotación en atención infanto-juvenil, así como en dispositivos de inserción sociolaboral, centros de estancias diurnas, residencias y, sobre todo, residenciales y de trabajo protegido.

En cuanto al espacio de atención a la dependencia, los programas sociales básicos resultan todavía insuficientes, y las plazas de asistidos están aún alejadas de los estándares que se proponen en Europa.

Cabe destacar la presencia de grandes centros de formación de especialistas en Aragón. Se forma a un 30% más de especialistas MIR que en la media nacional; sin embargo, la comunidad autónoma no dispone de capacidad para absorber toda esta producción.

La producción científica está mal situada en el contexto nacional: Aragón gestiona menos del 2% de los proyectos concedidos por el Fondo de investigaciones sanitarias, y ocupa el lugar duodécimo entre las comunidades autónomas. La financiación de proyectos de investigación en Aragón supone unos setenta y cinco millones de pesetas anuales, y, si se considerase la cápita como estándar de financiación, deberían aprobarse proyectos en Aragón por valor de ciento veinticinco millones.

En términos financieros, este escenario de oferta y demanda se traduce en un gasto sanitario público en el 2001 de, aproximadamente, ciento cincuenta y tres mil millones (aproximadamente, ciento cuarenta y seis mil ochocientos pesetas por habitante y año) y, en gasto público social, veintidós mil cuatrocientos (que supone dieciocho mil trescientas veinte pesetas por habitante). En ambos casos, aproximadamente, un 8% más que la media en España.

Sobre los condicionantes de este gasto y la futura suficiencia financiera de este sistema, cabe realizar las siguientes observaciones.

La influencia del sobreenvjecimiento y la dispersión en la determinación del gasto y en el incremento de los costes fijos asociados a la provisión de servicios reduce notablemente la posibilidad de redistribución del gasto actual y señala el esfuerzo financiero futuro de nuestra comunidad autónoma para mantener y, sobre todo, incrementar los niveles de asistencia actuales.

Por otro lado, el sistema sanitario en Aragón, eminentemente público, debe situarse ante la aspiración de los ciudadanos a incrementar la proporción de PIB destinado a servicios sanitarios en un entorno con escasa capacidad de penetración del mercado privado sustitutorio.

Por último, el sistema sanitario se moverá en un nuevo marco financiero cuyas perspectivas de crecimiento son, a priori, suficientes, pero cuyas restricciones resultan nuevas para el sector. En definitiva, las reglas de evolución del presupuesto o la restricción financiera del sistema dependerán del crecimiento de los impuestos transferidos del Estado (los denominados ITE), ingresos que resultan una novedad en nuestro sistema de financiación.

Esta caracterización permite definir las cuestiones que van a enmarcar la política sanitaria en el próximo decenio: primero, el crecimiento sostenible de la financiación y prestación pública de los servicios sanitarios; segundo, la necesidad de la accesibilidad al sistema; en tercer lugar, la mejora de la calidad y cobertura de las actuales prestaciones; en cuarto lugar, la incorporación de la atención a la dependencia en la cartera de servicios del sistema (éste va a ser uno de los puntos clave del futuro, la incorporación de la atención a la dependencia); quinto, la apuesta definitiva por la investigación, desarrollo e innovación, y en sexto lugar, el desarrollo de una política profesional, para los profesionales, que contemple las anteriores prioridades.

Estas prioridades se deben sustentar en tres estrategias: primero, el desarrollo de un nuevo marco legislativo; segundo, el diseño de una nueva organización estructural y funcional del sistema, y en tercer lugar, el diseño de un nuevo marco en política profesional. Vamos a analizar estas tres líneas estratégicas.

La primera línea estratégica, el nuevo marco legislativo, comienza con un nuevo modelo sanitario para Aragón. La definición de un nuevo marco legislativo exigía un proceso previo de debate en el que partidos políticos, organizaciones sindicales, colegios profesionales, organizaciones de consumidores y usuarios, representantes de entes locales, sector sanitario privado y sector empresarial comenzaron a definir un modelo de consenso.

El trabajo de cuarenta y tres colectivos y cincuenta y cinco expertos, profesionales de solvencia contrastada en los ámbitos de la gestión, investigación o docencia puede resu-

mirse en los siguientes nueve puntos: en primer lugar, es ampliamente mayoritario continuar con la opción por mantener el actual modelo de aseguramiento, basado, como no puede ser de otra manera, en el Sistema Nacional de Salud, en el que la provisión privada sigue siendo complementaria; segundo, existe práctica unanimidad a la hora de iniciar acciones destinadas a mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios, y estas acciones se concretan en facilitar la libre elección de médico en atención primaria, de médico especialista, consultas de tarde en centros urbanos, etcétera; tercero, elevado grado de acuerdo a la hora de incluir en los contratos de gestión la productividad variable por cumplimiento de objetivos; cuarto, sólo se acepta el copago en farmacia y servicios sociales y existe una posición claramente contraria a la contribución económica del usuario en la utilización de los servicios sanitarios; quinto, se apuesta por que la atención a la dependencia sea en el futuro una prestación universal con financiación pública, con las determinaciones o restricciones que se determinen en cada una de las comunidades o a nivel central; sexto, se consideran adecuados los mecanismos de participación de los usuarios en los consejos de salud; séptimo, todos conceden una importancia capital a la información que la Administración sanitaria debe proporcionar a los ciudadanos en relación con listas de espera, prescripción de medicamentos, gastos, seguridad, eficacia y efectividad de los servicios, programas preventivos, etcétera; octavo, la gestión clínica es considerada una herramienta necesaria y pieza clave de la innovación organizativa, y noveno, se valoran muy positivamente los programas relacionados con los servicios sociosanitarios.

El segundo punto de esta primera línea estratégica sería el proyecto de ley de salud de Aragón. Estos nueve puntos inspiran el proyecto de ley de salud de Aragón, que regula las actuaciones que en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que recoge la Constitución española de 1978 en su artículo 43, y da carta de naturaleza al protagonismo de las comunidades autónomas en el diseño y ejecución de una política propia en materia sanitaria, recogido en la Ley 14/86, de 25 de abril, general de sanidad.

El proyecto de ley afirma la titularidad de los derechos y deberes de las personas que tengan su residencia en los municipios de la Comunidad Autónoma de Aragón, distinguiendo los derechos derivados de la asistencia sanitaria de los que tienen su origen en la autonomía y libertad individuales, los que parten de la configuración del derecho a la intimidad y, por último, los que tienen su sede en el derecho a la información, como un derecho autónomo, y todos ellos, por supuesto, mediatizados por el respeto a la dignidad de la persona.

Las personas no residentes gozarán —dice en este proyecto de ley— de los derechos y deberes en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que se les apliquen. En todo caso, se ha querido recoger específicamente la garantía a la atención en situación de urgencia y emergencia para cualquier persona, inclinándose la ley por el término «persona», mucho más amplio que el de «ciudadano».

En la línea de hacer frente a las demandas sociales más recientes, el proyecto de ley incluye la regulación del conocido como «testamento vital», orientado a hacer valer el de-

recho que los pacientes tienen al respeto a la personalidad, dignidad humana, intimidad y autonomía personal, mediante el documento de voluntades anticipadas.

Se regula la participación del ciudadano a través de Consejo de Salud de Aragón, que actuará como órgano colegiado de participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución, asesorando al departamento competente en materia de sanidad, siendo una de sus principales funciones informar el Plan de salud de Aragón.

El Sistema de Salud de Aragón integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad autónoma y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, contemplando en su articulado a las comarcas como entes territoriales intracomunitarios de especial relevancia en la gestión.

En cuanto a la organización del sistema y distribución de funciones, el proyecto de ley distingue las actividades de autoridad, que incluye el aseguramiento, la planificación y la programación, de las de provisión, que comprenden gestión y administración, autoridad y provisión.

La primera se concreta, básicamente, en el Gobierno y departamento competente en materia de salud, y se llevará a efecto a través del Plan de salud, instrumento principal de planificación sanitaria, en el que el Gobierno establece las líneas, directrices y desarrollo de las actividades, programas y recursos del Sistema de Salud de Aragón.

Y, por último, se atribuye al Servicio Aragonés de Salud la función principal de gestión y provisión de la asistencia sanitaria en la comunidad autónoma, función que ya venía recogida en el articulado de la Ley 21/89, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por la Ley 8/99, de 9 de abril.

La segunda línea estratégica: desarrollo de mejoras organizativas y estructurales en el sistema. En el capítulo II del título VI del proyecto de ley de salud de Aragón se regula la organización funcional del sistema, con objeto de que los servicios sanitarios sean prestados de forma integral y coordinada. Entre las estructuras operativas detalladas en dicho artículo son estratégicamente prioritarias la atención a las urgencias-emergencias, la atención a la dependencia y la atención a la salud mental. A continuación, vamos a detallar algunas características de dichas estructuras operativas, los planes que las soportan y las necesidades financieras que suponen.

Respecto al Plan de urgencias-emergencias, presentado ya en la Comisión de Sanidad, se fundamenta en cuatro pilares: el Centro de Emergencias 112 SOS-Aragón, como centro receptor de llamadas de urgencia y emergencia a través del número de teléfono 112 y como coordinador entre los distintos centros sectoriales; el Centro Coordinador de Urgencias Médicas, como ente gestor y director de los servicios y recursos sanitarios; la organización y dotación en equipamiento asistencial de la atención primaria de salud, y la dotación y organización de una red de transporte sanitario que facilite el acceso de todos los ciudadanos aragoneses a los recursos y servicios del Sistema de Salud.

Para resolver las actuales necesidades de asistencia en todo el territorio, es preciso emprender acciones en atención primaria. En la atención primaria, es preciso completar el equipamiento relacionado con las urgencias y poner en mar-

cha un Plan de formación, comenzando por aquellos profesionales más alejados de los recursos más avanzados, que permita actualizar las habilidades de los profesionales en reanimación cardiopulmonar básica y semiavanzada, en atención a politraumatizados, en asistencia pediátrica urgente y en utilización del material técnico asistencial de las ambulancias de soporte vital básico. El coste de ambas actuaciones se estima en alrededor de doscientos millones de pesetas.

En cuanto al transporte de urgencias y emergencias, es preciso incrementar la actual dotación, ya que en la actualidad el 061-Aragón sólo dispone de siete unidades medicalizadas de emergencias, que están localizadas en Huesca, Monzón, Fraga, Teruel, Alcañiz, Zaragoza y Calatayud. Aun cuando la unión temporal de empresas de transporte sanitario concertada ha habilitado vehículos y personal de soporte vital básico en Ejea y Tarazona, será necesario establecer acuerdos para completar el personal de esas unidades e implantar las pendientes en Zaragoza, en Jaca y en la comarca de Calamocha.

Respecto al Plan de atención a la dependencia, este plan contiene distintos programas: se crea un ente organizativo (el espacio sociosanitario), dentro del Servicio Aragonés de Salud, que recoja los centros asistenciales polivalentes que proceden de las transferencias de las diputaciones provinciales y que tenga como objetivos la reforma estructural de los centros recibidos, el diseño e implantación de programas funcionales en dichos centros según los principios del plan y coordinarse con los hospitales generales del Servicio Aragonés de Salud para la gestión de pacientes tributarios de recursos de media y larga estancia; creación de las unidades de valoración como directores del flujo de pacientes entre los diversos recursos públicos y concertados de la red; la conversión de plazas de válidos en asistidos en residencias del Instituto Aragonés de Servicios Sociales y la creación de nuevas plazas residenciales para asistidos; creación de plazas de estancias diurnas o programas sobre servicios sociales de base para el desarrollo de la detección precoz de problemas de dependencia y ayuda a domicilio, o el programa Respiro, para familias cuidadoras de personas dependientes.

La función del espacio sanitario será —ya es, pero será en un futuro a medida que se vaya reorganizando— la prestación de servicios sociosanitarios, la gestión de centros y servicios y establecimientos sociosanitarios, la identificación de recursos existentes en el sistema sanitario y social susceptible de realizar función sociosanitaria, establecer actuaciones de reorientación de recursos, elaborar planes tácticos y operativos y normas reguladoras, puesta en funcionamiento de los equipos de valoración de la dependencia y la promoción y establecimiento de medidas de apoyo a los cuidadores.

En los dos últimos años, el esfuerzo por incrementar la oferta de plazas en Aragón ha sido notable: las plazas de titularidad pública han tenido un incremento superior al 20% (hemos pasado de tres mil cuatrocientas treinta plazas a cuatro mil ciento cuarenta), las de iniciativa social no lucrativa han pasado de tres mil cuatrocientas a tres mil ochocientas y las de titularidad privada, en más de mil plazas. En total, se ha pasado de nueve mil doscientas sesenta a once mil novecientas diez plazas.

La reconversión de plazas de válidos asistidos está suponiendo este año actuar en las tres provincias sobre seis resi-

dencias, incrementando en doscientos ocho el número de plazas asistidas y dedicando presupuestos de inversión por valor de cuatrocientos veinticinco millones de pesetas.

En el momento actual, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales financia, con tres mil ochocientos millones de pesetas, la construcción de veinte residencias municipales y la reforma o ampliación de las seis mencionadas, que ofrecerán en su conjunto mil nuevas plazas destinadas a mayores dependientes.

Además, también están en diferente fase de construcción veinte centros de día, en los que ya se han invertido cuatrocientos cincuenta millones, con una capacidad total de quinientas plazas.

Por otra parte, se han iniciado ya los procedimientos para la adjudicación en Zaragoza de las obras de construcción de las cuatro residencias y los cuatro centros de día que forman el Plan metropolitano de atención a la dependencia, que aportará más de ochocientos plazas residenciales asistidas y un centenar de plazas de centros de día, con una inversión que superará los tres mil millones de pesetas.

El objetivo final del Plan estratégico es alcanzar cinco mil novecientas plazas asistidas y mil cuatrocientas cincuenta plazas de centros de estancias diurnas.

En cuanto a la previsión de centros sociosanitarios polivalentes, se plantean varias fases: la primera se producirá tras la remodelación y consolidación de los centros existentes, de los que se han transferido por parte de las diputaciones provinciales; la segunda consistirá en la creación de nuevos centros (el del Ejea y la remodelación del de Fraga); la tercera, la incorporación de unidades procedentes de la última transferencia, entre las que se encuentran el concierto con San Juan de Dios y el Hospital San Jorge (geriátrico), que ya gestiona el Servicio Aragonés de Salud. Si fuera necesario, más adelante trabajaríamos en la remodelación de unidades de media estancia en algún centro hospitalario propio. En su conjunto, este espacio sociosanitario estará constituido por alrededor de seiscientas plazas.

Respecto al Plan de salud mental desarrollado específicamente por el Servicio Aragonés de Salud, tiene los siguientes programas: programa de potenciación de la atención comunitaria, con el objetivo de mejorar la coordinación e incrementar los recursos físicos y profesionales hasta alcanzar los estándares adecuados; el programa de transformación de los hospitales psiquiátricos; el programa de ampliación y creación de recursos intermedios rehabilitadores; el programa de inserción sociolaboral, en coordinación con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales y el Instituto Aragonés de Empleo (uno, con los recursos ocupacionales, y el otro, con los recursos de las empresas de inserción), y el programa residencial, en coordinación con el Plan de asistencia a la dependencia. Como saben sus señorías, he solicitado también comparecer para explicar pormenorizadamente este plan.

En el momento actual, distintas obras de remodelación de los hospitales psiquiátricos van a dar lugar a la creación de campus o complejos multifuncionales de salud mental, rehabilitadores y residenciales suficientes para atender a la población aragonesa. A la recientemente inaugurada unidad del Hospital Psiquiátrico de Zaragoza de unidades medias, hay que añadir obras adicionales en el mismo dispositivo, para estancias medias, como digo, y otros programas arquitectónicos similares en Huesca y Teruel.

En el futuro inmediato, tres recursos de salud mental, de contenido estrictamente sanitario, tienen absoluta prioridad: la unidad de corta estancia del Hospital Obispo Polanco de Teruel, la unidad de salud mental infanto-juvenil de Huesca y la unidad de corta estancia infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Queremos, además, potenciar proyectos propios y concertados que permitan reforzar en los próximos años las áreas de rehabilitación e inserción sociolaboral de los enfermos mentales, mediante el incremento de plazas en centros de día, talleres ocupacionales, centros de empleo protegido y clubs psicosociales.

En el presente año, queremos desarrollar también una fundación tutelar pública que permita la protección y apoyo eficaz de estas personas y de otros colectivos y situaciones de dependencia, que están en tutela de la propia comunidad autónoma y cuyo número (de mayores, quiero decir) está creciendo de una manera importantísima, que requiere un marco que permita una mejor gestión de esta importante tutela, de esta situación tan importante para la comunidad autónoma y para el propio departamento.

Respecto a innovaciones organizativas en centros sanitarios, en las estructuras operativas restantes (servicios de atención primaria y de atención especializada), la prioridad reside en mejoras organizativas que den mejor respuesta a las necesidades de los ciudadanos y a los principios políticos señalados anteriormente: crecimiento sostenible de la financiación y prestación pública de los servicios sanitarios, aumento en la accesibilidad al sistema, mejoras en la calidad y cobertura de las actuales prestaciones e incorporación de la atención de la dependencia a la cartera de servicios del sistema.

Respecto a innovaciones organizativas en hospitales, será necesario incrementar la disponibilidad de los servicios y el acceso a los mismos durante horario de tarde, aspectos concretos que habrán de desarrollarse en mesas de consenso y negociación —que ya tenemos en la actualidad—, en el escenario que finalmente proponga el estatuto marco actualmente en gestación en el Ministerio de Sanidad, con la participación de todas las comunidades autónomas.

En los centros hospitalarios en funcionamiento, las líneas de trabajo deben ser: introducir la gestión clínica (es decir, cooperación entre servicios, desarrollo de presupuestos clínicos, ciclos de mejora de calidad e incorporación de días de práctica clínica basadas en la evidencia), disponer de programas relacionados con servicios sociosanitarios dependientes o no del sistema sanitario, programas de diagnósticos y valoración de necesidades sociosanitarias (con los equipos de valoración que hemos descrito), programas de convalecencia y rehabilitación de mayores, programas paliativos y de clínica del dolor o atención temprana, e incluir también programas de gestión de la utilización, con ampliación de horario de quirófanos y pruebas complementarias, reducción de esperas en consultas externas, atención a domicilio, cirugía mayor ambulatoria (uno de nuestros programas estrella: la cirugía mayor ambulatoria), programas de segunda opinión quirúrgica, programas de alta temprana, utilización de fármacos coste efectivo, o especial mención de proyectos de consolidación del Hospital General Royo Villanova y mejoras asistenciales y estructurales del consorcio hospitalario de Jaca, que suponen incrementos sustantivos en estructura y en dotación.

En cuanto a las innovaciones organizativas en atención primaria, será necesario incrementar la disponibilidad y acceso a los servicios en horario de tarde, con el objetivo de que todos los centros urbanos estén abiertos de ocho de la mañana a ocho de la tarde, y cubrir las restantes doce horas con un procedimiento de atención continuada (en Zaragoza, dicha atención continuada se concentrará en torno a sus cuatro hospitales: Miguel Servet, Clínico, Royo Villanova y Provincial); reordenar los recursos humanos, acercándose progresivamente al óptimo de mil quinientos habitantes por médico y enfermera y a mil niños igual o menores de catorce años por pediatra en las zonas de salud; mejorar la calidad de prescripción, con formación específica en farmacología, medicina basada en la evidencia, colaboración directa en los propios centros con los futuros farmacéuticos de Administración sanitaria, que vamos desarrollando a lo largo de este año, y difusión de días de tratamiento; promover la cooperación entre zonas básicas de salud, programas preventivos (a desarrollar en atención primaria), programas de salud pública (que deben ligarse, más que a los centros de salud, a los centros comarcales, con responsabilidad de los entes locales en la salud pública), higiene alimentaria, salud medioambiental o zoonosis; incluir programas de gestión de la utilización de fármacos coste efectivo, utilización de consultas especializadas, utilización de tecnologías emergentes (lectura a distancia de ECG, por ejemplo, siempre que se cierre un buen sistema de transporte adecuado); desarrollo de todos los programas de informática y todas las nuevas tecnologías que vamos a aplicar a la sanidad, o promover programas de atención domiciliaria en paliativos, convalecencias posingreso, manteniendo los equipos de soporte para la atención domiciliaria, como soporte formativo y para cubrir las necesidades asistenciales puntuales y las carencias de algunos equipos.

Sobre innovaciones en docencia e investigación, como saben sus señorías, el proyecto de ley regula la creación de un ente para la investigación y docencia en ciencias de la salud, como órgano de apoyo científico-técnico del Sistema de Salud de Aragón, que dependerá del departamento competente en materia de salud. Sus funciones serán las siguientes: elaboración de los programas de formación continuada de los profesionales sanitarios y los de formación específica en salud pública, gestión y Administración sanitaria y economía de la salud; acreditación de los cursos relacionados con la salud que se impartan a los profesionales sanitarios en la comunidad autónoma; promoción y desarrollo de proyectos de investigación en ciencias de la salud en el territorio de Aragón y participación en líneas de investigación relacionadas con sus prioridades de salud; establecer un fondo de documentación en ciencias de la salud; evaluar tecnologías sanitarias; prestación de servicios y realización de informes y actuaciones que les sean encomendadas por el departamento competente en materia de salud, y desarrollar la transferencia de información científica para la toma de decisiones.

En cuanto a mejoras en la organización estructural, además de las innovaciones organizativas, debemos señalar una importante reforma estructural enmarcada en el proyecto de ley de salud. Así, en su título VI, sobre estructura del Sistema de Salud de Aragón, y en su título VII, sobre las competencias de las administraciones públicas de Aragón, se definen de forma específica las atribuciones de la autoridad sanitaria y las atribuciones del proveedor de los servicios sa-

nitarios, quedando, así, separados un primer nivel de regulación-financiación, que sería la autoridad, en el que se determinan las políticas y estrategias, y un segundo nivel de provisión, ocupado por los institutos autónomos (Servicio Aragonés de Salud e Instituto Aragonés de Servicios Sociales). Este nivel será el encargado de proveer los servicios planificados y financiados por el nivel superior, y el contrato-programa será el instrumento operativo de vinculación entre ambos niveles.

La novedad fundamental de esta opción de separación de funciones radica en que, más allá de la regulación y la financiación, la autoridad sanitaria va a realizar tareas de aseguramiento.

Dos son los instrumentos en los se encarnará esta función: primero, el Plan de salud, regulado el título IV del proyecto de ley de salud, que se convierte en el instrumento clave del aseguramiento al delimitar qué servicios son necesarios, qué calidad deben tener y en cuánto coste deben incurrir, y segundo, la unidad de atención al ciudadano, que es el órgano que garantiza los derechos de los ciudadanos con respecto al sistema.

Ya en el ámbito de la provisión, la reorganización de los servicios presenta novedades de cierta importancia. Dos son los principios que inspiran la nueva ordenación de los servicios: asegurar la continuidad de los cuidados y disminuir los costes de transacción en áreas pequeñas. La continuidad en los cuidados se asegura al concebir bajo los mismos intereses y objetivos el Plan de cuidados. Un solo equipo directivo es responsable de la provisión de todos los cuidados que puede precisar el asegurado (atención primaria, especializada, sociosanitario y, eventualmente, cuidados de salud mental). La disminución de los costes de transacción se obtiene compartiendo costes administrativos y prestando servicios no asistenciales (como puede ser la lavandería, las compras, etcétera), para toda el área gestionada por el mismo equipo.

Para asegurar la calidad asistencial en sus distintas líneas funcionales (atención primaria, especializada, salud mental, atención a la dependencia) y la homogeneidad de los cuidados, se incorpora una nueva figura al *staff* directivo de la gerencia del Servicio Aragonés de Salud, que son las direcciones de línea o las direcciones de producto.

Los aspectos fundamentales en la función de estas direcciones de línea son: en primer lugar, responsables del desarrollo estratégico de su línea de producto o de servicio; son los asesores de la gerencia del Servicio Aragonés de Salud en lo tocante al desarrollo de los servicios y de los modelos de organización y gestión en el ámbito de su competencia; preparan los contenidos de los contratos con las gerencias de sector, como reflejo del contrato-programa suscrito entre el Servicio Aragonés de Salud y el departamento; realizan comparaciones de la excelencia entre las distintas unidades productoras de su línea, de las distintas gerencias, con estándares del sector; preparan los informes sobre los aspectos concretos de evaluación que les solicite la Dirección General del Servicio Aragonés; deben, además, operativizar su función, a través del trabajo cooperativo con los distintos directivos de las gerencias de área a los distintos niveles (gerentes, directores asistenciales o jefes de servicio).

En cuanto a la salud pública, se deben distinguir aquellos servicios destinados a las personas (vacunaciones, *screening* de cáncer de mama, etcétera) de los servicios de intervención

sobre el medio (higiene de los alimentos, zoonosis o salud ambiental). En el primer caso, los agentes principales de intervención deben ser los equipos de atención primaria, mientras que, en el segundo, se precisa una estructura más jerarquizada, relacionada con la autoridad sanitaria.

Respecto a la adaptación legal y organizativa de las estructuras, además de las modificaciones necesarias en la legislación de carácter general y antes de la aprobación del proyecto de ley de salud de Aragón, ha sido preciso realizar modificaciones normativas que permitan adaptar el funcionamiento administrativo y de gestión del departamento al modelo organizativo futuro.

La actual diferencia entre el funcionamiento en materia económico-presupuestaria, de provisión de suministros y de gestión de personal entre la Diputación General de Aragón y el Insalud transferido, ha obligado a realizar modificaciones legislativas que permitan situar a la comunidad autónoma en condiciones de asumir su actividad cotidiana, sin interferencias en la prestación de servicios.

Las iniciativas legislativas puestas en marcha en la comunidad autónoma que hacen referencia a este hecho son las siguientes: la Ley 12/1998, de 22 de diciembre, de medidas tributarias, financieras y administrativas, que introduce dos preceptos, uno de ellos referido a las normas para la integración del personal transferido y otro referente a la creación de la Secretaría General Técnica del entonces Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, en atención a coordinar las transferencias en funciones y servicios del Estado en materia de asistencia sanitaria; en materia de control financiero y presupuestario, la Ley 15/1999, de 29 de diciembre, de medidas tributarias, financieras y administrativas, que introduce la figura del interventor delegado en el Servicio Aragonés de Salud, abre la posibilidad a la introducción progresiva del control financiero permanente y, por otra parte, faculta al consejero para proponer o dictar normas y directrices en relación con el personal sanitario; por último, el proyecto de ley de medidas tributarias y financieras del año 2001 propone las modificaciones en materia de contratación de servicios y suministros y en materia de personal.

Respecto a la última línea estratégica, el nuevo modelo de política profesional, bajo este epígrafe —y con esto terminaremos—, proponemos dos grandes líneas de trabajo: una, relacionada con la política a desarrollar en cuanto a las profesiones sanitarias (creación de nuevas profesiones, planificación de especialidades MIR, etcétera), y otra, relacionada con el proceso de transferencias, que pretende definir un nuevo modelo de relaciones laborales.

La importancia de abordar cuestiones generales sobre las profesiones sanitarias puede expresarse en pocas cifras y algunos síntomas de desequilibrio: mientras, en España, la población dedicada al sector salud es del 17% de la población activa, en la Unión Europea esta cifra asciende al 27%. Que España siga teniendo más médicos colegiados que la media de los países del entorno (4,2‰ frente al 3,3‰), que la proporción de trabajadores del sector dedicados a la atención hospitalaria sea de un 79% en España frente al 57% de la media de la Unión Europea o que existan evidentes desajustes entre la formación especializada MIR y la dinámica del empleo del sector, son algunos de los síntomas de un tratamiento parcial y cortoplacista de los problemas subyacentes en política profesional.

A este análisis hay que añadir la necesidad de incorporar las aspiraciones de los trabajadores con respecto al valor tiempo de ocio o la restricciones que las directivas europeas (léase la ley de las cuarenta y ocho horas para algunos profesionales) plantean con respecto a la atención continuada y la aplicación de la ley de prevención de riesgos laborales.

Entendemos que se debe abordar de forma definitiva y consensuada la solución de estos desequilibrios, sin que ello suponga retardar soluciones parciales para problemas concretos.

Entre los temas que deberían ocupar esta agenda, serían prioritarios la coordinación de la planificación educativa, el pregrado, la formación especializada y la formación continuada y la planificación laboral.

Hay que revisar sistemáticamente los planes de estudio y analizar la evolución demográfica del sistema y previsión de las necesidades de titulados y especialistas, la desigualdad en la oferta/demanda de algunas especialidades médicas y cambios en los perfiles profesionales de enfermería (necesidad de una enfermería especializada, potenciar la incorporación de los actuales internos y residentes en enfermería de salud mental, las nuevas de obstetricia y ginecología y las futuras de rehabilitación y fisioterapia, y una enfermería base centrada en gran medida en cuidados sociosanitarios), además del incremento o la reconversión de dotación en servicios sociosanitarios y de atención primaria.

Una primera aproximación al modelo de relaciones laborales con el que debe dotarse el Sistema de Salud en Aragón se produjo en la misma consulta general sobre el modelo sanitario para la comunidad autónoma. Los resultados de la consulta resultaban clarificadores: existía una preferencia mayoritaria a favor del modelo estatutario, más acentuada aún dentro del grupo de expertos con la demanda expresa de mejoras relacionadas con la promoción interna del personal, la homologación de retribuciones y condiciones de trabajo y el establecimiento de un procedimiento sancionador rápido, la introducción de la productividad variable en el salario o la posibilidad de cambio de trabajo y de la dedicación exclusiva.

Mantener el modelo estatutario conlleva una evidente simplificación de la gestión del personal transferido al disponer de un bloque normativo propio, aplicable una vez se ha hecho efectiva la transferencia. Sin embargo, eso no significa renunciar, adaptar y mejorar los diferentes estatutos del personal al servicio de la institución sanitaria de la Seguridad Social, ya que nos encontramos ante normas no muy adaptadas a la realidad actual, que se han ido tejiendo sobre base de circulares, instrucciones y jurisprudencia. Y, en todo caso, el principio básico que debe sustentar el marco de relaciones laborales es el respeto de la Administración por el mantenimiento de los modelos preexistentes a la propia transferencia sanitaria.

Debemos considerar, sin embargo, a la hora de proyectar nuevas configuraciones en la relación laboral del sector sanitario en Aragón, que se está ultimando el borrador de estatuto marco, que, como ustedes saben, fue un mandato de la Ley general de sanidad del ochenta y seis que respondía y responde a una necesidad evidente de homogeneidad y articulación general del sistema sanitario español, más aún tras la culminación del proceso de transferencias, que plantea un mapa autonómico con necesidades —en amplios sentidos—

comunes a la gestión de recursos humanos, pero también con notables peculiaridades territoriales.

En las reuniones de trabajo y consenso auspiciadas por el Consejo Interterritorial en las últimas semanas, existe un amplio consenso entre comunidades autónomas y ministerio para que el estatuto marco contemple un mínimo básico y común de contenidos, cuyo desarrollo normativo corresponderá, finalmente, a las comunidades autónomas.

Tanto en el documento como en las mesas de trabajo parecen ya claras algunas consideraciones, como son el ámbito de aplicación, que se circunscribe al personal estatutario, la no vinculación de esta norma al desarrollo de la correspondiente al estatuto básico de la función pública o el principio de que las negociaciones colectivas habrán de desarrollarse en las diferentes mesas que constituyan en las comunidades autónomas.

Asistimos, por tanto, a un proceso con vertientes y ritmos múltiples: por un lado, las comprensibles aspiraciones de los colectivos sociales y sindicales por aprovechar el impulso de la transferencia para mejorar, para negociar mejoras y armonizaciones en las condiciones laborales; la pertinencia de acomodar a una norma básica y común las diversas administraciones sanitarias (el próximo estatuto marco), y la potencialidad de futuros acuerdos en las mesas de negociación autonómicas que den satisfacción a las peculiaridades administrativas y funcionariales del sector en cada comunidad autónoma.

En definitiva, aspectos esenciales para el futuro de la organización y el propio sistema sanitario aragonés (como son la hegemonía y extensión del régimen estatutario, los procesos de ingreso y provisión, las condiciones laborales, las retribuciones, la carrera profesional, etcétera), que este departamento ya ha ido abordando en diferentes encuentros y mesas de trabajo con las organizaciones sindicales en los últimos meses y que deben acompañarse al proceso descrito, que resulta imprescindible por parte de todos los agentes que han de intervenir en su definitiva información.

Ocho objetivos básicos, como he venido desgranando en esta larga —me temo— comparecencia, y que serían, en resumen: incrementar la accesibilidad, mejorar la transparencia, aumentar la confortabilidad, impulsar el Plan de urgencias-emergencias, desarrollar el Plan sociosanitario, aprobar e impulsar el Plan de salud mental, crear el Instituto de Ciencias de la Salud e incrementar las actividades de prevención.

Gracias, señorías.

Gracias, señor presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor consejero.

En la réplica, le diremos que sea más ágil, porque ahora ha explicado bien el tema.

Tiene la palabra el portavoz de Izquierda Unida, señor Lacasa.

El señor diputado LACASA VIDAL: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías.

Señor consejero.

Efectivamente, importante ha sido el paso con el que hemos empezado este año, importante la asunción del traspaso de funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria.

Creo que todos debemos felicitarnos por el resultado final. Cuando compareció usted aquí, en esta cámara, la situación era tensa, se estaba negociando, apurando hasta el final. Fuimos partidarios de que el Gobierno mantuviera una posición firme, y hemos de decir con satisfacción que creemos que eso supuso unos buenos resultados en la transferencia, que esperamos que ahora fructifiquen y sean positivos.

Esperamos también que esta etapa que se inicia ahora, esta etapa en la cual todavía estos primeros meses son de gestión, hasta cierto punto, compartida con el Insalud o con lo que queda del Insalud, sea, de alguna manera, lo más pactada posible, pactada políticamente y pactada socialmente, porque es una etapa, lógicamente, de inicio de una nueva situación y creemos que es bueno que haya una paz política y una paz social, a la cual invitamos a todos los grupos con representación parlamentaria y también a todos los grupos sociales. Por supuesto que eso también exige al Gobierno y le exige a usted ser especialmente dialogante, especialmente propiciador de los acuerdos, y, por lo tanto, creo que en esa dirección deberíamos caminar en un momento —digamos— tan fundacional y delicado.

También sería bueno, y desde Izquierda Unida lo queremos dejar claro, hacer un análisis de lo que recibimos y de las mejoras que necesita lo que recibimos.

Desde luego, para nosotros, el modelo de Sistema de Salud es un modelo que apuesta claramente por lo público, y, además, es un modelo que verifica en la práctica su bondad y, desde luego, descalifica las alternativas que a él se plantean.

Nosotros queremos dejar claro que la introducción de criterios de mercado, como se ha hecho en otros sistemas de salud, ha constituido un rotundo fracaso desde los dos puntos de vista fundamentales desde los cuales podemos analizarlo: desde la funcionalidad, desde la gestión del sistema y desde la justicia del sistema. No hay más que comparar, no hay más que acudir a ver lo que ha sucedido en la Gran Bretaña posterior a Margaret Thatcher, en donde un National Health Service es, de alguna manera, introducido en criterios de mercado, o el caso de Estados Unidos, que es otro ejemplo palmario, y cómo eso supone una burocratización, una dificultad de la gestión a través de numerosísimas entidades aseguradoras que fragmentan el sistema universal de aseguramiento, y eso ocasiona, indiscutiblemente, un marasmo funcional y un enorme incremento de los pleitos entre aseguradoras, que enrarecen el ambiente, y —lo que es más grave todavía— una evidente injusticia, porque expulsa del sistema sanitario a los sectores más débiles socialmente.

Por lo tanto, nosotros estamos satisfechos con un sistema de aseguramiento universal como el que hay en este país y como el que hereda Aragón, con sus deficiencias; pero esas deficiencias no pueden suponer una excusa para tumbar lo que es una gran conquista de décadas de luchas, que han ido conformando los sistemas de protección social y, en este caso, el sistema sanitario.

Por lo tanto, hay dificultades, pero queremos situar que los recursos sanitarios son positivos, hay buenos profesionales sanitarios y hay buenas instalaciones, con matizaciones, como ahora podemos entrar a analizar. Hay, es verdad, algunos cuellos de botella, hay algunas dificultades, y usted ya sabe adónde tiene que dirigirse el Gobierno para su solución.

Hay algunas dificultades, aunque usted no las ha comentado ahora en su comparecencia, que fueron claves en la negociación de las transferencias.

Tenemos un número elevado de hospitales, una red de hospitales importante, que, cuando se terminen de configurar algunas necesidades que existían en las Cinco Villas o que existen en Fraga, etcétera, configuran una red de hospitales que puede ser satisfactoria en su número en la comunidad autónoma; pero existe una dificultad con el principal hospital de referencia de esta comunidad autónoma, que lo es, incluso, para comunidades autónomas vecinas nuestras, que es el Hospital Miguel Servet, que todos sabemos que presenta una obsolescencia importante en algunas de sus infraestructuras, especialmente en la residencia general, y que va a necesitar un plan director específico.

Bueno, creo que la comparecencia de la mesa que usted preside en estos momentos tiene algo que ver con la situación de ese hospital, y es la primera pregunta que yo le haría: a su derecha ya no se sienta doña Luisa Noeno, sino que veo que a su derecha se sienta un nuevo compareciente, que es don Adolfo Cajal, al cual saludo y felicito públicamente por su presencia aquí, pero creo que algo tendrá que ver la situación del Hospital Miguel Servet con que hoy no se siente aquí la señora Noeno, que se sienta hoy —parece ser— en otro lugar, que sabemos todos cuál es, pero sería bueno que usted explicara cuál es y por qué se sienta ahí y por qué esos cambios en esa primera fase del Hospital Miguel Servet.

Tenemos otro problema con las listas de espera. Usted mismo ha hecho público que las lista de espera, generalmente de consultas de especialidades, son muy elevadas en nuestra comunidad autónoma, de las más elevadas del Estado español. Pero, repito, esto no ha de valernos para que, con el agua sucia, tiremos el niño, es decir, nosotros queremos que se solucione la lista de espera, pero no presentando un panorama horripilante de que, desde lo público, no se puede solucionar esto y hay que acudir a una oferta de privatización.

Nosotros creemos que eso es absolutamente incorrecto, porque hay dos maneras de resolver la lista de espera: con mejor gestión, que, por supuesto, animamos siempre a que haya mejor gestión, y con más recursos, que vamos a apoyar desde el parlamento que haya más recursos para la sanidad, en la línea del incremento del PIB que planteaba el consejero; pero también habría otra solución, que es por la que no abogamos nosotros, que es expulsar del sistema a determinados pacientes. Ésa también es una forma de acabar con la lista de espera que nosotros queremos denunciar: se puede acabar también con la lista de espera expulsando a pacientes por distintas vías, y no hay más que ver cómo aparece estos días en los medios de comunicación que las aseguradoras privadas no aceptan pacientes de determinadas condiciones de edad, de determinadas provincias, de determinadas patologías, etcétera. O sea, podríamos acabar con la lista de espera por esa vía, pero no es la vía por la que hay que acabar con las listas de espera. Por lo tanto, esa atención también la queremos analizar.

Ha hablado usted, pero un poco por encima, de las nuevas medidas organizativas. Nos gustaría que profundizara, un poco al hilo de lo que le pedía con el Hospital Miguel Servet: sería bueno que diseñara cómo queda la estructura, a partir de ahora, de esa conjunción de especializada y aten-

ción primera en una única mano. Nos gustaría que profundizara un poquito más.

Porque, aquí, su departamento ha cambiado el nombre y nos parece una clave importante: ahora su departamento es el Departamento de Salud, es fundamental. No hablamos sólo de la atención a una persona que tiene una enfermedad y que, por lo tanto, acude a un centro de urgencias (sería empezar la casa por el tejado), lo que queremos es que mejore el nivel y el estado general de salud de la población. Indiscutiblemente, eso siempre tiene sus picos, y al final siempre hay gente que va a urgencias porque las cosas son así y se produce un ataque de apendicitis y hay que acudir al centro sanitario. Pero el nivel general de la salud se mide por una serie de estadísticas que tienen mucho que ver con la capacidad de prevenir las enfermedades y, en todo caso, cuando éstas se producen, la de diagnosticarlas en un tiempo mucho más razonable y, por lo tanto, ese enfermo tiene un mejor pronóstico.

Y ahí está la clave, donde deberíamos ver los cambios necesarios para avanzar en esa cultura de la educación sanitaria, que debe partir desde la escuela, desde la educación reglada, donde tiene que haber una atención a estas cuestiones, la información general de los ciudadanos y, por supuesto, el reforzamiento de los sistemas de atención primaria para evitar que se produzcan colapsos en la atención especializada.

Y ahí es donde yo creo que no está suficientemente centrado en su exposición; lo ha dicho, pero creo que no es quizá el elemento conductor de su intervención, y yo creo que su intervención —permítame la sugerencia— debería estar un poquito más nucleada en esto, es decir, en cómo..., por supuesto que todo lo demás es muy importante, pero en cómo hay un hilo conductor que, desde esa prevención, consigue mejorar el estado general, los indicadores de salud de la comunidad autónoma. Yo creo que por ahí podría ser una buena sugerencia, una buena cuestión.

Y eso irá al hilo, por supuesto, de potenciar recursos de atención primaria. Se ha dicho estos últimos días, en la ciudad de Zaragoza particularmente, cómo en centros de salud..., pues ahí, evidentemente, habrá que ver, ahí habrá que matizar, porque hay centros con una sobrecarga importante debida a la población envejecida, y a lo mejor no se tiene que medir sólo el número de habitantes de un centro de salud, sino también la tipología de habitantes, que tiene que ver con las patologías que pueden padecer... O sea, ahí habrá que hacer algunos ajustes para mejorar la atención primaria.

Por otra parte, en la atención hospitalaria, y ésa es una gran ventaja que usted tiene, habrá que poner en red todo lo que hasta ahora era disperso, y ésa es una gran ventaja que, desde luego, le animamos a que usted tome con fuerza, porque, si se han planteado problemas de camas cruzadas y se plantean problemas porque siempre hay puntas, todos sabemos que esporádicamente, en momentos determinados, hay unas patologías, unas incidencias que originan unos colapsos hospitalarios. Bien, teniendo en una única mano todos los recursos, en teoría debería ser más fácil, y le animamos a que eso se haga así para mejorar la situación.

Y, desde luego, también abrir toda esa vía del espacio sociosanitario para la media estancia, larga estancia, que es imprescindible porque, en esta comunidad autónoma, todos lo sabemos, el envejecimiento nos lleva por esa dirección, y, por lo tanto, nos parece un elemento fundamental.

Y voy concluyendo con un aspecto que sería también muy importante para garantizar, si el 25% de gasto sanitario, grosso modo, creo que es el Hospital Miguel Servet, si no me equivoco, otro tanto o por ahí, la farmacia. La farmacia es otro de los elementos donde hay que hincar el diente, y, aunque usted también lo ha dicho, creo que habrá que situarlo como una prioridad. Y, aquí, yo le preguntaría: ¿qué ideas novedosas podemos acometer desde Aragón para mejorar la farmacia (es decir, primero, para intentar reducir en la medida de lo posible el gasto farmacéutico, manteniendo, por supuesto, el nivel de calidad en la prestación del servicio y en la salud de los ciudadanos, pero podemos reducir seguramente en gasto farmacéutico) y a través de qué medidas (genéricos, otro tipo de programas)? ¿Cómo podemos trabajar para mejorar en farmacia?, porque es una gran preocupación.

Y por último, como decía antes, hay que intentar hacerlo desde el acuerdo político. Nosotros le brindamos el apoyo de Izquierda Unida para ir en la línea claramente de ese aseguramiento público, universal, ese carácter gratuito, con la excepción del copago farmacéutico y no, desde luego, para nada, en otros campos, como usted ha dicho anteriormente.

Le animamos a que retome ese diálogo con todos los partidos políticos, que creo que es lógico, y también a que se haga un diálogo con las organizaciones representativas de los profesionales, de los trabajadores, para alcanzar acuerdos que creo que son imprescindibles, donde ellos también tienen que implicarse, que haya objetivos evaluables para que todos los sectores se impliquen en la mejora de la sanidad.

No es una cuestión única y exclusivamente de la Administración pública, de los gestores sanitarios, es una cuestión de todos los que intervienen en ese proceso, donde a una motivación profesional y a una justa retribución se añade también una dedicación exclusiva, en nuestra opinión (y ahí está el debate: debería estar absolutamente primada la dedicación en exclusiva al sector público sanitario), y una marginación de los comportamientos de quienes, de alguna forma, mantienen una doble militancia, que a nosotros nos parece una doble militancia un tanto peligrosa, porque no deja de crear recelo el hecho de que uno tenga abierta una consulta por la tarde y nos derive desde la consulta pública de la mañana. Entonces, eso habrá que analizarlo también, porque creo que, desde lo público, hay que ser serios, y si la prioridad es lo público, también hay que primar a los profesionales que están dispuestos a quemarse las pestañas y defenderlo en exclusividad desde ese ámbito.

Por eso, con esas precisiones, yo creo que tenemos mucho trabajo por delante y que, evidentemente, es muy pronto para hacer cualquier evaluación sobre lo que desde Aragón podemos todavía mejorar. Creemos que hay mucho camino, pero, en esa línea, a partir de lo que ya hay, que es positivo, con sus deficiencias, ir a mejorarlo, no a destruir un sistema sanitario, como se ha hecho en otros países que ahora, por cierto, tienen que importar médicos y ATS de España, porque no tienen ni siquiera esa dotación, que en otros tiempos se llevaba a gala el decir que era un buen sistema sanitario.

En esa línea, nos encontrará, señor consejero.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor Lacasa.

Tiene la palabra la portavoz de Chunta Aragonesista señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente, y bienvenidos a la comisión.

Yo creo que las necesidades sanitarias en Aragón ya se ha visto que son muchas, y lo que ha quedado claro con la transferencia es que la negociación no se centró en las necesidades, sino que se centró en una cifra global más bien, fruto de lo que son los ingresos tributarios. Y, al final, aceptar esa cifra también ha supuesto dar por bueno el estado en el que nos han traspasado todos los servicios.

Ahora, lo que los nuevos gestores no sean capaces de hacer será responsabilidad de los nuevos gestores, que tendrán que demostrar que, con esa cifra pactada, se pueden acometer, entre otras cosas, todas las inversiones pendientes, de las que, por lo visto, el Insalud se desentiende, y también las reclamaciones retributivas y laborales a corto o a medio plazo.

Yo creo que, desde el 1 de enero, usted ya se ha convertido casi en el maestro armero al que hay que presentar todas las reclamaciones que se tienen, porque existe ese proyecto de ley de coordinación del Gobierno central que yo creo que se debería limitar a velar para que se garanticen unos servicios mínimos a todos los ciudadanos, en igualdad y sin discriminación, pero respetando las autonomías, la decisión de cada autonomía y de cada Gobierno autonómico. Y le pregunto si sería el momento en que el Gobierno central se plantease traspasar a las comunidades autónomas la competencia de decidir qué medicamentos financia el sistema público en función de las prioridades de cada Gobierno autonómico y de cada comunidad.

Se ha hablado también de las listas de espera, el volumen de las listas de espera quirúrgicas una vez que hayan sido colgadas de la página web del Insalud. La verdad es que nos ha sorprendido a todos por el grandioso volumen. Por lo visto, la demora media, que se establecía en un principio en cincuenta y cinco días, en Aragón tiene una cifra más alta, que es de sesenta y siete días.

El legado la verdad es que no es demasiado halagüeño, y nos gustaría saber qué se piensa hacer, porque se hablaba de un decreto sobre tiempos de espera razonables por patologías. Parece que un decreto no sea la mejor forma para acabar con las listas de espera, y le pregunto si piensan establecer un registro centralizado y nominal, con una lista de espera única para cada patología, y también si se va a hacer un plan de choque para las listas de espera, priorizando las diferentes patologías en función de lo que puede ser el grado de riesgo vital y también de afectación de la calidad de vida.

Ha dicho también que se lleva la idea de abrir todos los centros sanitarios por la tarde, y, claro, la pregunta es: ¿con el mismo personal? ¿Qué coste va a suponer?, si va a ser con el mismo personal o si se va a contratar a más gente.

¿Los quirófanos también se piensan abrir por la tarde?, pregunto, porque, en Navarra, la mayor parte de los quirófanos están abiertos por la tarde, pero, en muchos sitios, los cirujanos son los mismos que están trabajando por la mañana; lo que ocurre es que por la tarde están cobrando... pues peonadas, y muchos de ellos programan lo que son las operaciones para la tarde, a veces por intereses, sobre todo, personales y económicos.

En cuanto al proyecto de carrera profesional sanitaria, también le pregunto si tienen previsto que sea para todo el personal sanitario o exclusivamente a los médicos va a coger este proyecto de ley de carrera profesional sanitaria.

Y termino con la atención primaria, que creo que todo el mundo estamos de acuerdo en que es fundamental una atención primaria de calidad para conseguir unos buenos niveles de salud, y actualmente hay masificación en las consultas por el escaso tiempo que tienen los médicos para atender a los pacientes y también por el exceso de tareas administrativas que tienen que desarrollar, con lo que se puede poner en peligro lo que se ha conseguido hasta este momento. Le pregunto si se piensa adoptar medidas para que los médicos de atención primaria dispongan de un tiempo adecuado por consulta, que sea superior a esos cinco minutos que se están dedicando, que tengan un tope de número de pacientes atendidos por jornada y también una reducción del papeleo que en este momento se ven obligados a cumplimentar, en orden a conseguir una mayor calidad asistencial en lo que es atención primaria.

Nada más. Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario del Partido Aragonés señora Costa.

La señora diputada COSTA VILLAMAYOR: Gracias, presidente.

Como portavoz del PAR, doy la bienvenida a esta comisión al consejero señor Larraz, al señor Cajal, al señor Gómez y al señor Vicente.

Quiero felicitarle, consejero, por el trabajo que usted está realizando en la consejería de Sanidad, usted y su equipo. Una persona sola no podría hacerlo. Claro, que también es mérito suyo elegir al equipo.

Primero, unificó usted la sanidad con las transferencias de los hospitales de las diputaciones.

Aparte de decretos y planes, tengo que destacar tres importantes leyes que usted ha traído a estas Cortes: dos ya aprobadas, infancia y drogodependencia, y actualmente, la de salud.

El otro día leía también el convenio que había firmado — importante— en la parte suroriental de nuestra provincia, de Huesca, con el consejero de Cataluña. Algo que tenía inquietos a todos los alcaldes de la zona, usted lo ha resuelto ya definitivamente con un convenio.

Agradezco su informe a las Cortes sobre la planificación de la sanidad en Aragón después de recibir las transferencias.

Mire, consejero, yo lo dije ya en una intervención en el Pleno, cuando trajo el Partido Socialista una proposición no de ley sobre las transferencias: yo creo que hemos recibido unas malas transferencias. Lo siento, pero lo creo de verdad. Bueno, había que recibirlas, y la primera cifra, desde luego, es inaceptable. Pero tenemos muchas deficiencias, muchas, y algunas se han enumerado aquí: listas de espera, obras que se habían programado de miles de millones, algunas sin empezar, otras escasamente empezadas, prestaciones, salud mental, etcétera, etcétera.

Usted, en su explicación, ya ha ido enumerando cómo tenía previsto ir mejorando, mejorando, mejorando... Pero yo

quiero decirlo para cuando, en un futuro, aparezcan en estas Cortes tantísimas proposiciones e interpelaciones como imagino que van a acudir: que no hemos recibido la cantidad de dinero suficiente para poner la sanidad de Aragón como usted y todos nosotros, seguramente, queremos. Con un envejecimiento —es tremendo eso— del 15% de media en España y, ahora, más del 20%, con la dispersión de la población... Pero me siento obligada a volverlo a decir.

Usted nos ha marcado varias líneas de trabajo con el nuevo marco legislativo. Quiero agradecerle, de verdad, el consenso que usted llevó con todos los colectivos que reunió (cuarenta y tres, más de cincuenta especialistas), y con una conclusión: una sanidad pública universal y una privada complementaria. Estoy de acuerdo, aunque, en lo sociosanitario, yo dejaría entrar más a la privada. Es una opinión del Partido Aragonés.

Libre elección de médico (complicado en la práctica); copago en farmacia y servicios sociosanitarios solamente; los consejos de salud, funcionando, que actualmente no funcionan, y la ley de salud en Aragón, que estamos analizando y que yo espero que sea aprobada por una mayoría de consenso; atención urgencias-emergencias, hay que aumentar las unidades; atención de salud mental, ya he dicho cuántas deficiencia y cuánto trabajo tiene allí usted; atención a las dependencias (esa idea suya de transformar muchas plazas de válidos en asistidos es necesaria); mil quinientos enfermos, médico y enfermera; programas preventivos; educación para la salud; fármacos coste efectivo... Realmente, el cambio de sanidad a salud me parece importante. Entiendo que la salud no solamente es la ausencia de enfermedad, es también el estado de bienestar, y esto se consigue con muchas cosas que no son solamente una atención al enfermo.

Usted nos ha presentado una buena estructuración por áreas, que recoge la primaria, especializada, hospitalaria, sociosanitaria... Importantes innovaciones. Usted y su equipo han analizado hasta el último detalle la atención sanitaria y sociosanitaria aragonesa. También plantea las profesiones sanitarias, carreras profesionales, nuevo modelo de relaciones laborales...

No voy a hacerle preguntas, de verdad; usted ha contestado con amplitud las preguntas e inquietudes sanitarias que yo pudiera tener.

Reconociendo, consejero, su capacidad de gestión y diálogo, que Dios le asista y que pueda contar con la financiación necesaria para llevar a cabo la amplia mejora sanitaria y sociosanitaria que usted nos ha planteado en esta intervención y que parte de amplios déficit. Conociéndole a usted, sé que me diría: «Pero lo conseguiremos». Bueno, puede usted contar con el Partido Aragonés en ese importante reto que usted tiene ante sí, usted y su equipo.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Costa.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista señora García.

La señora diputada GARCÍA CASTELAR: Gracias, presidente.

Bienvenido nuevamente, consejero, a la Comisión de Sanidad, y todo su equipo.

Bueno, por fin tenemos las transferencias.

Quisiera agradecerle que esté informando a todos los grupos en esta cámara, en sede parlamentaria, que es donde hay que hacerlo. Pero vaya por delante que es un orgullo haber alcanzado por fin las transferencias sanitarias en la comunidad autónoma aragonesa.

Todos sabemos que recibirlas constituye un hecho de especial trascendencia en nuestra comunidad autónoma, y marcan un antes y un después en todas las comunidades autónomas que las reciben, por dos motivos fundamentalmente, está claro: uno, porque el volumen de financiación que movilizan es extremadamente importante, usted lo ha señalado con exactitud, y la multitud de recursos materiales y humanos que se manejan y las dificultades de gestión que entrañan son un hecho de especial relevancia, y en segundo lugar, y no por ello menos importante, es que la sanidad, para el ciudadano, para las personas, es básica, porque siempre se ha considerado la sanidad como el núcleo duro de ese estado de bienestar.

Yo creo que, a pesar de los riesgos, a pesar de las dificultades que entraña su gestión, la asunción de esas competencias significa el reconocimiento de la mayoría de edad de nuestra comunidad autónoma, y los aragoneses nos merecemos una comunidad autónoma adulta y un Gobierno capaz de asumir esas transferencias.

Le diré que algunos suspiramos aliviados cuando las vimos firmadas y bastantes estábamos muy preocupados viendo las prisas, la cerrazón, la sinrazón de los últimos días de negociación. La verdad es que fue duro ver en esos últimos días la cerrazón del Partido Popular. Yo creo que los excesos verbales de la señora ministra y de otros responsables políticos son divertidos para llenar tardes de chanza y cachondeo, pero, claro, cuando nos jugamos la sostenibilidad de la suficiencia financiera del sistema sanitario público aragonés, pues no hay mucho motivo de chanza. Sustituir la vigilancia epidemiológica o la promoción de la salud por cursillos de cocina para amas de casa, o los entes de investigación y las escuelas de enfermería por la academia de «Operación Triunfo», pues, hombre, seguramente no nos dará un Nobel, aunque podremos ganar Eurovisión. Pero, insisto, eso no es el núcleo fuerte, el núcleo duro y la sostenibilidad de las transferencias sanitarias. Bien, oír hablar de diálogo a los sordos o de asumir responsabilidades a los incompetentes sonará a cachondeo.

Nos guste o no, los recursos son los que son. La radiografía que usted ha hecho al establecer los recursos que en estos momentos se mueven en la comunidad autónoma es clara. Se ha dejado usted el TAC en casa, porque algún corte sí que habrá que darle a estas transferencias recibidas.

Nos guste o no, aceptadas como buenas, la única manera de mejorarlas es teniendo las transferencias en la mano, y yo soy de las convencidas de que, en los últimos años, en los que la gestión del Partido Popular ha estado enfrente de la sanidad pública, ésta se ha deteriorado con mucha seriedad: nos encontramos hospitales públicos descapitalizados, nos encontramos con desvío de pacientes a centros privados, con reducciones y limitaciones de las plantillas, con modificaciones unilaterales de relaciones laborales, con pérdida de poder adquisitivo por incumplimiento de los acuerdos sindicales por el Partido Popular, con políticas farmacéuticas inexistentes y, encima de la mesa, listas de espera, que parece

que se pongan encima y que mucha gente las señala como diciendo: bueno, a ver cómo te las arreglas con esto y a ver cómo sales de ésta. Pues no es fácil, consejero.

Tiene, y usted las ha desgranado una a una, unas líneas estratégicas claras; tiene a su favor el conocimiento de la realidad y la permeabilidad hacia los problemas sanitarios; la proximidad a los ciudadanos; la capacidad de unificar las competencias en una sola mano y, por lo tanto, la capacidad de coordinar los espacios, tanto los sanitarios como los recursos de salud mental, de salud pública, y la rápida evaluación y comprobación de los resultados. Pero tiene en contra que estamos tratando de garantizar un derecho, con necesidades ilimitadas, pero con recursos finitos.

Si sólo fuera eso, pues hasta sería fácil, pero sabe usted que éste es un tema de especial sensibilidad electoral, y no le quepa a usted duda de que le pasarán la receta. Esto se presta a que todo el mundo le diga lo que tiene que hacer y lo que no está bien hecho, y todo el mundo le dirá cómo se tienen que hacer las cosas; pero, consejero, el que firma a pie de página es usted, y, por lo tanto, el Partido Socialista Obrero Español.

Ya sé que vende más esa sensiblería acaramelada que nos dice que tiene el PP, del cuidado del enfermito, del niño, de la madre del niño, de la madre con mucho niño, de los abuelos, de los pobrecitos médicos, de los pobrecitos veterinarios..., siempre es más fácil decir que no. Pero merece la pena.

Por lo tanto, el Partido Socialista le va a pedir que mantenga la equidad globalmente conseguida, que mejore aquellas condiciones concretas en las que exista un margen de maniobra desde los servicios sanitarios y que sirva, en definitiva, para disminuir las desigualdades existentes, y, sobre todo, que utilice los recursos para conseguir una cohesión social importante en sanidad para todos los aragoneses. Es lo que esperamos, consejero.

Gracias a usted a su equipo, y gracias, presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora García.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular señor Queralt.

El señor diputado QUERALT SOLARI: Gracias, señor presidente.

También nuestro grupo da la bienvenida al consejero y a su equipo, y agradecer que no haya demorado más esta comparecencia.

Por supuesto, tras escucharlo y ante tal exposición de objetivos, desde luego, si llegamos a su desiderátum, serán ciertas sus palabras de que nuestra sanidad es la más prometedora del país, como dijo en un artículo de prensa. Esperemos que, en sucesivas comparecencias, nos pueda explicar cómo programa y cómo va consiguiendo todos esos objetivos.

Queremos decir desde nuestro grupo que estamos también encantados con las transferencias sanitarias, y recordarle, por lo que ha dicho la anterior portavoz, que una transferencia son dos partes, y pienso que hay que felicitar al que cede y al que recibe, y hay que felicitar también al grado de negociación que ha habido entre ambas partes.

Y, por supuesto, disiento totalmente de muchas de las afirmaciones que ha hecho usted.

Le voy a decir, consejero, que si le tenemos que hacer la oposición exactamente igual a la que le han hecho a la señora ministra Villalobos, estará usted aquí todos los días que le quedan de legislatura. No va a ser así, ya se lo digo.

Nos ha presentado un análisis muy certero y muy concreto de las características de Aragón. Desde luego, le va a suponer un gran esfuerzo realizar todos los objetivos que nos ha expuesto.

Como le dijimos ya cuando vino el día 13 de diciembre, a partir del 1 de enero, todos tenemos la vista puesta en usted y en su equipo con respecto a las actuaciones sobre sus competencias en sanidad. Hasta ahora, solamente conocíamos sus actuaciones a través de algunos artículos de prensa, algunos curiosos que hablaban de las listas de espera, que iba a hacer una auditoría para calibrar la situación de la sanidad, cuando se hablaba de las actuaciones sobre el Servet.

Por lo menos, hemos sacado algo en claro: ustedes decían que no habíamos hecho nada y la doctora Noeno ya dijo que, cuando concluyesen las primeras obras, podían continuar las siguientes (por lo menos reconocían implícitamente que algo se estaba haciendo, aunque con retraso).

Hablaban también de las negociaciones en el reparto de los puestos. Ya dijimos algo: pensamos que luego no ha sido así y han templado un poco este baile de organización, este baile de cambios laborales.

Y entrando ya en materia, en su exposición, vamos a ver los puntos que, a nuestro juicio, nos suscitan alguna duda y pensamos que deben destacarse o debatirse, y esperamos que, cuando pueda, nos resuelva estas dudas.

En investigación, efectivamente, el porcentaje del dinero del CIS que recibe Aragón es mucho menos, es menos de la media nacional. Usted ha hablado de que va a crear, dentro del Instituto Aragonés de Salud, una línea de investigación. ¿Podría decir con qué recursos va a contar, las cantidades de las becas o de este apoyo a la investigación, si puede decirlo ahora?

Ha hablado sobre la definición de un modelo sanitario, el modelo de consenso. Nosotros le agradecemos que nos llamase en su día a todos los estamentos sociales que pudo para hablar sobre un modelo sanitario, pero pensamos que no es un modelo de consenso: simplemente, lo que usted ha reflejado en los documentos que nos dio son los porcentajes sobre las respuestas de las preguntas que nos hizo, y a esto no le llamamos modelo de consenso. Es un modelo que hay ahí, con unas opiniones de todos los grupos que vinieron, pero, verdaderamente, el modelo sanitario suyo propio, de su departamento, aunque esté basado en esas respuestas y en esa información que le dimos todas las personas y estamentos que estuvimos, que puede serle útil, pero, en realidad, su propio modelo sanitario no lo ha definido; nos lo ha dejado ver un poco en la de salud, pero son los conceptos que se trataban en aquella encuesta, no ha dicho cuáles son los suyos propios.

Proyectos de salud. Pienso que ya se va a debatir en su momento y que dará mucho juego, aunque tengo que reconocer que es una buena ley y que, como punto de partida, nos puede servir tanto ahora como en el futuro a los aragoneses.

Habla de urgencias. ¿Nos podría decir qué es lo que debe completar y cuánto podría contestar? Me imagino que será todo, generalmente, en transporte sanitario.

Nos parece muy interesante el Plan de formación de urgencias, pero querríamos saber: ¿lo va a hacer obligatorio, sobre todo en los equipos de atención en los medios rurales? ¿Lo va a dejar a la libre elección de cada facultativo? ¿Será baremable si se hace para la provisión de ciertos puestos en los cuales se requiera esta formación?

Sobre el Plan de salud mental, hace tiempo que lo está anunciando. Ya dice que ha pedido la comparecencia. Lo único que le solicitamos es que tenga la benevolencia de dárnoslo con un poco de antelación para poderlo debatir como Dios manda en esta comisión.

Innovación organizativa. Solicitamos la comparecencia del doctor Vicente para que nos explicase un poco este organigrama que ha corrido por la prensa, y, sin entrar, porque me imagino que vendrá a explicarlo con más detenimiento, lo único que nos llama la atención, y querríamos saber si es así, es si no va a haber un aumento indiscriminado de puestos o de asesores o de puestos en la organización.

Con respecto a atención primaria, habla del aumento de la disponibilidad en horario de tarde. Nos parece estupendo. Lo que pasa es que no entendemos una cosa: si esta mañana leemos que la gerente del área 2 dice que va haber puntos de acción continuada para desmasificar urgencias y nos dice que solamente va a haber disposición de ocho a ocho y las otras doce horas van a ser en hospital, pensamos que durante esas doce horas también podría existir en los puntos de atención continuada dicha atención, y valga la redundancia.

El Instituto de Ciencias de la Salud. Se creó en el noventa y cinco y, hasta ahora, no se ha hecho nada. Nos respondió usted, a una pregunta, que estaba estudiando el momento y el modo de ponerlo en marcha. Nos gustaría saber, un poco, cómo va a estar organizado, con qué gente y con qué presupuestos va a contar.

Nos ha sorprendido, por lo difícil de la cuestión, cuando habla de la planificación de las especialidades. Yo creo que aquí está la clave del funcionamiento, sobre todo del personal, a medio y a largo plazo. Está claro que, a lo largo de estos tiempos, ha habido siempre un desequilibrio, ya no solamente entre el número de especialistas, sino en la clase de especialistas: ha habido especialidades que se han ofertado mucho en la formación MIR y no otras, más necesarias. Y lo estamos sufriendo en nuestras propias carnes, la población aragonesa concretamente; me imagino que toda, pero en Aragón se ha notado claramente este desequilibrio entre lo que se oferta y lo que se necesita. Mi pregunta es la siguiente: si Aragón ofrece el 30% de la formación de especialistas, ¿cómo va a planificar las plazas? O sea, ¿a quién se lo va a decir usted? ¿El ministerio va a coordinar, va a decir lo que necesitamos?

En cualquier caso, luego viene la pregunta del millón: ya los tenemos formados, ¿cómo hará usted para que se queden los especialistas formados aquí, que son los que necesitaríamos? Yo pienso que ahí tiene usted una batalla muy difícil. Tendrá que hacer usted una oferta, su consejería o su departamento, tan exquisita, tan atractiva, para que no se nos escapen y se nos fuguen los especialistas que necesitamos.

Hay más preguntas que querríamos hacerle.

Con respecto a la cogestión, ya llevamos dos meses. ¿Va a solicitar alguna moratoria más, como han hecho otras comunidades?

Con respecto a las inversiones, queríamos preguntarle si va a mantener usted las inversiones del Insalud que están expuestas en el anexo 2002.

Luego, hemos dejado para el final el tema, tal vez, más espinoso, que es el tema de personal. Queríamos saber si, efectivamente, ese pacto social del que nos viene hablando, que unas veces tiene prisa, otras veces dijo que no tenía prisa, si lo va a conseguir o no y cómo. Hasta ahora, nos consta la buena voluntad de las partes, pero no nos constan reuniones serias y definitivas al respecto.

He de decirle que, independientemente de los temas retributivos, no caiga en los errores que se han cometido antes, en cuanto a que al personal sanitario hay que ofrecerle también algo más de lo que es el mero hecho económico, el mero hecho retributivo, y pienso que hay que tratarlo mejor de como se le ha venido tratando; hay que aplicarle baremos... O en las convocatorias, por ejemplo: hace poco, vimos una convocatoria para el Hospital Clínico en la cual baremaban solamente servicios en el Instituto Nacional de la Salud; entonces, frenaba un poco a facultativos que estuvieran en otros estamentos dentro del Servicio Aragonés de Salud. Me imagino que será una copia de anteriores convocatorias, y no sé si lo corregirán.

Creo que hay que tratarle mejor, ofreciéndole más humanidad en su tratamiento, controlando exactamente los horarios para que trabaje «a gusto» —entre comillas—, darle posibilidades de formación, de cursos, que haya un equilibrio entre los cupos para que no haya cupos con muchas cartillas y otros, no... En fin, yo creo que esto es lo que compete a la hora de tratar bien al personal.

Y decimos esto porque tenemos noticias de que, por ejemplo, en la dirección territorial no ha sido así. En estos momentos, sabemos que hay gente descontenta, que ha habido variaciones, gente que se ha subido de nivel, gente que la han bajado... Ha habido —pensamos— secretismo en estos últimos días, ha habido unas listas que se han entregado a la centrales sindicales con distribución del personal de la antigua dirección en las que aparece el personal dispersado en función de estructuras, no especifican funciones, no se sabe en qué puestos están, hay niveles ya repartidos y no se sabe qué criterios se han utilizado.

Señor consejero, en estos momentos, tiene usted a la sociedad médico-sanitaria aragonesa expectante. En su labor está el hacerlo bien o hacerlo mal, y pienso que, si lo hace mal, pierde una oportunidad de oro para la población sanitaria, o sea, para los profesionales de la sanidad, y, sobre todo, para la población aragonesa.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor Queralt.

Para la respuesta a los grupos políticos, tiene la palabra el señor Larraz, al que le agradecería que fuera lo más rápidamente posible, por el tiempo que llevamos ya invertido.

Tiene la palabra el señor Larraz.

El señor consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales (LARRAZ VILETA): Gracias, señor presidente.

Me gustaría ser breve, y disculpen la intervención previa, que ha sido larga, pero es que es un asunto tan amplio... Y, además, si les ha parecido a todos ustedes que no he profun-

dizado en los asuntos, figúrense, si hubiera profundizado, el tiempo que hubiéramos estado aquí. Pero, en fin, yo voy a tratar de estar el menor tiempo posible en estas respuestas.

En primer lugar, decir que es nuestra voluntad el intentar una paz social y una paz política, con diálogos y con acuerdos con todos los estamentos, y desde el momento en que hemos comenzado a trabajar en el departamento lo hemos puesto de manifiesto. Y lo hemos puesto de manifiesto con hechos, que ha sido el conectar con todos los estamentos relacionados con la sanidad, saber su opinión, que al final ha terminado siendo nuestra opinión, la opinión del Gobierno y del departamento. Por eso hemos hecho una ley de salud de acuerdo con todos los estamentos.

Y mi opinión no importa, no es lo más importante. Lo importante es que hemos conseguido introducir en las Cortes una ley de salud, que sus señorías la modificarán en lo que consideren necesario, pero que es fruto del consenso de todos, y no, simplemente, la opinión de una persona o de varias, sino la opinión de todas las personas y todas las instituciones que están cercanas a la sanidad.

Si que vamos haciendo un análisis de lo recibido, y es muy importante para nosotros saber de dónde partimos, de lo bueno y de lo malo, y así es (yo creo que hay más bueno que malo). Hay algunas deficiencias que, naturalmente, tenemos que intentar corregir, y hay para hacer todo lo que queramos, como decía la portavoz del PAR, podemos estar invirtiendo dinero en sanidad..., pues, prácticamente, podíamos coger otro tanto como el que nos han transferido, ese volumen de dinero, y gastárnoslo; en sanidad, es muy fácil gastar dinero, las necesidades son infinitas y los presupuestos siempre son ajustados, aunque, aparentemente, el volumen de dinero que tenemos para la sanidad sea muy importante, pero podemos invertir todo lo que queramos.

O sea, si la portavoz de Chunta tiene interés en decir que no es suficiente, pues lo puede usted decir ya, desde este instante: no es suficiente, según el punto de vista que usted adopte. Es decir, si cree que vamos a solucionar todos los problemas sociosanitarios, sanitarios e, incluso, sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, pues depende, porque estas cosas dependen de lo que uno espera de los sistemas. Si uno espera la vida eterna, ése sería el tope máximo, y fíjese en lo que habría que intervenir para conseguir la vida eterna. Entonces, su posición es muy sencilla y muy fácil: se puede usted posicionar en el aspecto crítico y disparada hacia la insuficiencia de medios para la sanidad, y seguro que tiene usted toda la razón y, además, ya se lo adelanto, yo le daré siempre la razón desde este lugar en el que me encuentro, siempre le daré la razón en ese sentido.

Yendo a cosas un poquito más concretas, sí que es cierto que hay algunas obras a las que yo no me he referido en esta comparecencia porque me parecía que era excesivamente prolijo y estaríamos mucho más tiempo, pero sí que merece la pena decir algo del Hospital Miguel Servet.

En el Hospital Miguel Servet, como sabe el representante del Partido Popular, lleva dos años parada la obra fundamental, que es la reforma de Traumatología, debido a dificultades que surgieron y que no pudieron solucionar o que no se hicieron previamente, que se podían haber hecho o conocido previamente. Tenemos dos años de retraso en esas obras y, además, tenemos que actualizar dos años los nueve mil y pico millones que cuesta el principio de esas obras. Y eso,

naturalmente, nos ha llevado a considerar el Hospital Miguel Servet como un asunto prioritario para el departamento. ¿Por qué? Porque, además de suponer el 25% del presupuesto, supone el 45% de la producción en atención especializada y hospitalaria de todo Aragón, y eso es importantísimo. Además, es una producción que es de un nivel terciario y que responde, como usted conoce perfectamente, a las especialidades más complicadas que tenemos, como programas de trasplantes, neurocirugía, cirugía cardíaca, etcétera.

Naturalmente, en el departamento buscamos un perfil adecuado para dirigir un programa a ocho años, cuyo trabajo fundamental es el cambio de la infraestructura de ese hospital. ¿Y quién tenía experiencia para hacer eso? Pues la persona que he tenido más cercana a mí, que ha sido la ex secretaria general técnica Luisa Noeno, que ya hizo y coordinó toda la obra de remodelación del Hospital Clínico Universitario, y también varios miles de millones de pesetas. Naturalmente, ese perfil era el adecuado, y yo he tenido que desprenderme de esa persona, aunque —todo tiene sus partes negativas y sus partes positivas— he obtenido la colaboración de otra persona excelente, que va a trabajar conmigo de aquí en adelante, de la misma manera que se ha hecho con Luisa Noeno.

En cuanto a la pregunta que hacían de las áreas de salud de la organización, esto sí que va a cambiar mucho. Hemos trazado ocho áreas o sectores, que se ajustan perfectamente al mapa sanitario, no hay más que revisarlo (el mapa sanitario tenía áreas y sectores; nos hemos ajustado a los sectores), y vamos a conseguir, con esas ocho áreas, centrar un poquito la gestión y que equipos directivos de cada área sean los responsables de todo el itinerario que se puede llevar sanitariamente de una persona, que puede ir desde necesitar una cama de agudos a una de media estancia o de larga estancia o la atención primaria, incluso lo sociosanitario o lo mental, de manera que una sola persona puede coordinar los itinerarios, porque el futuro, y ya lo he dicho en alguna ocasión, nos va a exigir itinerarios personales, tanto sociales como sanitarios, de todos los aragoneses, y eso vamos a tener que hacerlo así.

Estaremos en el diálogo con todos, por supuesto.

El peso de la prevención... A veces me dicen que en los cargos directivos del departamento hay un exceso de preventivistas, es una crítica que me hacen algunos compañeros que tenemos en la asistencia. Bueno, pues unos, por mucho, y otros, por poco. Yo creo que en el departamento está representado, el director general de Planificación es el catedrático de Medicina Preventiva en Aragón, como ustedes saben, y, naturalmente, el peso de lo preventivo es importante.

Hemos cerrado en estos dos primeros años el Programa de cáncer de mama, que estaba en un 40%; está completo en su presupuesto y se está trabajando yo creo que bastante bien. Este año comenzaremos un nuevo Programa de prevención de cáncer de colon, y tenemos la idea de abrir cada año un programa nuevo de prevención importante y avanzado. Yo creo que lo haremos.

El valor añadido que ya tenemos con la transferencia es, en primer lugar, la cercanía, conocer mejor los problemas, la cercanía en la gestión, y, en segundo lugar, la suma de redes, que ya nos da un valor añadido a los ciudadanos aragoneses para tener una mejor atención. Y si a ello le sumamos el desarrollo de lo sociosanitario, yo creo que puede ser importante.

Y respecto a la farmacia, pues es una de nuestras mayores preocupaciones. No hay nada nuevo en farmacia, está todo inventado; en unos sitios colocan unos programas, en otros sitios colocan otros. Quizá nos falta información sobre la prescripción a cada persona, que no la tenemos, a cada persona, no lo que se prescribe en global, si no lo que se prescribe a cada persona, con nombres y apellidos. Hemos empezado ya a trabajar en ese programa; solamente está implantado en Cataluña y vamos a tratar de implantarlo nosotros. Y, por supuesto, los genéricos, que es muy importante trabajar en ello.

Las listas de espera. Querida portavoz de Chunta, no vamos a acabar con las listas de espera. Sería el primer sistema en el mundo que acabara con las listas de espera. Lo que sí tenemos que hacer es priorizar cada patología, porque eso no es sencillo. No es lo mismo una artrosis de cadera a los cuarenta y cinco años que a los ochenta, y, sin embargo, están en la misma lista para poner una prótesis. Hay que priorizar esas listas, y en eso estamos trabajando, en un sistema informático y, por supuesto, en establecer unas reglas de juego para relacionarlos con los usuarios, que sería el decreto del que estamos hablando. No se arreglan las cosas con un decreto, pero sí que se establece un lenguaje que todo el mundo entiende, y si a cada patología, por decreto, le damos sus prioridades y sus tiempos de espera, si publicamos (que está previsto el hacerlo y estamos trabajando en la página web) las listas de espera de manera continuada, tal y como están, aclarándolas mes a mes, yo creo que conseguiremos establecer un diálogo con los usuarios, y creo que lo podemos hacer bien.

Trabajaremos la carrera profesional, estamos en ello con el ministerio. Veremos cómo queda; no sé cuántos estamentos van a entrar en carrera profesional, ya lo veremos.

Y, naturalmente, la atención primaria la trabajaremos, en cuanto al tiempo que dedican a los pacientes, con redistribución de efectivos, una vez que estemos todos de acuerdo en cómo redistribuir los efectivos, y me refiero a la Administración, a los médicos, a los alcaldes o a las federaciones de municipios y provincias, porque redistribuir efectivos no es sencillo. Incrementaremos algún efectivo (ya el año pasado incrementamos efectivos, el propio departamento, no teniendo esa responsabilidad y debido a que el Insalud no lo hacía) y trataremos de disminuir la burocracia.

Respecto a la intervención de la representante del PAR, sí que me gustaría decirle que, para nosotros, sí que son importantes los convenios con las comunidades autónomas, muy importantes. Ya los hemos hecho con Navarra hace muy poquito tiempo, los hemos hecho con Castilla-La Mancha (porque atendemos una zona de salud de Castilla-La Mancha, Molina de Aragón) y lo hemos hecho también con Cataluña. No saben ustedes lo que han respirado los ciudadanos de la Franja, que se atienden en el hospital de Lérida: el hospital de Lérida tiene cincuenta camas fijas ocupadas por pacientes aragoneses de la Franja, fijas, cincuenta camas, que es importantísimo para ellos que se mantengan. Y estamos trabajando ya en acuerdos con Castilla y León, atendemos Soria y La Rioja, porque atendemos La Rioja. No solamente porque queremos que la equidad en el sistema funcione, sino también porque queremos saber y conocer qué es lo que estamos haciendo de otras comunidades autónomas, porque hay un fondo al que podemos acceder que sirve para pagar estos esfuerzos complementarios que hacen las comunidades

con respecto a otras, y, por lo tanto, para nosotros, es muy importante.

Respecto a ese comentario de que la sanidad aragonesa es la más prometedora del país, yo lo creo a pies juntillas, como también creo que Aragón es un país prometedor, sobre todo en estos últimos dos años y medio, que lo hemos puesto en el mercado, en circulación. Yo lo noto cuando voy a Madrid, me pregunta la gente: «¿Usted es aragonés? ¡Huy, sí!, ustedes son los del agua, los de las transferencias, los de tal...», todo el mundo nos va conociendo. ¡Claro que es un país prometedor! Y si seguimos apretando los dientes y trabajando y funcionando hacia delante, seguro que no tendremos solamente la sanidad prometedora, sino que será prometedor Aragón, que es lo que pretendemos todos: que Aragón sea prometedor.

Por ejemplo, será más prometedor si no nos conformamos, como ustedes dijeron en la prensa, con la cifra que ofrecía el Gobierno central, que apretamos un poquito y fue una cifra bastante mayor. Yo creo que eso fue importante.

Y respecto a la oposición a la ministra Villalobos, yo, desde luego, para la ministra Villalobos soy un ángel. ¡Si yo no me meto nunca con ella! Yo solamente trato de oponerme a ella, o en las Cortes o en el Senado o en el Consejo Interterritorial o en la prensa, cuando nos dice las cosas que nos dice. A la ministra Villalobos le sobra poder y le falta autoridad, si usted me lo permite: el poder lo da un papel, «nombramiento de tal...», pero la autoridad hay que ganársela. Y eso es lo que le falta a la ministra de Sanidad, y yo creo que debe trabajar esa faceta, porque, si no, ni con una ley de coordinación podrá coordinarnos. Para coordinar, es como la Constitución: la Constitución tiene texto, contexto y libre interpretación de comunidades; entonces, lo que hay que liderar es la libre interpretación de las comunidades, no el texto o el contexto, que es en lo que se empeña la ministra. Por lo demás, personalmente, me llevo excelentemente bien con ella y no tengo ningún problema.

Respecto al Plan de urgencias-emergencias y la obligatoriedad de la formación, oiga, yo creo que es obligatorio que los médicos se formen y estén a la última novedad, es obligatorio que lo hagan. No es obligatorio que yo les fustigue para que lo hagan, sino que es obligatorio y creo que lo van a hacer, estoy seguro de que lo van a hacer.

Respecto al Instituto de Ciencias de la Salud, es un proyecto al que le tenemos un especial cariño. Yo creo que lo vamos a tratar de conformar con una estructura que permita financiación externa, no solamente la propia financiación del departamento, y, así, podrán llegar fondos que llegan de investigación, y lo sabe usted mucho mejor.

No estamos en cogestión, por cierto, la cogestión no existe como fórmula administrativa, ni estamos compartiendo ninguna responsabilidad, la responsabilidad la tenemos completa desde el 1 de enero. Lo que ocurre es que permanecen los servicios centrales, exclusivamente, para el trasiego de papeles e informática.

Nunca hemos tenido prisa, ni yo lo he dicho, por el pacto social, al revés: siempre digo que paciencia, que hay que hacer las cosas despacio y que salgan lo mejor posible.

Y respecto a lo que se ha comentado de las direcciones territoriales, que yo sepa, todavía no hay ningún nivel fijo ni nada parecido. Eso está en una mesa, que me parece que se reúne pasado mañana y que comienzan a negociarlo, o sea,

que figurese usted... Yo entiendo que los funcionarios estén inquietos y que haya comentarios o..., pero nada firme. Eso se hace negociando con todos los sindicatos.

Y yo también estoy de acuerdo con usted en que a los profesionales hay que tratarlos mejor, mejor que los han tratado últimamente, bastante mejor, y darles más formación, más cursos, que haya equilibrio.

No es todo el dinero, también estoy de acuerdo con usted: a unos profesionales que se les propone, por un lado, subirles veinticinco o treinta mil —o las que sean— pesetas al mes y se les pone enfrente una mejor estructura, mejor trabajo, más formación, todos eligen lo otro, porque el poco dinero que podemos subir se acaba en cuatro días.

Y nada más, señorías.

Disculpe, presidente, sobre todo, el tiempo que he ocupado.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor Larraz. Está disculpado, por supuesto, y tanto más su equipo: señor Cajal, señor Gómez, señor Vicente, que tienen esta comisión a su disposición para cuando ustedes lo necesiten.

Se suspende la sesión durante cinco minutos... ¡Perdón!, que nos falta una pregunta, que no me acordaba. Pido disculpas.

Pasamos a la pregunta número 64/02, relativa al Servicio de Asistencia y Orientación Jurídica para Inmigrantes en Aragón, formulada por la diputada del Grupo Parlamentario Chunta Aragonesista señora Echeverría. Tiene la palabra.

Pregunta núm. 64/02, relativa al Servicio de Asistencia y Orientación Jurídica para Inmigrantes (SAOJI) en Aragón.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Señor presidente.

Señor consejero, ¿está prevista por parte del Gobierno de Aragón, y en qué términos, la firma del convenio con los Ilustres Colegios de Abogados de Zaragoza, Huesca y Teruel, para garantizar el Servicio de Asistencia y Orientación Jurídica para Inmigrantes?

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Tiene la palabra el señor consejero.

El señor consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales (LARRAZ VILETA): Sí, gracias.

Brevemente, porque el asunto está prácticamente resuelto.

El departamento, en concreto el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, al igual que en años anteriores, que esto ya son acuerdos de hace muchos años, va a renovar en fechas próximas los convenios que tiene de colaboración entre el Instituto Aragonés de Servicios Sociales y los Colegios de Abogados de Huesca, Teruel y Zaragoza.

Los términos de estos convenios son: para el convenio con el Colegio de Abogados de Huesca, se va a incrementar presupuestariamente el volumen que ya se tenía y se va ampliar el servicio a Fraga, de acuerdo con el mandato de las Cortes de Aragón; el de Teruel se va a hacer también a corto plazo, con un pequeño incremento económico, y con el Colegio de Abogados de Zaragoza, exactamente lo mismo.

Tuvimos un pequeño problema con el de Huesca porque, de una manera unilateral, en el intervalo en el que la junta anterior se fue y vino una junta nueva por elecciones, se cortó el trabajo que hacían con este convenio, y yo creo que ya está solucionado y espero que no tengamos ninguna dificultad.

Gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor consejero.

Para la réplica, tiene la palabra la señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

Bueno, pues espero que se llegue a un acuerdo y que se firme ese convenio rápidamente.

Lo cierto es que este servicio era importante, funcionaba muy bien y se necesitaba, sobre todo, para encauzar a todas estas personas hacia organismos competentes a la hora de resolver los problemas.

Parece que el año pasado, en Zaragoza, el Colegio de Abogados recibió trece millones de pesetas y parece que se quejaba porque le resultaban escasos, aunque creen posible seguir realizando el servicio. Como ha dicho, pasaba lo mismo en Teruel, pero el problema existía en Huesca, donde se suspendió el servicio y no se presta desde el día 31 de diciembre porque había diferencias económicas por parte del Colegio de Abogados y también del IASS, que implicaban, además, diferencias de planteamiento en cuanto a cobertura, puesto que hay zonas de inmigrantes que no tienen cobertura, no disponen de este servicio.

Por lo visto, en Huesca, en el año 2000 se atendieron ciento sesenta casos y, en el año 2001, doscientos cuarenta y cinco. El presupuesto fue, en el año pasado, de dos millones y medio de pesetas, y querían que el montante total fuese de cuatro con dos millones de pesetas, y yo le pregunto si, con ese nuevo montante que se prevé en el convenio, va a ser posible dar cobertura a todo el territorio.

Por otra parte, también por qué el IASS no presta el servicio directamente, puesto que el servicio, en este momento, lo están prestando abogados a título personal, que se apuntan a una lista, es decir, que no hay un compromiso por parte del Colegio de Abogados de prestarlo.

Nada más.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Para la dúplica, tiene la palabra el señor consejero.

El señor consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales (LARRAZ VILETA): Yo creo que está ya prácticamente cerrado el acuerdo con los tres colegios de abogados, y los incrementos son grandes. El año 2001, el incremento de Huesca precisamente, que es donde más discrepancias ha habido, el año pasado lo incrementamos en un 40%, y este año lo vamos a ampliar en cifras similares, y yo creo que son cifras importantes.

Entiendo que también el número de intervenciones que se hacen cada vez son mayores y nos vamos adaptando a esos porcentajes. Para el SAOJI en Zaragoza, este año nos acercaremos probablemente..., pues si estaba en trece millones cuatrocientas noventa mil pesetas, el año 2001 lo incremen-

tamos un millón setecientos mil pesetas más en un anexo, y lo incrementaremos también en los volúmenes que sean necesarios para atender a este grupo de inmigrantes.

Yo creo que se hace un trabajo importante y excelente, y me da la impresión de que no tendremos problemas en renovar los tres acuerdos.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor consejero.

Ahora sí levantamos la sesión durante cinco minutos para despedir al señor consejero y a su equipo.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Señorías, continuamos la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales con el punto número cuatro: debate y votación de la proposición no de ley número 217/01, sobre ayudas para familias con hijos nacidos de partos múltiples, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa, tiene la palabra la portavoz señora Plantagenet.

Proposición no de ley núm. 217/01, sobre ayudas para familias con hijos nacidos de partos múltiples.

La señora diputada PLANTAGENET-WHYTE PÉREZ: Gracias, señor presidente.

Señorías.

Yo creo que ha sido ampliamente debatida en nuestra comunidad autónoma la evolución demográfica en la cual nos encontramos, y, si bien es cierto que las causas de esta despoblación son diversas, el descenso de la fecundidad en Aragón ha sido muy rápido, más rápido casi que en otros países, y ha alcanzado niveles muy bajos.

El análisis de nuestra situación ha sido siempre y es preocupante, y, de hecho, llevó al Gobierno a elaborar el Plan de política demográfica, en cuyo texto recogió un apartado sobre política familiar, entre otras propuestas.

Este planteamiento, el tener un planteamiento sobre política familiar, ha sido desde siempre, y desde que el Partido Popular ha llegado al poder, el plantear un apoyo a la familia.

Yo creo que para sus señorías, conocedores de la política en otro tiempo, es novedoso. Yo creo que la política familiar ha sido la gran abandonada durante mucho tiempo, pero creemos —desde luego, desde el Grupo Parlamentario Popular así es— que tenemos que plantear una política de apoyo a la familia, sobre todo de aquellas familias que optan por tener hijos, cuya calidad de vida empeora frente a los que no los tienen. Es más: aquellas familias que deciden tener hijos sufren durante un tiempo un menoscabo de su calidad de vida frente a aquellas que no los tienen y, además, aportan a la sociedad unos individuos que, sin lugar a dudas, serán futuros cotizantes y apoyarán a aquellos que no han tenido niños de jóvenes.

Ahora, también es cierto que, igual que se ha planteado un apoyo a las políticas familiares, las administraciones tienen que desarrollar una política social de ayudas (pueden ser guarderías, centros de residencia, gratuidad de servicios a domicilio...) que podrían paliar el tener solamente ayudas directas, como vamos a pedir en esta proposición no de ley.

Ustedes ya saben que la comunidad autónoma tiene competencia para establecer políticas sociales dirigidas a colectivos con especial problemática, sobre todo de marginación, familias numerosas, políticas sociales en general. Y, dimanante de todo esto, existe un decreto de ayudas para hijos nacidos de partos múltiples y otras normas que ayudan a la integración familiar.

Con esto, quiero resaltar que es facultad del Gobierno de Aragón elegir las formas de compensar o fomentar la natalidad y la cuantía presupuestaria dedicada a estos fines. Debe elegir entre ayudas económicas directas, las desgravaciones y la dotación de servicios públicos total o parcialmente gratuitos para estos menores. Asimismo, debe decidir si estas ayudas deben ser para toda la población o deben aplicarse teniendo en cuenta niveles de rentas.

Sabiendo que el Gobierno de Aragón tiene esta facultad, a ella apelamos el Grupo Parlamentario Popular, y todos saben que existe un decreto de protección a las familias con partos múltiples, porque la situación familiar, cuando se halla en este momento, normalmente, suele estar comprometida y supone un esfuerzo importante de un presupuesto, sobre todo económico, para la atención de estas nuevas necesidades.

Hay una demanda, además, de la Asociación Aragonesa de Partos Múltiples, que viene demandando y reivindicando un incremento de dichas ayudas, fundamentalmente en lo que se refiere al número de años.

Diversas comunidades autónomas han cambiado ya la regulación relativa a las ayudas a familias con hijos nacidos de partos múltiples, en el sentido de ampliar el número de años durante los que reciben estas ayudas: así, está la Comunidad Autónoma de Navarra, donde se reciben hasta los diez años; el País Vasco, donde estas ayudas se reciben también hasta esta edad, y la Comunidad de Murcia, que las mantiene hasta los trece años.

Por ello, el Grupo Parlamentario Popular no solicita incrementar la ayuda, sino alargar el período de percepción de esta ayuda, desde los seis años (que es la que nosotros tenemos) hasta los doce años, porque consideramos que se están manteniendo hasta esa edad las mismas necesidades y está suponiendo una fuerte situación económica, a la cual estas familias están haciendo frente.

Yo creo que debemos apostar por apoyar. Es potestad del Gobierno, como vuelvo a manifestar, hacer una ayuda directa o apoyar con ayudas complementarias. Yo creo que tenemos que ir por las dos vías, tanto ayuda directa como ayudas complementarias. Ya hay un precedente, lo que se denominan «partos múltiples», y yo creo que tenemos que apostar por Aragón y por estas familias, que están llevando una sobrecarga importante para sacar adelante estos tres hijos.

Vamos a ver si, realmente, Aragón puede contar con sus políticos y con el Gobierno, y dar una respuesta adecuada a estas necesidades en concreto, que son para poca gente, y así podríamos ver que saben encauzar y apoyar a su gente.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Plantagenet.

¿Señor Lacasa?

Tiene la palabra la portavoz de Chunta Aragonesista señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

Bueno, España es en este momento el Estado de la Unión Europea que menos gasta en protección social para la familia, y también el que destina una menor proporción de gasto para ayudar a las familias: en este momento, cuatro veces menos que la Unión Europea, según un informe actual de la oficina estadística comunitaria Eurostat. En paralelo, también tiene la menor tasa de fecundidad de la Unión Europea.

Hay un Plan familiar del Gobierno central, que se aprobó en noviembre, pero sin presupuesto, así que es, realmente, papel mojado. En este momento, el Estado español está concediendo una ayuda mensual de cuatro mil treinta y cinco pesetas por hijo menor de dieciocho años si la renta anual por unidad familiar es inferior a un millón doscientas ochenta y ocho mil seiscientos cincuenta y tres pesetas.

Dicho esto, en mi ánimo, desde luego, no está fomentar la natalidad, pero sí el que la gente pueda escoger el número de hijos, y, en este sentido, creo que hay que potenciar servicios públicos y también determinadas ayudas directas.

Existe ese decreto en Aragón de ayudas para familias con hijos nacidos de partos múltiples hasta seis años, y que en este momento se quiere ampliar hasta los doce años, y no sé exactamente por qué hasta los doce años.

En la exposición de motivos hay una serie de incorrecciones: habla aquí de que, en Navarra, las ayudas se reciben hasta que los hijos cumplen diez años. Yo he leído la orden foral, y la orden foral establece una ayuda económica de treinta mil pesetas, a abonar a las familias hasta que los hijos cumplan tres años en caso de nacimiento de trillizos; lo que ocurre es que también lo amplía a cuando son niños gemelos, pero la ayuda es hasta los tres años. En cambio, en la Comunidad de Murcia, que usted hablaba de que la ayuda se mantiene hasta los trece años, en la Comunidad de Murcia sí que está ampliada hasta menores de dieciocho años cuando son partos múltiples, y se entiende que trillizos. Nada más que esta incorrección.

También creo que tener tres niños en un solo parto, desde luego, nadie discute que es una sobrecarga en todos los niveles, en todos los sentidos, pero tenerlos escalonadamente, cuando son menores de seis años sucesivos, pues yo creo que es lo mismo, es la misma sobrecarga física y, desde luego, económica. Y creo que, en este momento, si se aprobase esta iniciativa, se produciría un agravio comparativo entre esas familias que tienen niños menores de partos múltiples y niños menores de partos sucesivos. Así que, por este motivo, Chunta Aragonesista se va a abstener en esta iniciativa.

Nada más.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Tiene la palabra la portavoz del Partido Aragonés señora Costa.

La señora diputada COSTA VILLAMAYOR: Gracias, presidente.

Señorías.

Realmente, los partos múltiples (tres o más hijos) requieren una atención especial por parte de la Administración. Hay que proteger a dichas familias, hay que ayudarles. Los

que tenemos hijos, nietos, conocemos el gasto que significa cada hijo; no quiero pensar tres o cuatro de golpe. Aparte de la entrega, del enorme sacrificio de los padres, están los importantes gastos que deben soportar esas familias.

Para ayudarles, surge el Decreto 14/1999, sobre las ayudas a las familias con hijos nacidos de partos múltiples, y mantienen esas ayudas hasta los seis años. La proposición no de ley que nos presenta el Partido Popular solicita que esta ayuda se eleve hasta los doce años. El PAR vamos a votar que no, y lo siento. Podría dar argumentos, argumentos válidos, como que prolongar las ayudas por partos múltiples más allá de los seis años supondría un ingreso adicional a las ayudas que reciben como familias numerosas, como ha explicado muy bien ya la portavoz de Chunta, frente a otros. Supongamos la familia que tiene tres o más hijos de menos de doce años: su gasto puede ser igual o mayor que el de otra familia con tres hijos de parto múltiple mayores de seis años, que ya reciben las ayudas como familia numerosa.

Pero el quid de la cuestión para estas familias de partos múltiples, para las familias numerosas e, incluso, para la familia es que las ayudas son escasas, lo mismo desde el Gobierno central (plan que se aprobó recientemente sin presupuesto) que desde las autonomías si las comparamos con las que se dan en el resto de los países de la Comunidad Europea.

Respecto a Aragón, vienen condicionadas por una escasa financiación de nuestra autonomía, que se ve obligada a decir «no», aun sintiéndolo, ante demandas sociales que, día a día, van creciendo desde distintos frentes, como, además, es lógico.

Es fácil, señora Plantagenet, es muy fácil solicitar que se cubran demandas sociales, pero ¿saben cuál sería la solución para esas demandas, para parte?: que se nos permitiera desarrollar el artículo 48 de nuestro Estatuto de Autonomía, de un convenio bilateral de financiación. Ahí es donde hay que trabajar en Madrid; mientras, es tomar un papel de buenos, de atención hacia determinados colectivos, sabiendo que, sintiéndolo, los que tenemos responsabilidad de gobierno no podemos aprobar sus proposiciones.

Nada más.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Costa.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Socialista señora Cáceres.

La señora diputada CÁCERES VALDIVIESO: Gracias, señor presidente.

En primer lugar, decir que, en una encuesta que salió hace muy poco en un diario nacional, en *El País*, se decía que España es el país de la Unión Europea que menos gasta en protección social por habitante (un 20% frente al 27% de media de la Unión Europea), que la ayuda a la familia supone seis veces menos que la media europea (2,1% frente al 8,5%) y que el plan que el Gobierno español había hecho de apoyo a la familia era un plan que no venía presupuestado, era un plan que era papel mojado y que ninguna de las acciones que recogía en ese plan se había iniciado hasta la fecha.

Yo le pediría al Partido Popular que mirase mucho lo que desde el Gobierno estatal se hace y que no nos presente iniciativas como la que en estos momentos voy a comentar.

Nos pide la proposición no de ley que se alarguen los años de protección a aquellas familias que proceden de los partos múltiples desde los seis hasta los doce años. En estos momentos, a nivel del Gobierno de Aragón, esta protección se tiene hasta los seis años, contempla una ayuda por hijo o hija de doscientas mil pesetas como máximo por cada uno de ellos hasta los seis años, y siempre desde el punto de vista de renta per cápita. Nos parece una medida absolutamente coherente, y no tanto en lo que supone de alargar esos años, por los agravios comparativos que puede suponer con respecto a otras familias que son familias numerosas, y que podría darse la circunstancia de que, teniendo partos sucesivos, pero no siendo partos múltiples, se entraría absolutamente en una discriminación hacia este tipo de familias.

Bien es verdad que las familias de partos múltiples, y así lo reconoció el Gobierno de Aragón, necesitan un apoyo especial, sobre todo en edades muy concretas y en períodos muy concretos, porque es verdad que los gastos de todo tipo que se originan en una familia cuando se produce un hecho de estas características necesitan un apoyo mucho más inminente y mucho más claro. Ahora bien, pensar que eso lo podemos alargar doblando el número de años..., y le aseguro que no es ni tan siquiera por cuestiones presupuestarias, pero sí de solidaridad y de coherencia con respecto a otras familias que pueden estar pasando por la misma situación.

Por tanto, nuestro voto, desde el Grupo Socialista, va a ser un voto en contra.

Y me sumo a lo que antes decía el Grupo Chunta Aragonesista, que, por la documentación que nos han aportado los servicios de la cámara, en ningún momento hemos visto que ninguna de las leyes a las que usted hace referencia en su exposición de motivos... No sé, yo le agradecería, en todo caso, que nos diga si es que no está publicado, pero desde los servicios de la cámara se nos ha adjuntado una documentación en la que no aparece que determinadas autonomías hayan alargado el número de años.

No obstante, entendemos, y yo creo que esto debería ser no sólo para este tema, sino también para otros, que, primero, debería haber solidaridad; desde las propias comunidades autónomas debería haber cierta solidaridad entre ellas, no vamos creando comunidades de primera y de segunda.

Y, luego, pensar que, efectivamente, lo que usted propone en esta proposición no de ley no nos parece para nada coherente, con lo cual no lo vamos a apoyar.

Nada más.

Muchas gracias, señor presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Cáceres.

Sometemos a votación la proposición no de ley número 217. ¿Votos a favor? ¿Votos en contra? ¿Abstenciones? **Con siete votos a favor, nueve en contra y una abstención, se rechaza la proposición no de ley.**

Explicación de voto.

Tiene la palabra el señor Lacasa.

El señor diputado LACASA VIDAL: Muchas gracias, señor presidente.

A las razones que otros grupos han aducido para votar en contra, yo simplemente quiero comentar que estas ayudas para familias con hijos nacidos de partos múltiples ya se en-

cuentran reguladas en nuestra comunidad autónoma, y, justamente, el grupo proponente debe recordar que fue su Gobierno el que fijó esa edad, y es, propiamente, su iniciativa la que en estos momentos estamos debatiendo. En aquel momento podían haber ustedes expresado otro criterio, otra edad, pero expresaron la que es.

Yo creo que cualquier otro elemento es tan discutible como el que ustedes plantearon en su momento. Es decir, hasta los doce años..., ¿y por qué no hasta los dieciocho?, porque los hijos, evidentemente, incurren en gastos en todas las edades. Supongo que cuando ustedes regularon esto tenían en mente que eran las edades más tempranas, las edades más infantiles, las que podían ocasionar la mayoría de los gastos y fijaron ese parámetro.

Por lo tanto, nosotros no encontramos razones suficientes para modificar hoy ese criterio. Nos parece razonable dejar las cosas como están y evitar otros agravios, como se ha señalado aquí, simplemente, manteniendo la posición que en estos momentos está en la comunidad autónoma. Por lo tanto ése ha sido el signo del voto de Izquierda Unida.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor Lacasa.

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular señora Plantagenet.

La señora diputada PLANTAGENET-WHYTE PÉREZ: Gracias, señor presidente.

Yo creo que no hay nada como llegar a la votación y pasar de la puesta en escena que hemos vivido durante toda esta mañana y este cuento de la lechera que normalmente nos cuentan, pasar a la hora de la realidad, que es cuando, realmente, los gobiernos se comprometen, porque lo que no existe en el presupuesto no pasa.

Yo, señorías, voy a empezar por referirme a que es verdad que este decreto lo elaboró nuestro Gobierno. Se fijó de cero a tres años porque, en ese momento, yo creo que debió ser el análisis y, bueno, se creyó conveniente. Es verdad que el nivel de vida ha cambiado desde hace un tiempo, estamos en el euro y debemos adecuar un poco las necesidades.

Para una familia que tiene tres hijos de golpe, las necesidades económicas que se le plantean a la hora de los seis años o la hora de los doce, prácticamente, son muy similares.

Tienen ustedes razón, todos los portavoces de los grupos parlamentarios, sobre que no deberíamos hacer un agravio comparativo con familias que tuvieran partos sucesivos, que también serían familias numerosas.

Yo creo recordar que mi grupo, es más, yo misma, defendimos una proposición no de ley para que se modificara o se ampliara o se elaborara otro decreto que diera este tipo de ayudas a familias con partos sucesivos, y que ustedes mismos lo echaron abajo, porque una persona echa abajo una iniciativa cuando no comparte con ella el espíritu. Entonces, ustedes no tienen una política familiar, no quieren desarrollar una política familiar. De hecho, el PSOE, a lo largo de todos estos años de Gobierno, no ha elaborado una política familiar; ha tenido que ser el PP el que ha venido y ha elaborado una política familiar con la modificación de renta de las personas físicas, e, incluso, este decreto es fruto de un Gobierno del Partido Popular.

Evidentemente, aquello nos lo tiraron abajo, el de partos sucesivos, y ahora incrementamos en partos sucesivos, y creemos que la única manera de apoyar a la familia, aparte de dar fórmulas indirectas, es dar fórmulas de ayudas directas, y eso es lo que nosotros venimos planteando.

Y se produce en esta comunidad autónoma un agravio comparativo muy grave cuando no se apoya a la familia y cuando desciende enormemente la calidad de vida de aquellas familias que optan por tener hijos, por la carga económica tan importante que soportan, frente a aquellas otras que no tienen. Y ustedes no ven eso porque no les interesa, porque realmente no hay una voluntad política de apoyo a la familia, y, mientras tanto, nos cuentan y nos desvían la atención frente a políticas públicas, ayudas, guarderías... que nunca llegan, además, nunca llegan, porque esto es como hablar, hablar, hablar, y nunca llega.

Entonces, pediríamos que hagan una reflexión los portavoces, y, desde luego, manifestar, porque uno se manifiesta realmente cuando hace, que estamos haciendo un esfuerzo económico por apoyar muchas cosas, pero realmente no hay una política familiar en esta comunidad autónoma.

Nada más, y muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Plantagenet.

Pasamos al debate y votación de la proposición no de ley número 4/02, sobre el establecimiento de mecanismos que garanticen una correcta transición al euro, presentada por el Grupo Parlamentario del Partido Popular.

Tiene la palabra su portavoz señora Alquézar.

Proposición no de ley núm. 4/02, sobre el establecimiento de mecanismos que garanticen una correcta transición al euro.

La señora diputada ALQUÉZAR BUIL: Gracias, presidente.

El pasado 1 de enero de 2002 constituyó una fecha histórica para trescientos millones de europeos, puesto que empezamos a utilizar los nuevos billetes y monedas de euro. Entraron en circulación en doce países de la Unión Europea, la que se denomina «zona euro».

La puesta en circulación de una moneda única no es su objetivo final, muy al contrario, es el punto de partida para la integración de los diferentes países que componen la Unión Europea, dándoles una garantía de estabilidad al disponer de una moneda única para todos ellos, que les garantiza una convergencia económica, con el beneficio que eso supone para los ciudadanos europeos, entre los que nos encontramos.

Según datos oficiales del Gobierno de Aragón, a finales del pasado mes de enero, el 95% de los aragoneses usaba el euro para sus operaciones comerciales. Se supone que estábamos diez puntos por encima de la media nacional. Eso nos da una idea de que la implantación en nuestra comunidad es una de las más altas de España.

Pero también hay que decir que, desde la entrada en vigor de la nueva moneda, los aragoneses nos hemos retraído a la hora de comprar, y, en palabras del director general de Consumo del Gobierno de Aragón, don Florencio García Madrigal, en una reciente intervención en los medios de comunicación, él mismo reconocía que, desde el 1 de enero, el

consumo en Aragón había bajado, achacándolo al temor que los consumidores sentimos por el redondeo.

Sabemos, y para que los portavoces de los demás grupos políticos que sustentan al Gobierno no tengan que recordárnoslo, digo que sabemos que, desde la Dirección General de Consumo, ha habido colaboración y coordinación con la Comisión Interministerial del Gobierno central para la proyección de actividades relativas a la introducción del euro; sabemos que se han puesto medios para que la transición a la nueva moneda resultase lo más fácil posible para los aragoneses; que se han programado y llevado a cabo prácticas de talleres, charlas, jornadas de información, y también que el Gobierno de Aragón, siguiendo los criterios del Plan nacional del euro, ha creado el Observatorio Euro Aragón, representado por las consejerías de Economía, Industria, Cultura y Salud, Consumo y Servicios Sociales, donde fue aprobado el Plan regional de transición al euro, que presenta como una de las principales líneas estratégicas la transparencia del mercado, que nosotros creemos que, junto con la confianza, es uno de los dos factores básicos para los consumidores.

El Plan regional de transición al euro define como misión del Observatorio Euro Aragón la información, el seguimiento de los precios y la transparencia del mercado. Como hemos dicho anteriormente, sabemos que la información, en mayor o menor medida, se ha efectuado en estos meses anteriores. Desde luego, no con todo el despliegue que los ciudadanos y las asociaciones de consumidores hubiesen deseado, ya que más de una presidenta de asociación se quejaba de falta de información y de falta de material por parte del Gobierno de Aragón para trabajar con sus socios; pero, como ella misma me decía, lo suplían con imaginación y buena voluntad.

Pero el Observatorio Euro Aragón se constituyó como un organismo representativo, cuya finalidad es seguir el proceso de implantación del euro. Le toca ahora cumplir los otros dos compromisos: hacer el seguimiento de los precios y controlar la transparencia del mercado, lo que se concreta en seguir y analizar las consecuencias prácticas derivadas de la implantación del euro en los ámbitos del consumo y del comercio de bienes y servicios, para que ese seguimiento y control del Gobierno de Aragón contribuya a la estabilidad de los precios y, así, evitar que el cambio a la nueva moneda tenga un componente inflacionista, debido al redondeo al alza de los precios, que repercuta negativamente sobre los aragoneses, porque estamos constatando que una de las mayores preocupaciones de los consumidores durante estos primeros meses de vida del euro es que la operación del redondeo se realice de una manera justa.

Ante el cambio de moneda, los consumidores se muestran desconfiados y cautelosos porque no la controlan, y, según las encuestas, el 74% opina que la subida de precios estará motivada por los redondeos.

Es por lo que desde el Grupo Parlamentario del Partido Popular pedimos que el Gobierno de Aragón, dentro de las competencias que tiene en materia de consumo, establezca los mecanismos suficientes que garanticen a todos los aragoneses una correcta transición al euro en las operaciones comerciales que efectúan.

Asimismo, pedimos a los demás grupos políticos su apoyo para esta proposición no de ley.

Gracias, señor presidente.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Alquézar.

Tiene la palabra el portavoz de Izquierda Unida, señor Lacasa.

El señor diputado LACASA VIDAL: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías.

Afortunadamente, el Gobierno de Aragón no depende en su actuación del impulso que le dé el Grupo Popular, porque, claro, si para establecer los mecanismos de correcta transición al euro hubiéramos tenido que esperar al 21 de enero de 2002, cuando hacía ya casi un mes que estaba en funcionamiento la moneda real en nuestras manos, el Gobierno de Aragón hubiera tenido muy poco impulso y hubiera trabajado muy tarde para poder hacer frente a esta cuestión.

Nosotros conocemos que, con mucha anterioridad al esfuerzo —al importante esfuerzo, parece— del Partido Popular, ya el Gobierno, de acuerdo, por otra parte, con otras comunidades autónomas y con el Gobierno central, había puesto en marcha los mecanismos de observatorio necesarios para la transición. Y no sólo desde el punto de vista del control de mercados, desde el punto de vista de la inspección, que también, sino desde aspectos como la formación, tanto en las aulas (es decir, en la formación reglada) como en el trabajo, sobre todo con quienes iban a ser los intermediarios y, a veces, los sufridores de la transición al euro, porque las entidades financieras creo recordar que han pasado un poco de puntillas sobre esa transición, depositando su responsabilidad, muchas veces, en las manos de los pequeños comerciantes, que han recibido procesos de formación de la DGA. Y, por cierto, la han felicitado: yo recuerdo comparencias públicas de los comerciantes diciendo lo positivo que habían sido los procesos de información que había hecho el Gobierno de Aragón con ellos. Por lo tanto, creo que, en esa dirección, se han hecho las cosas bien.

Y, en todo caso, hombre, el Partido Popular podría mirar alguna cosa mal hecha en la transición al euro. Y aquí, si hablamos de la Dirección General de Consumo, quiero recordar que el aspecto más llamativo ha sido el expediente que ha tenido que abrir el señor director general de Consumo al Ayuntamiento de Zaragoza, puesto que no tuvo mejor ocurrencia, en una sesión plenaria, que declarar no aceptables los cambios en los billetes de autobús de la empresa municipal de transportes en Zaragoza, porque ni aceptaban los cambios en euros ni aceptaban los cambios en pesetas, lo cual ya es bastante duro, teniendo en cuenta que ambas eran y son, a fecha de hoy todavía —hasta dentro de muy poco tiempo—, monedas de curso legal, las dos, en España. Con lo cual era bastante alucinante ver que los pobres jubilados o jubiladas que subían al autobús y que no tenían cambios eran invitados a bajar del mismo, y eso dio lugar a la apertura de este expediente, que supongo que, en su momento, concluirá con la resolución e, incluso, con la posible sanción que corresponda.

Por lo tanto, mucho tendría que mirar el Partido Popular en cuanto a las instituciones donde gobierna, que no ha sido precisamente muy eficaz en ayudar a una correcta transición al euro.

Y creo que poco esfuerzo aporta esta iniciativa cuando ya, prácticamente, culminamos el período de cohabitación de

las dos monedas, que prácticamente nos despedimos esta semana.

Por lo tanto, creo, señorías, simplemente, que hay que felicitarnos porque las instituciones públicas, en este caso el Gobierno de Aragón, hayan estado a la altura de las circunstancias y hayan sido felicitados por ello por parte de los sectores sociales.

Por lo tanto, vamos a votar que no a esta proposición no de ley.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señor La-casa.

Tiene la palabra la portavoz de Chunta Aragonesista señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

Bueno, parece que el Partido Popular no está de acuerdo con el ministro de Economía, con el señor Rato, que dijo el pasado jueves que la transición al euro ha sido correcta y que con la entrada del euro no se han producido aumento de los precios.

Parece que la señora Alquézar ha percibido lo que hemos percibido el resto de los humanos: que ha habido un aumento de los impuestos, que ha habido un aumento del precio de los transportes públicos, que ha habido un aumento de las tarifas de correos —curioso, ¿no?—, incluso se ha congelado el precio del recibo de la luz, frente a otros años, que bajaba. Es decir, que, con estos datos, nosotros no acabamos de entender cómo la inflación ha bajado.

El periodo transitorio empezó el 1 de enero del noventa y nueve, acabó el 31 de diciembre de 2001, y la implantación al euro como moneda única ya va a estar el próximo día 1 de marzo.

Puede que no se hayan tomado todas las medidas que se debieran haber tomado, y ha ocurrido lo que estaba previsto: que ha habido, a veces, una excesiva e impropia aplicación del redondeo al alza y, en fin, que los precios han subido y que subieron el mes pasado. Y este problema seguro que deja de existir cuando termine ese periodo de convivencia de las dos monedas.

En este sentido también, creo que el Ayuntamiento de Zaragoza ha sido paradigmático en cuanto al pasotismo demostrado en ese proceso de transición, con la subida del autobús y con la no admisión de cambios, y también con las largas filas para comprar un bonobús, que nos recordaba otros tiempos.

Creo que la iniciativa es un tanto burda, que no aporta nada en este momento y, a estas alturas, desde luego, menos.

Vamos a votar en contra.

Nada más.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Echeverría.

Tiene la palabra la portavoz del Partido Aragonés señora Costa.

La señora diputada COSTA VILLAMAYOR: Gracias, presidente.

Señorías.

Esta proposición no de ley me parece una tontería, una tontería a cinco días de finalizar la posibilidad de pagar en pesetas o en euros y de etiquetar con ambos precios.

Pero, aunque llegue fuera de tiempo, debo decir que la Dirección General de Consumo de la consejería de Sanidad ha hecho muy bien los deberes de información y control desde el Observatorio Euro Aragón.

La campaña, que empezó a ejecutarse en noviembre, contaba con varias etapas: formación de inspectores, consumo, campañas de control, campañas de formación de los usuarios... El resultado fue que, unida esta eficacia a la voluntad —no me cabe duda— de los aragoneses de incorporarse con rapidez al pago en euros, como en el resto de España, la totalidad de la población aragonesa tenía monedas y billetes de euro en la tercera semana, según la encuesta, y el 95% lo utilizaba para pagar siempre o casi siempre, y el comportamiento del comercio estaba en los mismos parámetros.

¿Quiere explicarme a qué viene esta proposición no de ley? Incluso ha bajado la inflación en este paso al euro, según se nos ha dicho.

Por otra parte, señorías, en un mercado de libre competencia, en vísperas, mientras o después de la implantación del euro, se pueden subir los precios sin que ninguna inspección pueda levantar acta. Entonces, ¿por qué se va a poner en pesetas y, luego, se va a poner el cálculo tirando al alza en euros? A no ser que el comerciante se equivoque, me parece una tontería, tontería que no ha cometido nadie, naturalmente. Si querían subir el producto, lo subían en pesetas y le hacía el cálculo correcto, como lo puede subir, a primeros de marzo, en euros. Es que no tiene ningún sentido.

Vuelvo a decir que esta proposición está fuera de lógica y, desde luego, el PAR vamos a votar que no.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Costa.

Tiene la palabra la portavoz del Partido del Grupo Parlamentario Socialista señora Mihi.

La señora diputada MIHI TENEDOR: Gracias, señor presidente.

Señorías.

Impulsado por el Gobierno de Aragón y con el objeto de dar solución a los problemas que para los aragoneses pudiera representar la transición al euro, el día 12 de diciembre de 2000 se firmó el acuerdo para la creación del Observatorio Euro Aragón, que, como sus señorías no ignoran, está compuesto por el Gobierno de Aragón (Economía, Cultura, Industria y Sanidad, Consumo y Servicios Sociales), las organizaciones empresariales de comercio, las organizaciones de consumidores y usuarios, entidades de carácter social y la representación de las entidades locales.

El plenario del Observatorio Euro Aragón, órgano decisorio, encargado del seguimiento y análisis de las consecuencias prácticas derivadas de la implantación del euro, determinó el Plan regional de implantación del euro, configurando las líneas estratégicas, objetivos y dirección de las acciones a emprender, siempre desde el consenso, para facilitar la transición al euro en el territorio de nuestra comunidad.

En el plenario de nuestra cámara de los días 20 y 21 de septiembre, y a preguntas del diputado del Partido Popular

señor Falcón Blasco, el consejero de Sanidad, señor Larraz, explicaba, entre otras de las características del Plan regional de transición al euro, que el acento fundamental se estaba poniendo en las que se consideraban las tres líneas maestras del plan: información, formación y transparencia del mercado.

Desde estas líneas maestras y su desarrollo, y con la implementación de campañas de control del mercado para la etapa de transición al euro a realizar, y llevadas a cabo por los servicios de inspección del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón, no sólo se ha dado respuesta y tutela a los problemas en este campo de los aragoneses en el período de transición, sino que este sistema de actuación se propuso como modelo de acción coordinada para el resto de comunidades autónomas, y fue aprobado como tal por la Comisión de cooperación de consumo de las comunidades autónomas, con fecha 30 de noviembre de 2001.

Con fecha 21 de enero de 2002, la Sociedad Estatal de Transición al Euro, dependiente del Estado (por tanto, nada sospechosa de proclividades con el Gobierno de Aragón), en su comparativa respecto a Aragón y el resto de regiones de España, proporciona los siguientes y concluyentes datos: Aragón destaca por lo bien informados que se sienten los aragoneses (98% frente al 88% de media nacional); la totalidad de los aragoneses tiene monedas y billetes de euro en la tercera semana de encuestación y los utiliza el 95% de los encuestados para pagar siempre o casi siempre en la moneda común; asimismo, casi en la totalidad de los comercios de Aragón, el cambio es devuelto en euros en esa fecha; los aragoneses, en la tercera semana de encuesta, sienten que conocen la mayoría o alguno de los precios de consumo habitual en euros (un 68% frente al 62% de media nacional).

Del seguimiento y de la evaluación de los datos de la campaña en Aragón, los resultados provisionales fueron presentados por el director general del Consumo al pleno del Observatorio Euro Aragón en la sesión de 25 de enero de 2002, así como, en la misma fecha, a la opinión pública, a través de los medios de comunicación.

El cumplimiento global de los objetivos señalados alcanzaba ya en esa fecha el 95%, con la excepción de la doble indicación del precio de factura, que se situaba en esa fecha en el 77%, por lo que se valoraba globalmente la campaña como muy positiva.

Los datos de la Sociedad Estatal de Transición al Euro del 21 de enero ponían ya de relieve, antes de la fecha en que el Partido Popular presentaba a la Mesa de las Cortes (22 de enero) la proposición no de ley que hoy someten a nuestra consideración, que las medidas adoptadas por el Gobierno de Aragón habían sido no solamente correctas y apropiadas, sino que, además, colocaban a Aragón bastante por encima de la media nacional en el objetivo de conseguir una correcta transición al euro y solucionar los problemas que la misma pudiera generar a los ciudadanos.

Sin embargo, una vez más, aunque esta vez canta mucho, el Partido Popular intenta, de forma inapropiada y extemporánea, presentar a los aragoneses como consecuencia de la iniciativa propia un aspecto positivo más de la gestión del Gobierno de Aragón, pues, de otra forma, no cabe entender que, conociendo los datos de la encuesta nacional y lo favorables que éstos resultaban para Aragón, se apresurasen, un día después de conocerlos, a presentar una proposición no de

ley en la que, en definitiva, venían y vienen a decir, como en tantas otras ocasiones, que el Gobierno haga y establezca, pero que parezca que es por iniciativa del Partido Popular, lo que el Gobierno ya ha hecho o establecido con anterioridad.

Unos siguen con su trabajo para Aragón y los aragoneses; otros, además del agua de los demás, también pretenden servirse del trabajo de los demás, y es que tienen mucha iniciativa.

Pero los socialistas, como nuestro trabajo sólo sirve a Aragón, y, del mismo modo, sólo deben servirse los aragoneses, no vamos a aprobar esta proposición no de ley que nos presenta el Partido Popular.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Mihi.

Vamos a someter a votación la proposición no de ley 4/02, sobre el establecimiento de mecanismos sobre el euro. ¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? **Con siete votos a favor y nueve en contra, no queda desaprobadada la proposición no de ley... [rumores], queda desaprobadada, no se aprueba.**

Explicación de voto.

Tiene la palabra la señora Alquézar.

La señora diputada ALQUÉZAR BUIL: Gracias, señor presidente.

Yo creo que me ha quedado muy claro, en la exposición, cuando decía que pensaba que el Gobierno de Aragón había cumplido la parte de compromiso que había adquirido con el Plan regional de transición al euro en cuanto a la información, pero yo creo que no ha acabado los deberes. Entonces, le quedan los otros dos compromisos: el seguimiento de los precios y la transparencia del mercado. Y creo que con un mes y medio no es suficiente, y creo que los aragoneses piensan igual que yo: que el Gobierno de Aragón tiene que seguir en esa línea durante un tiempo más largo.

También, señora doña Yolanda Echeverría, hay comunidades en las que los precios, según las encuestas, como usted dice, no han subido; pero, como usted decía muy bien, ése no es el caso de Aragón, donde se sabe muy bien que los precios han subido algún tanto por ciento.

Señora Costa, a usted le puede parecer una tontería, pero, desde luego, no parece que los consumidores aragoneses piensen igual que usted, y, si no, ¿cómo no le ha preguntado usted a sus compañeros de Ceaccu, a los que usted se remite en muchas ocasiones en esta cámara? Pero, esta vez, creo que no le ha interesado preguntarles.

Desde luego, nosotros creemos, y en esa línea iba la proposición, no sé si es que ustedes no lo han entendido, que si el Gobierno de Aragón creó el Observatorio Euro Aragón y aprobó un Plan regional de transición al euro, en el día en el que dice que su objetivo es la información, que, como vuelvo a repetir, pensamos que lo ha cumplido, seguimiento de los precios y transparencia de mercado es lo que le pedimos que haga, las dos partes que le quedan por cumplir. Lo vendió a bombo y platillo en la prensa, lo lógico es que lo cumpla. Yo creo que eso es lo que nosotros pedimos en esta proposición no de ley.

Ya que es el Gobierno de Aragón quien tiene las competencias en materia de consumo en nuestra comunidad, debe

ejercerlas. Desde luego, estamos hartos de oír a los miembros del Gobierno que se les llene la boca pidiendo competencias a Madrid; todo les parece poco a la hora de pedir, pero, desde luego, a la hora de ejercerlas, no tienen el mismo criterio.

No sé, yo creo que ésta es una regla que tiene el Gobierno socialista: pedir competencias para poder incrementar la plantilla de asesores. Yo creo que la regla que ustedes tienen es la de: más competencias, más asesores, pero menos ejercicio de ellas.

Muchas gracias.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Gracias, señora Alquézar.

Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

¿Alguna pregunta? Queda aprobada por unanimidad.

Se levanta la sesión [*a las trece horas y dieciocho minutos*].

ÍNDICE DE TRAMITACIONES

1. Proyectos de ley
2. Proposiciones de ley
3. Proposiciones no de ley
4. Mociones
5. Interpelaciones
6. Preguntas
7. Resoluciones del Pleno
8. Cuenta general de la Comunidad Autónoma de Aragón
9. Comparecencias
 - 9.1. Del Presidente de la Diputación General de Aragón (DGA)
 - 9.2. De consejeros de la DGA
 - 9.2.1. Ante el Pleno
 - 9.2.2. Ante la Comisión Institucional
 - 9.2.3. Ante la Comisión de Economía y Presupuestos
 - 9.2.4. Ante la Comisión de Ordenación Territorial
 - 9.2.5. Ante la Comisión Agraria
 - 9.2.6. Ante la Comisión de Industria, Comercio y Desarrollo
 - 9.2.7. Ante la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales
 - 9.2.8. Ante la Comisión de Educación
 - 9.2.9. Ante la Comisión de Medio Ambiente
 - 9.2.10. Ante la Comisión de Cultura y Turismo
 - 9.2.11. Ante la Comisión de Peticiones y Derechos Humanos
 - 9.2.12. Ante la Comisión de Reglamento y Estatuto de los Diputados
 - 9.3. De altos cargos y funcionarios de la DGA
 - 9.4. Del Justicia de Aragón
 - 9.5. Otras comparecencias
10. Debates generales
 - 10.1. Debate sobre el estado de la Comunidad Autónoma de Aragón
 - 10.2. Otros debates
11. Varios