



DIARIO DE SESIONES DE LAS **CORTES DE ARAGÓN**

COMISIÓN DE SANIDAD

Comisiones. Serie A: Comparecencias

Número 138

Año 2006

Legislatura VI

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.^ª MARÍA PELLICER
RASO

Sesión núm. 31

Celebrada el martes 14 de febrero de 2006

Orden del día

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

2. *Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a petición propia, al objeto de informar sobre el modelo de gestión de los centros de alta resolución de Jaca, Ejea, Fraga y Tarazona y, a propuesta del G.P. Chunta Aragonesista, al objeto de informar sobre el modelo de funcionamiento, organización y gestión que haya diseñado o esté diseñando el Departamento de Salud y Consumo para la nueva red asistencial de centros de alta resolución en Aragón.*

3. *Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a petición de seis diputados del G.P. Popular, al objeto de informar sobre el hospital de Jaca y la posible incorporación de otras entidades al consorcio hospitalario.*

4. Ruegos y preguntas.

Preside la sesión, celebrada en el palacio de la Aljafería, la Ilma. Sra. D.^a María Pellicer Raso, acompañada por la se-

cretaria de la comisión, Ilma. Sra. D.^a María Herrero Herro. Asiste a la Mesa la letrada Sra. Herraiz Serrano.

Comparece ante la comisión la consejera de Salud y Consumo, Excma. Sra. D.^a Luisa María Noeno Ceamanos.

SUMARIO**Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo al objeto de informar sobre el modelo de gestión de los centros de alta resolución de Jaca, Ejea, Fraga y Tarazona y sobre el modelo de funcionamiento, organización y gestión que haya diseñado o esté diseñando el Departamento de Salud y Consumo para la nueva red asistencial de centros de alta resolución en Aragón.**

- La consejera de Salud y Consumo, Sra. Noeno Ceamanos, interviene 3140
- La diputada Sra. De Salas Giménez de Azcárate interviene en nombre del G.P. del Partido Aragonés 3144
- El diputado Sr. Sánchez Monzón interviene en nombre del G.P. Chunta Aragonésista 3145
- El diputado Sr. Canals Lizano interviene en nombre del G.P. Popular 3147
- El diputado Sr. Alonso Lizondo interviene en nombre del G.P. Socialista 3149
- La consejera Sra. Noeno Ceamanos contesta . . . 3151

Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo al objeto de informar sobre el hospital de Jaca y la posible incorporación de otras entidades al consorcio hospitalario.

- El diputado Sr. Canals Lizano, del G.P. Popular, explica la solicitud de comparecencia 3153
 - La consejera de Salud y Consumo, Sra. Noeno Ceamanos, contesta 3156
 - El diputado Sr. Canals Lizano replica 3158
 - La consejera Sra. Noeno Ceamanos duplica . . . 3160
 - La diputada Sra. De Salas Giménez de Azcárate interviene en nombre del G.P. del Partido Aragonés 3161
 - El diputado Sr. Sánchez Monzón interviene en nombre del G.P. Chunta Aragonésista 3162
 - El diputado Sr. Alonso Lizondo interviene en nombre del G.P. Socialista 3164
 - La consejera Sra. Noeno Ceamanos contesta . . . 3164
- Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.**
- La Sra. presidenta da por leída el acta, que resulta aprobada por asentimiento 3165

La señora presidenta (PELLICER RASO): Buenas tardes, señoras y señores diputados.

Vamos a dar comienzo a la Comisión de Sanidad de hoy, 14 de febrero [*a las dieciséis horas y cuarenta minutos*].

En principio, si les parece, el punto número uno del orden del día, lectura y aprobación del acta de la sesión anterior, lo dejamos, como es habitual, para el último punto del orden del día.

Y vamos a iniciarla con la comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a quien doy la bienvenida junto con su equipo, que están hoy aquí para darnos diversas explicaciones. Esta comparecencia se ejecuta, a petición de la consejería de Salud y Consumo, al objeto de informar sobre el modelo de gestión de los centros de alta resolución de Jaca, Ejea, Fraga y Tarazona y también, a propuesta del Grupo de Chunta Aragonesista, al objeto de que se informe sobre el modelo de funcionamiento, organización y gestión que haya diseñado o esté diseñando el Departamento de Salud y Consumo para la nueva red asistencial de centros de alta resolución en Aragón. Puesto que el tema era coincidente, la mesa decidió que se tratarían de manera conjunta.

Por tanto, y siguiendo el Reglamento, señora consejera, tiene usted ahora la palabra durante un tiempo aproximado de veinte minutos para hacernos su exposición.

Muchas gracias.

Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo al objeto de informar sobre el modelo de gestión de los centros de alta resolución de Jaca, Ejea, Fraga y Tarazona y sobre el modelo de funcionamiento, organización y gestión que haya diseñado o esté diseñando el Departamento de Salud y Consumo para la nueva red asistencial de centros de alta resolución en Aragón.

La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS): Gracias, presidenta.

Señoras y señores diputados.

En esta ocasión tengo el honor de comparecer ante la comisión para informar del proyecto que actualmente lleva a término el Departamento de Salud y Consumo para la ampliación del consorcio hospitalario de Jaca a la gestión de nuevos centros sanitarios que, o bien están entrando en servicio, como es el caso de Ejea, o que lo harán en un futuro próximo, como los de Fraga y Tarazona. Centros que en su concepción asistencial y de gestión se configuran de acuerdo con un modelo de alta resolución. Este modelo de centros de alta resolución no existe hasta ahora en nuestra comunidad autónoma, pero sí en otros territorios del Estado español, donde están dando resultado adecuado a las necesidades especiales de atención sanitaria que se derivan de sus peculiares condiciones, tanto geográficas como demográficas.

Con objeto de sintetizar el contenido de mi intervención, les adelanto que la misma gira en torno a los siguientes ejes: las líneas estratégicas y los criterios en los que se asienta la decisión de poner en marcha este mo-

delo de gestión; los criterios por los que se han elegido las localidades de Jaca, Ejea, Fraga y Tarazona; los territorios y población que se integran; la situación actual de cada uno de los proyectos a los que me he referido, a los cuatro; su cartera de servicios y su oferta; y las características de su modelo de gestión.

El desarrollo por parte del Departamento de Salud y Consumo de una red de centros de alta resolución en el territorio aragonés está basado en los siguientes principios: el de equidad, de garantía de calidad, de adecuación de la demanda, de eficiencia de los recursos y de participación de los ciudadanos.

Principio de equidad territorial. Una de las características del Estado de las autonomías es adaptar sus servicios a las peculiaridades de su territorio, geografía y cultura, con el objetivo de que los ciudadanos dispongan de una accesibilidad y equidad real, con independencia de sus características personales. En este sentido, me permito recordar que Aragón es uno de los territorios con menor densidad demográfica de Europa: en cuarenta y siete mil setecientos veinte kilómetros cuadrados residen un millón doscientos sesenta y nueve mil habitantes, distribuidos en setecientos treinta y un municipios, lo que arroja una densidad de población de apenas veintiséis habitantes por kilómetro cuadrado, claramente inferior a la de España, que es de casi ochenta y ocho habitantes por kilómetro cuadrado. La situación, además, en Aragón no es uniforme, dado que, en más de la mitad de las comarcas, la densidad es inferior a diez habitantes por kilómetro cuadrado, y el 95% del territorio corresponde a zonas que pueden considerarse rurales. Esto obliga a un esfuerzo especial por parte del Gobierno de Aragón para establecer y mantener una red de servicios que evite desigualdades, favorezca el desarrollo social y económico de los municipios, con independencia de su ubicación, y que contribuya a fijar población en las zonas más despobladas.

El segundo principio en el que basamos este modelo es el principio de garantía de calidad. Uno de los grandes retos de la oferta sanitaria es el de equilibrar los procesos de descentralización con la garantía de calidad de los servicios que se descentralizan, es decir, descentralización, por una parte, y garantía, por otra parte y a la vez. Hasta ahora, en muchas ocasiones, al acercar la oferta de servicios sanitarios a los ciudadanos, no siempre se aseguraba que, por el volumen de actividad, por la diversidad de casos o por el nivel de resolución, los problemas fueran resueltos de modo satisfactorio, se evitaran nuevos desplazamientos de los usuarios o se utilizaran los procedimientos técnicos más pertinentes para un mismo problema. Actualmente, y con las nuevas tecnologías de diagnóstico y con la implantación también de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, es posible asegurar la calidad y el nivel de resolución en centros sanitarios que se alejan de la imagen del clásico hospital que hasta ahora conocemos y que equilibran los recursos dedicados con la necesidad de cuidados que los pacientes requieren, y este tema es muy importante. Es posible conseguir a la vez accesibilidad y calidad.

El tercer principio es el de adecuación a la demanda. Durante los últimos años, y consecuentemente con el pro-

greso social y económico de la comunidad de Aragón, se ha modificado, al igual que en otras sociedades de alto crecimiento económico, la demanda que los ciudadanos realizan de los servicios sanitarios. Estas nuevas demandas se expresan en dos sentidos: de una parte, los ciudadanos demandan servicios que les resuelven sus problemas lo antes posible, con altos grados o con altos niveles de confort y con mayor accesibilidad; y, por otra parte, se ha generalizado la justa demanda de añadir calidad a una mayor esperanza de vida. Aragón, como ustedes saben, dispone de unos indicadores de esperanza de vida de los más altos entre los países occidentales. Una situación que, junto con las tasas de envejecimiento de la población, requiere, como ya se señalaba en el programa de atención a pacientes crónicos dependientes que aquí presentamos, de una adaptación de la oferta que aumente los servicios en camas de convalecencia, hospitales de día y rehabilitación y fisioterapia que requieren este tipo de pacientes. Estos servicios, evidentemente, para ser efectivos, deben ser accesibles y asegurar la reinserción social y familiar de los pacientes.

El cuarto principio es el principio de eficiencia de los recursos. El sistema público de salud de Aragón dispone, como así se refleja en todos los censos y memorias de las instituciones europeas y españolas, de una de las redes de recursos sanitarios públicos más importantes del sistema nacional de salud. Este hecho obliga, a los efectos de mantener este liderazgo, a orientar las estrategias en el sentido de adaptar el nivel de cuidados a las características de cada paciente y a coordinar e integrar en red todos los recursos de titularidad pública, estrategias que permiten una mayor eficiencia de los recursos.

El quinto principio que quiero citar como base del modelo de centros de alta resolución es el principio de participación ciudadana. Como ya se expresaba en las líneas estratégicas del Departamento de Salud para esta legislatura, es necesario fomentar la participación de los ciudadanos en relación con su salud, así como el seguimiento y el control de la oferta de los servicios sanitarios. Esta participación, esta democratización de los servicios debe ser congruente con la organización territorial e institucional de la comunidad autónoma, incorporando de forma progresiva a las instituciones locales a los ámbitos de gestión, control y evaluación que faciliten la adecuación de la oferta a las características de su territorio. Las administraciones locales deben influir y contribuir a garantizar el derecho a la salud y los servicios que sus ciudadanos reciben.

Es desde estos cinco principios a los que me he referido, recogidos, como ya he dicho, en las líneas estratégicas de mi departamento, desde donde se han decidido las localidades en las que ubicar esta red de centros, así como el diseño de la cartera de servicios y la oferta de cada uno de ellos.

Me voy a referir ahora a los criterios para la elección de localidades. Los criterios han sido —y tienen relación con los principios antes señalados— de accesibilidad, que tengan un número determinado de habitantes y que también se tenga en cuenta el volumen de actividad previsto en estos centros. En todos los casos se trata de territorios con gran dispersión, con distancias superiores a los treinta e incluso, en algunos casos, a los sesenta mi-

nutos desde un hospital general, con alto porcentaje de población envejecida y con localidades con suficiente número de habitantes para garantizar la eficiencia y la calidad de los servicios diseñados.

En los casos de Ejea de los Caballeros, Jaca y Fraga, la población de referencia se sitúa entre los treinta mil y los treinta y cinco mil habitantes. El centro sanitario de Ejea será de referencia para la atención de las zonas básicas de salud de Sos del Rey Católico, Sádaba, el propio Ejea de los Caballeros, Tauste y Luna, todas ellas pertenecientes al sector de salud Zaragoza 3, excepto Luna, que pertenece a Zaragoza 1. En el caso de Jaca, será de referencia para las zonas básicas de salud de Jaca, Sabiñánigo, Biescas, Broto, Berdún y Hecho, todas ellas pertenecientes al sector sanitario de Huesca. El centro de Fraga atenderá a las zonas básicas de salud de Fraga, Albalate de Cinca, Bujaraloz y Mequinenza; todas ellas, tras las últimas modificaciones del mapa sanitario, dependientes del sector de Barbastro, salvo la de Bujaraloz, que está integrada en el sector Zaragoza 1.

En el caso de Tarazona, la población es algo inferior, entre dieciséis mil y veinte mil habitantes, residentes en las zonas básicas de salud de Tarazona y zonas cercanas, que podrían ser atendidas también desde Tarazona, integradas todas ellas en el sector de salud Zaragoza 3. En este caso, como explicaré a continuación, la cartera de servicios ofrece algunas ligeras diferencias respecto a los otros centros y se ha priorizado por la distancia de algunos núcleos de población al hospital general de referencia, el hospital clínico universitario Lozano Blesa.

Estado actual de las infraestructuras de los cuatro centros. En todos los casos ya existen, en una u otra fase, proyectos para la construcción o adaptación de los mismos. En Ejea, las obras, ya concluidas, se recibirán el próximo mes de marzo, y su apertura completa se hará de forma progresiva a partir del mes de mayo. Igualmente, se han finalizado los proyectos de construcción de los centros de Fraga y Tarazona y el que contempla la reforma del hospital de Jaca. Estos tres proyectos se licitarán para su construcción en los próximos meses de marzo y abril, por lo que su finalización está prevista en el segundo semestre del año 2007 y primer trimestre de 2008.

La cartera de servicios de esta red de centros de alta resolución se articula en procesos que se agrupan en dos itinerarios asistenciales: uno, el itinerario de consultas de alta resolución, y dos, el itinerario de convalecencia y rehabilitación para pacientes crónicos y dependientes.

Itinerario de alta resolución. Para desarrollar este itinerario, los centros dispondrán, todos ellos, de las siguientes líneas de actividad: consultas externas de alta resolución, con equipamiento para resolver en consulta de un único día; procedimientos de diagnóstico; procedimientos quirúrgicos de cirugía mayor ambulatoria, es decir, cirugía sin ingreso; camas de convalecencia, y salas de rehabilitación y hospital de día. Además, en el caso de Jaca se mantendrá su actual oferta, que incluye, además de lo que ya he mencionado, atención obstétrica y hospitalización de pacientes con procesos que no requieren actuaciones de gran complejidad clínica.

Los circuitos de alta resolución constituyen una alternativa de atención que mejora la calidad para el paciente y

la eficiencia para el sistema sanitario, frente a los modelos clásicos de atención ambulatoria. Incrementan la satisfacción de los pacientes en la medida en que se acortan los tiempos de espera, se reducen los costes asociados a la resolución de los problemas y se reduce la ansiedad que producen las demoras en el diagnóstico y el tratamiento, lo que ocurre en algunos casos de desplazamientos a centros de referencia donde se concentra la actividad —léanse las ciudades de Zaragoza y de Huesca—.

Las consultas de alta resolución se definen como el acto asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico y el correspondiente tratamiento tras efectuar las exploraciones complementarias necesarias, quedando todo ello reflejado en un informe clínico, siendo practicadas todas estas actividades en una sola jornada, en una sola visita y en un tiempo aceptado por el usuario y no superior a seis horas. El resultado de este tipo de consulta es el alta del paciente, con derivación a su médico de atención primaria, o la inclusión en el registro de demanda quirúrgica. Se estima que el 70% de las derivaciones hechas por el médico de atención primaria podrán incluirse en los circuitos de alta resolución. Se trata de evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes y a sus familias, solucionando un porcentaje importante de los casos con más tecnología y mejor organización.

En los centros sanitarios de Ejea, Jaca y Fraga, la oferta de consultas de alta resolución incluirá al menos las siguientes especialidades: traumatología, oftalmología, otorrino, dermatología, ginecología, cirugía general, digestivo, urología, cardiología, obstetricia, rehabilitación, neumología, salud mental y medicina interna. Para poder afrontar estas actividades clínicas de alta resolución es preciso disponer de procedimientos de diagnóstico resolutivos y seguros. En este sentido, los centros también dispondrán de las siguientes tecnologías de diagnóstico: radiología convencional y telemando, TAC en los centros con más habitantes, ecografía con ecodoppler, endoscopia, electrocardiografía, ergometría, mamografía, oftometría, audiometría y espirometría. Para el funcionamiento correcto de estas tecnologías, los centros contarán además con sistemas de digitalización de imágenes, red interna de fibra óptica, red externa de comunicación, red inalámbrica, etcétera. Las instalaciones permitirán tanto la transmisión de imágenes y datos como la interacción de los profesionales a través de la telemedicina y la videoconferencia, algo que ya estamos poniendo en marcha en algún centro del Pirineo.

La oferta de alta resolución se completa, para los pacientes que precisen intervención quirúrgica, con procedimientos de cirugía mayor ambulatoria. Todos estos centros dispondrán de dos quirófanos para este tipo de cirugía, cirugía sin ingreso, con capacidad para intervenir al 60% de los pacientes de estas comarcas que precisen intervención quirúrgica. Entre los procedimientos que podrán ser intervenidos se incluyen muchos de los más frecuentes que ahora se llevan a cabo en los hospitales generales: por ejemplo, cataratas, artroscopias, amigdalectomías, varices, fístulas, fisuras, hernias inguinales, quistes, hemorroides, estrabismo, extirpación de nódulos mamarios benignos y determinadas intervenciones sobre oído medio.

El itinerario de convalecencia y rehabilitación para pacientes crónicos y dependientes es la segunda línea asistencial de la que dispondrán estos centros, como ya he comentado anteriormente, y son los servicios para pacientes crónicos dependientes. Hasta ahora, los sistemas sanitarios han abordado la atención a estos pacientes situándolos de forma jerárquica en un nivel de cuidados mínimos, de escasa complejidad y delegando parte de los mismos al entorno social y familiar de los pacientes. La situación, hasta ahora, se ha visto más como una amenaza al sistema y una reacción por la saturación de los servicios, especialmente de estancias en centros hospitalarios de referencia, que como un problema al que había que dar soluciones por medio de una propuesta específica de servicios.

La oferta de estos centros para pacientes crónicos dependientes es una consecuencia del programa que el Departamento de Salud y Consumo ha diseñado para el período 2006-2009, que ustedes conocen —y, además, ustedes tienen el plan— y que establece itinerarios específicos para cada tipo de paciente en virtud de sus características clínicas y personales. En estos itinerarios no se descarta ni la atención sanitaria más compleja, cuando así lo requiera el paciente, ni tampoco aquellos servicios específicos de cuidados y de rehabilitación que puedan recibir en su entorno más próximo, servicios que también se incluyen en la red de centros que es motivo de esta comparecencia.

El itinerario de convalecencia y rehabilitación para pacientes crónicos y dependientes se basa en tres tipos de servicios: camas de hospitalización, unidades de hospital de día y salas de rehabilitación y fisioterapia. Los centros de Ejea, Jaca y Fraga estarán dotados de una unidad de treinta camas de media —algunos tienen más; por ejemplo, Jaca— para el ingreso de pacientes de este perfil y con una cartera de servicios orientada a estancias para fases de descompensación o inestabilidad que no requieren tecnología compleja, ingreso con rehabilitación en fase de convalecencia y cuidados paliativos con ingreso en fases terminales de la enfermedad. Con estas camas se evitarán estancias hospitalarias inadecuadas en los hospitales de Huesca y Zaragoza, así como muchos desplazamientos innecesarios. El acceso a estas unidades de hospitalización tendrá dos posibles vías: una, la que va desde atención primaria —el médico de familia o el equipo de atención primaria podrá solicitarlo desde los equipos de atención primaria—; y otra, desde los hospitales generales, para aquellos pacientes que precisen completar su atención y rehabilitación en estos centros y cerca de su domicilio. El hospital de día y las salas de rehabilitación permitirán la instauración de tratamientos y la recuperación funcional de este tipo de pacientes, así como el aprendizaje en autocuidados y el entrenamiento para las actividades de la vida diaria y la adecuación a su entorno.

Un nuevo modelo de gestión.

Para gestionar estos centros, asegurar la oferta y la calidad de los servicios, y equilibrar la accesibilidad con la necesaria eficiencia de los recursos, es necesario adoptar un modelo de gestión que responda a los siguientes criterios: liderazgo por parte de la Administración sanitaria para facilitar la coordinación con todos los recursos sani-

tarios (centros de salud, centros de alta resolución, transporte sanitario y hospitales); orientación de los servicios a las necesidades reales, específicas y cambiantes del territorio, mediante la participación de las entidades locales representativas de los ciudadanos; modelos flexibles de gestión de aquellos servicios que requieren alta complejidad tecnológica y profesionales también altamente cualificados; creación de puestos de trabajo estables para la población de estos municipios; garantía de los derechos laborales de todos los profesionales; una financiación suficiente a través de ingresos de todas las instituciones y entidades con prestación de servicios sanitarios en estos territorios y con ingresos procedentes de terceros mediante facturación de servicios a otras entidades y empresas que realizan actividad en estas localidades; integración y gestión conjunta de todos los recursos públicos; y gestión en red de los centros para asegurar el mantenimiento de la oferta y la eficiencia de los recursos asignados.

Para cumplir estos criterios, se ha considerado que la fórmula más adecuada, la fórmula de gestión, es la ampliación del actual consorcio de Jaca, incluyendo a los Ayuntamientos de Ejea, Fraga y Tarazona, así como a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social número 11, que ya presta servicios sanitarios en estos municipios y comarcas, todo ello en el caso de que se apruebe el convenio que está actualmente tramitándose en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La fórmula jurídica del consorcio para la gestión de servicios sanitarios está contemplada tanto en la regulación de nuestra comunidad autónoma, conforme a lo previsto en el artículo 25 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de salud de Aragón, y en la legislación estatal: en la Ley 15/97, de 15 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud, y el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, que la desarrolla.

La figura del consorcio y su desarrollo concreto, en este caso, en el caso que estamos exponiendo, para la gestión de esta red de centros y servicios, aseguran y garantizan, primero, su carácter público, ya que todas las instituciones y entidades que lo integran son de naturaleza pública, sin ánimo de lucro y sometidas a los principios de gestión y regulación de las administraciones públicas. El Departamento de Salud y Consumo y los ayuntamientos tienen la participación mayoritaria en el consorcio y actúan como garantes de la calidad de los servicios. En el caso de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social número 11, se trata de una entidad definida según el artículo 68 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social, en el que se considera a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como asociaciones debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sin ánimo de lucro y con sujeción a las normas reglamentarias, y con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que les sean legalmente atribuidas. Además, en el mismo texto legislativo, y en su artículo 71, se establece que corresponden al Ministerio de Trabajo y Seguri-

dad Social las facultades de dirección y tutela sobre las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, que serán objeto anualmente de una auditoría de cuentas que será llevada a cabo por la Intervención General de la Seguridad Social. La mutua tendrá, en su caso, el carácter de socio en esta fórmula de consorcio. Por lo tanto, queda fuera de toda duda la naturaleza jurídica de la mutua.

Segundo, se garantiza el liderazgo de la Administración sanitaria al integrarse el consorcio en el Departamento de Salud y Consumo y mantener el Gobierno de Aragón la mayoría absoluta en los órganos de gestión y de gobierno del consorcio.

Tercero, se garantizan la equidad, la accesibilidad y el respeto a los derechos de los usuarios al establecerse que, en todo momento, la actuación se inspirará en los principios contemplados en el artículo 2 y en el título II de la Ley 6/2002, de salud de Aragón, y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Y, cuarto, dota al consorcio de personalidad jurídica propia e independiente de la de sus miembros, con plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de su objeto y fines específicos.

Se facilita así la gestión para asegurar el mantenimiento y la seguridad de la oferta; la creación de puestos de trabajo en los municipios y comarcas donde se ubican los centros, en especial de puestos de trabajo para la población femenina; la estabilidad de los puestos de trabajo y de sus condiciones laborales; la gestión en red de los recursos; disponer de los profesionales y tecnologías más cualificados, y la integración de todos los recursos públicos de carácter sanitario.

En resumen, se trata de un proyecto que plasma las estrategias del Gobierno de Aragón sobre ordenación y desarrollo del territorio, y del Departamento de Salud y Consumo, en una oferta de servicios descentralizada, accesible, de calidad, que incorpora las tecnologías y procedimientos de gestión clínica más avanzada y dota de aquellos procedimientos de gestión que aseguran la viabilidad y resultados del proyecto, todo ello con una financiación totalmente pública y dentro del marco de regulación de las administraciones.

En definitiva —y concluyo—, es una fórmula cuya principal finalidad es el ciudadano de esas comarcas y la mejora de la accesibilidad a una atención asistencial rápida y de calidad para atender los problemas de salud más frecuentes allá dondequiera que se resida. Los ciudadanos realizarán menos desplazamientos innecesarios, disminuirán las demoras y permitirá mejorar también la situación en los hospitales de referencia.

Señoras y señores diputados, gracias por su atención, y, como es habitual, quedo a su disposición para responder a las preguntas que quieran formularme.

Muchas gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señora consejera.

En el turno de los grupos parlamentarios tiene la palabra, en primer lugar, la representante del Partido Aragonés. Y, además, señora Ana de Salas, bienvenida a

esta su primera comisión como diputada. Tiene usted la palabra cuando quiera.

La señora diputada DE SALAS GIMÉNEZ DE AZCÁRATE: Gracias, presidenta.

Bienvenidos, señora consejera y todo su equipo, a esta Comisión de Sanidad de las Cortes de Aragón.

Y sí que querría, en primer lugar, y como nueva portavoz del Grupo del Partido Aragonés en esta Comisión de Salud, ponerme a disposición de la consejera y de todo el Departamento de Salud para todo lo que es la atención sanitaria en nuestra comunidad autónoma, porque ello redundará en beneficio de los hombres y mujeres que viven en Aragón y, en definitiva, redundará en avanzar en una sociedad del bienestar en pleno siglo XXI.

En primer lugar, y ya segundo, agradecer a la consejera su amplia información en relación a ese modelo de gestión que se ha diseñado, a esa red asistencial de centros de alta resolución en Aragón. Felicitarle porque creo que es un gran acierto y, además, va dentro de las líneas estratégicas que la consejera explicó tanto en su comparecencia de política general el año 2004 como a la hora de presentar los presupuestos para este año 2006.

Así, le recuerdo —y es verdad— que usted hacía referencia a que una de esas líneas estratégicas era satisfacer las expectativas de la población, mejorando la accesibilidad a los servicios sanitarios, con la creación —y hablaba usted ya— de esos nuevos centros de alta resolución, que hoy nos ha explicado. También, luchar contra la desigualdad que afecta a la salud, teniendo en cuenta la actuación en dos sentidos muy claros, como son las propias características del territorio aragonés, a las que usted ha hecho referencia en la primera parte de su intervención. Y, dentro de esas líneas estratégicas, con unos objetivos muy concretos, como usted hablaba en su comparecencia de política general: descentralización de los servicios, a los que también ha aludido, acercando los servicios a la población, combinando la accesibilidad y la calidad de los mismos. Una estrategia que, por tanto, se engloba dentro de las propias estrategias del Gobierno de Aragón, del gobierno de coalición PSOE-PAR, de acercar los servicios en todo el territorio, dadas las características de nuestra comunidad autónoma, que muy bien la consejera ha explicado en la primera parte de su intervención.

Yo creo que es un proyecto político que está avalado tanto por esa comparecencia de política general como en los propios presupuestos para este año 2006, cuando ya se daba un impulso a la creación de este consorcio aragonés sanitario de alta resolución, cuyo objetivo fundamental —lo ha dicho muy bien la consejera— es elevar la calidad de la asistencia sanitaria en todo el territorio aragonés con la implantación de estas consultas de alta resolución, con todas las ventajas que nos ha descrito la consejera, y por ello también hay un esfuerzo presupuestario en esos presupuestos de este año 2006, en la que el eje de actuación, como muy bien ha dicho la consejera en esta intervención, es siempre el ciudadano. El ciudadano es el eje de referencia en la organización del sistema sanitario aragonés, el eje de referencia en la organización de su propio departamento.

Yo querría, por tanto, destacar dos aspectos. Nos ha hablado muy bien del modelo de gestión. Ha quedado muy claro por parte de la consejera: estamos hablando de un consorcio público con distintas entidades. La necesidad y la implicación de las entidades locales creo que es importante para avanzar en la calidad de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma. Y yo querría destacar dos aspectos muy importantes que veo muy positivos en lo que es el conformar estos centros de alta resolución, esta red a través de un consorcio público. En primer lugar, está dentro de la política de asentamiento de la población, de la demanda de acercar las demandas de los propios ciudadanos y ciudadanas del territorio allá donde es necesario, y, por tanto, cubrir esas demandas sanitarias como uno de los servicios que más demandan los propios ciudadanos. Y, en segundo lugar, también ha aludido la consejera a esa creación de empleo, mucho empleo, en las comarcas —de empleo también femenino, además—, de especialistas que van a ir para abordar toda esa cartera de servicios a los que ha aludido la consejera, pero también un empleo femenino que supone una mejora también, una creación de riqueza también y de desarrollo del territorio de las comarcas y, en definitiva, de la propia Comunidad Autónoma de Aragón.

Por lo tanto, felicitar, desde el Grupo del Partido Aragonés, a la consejera por este proyecto, por esta red de centros de alta resolución, porque, como muy bien se ha dicho, aparte de todas las ventajas y lo que supone evitar desplazamientos también de la propia población, el asentamiento de la población, tanto de los mayores como de los jóvenes —hay que tener en cuenta que se implantan algunas especialidades, como pueda ser ginecología, etcétera, que yo creo que son importantes también para las personas jóvenes en el territorio—, yo creo que favorece, como muy bien ha dicho la consejera, a esa vertebración del territorio, a ese equilibrio demográfico, y que, en definitiva, supone garantizar esa calidad asistencial, esa calidad de asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma, y no solamente en algunas partes del territorio, sino en todo el territorio aragonés, con este consorcio que se va a ampliar a las localidades de Ejea, Fraga, Tarazona y Jaca.

Por lo tanto, mil felicidades. Yo espero que esto sea una magnífica fórmula, sobre todo que sea diseñado —y así entiendo— conforme a la realidad territorial y social de la comunidad autónoma, y, por tanto, siempre que ello redunde en beneficio de los hombres y mujeres, y sobre todo de eliminar esas desigualdades que todavía hoy persisten en nuestra comunidad entre el medio rural y el urbano. Quiero, por tanto, volver a felicitar de esta idea, de este proyecto político, y que sea una realidad, porque, en definitiva, los ciudadanos y ciudadanas van a ser los beneficiarios.

Nada más, y muchas gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Gracias, señora diputada.

En nombre del Grupo de Chunta Aragonesista tiene la palabra el diputado señor Sánchez.

El señor diputado SÁNCHEZ MONZÓN: Muchas gracias, señora presidenta.

Señora consejera.

Señorías.

Para explicar por qué Chunta Aragonesista solicitó esta comparecencia, me permitirán que haga un poco de historia reciente y me retrotraiga a la Comisión de Economía y Presupuestos del pasado 17 de noviembre del año pasado. Ese día, la señora consejera daba cuenta a los distintos grupos de su proyecto de presupuestos, del proyecto de presupuestos de su departamento, y entre los aspectos que destacaba que iban a incluir o que se iban a financiar tocaba de pasada el tema de la red de centros de alta resolución que se pretendía establecer. Concretamente, lo que dijo, lo único que dijo fue que para 2006 consignaría 10,6 millones de euros para esa red de centros, comenzando con la entrada en funcionamiento del centro de alta resolución de Ejea, que después se uniría el de Jaca y que, después, lo que se haría es iniciar la construcción de los de Fraga y Tarazona. Y no dijo nada más en aquella intervención. A lo que desde nuestro grupo le respondíamos también en aquella ocasión que nosotros estábamos muy de acuerdo con que se creara una red de consultas y de centros de alta resolución; tan de acuerdo como que nosotros también lo habíamos planteado en distintas ocasiones. Y tan de acuerdo estábamos como que le decíamos que el dinero que se consignaba incluso era poco y también nos parecía muy poco el volumen de consultas de alta resolución que se incrementaban de un año para otro. En definitiva, que, en lo que es el quid de la cuestión —qué es un centro de alta resolución—, por supuesto que estábamos totalmente de acuerdo, y en que se centraran esfuerzos para crearlos y acercarlos a las comarcas.

No volvemos a saber nada más del asunto hasta que nos desayunamos el día 1 de febrero, el primer día de este mismo mes, con que en un medio de comunicación escrito aparece, nada menos que a dos páginas, un reportaje, amplio reportaje, en el que se nos dice, citando fuentes oficiales del departamento y del propio Salud, que lo de los centros de alta resolución va para adelante —bien—, pero, atención, se nos dice también allí, se nos explica, y es la primera información que tenemos, que se van a gestionar mediante la firma de un consorcio con la implicación —seguimos sin saber en qué grado: si gestionándolo directamente, si con participación en un porcentaje...— de una organización privada como es una mutua; concretamente, la MAZ. Es decir, que los grupos parlamentarios, los distintos portavoces, los diputados que formamos parte de esta Comisión de Sanidad nos tenemos que enterar —lo cual no es la primera vez ni será la última— por la prensa de algo tan vital como lo es el modelo de gestión y organización elegido para centros sanitarios tan importantes como van a ser estos centros de alta resolución. Nos tenemos que enterar, lo cual duele, cuando precisamente no hace mucho, en esa comparecencia de presupuestos, la consejera ya había tocado el tema sin decir nada de esto. Y nos tenemos que enterar también de que el modelo previsiblemente no nos va a gustar, no por gustos ni afinidades personales, ni mucho menos, sino simplemente porque, tal como suena, nos da bastante mala espina porque nos suena a exter-

nalización encubierta de recursos públicos. Pero, bueno, de eso vamos a hablar y es en lo que nos vamos a centrar en nuestra intervención.

Evidentemente, lo que hacemos, lo primero que hacemos ante esa noticia es pedir las noticias oficialmente, es decir, solicitar la comparecencia, esta comparecencia que está usted hoy haciendo, para que nos explique pormenorizadamente cuál va a ser el modelo de funcionamiento, de gestión, de esta nueva red asistencial, cosa que en parte... Pero, bueno, poco menos que lo que ya había salido en prensa nos ha dicho usted hoy.

Después nos encontramos con que, al día siguiente de que lo hubiera hecho nuestro grupo, la consejera también pide esa comparecencia, nunca sabremos si obligada o impulsada ante las críticas que algunos, lógicamente, habíamos hecho antes de conocer eso y lo que se conocía por la prensa, o porque ya lo tuviera previsto —eso nunca lo sabremos—. Y, como es para hablar de lo mismo, no nos ha importado que se debatieran conjuntamente.

Y nosotros, como la comparecencia la hemos pedido para hablar, valorar y discrepar sobre este modelo de gestión, no sobre los centros y lo que ofrecen, sino el modelo de gestionarlos, es lo que vamos a hacer. No nos vamos a centrar en lo que ya ha avanzado con bastante detalle la señora consejera, sobre la bondad de este tipo de centros, por supuesto. Nosotros, por nuestra parte, lo tenemos muy claro que hay que llevar hasta las comarcas más especialidades, cirugía mayor ambulatoria y hospitalización en casos no serios —sobre esa necesidad, nosotros no tenemos ninguna duda, y, probablemente, ninguno de los aquí presentes tampoco—, pero sí discrepamos con el modelo de gestión y de organización por el que parecen haber... —parece no: se confirma—, haber optado su departamento, el Gobierno de Aragón, porque —repito— nos parece, nos suena a externalización encubierta de la atención especializada pública en estas comarcas.

También nos parece que es generalizar —y, por lo tanto, premiar— un modelo de organización privada de recursos sanitarios públicos —modelo de organización; no digo «gestión privada», sino «modelo privado de organización»—, un modelo que, donde lo hemos tenido hasta ahora, en el consorcio hospital de Jaca —a la vista está por las opiniones de usuarios y de muchas más personas—, no ha funcionado satisfactoriamente. Es decir, no solo vamos hacia una especie de externalización en este aspecto concreto, sino, además, premiando modelos que no han funcionado bien.

Nosotros opinamos que gestionar esta red de centros a través de un consorcio hospitalario con entidades privadas, nos lo pinten como nos lo pinten, aunque sea dentro de la red del Salud, no deja de ser aplicar ese modelo de gestión privada a centros sanitarios públicos sufragados con dinero público. Aunque se le llame «consorcio público», no deja de ser eso que estamos diciendo: gestionar al modo de la privada esos recursos; máxime cuando nos confirma que van a entrar entidades privadas, que no sabemos —y seguimos sin saber— cuál va a ser su grado de implicación. ¿Gestionarán y organizarán directamente esa entidad o esas entidades esos terceros? Por llamarlo de algún modo, ¿van a hacerlo a

medias —entre comillas— con el Salud? ¿Ni lo uno ni lo otro? Explíquenoslo porque no lo ha hecho. Nos ha dicho que el nivel de implicación de esa mutua y de otros terceros será socios, el nivel de socios. Y eso, ¿qué quiere decir? ¿Qué implica ese nivel de socios? Porque socio se puede ser de muchas formas.

Y, además, que sea una mutua la partícipe no nos garantiza nada. Por mucho que se definan como asociaciones sin ánimo de lucro, que lo son, no dejan de ser organizaciones privadas creadas por empresarios. Usted ha citado la ley, y ahí está bien claro. La Ley general de Seguridad Social define a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como asociaciones establecidas por empresas con el principal objetivo de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones. Las empresas, entidades, organizaciones, administraciones que quieren, con sus trabajadores, cofinanzan con ellas libremente. Con lo cual, no deja de ser una entidad privada. Por eso, nos causó cierto sonrojo leer lo que leímos en la prensa aquel día, cuando alguien de su departamento —no sabemos quién ni a qué nivel, pero una fuente, parece ser, solvente o reconocida— declara a la prensa escrita lo mismo que usted ha confirmado hoy, o sea, que en realidad podía haber sido usted misma la que hiciera esas declaraciones porque son lo mismo que nos ha dicho usted hoy. Nos dice que en ningún caso hay externalización, que seguirá siendo todo cien por cien público, porque las mutuas, aunque asociaciones de empresarios, son autorizadas —esa es la justificación— por el Ministerio de Trabajo como colaboradoras de la Seguridad Social. ¡ Hombre, pues claro! Eso no garantiza nada. También cualquier clínica privada es autorizada para su funcionamiento por la Administración sanitaria competente, y eso no le otorga ningún estatus similar a algo público, pero para nada, con lo cual, esa justificación nos parece cogida por los pelos.

Más cosas. También ponen como justificación para optar por este modelo que la mutua en cuestión ya cuenta con una amplia red de profesionales en determinadas comarcas, y así los aprovechamos. No nos convence esa explicación ni tampoco tiene mucho sentido, porque la sensación real que nos está dando con estas explicaciones es que lo que realmente quieren es otra cuestión, que es ahorrarse o bien dinero o bien complicaciones en materia de personal y de relaciones laborales. Vamos, que sea el consorcio quien se encargue de todo eso, que tenga su plantilla y su propia bolsa de trabajo, independiente, cerrada y no dependiente del Salud, y así no es el Salud el que tiene que verse en esos berenjenales. O sea, que lo que hacemos en parte es fracturar la plantilla del Servicio Aragonés de Salud. No dudo que a ustedes, como gestores de la sanidad pública, les resulte cómodo —seguro que sí—, pero, al final, esto acaba generando problemas en las plantillas, que acaban redundando en problemas en su calidad asistencial. Tenemos un ejemplo en Aragón, y ese es el que tenemos que ir a mirar: el hospital o consorcio hospitalario de Jaca, cuya plantilla depende de un consorcio y no del Salud.

Y, por último, también en aquel amplio reportaje aparecía una justificación diciendo que no inventan nada nuevo; simplemente aplican lo que estaba haciendo o se

ha puesto a hacer recientemente también Andalucía. Voy a leer yo una nota de prensa del Gobierno andaluz que está en su página web, de la Junta de Andalucía, y aquí nos dicen que el Consejo de Gobierno ha aprobado hoy el proyecto de ley de creación —por proyecto de ley— de una empresa pública sanitaria que gestionará los nuevos centros hospitalarios de alta resolución que la Junta promueve en determinadas provincias —aquí están—. La nueva entidad tendrá personalidad jurídica propia —eso también lo tendrá, por supuesto, la actual, según nos dice usted— y estará integrada en el sistema sanitario público, por lo que se someterá al control de eficacia y los criterios generales a los que somete el Servicio Andaluz de Salud. Es decir, que Andalucía también opta por algo que tiene entidad jurídica propia —bien—, una empresa pública, pero integrada al cien por cien por la sanidad pública andaluza. Aquí no se habla para nada de terceros o entidades privadas que lleguen, cosa que aquí parece que es lo que se va a homogeneizar en todos estos centros de alta resolución.

¡Ojo!, que nosotros no estamos diciendo que no haya que utilizar a este tipo de entidades y a otras porque nos guste más o nos guste menos. Ustedes, la gestión, o sea, el departamento, el Gobierno de Aragón, y todos los gobiernos autonómicos, lo hacen todos los días. Todos los días se firman o se utilizan conciertos con entidades, con mutuas, con clínicas privadas, cuando el Salud no llega, no puede o está atascado. No digo el Salud: digo cualquier sistema sanitario público de cualquier comunidad autónoma —esto no es propio de Aragón; es de todos—. Pero eso es muy diferente, ir a un concierto para una cosa determinada, es muy diferente que gestionar su red, esta red de centros de alta resolución, directamente —no sabemos si directamente, porque no queda claro— o junto o con participación o a través de estas entidades privadas. Porque todo lo que... —y voy concluyendo con esta última apreciación—, todo lo que ha dicho usted que puede conseguirse con la —creo que ha dicho— libertad o agilidad del consorcio, es decir, conseguir agilidad, creación de plantillas estables y atender y, en su caso, facturar a terceros, lo puede hacer —y de hecho lo hace todos los días— perfectamente el Salud.

Con lo cual, nosotros queremos dejar claro que sí a los centros de alta resolución, faltaría más —es lo que necesitan Aragón y su estructura poblacional—, pero no con este modelo de gestión; al menos, con el que todavía creemos, porque es que no nos ha aclarado nada respecto a lo que hemos leído en los medios de comunicación —no nos ha dicho nada nuevo; por ejemplo, ese nivel de implicación del sector privado—. No nos convence. No solo no nos convence este modelo, sino que nos da cierta mala espina, porque —repito— lo vemos como una externalización encubierta. Además, visto con la información que nos está dando, no lo vemos diferente, no lo vemos muy diferente a las fundaciones sanitarias que impulsó el Partido Popular y que ustedes, desde el PSOE, tanto criticaron.

Nosotros le vamos a pedir —y finalizo con esto— que creen esa red de centros de alta resolución, pero gestionenlos, como el resto de centros sanitarios de especializada u hospitales o centros de salud de la comunidad autónoma, dentro de la red del Salud, gestionados direc-

tamente por el Salud y con plantilla del Salud. Y espero, sobre todo, recibir más información que la que nos ha dado sobre el nivel de participación de terceros en estos centros, cosa que todavía no ha hecho. Muchas gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señor Sánchez.

En nombre del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra su portavoz, el señor Canals. Cuando quiera.

El señor diputado CANALS LIZANO: Muchas gracias, presidenta.

Señora consejera, bienvenida. Personas, autoridades que la acompañan.

Quiero aprovechar, en primer lugar, mi intervención para yo también dar la enhorabuena y la bienvenida a doña Ana de Salas a esta nueva faceta de actividad política. Deseo, de verdad, que su estancia aquí, que posiblemente no vaya a ser muy larga, porque tal como la veo... —perdone, desde el punto de vista de su gestación; le deseo a usted muchos años de actividad política—, pero el tiempo que esté aquí hasta que dé a luz sea un placer debatir con usted y compartir esta cámara.

Señora consejera, no sé si felicitarla o no. Lo que sí que me produce es incredulidad. Ya llevamos un tiempo en esta legislatura debatiendo sobre temas importantes de la sanidad. Cuando usted parece que hace algún proyecto o hace alguna propuesta o alguna promesa, yo la escucho con expectación y con ilusión, y después resulta que, a veces, eso se retarda en el tiempo, y no llegamos a ver ninguna de las conclusiones que en un principio se habían planteado por usted. Yo me voy a permitir ponerle un ejemplo de lo que ayer también ocurrió, aprovechando. Usted ayer parece que firmó un convenio con Instituciones Penitenciarias, un convenio de colaboración para asistencia sanitaria de los reclusos. Y, ¡hombre!, yo me alegro, porque ya sabe que hicimos iniciativas, que la totalidad, la unanimidad de la cámara apoyó, para que esto fuera adelante, pero ya hace dieciocho meses que usted ya dijo que se iba a firmar este protocolo. Dio una fecha, que era el 1 de enero de 2005, y hemos tenido que esperar hasta marzo de 2006 para que esto fuera adelante. Esto es lo que normalmente ocurre con sus compromisos. Por eso, yo le digo que me gustaría felicitarla, porque esta me parece una idea ilusionante, pero creo que a lo mejor no va a dar tiempo, por lo menos en esta legislatura, a verla; ni siquiera los comienzos.

Entrando ya en materia, a primeros de este mes nos enteramos, por los medios de comunicación, de que usted tiene un proyecto, un proyecto apasionante, que afecta a ciento veinte mil personas, de crear centros de alta resolución —ya lo deriva para el año 2008—, en el que además, incluye, como novedad, en la gestión de este nuevo sistema de gestión de la asistencia sanitaria a un nuevo socio, que es la Mutua de Accidentes de Zaragoza. De alguna forma, involucra usted en este proyecto a una entidad muy importante de nuestra comunidad, de prestigio, solvente, que todos respetamos desde el punto de vista de su actividad. Y yo le alabo el gusto a la hora de elegir un socio. Usted, de verdad que ha elegido a uno de los mejores que puede hacerlo.

Me gustaría también que usted me comentara si aparte de este proyecto tiene alguno más, porque han llegado rumores, me han llegado rumores de que parece ser que están muy avanzados otros consorcios, también con la MAZ, sobre alguna unidad, fundamentalmente relacionada con la espalda o con la columna. Parece ser que tiene usted proyectos, además de este. Me gustaría no enterarme por la prensa, sino enterarme en sede parlamentaria de cuáles son otras iniciativas que en este momento pueden tener.

Parece ser también que, de alguna forma, le ha entrado la fiebre externalizadora. Que de acuerdo que hablamos de recursos públicos, de dinero público, pero, ¡hombre!, introducir a la Mutua de Accidentes de Zaragoza, que obviamente tiene una gestión privada, me parece que es una novedad, aunque reconozco que seguirá siendo sanidad pública.

Con la información que la prensa había avanzado y que usted nos ha confirmado, sus objetivos son, obviamente, dar una mejor asistencia al medio rural, una asistencia más adecuada; quiere evitar desplazamientos que muchas veces son inútiles; quiere descongestionar los centros urbanos; quiere reducir las demoras; quiere crear empleo, parece ser que femenino —a mí me gustaría la paridad y que, además, también los hombres tuvieran la misma posibilidad por el cincuenta por ciento—; quiere fijar población, que eso también me ha parecido interesante. Y, para eso, usted hace grandes promesas, lanza algo nuevo, que ya no son consultas de alta resolución, sino centros de alta resolución, para aportarles pruebas diagnósticas importantes: el TAC, ecografías, endoscopias... Va también a sumarlos con la posibilidad de que los pacientes puedan convalecer, puedan seguir su posoperatorio, incluso sus patologías crónicas, en estos lugares.

Habla usted de la cirugía mayor ambulatoria. Habla de la posibilidad de crear cien empleos, como he dicho antes, y una inversión inicial de veintiocho millones de euros.

Obviamente, señora consejera, hemos iniciado ya la campaña electoral. Esto son promesas que normalmente se suelen hacer en los mítines. Usted, ya veo que han tocado la campana y han dicho: «Venga, todos a sacar nuestra artillería, y vamos a prepararnos para lo que nos pueda ocurrir dentro de un año». Esto, señora consejera, no es ni más ni menos que campaña electoral. Porque, ¿por qué hace usted estas promesas? Porque necesariamente debe lavarse la imagen del departamento, dada, desde mi punto de vista, la gestión que se ha realizado en esta legislatura de la sanidad pública.

Obviamente, usted, cuando dice que debe mejorar la asistencia es porque reconoce tácitamente que es mala en estos momentos; si no fuera mala, no tendría que mejorarla. Cuando dice usted que se deben solucionar problemas es porque, en estos momentos, los problemas siguen estando ahí y no se han solucionado en este tiempo. Yo creo que, de alguna forma, el departamento demuestra, con este anuncio a bombo y platillo, que ha sido incapaz de solucionar los problemas importantes de nuestra comunidad y de avanzar hacia una mejor asistencia sanitaria. De alguna forma, señora consejera, usted está tirando la toalla a la hora de gestionar lo que

se le viene adelante, de dar un paso adelante y ponerse usted en primer lugar, y pide ayuda, auxilio a una gran empresa como es la MAZ.

Usted ha reconocido que la mejor forma para gestionar este nuevo proyecto es un consorcio, que yo también me permito poner encima de la mesa ciertas dudas que tengo. Porque, claro, usted está mezclando —exacto, churras con merinas, que hay alguien que me lo ha dicho por allí—, está mezclando el Servicio Aragonés de Salud, está mezclando ayuntamientos, está mezclando empresas, está mezclando hospitales que ya están funcionando, ayuntamientos que ya están pagando dinero... Y le está diciendo a otros ayuntamientos que a lo mejor tienen que pagar dinero, y no sabemos si los ayuntamientos de alrededor, que están allí, si el ayuntamiento que está pagando dinero tendrá que decir: «Yo también quiero que paguen los demás». Está mezclando cosas reales con cosas de futuro, como es Fraga o Tarazona. Yo creo que, de alguna forma, a usted le está dando un poco de miedo —no le digo pánico, pero sí miedo— a la hora de plantearse cómo va a gestionar el futuro de nada más y nada menos, como ha dicho usted, que ciento veinte mil ciudadanos aragoneses.

Usted nos lanza la alta resolución. Todos, obviamente, estamos de acuerdo, y ya le he dicho antes que me parece que es su primera promesa seria, y le alabo. Me parece que, como consejera —ya se lo he dicho alguna vez—, me hubiese gustado que hubiese hecho compromisos y promesas antes; yo creo que esta es la primera vez que lo hace. Pero usted ya lanza algo novedoso, aparentemente novedoso, porque le da un barniz a una cosa que ya es vieja, porque las consultas de alta resolución, en esta legislatura, ya se han dicho por activa y por pasiva. Y, ahora, por la razón que sea, usted quiere, esto, maximizarlo, quiere hacerlo más grande. Parece ser que la solución total es la alta resolución, porque no solamente lo está planteando usted para estos nuevos centros, sino que hace muy pocos días se hablaba de que también se va a hacer en el Miguel Servet, en el Inocencio Jiménez, se va a hacer en todos los sitios. Parece que todo va a girar ahora, el motor va a ser la alta resolución y, obviamente, también la telemedicina. ¡Oiga, le alabo el gusto, de verdad! Felicidades, me parece que esa es la postura a seguir. Pero yo no me quiero retrasar mucho más tiempo; podría citar desde el año 2003 situaciones en que usted ha dicho que estaban y que iba a poner ese año consultas de alta resolución. Sin ir más lejos, en los compromisos adquiridos por el departamento en el año 2005, en los presupuestos de 2005, ya decía que una de las mejoras de la capacidad resolutoria iban a ser las primeras consultas con consulta de alta resolución. Decía que en cada sector sanitario, ese año, tendría que haber consultas. No sé si lo ha conseguido, porque en los presupuestos de este año, de 2006, habla de que su apuesta es que va a conseguir —y leo literalmente lo que pone en los presupuestos— diez consultas. O sea, cuando debatimos nosotros los presupuestos del año 2006, que fue al finalizar el año 2005, de todo esto no sabemos nada, y usted apostaba por un número de consultas muy limitado —hablaba de diez—. Parece ser —y corríjame si me equivoco, pero también me gustaría confirmarlo— que en estos momentos tiene seis consultas,

seis consultas individuales, no centro de alta resolución ni apuestas así, a largo plazo, un tema que va a afectar a muchísimas personas.

Señora consejera, no sabíamos nada de esto. Esto es totalmente nuevo. ¿Lo llevaba en secreto? ¿Quería darnos una sorpresa el día de los enamorados y decirlo aquí, de alguna forma, para que todos nos fuéramos contentos, o están improvisando, están improvisando otra vez y diciendo: «Bueno, a ver qué hacemos para salir adelante y que, este año, las bofetadas sean menos y decir que vamos a apostar en el futuro» —obviamente, para después de las elecciones—? ¿Se les ha ocurrido a ustedes, o a lo mejor resulta que la inclusión de la mutua de accidentes obedece a otros compromisos o a otras indicaciones, quizá de otro departamento más relacionado con el trabajo? A lo mejor pudiera ser así.

La felicito, no obstante, también por su cambio de ideología. Yo, cuando alguien se levanta y dice: «Me gustan las formas de gestión que el Partido Popular planteaba»... Oiga, de verdad, la felicito. Bienvenida al club de las cosas que funcionan en los sitios en que funciona la sanidad, de verdad. Estoy totalmente de acuerdo en que aquella denostada ley, que usted la ha citado y en la que se apoya para que la MAZ pueda participar, que es la Ley 15 de 1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión, las fundaciones, tan denostadas por todas aquellas personas que en aquel momento hablaban de la progresía, ahora parece ser que no era mala y era buena, lo cual le agradezco que lo reconozca y que venga a las formas que el Partido Popular siempre ha planteado de que la sanidad debe ser todo lo que funcione para el bien de la sanidad pública; y, si hay gestión privada, ¿qué más da si la asistencia es pública?

Otra pregunta también, que ya lo he adelantado antes, aprovechando que aquí hay personas interesadas en estos nuevos centros y que tendrán responsabilidades: si los ayuntamientos forman parte del consorcio, ¿contribuirán en el presupuesto? Porque, en estos momentos, en el consorcio del hospital de Jaca, el ayuntamiento suelta una cantidad importante de dinero. Entonces, no sé, se me ocurre preguntar: ¿el Ayuntamiento de Ejea tendrá que pagar dinero? ¿Cómo lo hacen? Y, si solamente es el Ayuntamiento de Ejea, los pueblos de alrededor, ¿les dejará el Ayuntamiento de Ejea participar? ¿Por qué no lo comarcaliza? El Partido Aragonés tiene un proyecto que nos parece interesante, que es la comarcalización. ¿Por qué no se basa en la comarcalización y deriva estos gastos allá? Porque, además, fíjese usted, hay comarcas y municipios, como Barbastro, Alcañiz, Calatayud, que tienen un hospital y no pagan más. En cambio, el hospital de Jaca, por tener un hospital, tiene que pagar más. Vamos a ver cómo podemos combinar todo esto. Estaremos para ayudarla, porque ya le digo que nos parece interesante.

En resumen, y por terminar, señora presidenta, incredulidad, de verdad. ¿Por qué tenemos que creerle ahora a usted cuando nos ha demostrado, por activa y por pasiva, que todo lo que dice a veces —bueno, a veces no: siempre— hay que ponerlo en tela de juicio? ¿Si nos ha fallado muchas veces! Pero, en fin, yo le deseo que esta vez acierte.

Esta propuesta, de verdad —y por terminar ya—, como ya he dicho antes, yo creo que pone de manifiesto que no se ha sabido gestionar durante cuatro años y dos meses ya de gestión de la asistencia sanitaria transferida el hospital de Jaca, por ejemplo —que después hablaremos largo y tendido—; que no se sabe qué hacer con el hospital de Ejea o con el centro de Ejea —llamémosle como creamos conveniente—, y que le dan pánico, como le he dicho antes, Tarazona y Fraga.

Y, de alguna forma, si quiere vincular en el consorcio a estos ayuntamientos, está castigando a una parte importante de la población. Usted apuesta por las consultas de alta resolución cuando ya hemos dicho que esto es una historia vieja, una historia que tenía que haberse planteado ya hace mucho tiempo, no porque lo diga yo, sino porque lo han dicho usted y su departamento en los diferentes consejeros. Yo creo que, si es la solución a todos los males, ¿por qué no se ha hecho antes, por qué no se ha puesto antes? ¿Por qué ha sido necesario que, para sacarle a usted de este apuro, tenga la necesidad de que, la iniciativa empresarial —la Mutua de Accidentes, con su buena imagen—, la utilice y la va a utilizar como escudo para sacarla a usted del atolladero?

Y, si esta es una solución tan importante, la pregunta del millón ya es: ¿lo va a ampliar y lo va a aplicar para toda la comunidad? Si esa es una solución que va a emplear usted en una buena parte de la comunidad, ¿lo va a hacer también en el resto, o solamente va a ser para una parte determinada? Si esta es la solución tan buena y es la decisión que han tomado, ¡oiga!, abra usted la puerta, y a lo mejor tienen que entrar otras empresas.

En fin, señora consejera, le deseo —y le aseguro— suerte en este proyecto.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señor Canals.

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra su portavoz, señor Alonso.

El señor diputado ALONSO LIZONDO: Gracias, señora presidenta.

También, por parte de nuestro grupo, bienvenidos a la comisión a todo el equipo y a la propia consejera, y también saludar cariñosamente a la nueva portavoz del PAR, con la cual trabajaremos codo con codo estos próximos meses.

Yo creo que la sanidad, desde el punto de vista desde donde se mire o desde el lugar geográfico donde se usa, puede tener distintos conceptos o puede tener distintas visiones: no es lo mismo observarla desde Teruel que observarla desde las comarcas que se ven afectadas por el proyecto que hoy se nos presenta aquí que verla desde una unidad familiar que, cogiendo un trolebús de un euro, llega al Miguel Servet o llega al clínico o al Royo Villanova. Esas distintas visiones nos hacen pensar a nuestro grupo que debemos invitarles al optimismo al resto de los grupos políticos que hoy han participado en el debate y al que hoy, supongo que por motivos de agenda, no puede estar, al de Izquierda Unida. Invitarles a un proyecto ilusionante, a un proyecto que nos lo tenemos que creer entre todos, porque los ciudadanos de Jaca, que tienen un hospital ya desde tiempos del señor

Abadía, con el cual me unía una gran amistad, y que, efectivamente, ha evolucionado en positivo, pero que con esta nueva impronta de esta nueva fórmula de gestión va a aprovechar la mejora en la gestión, la agilidad, la flexibilidad para orientar bien los servicios a las necesidades que en estos momentos tiene la Jacetania, y las otras comarcas que nos incorporamos a este nuevo modelo, yo pienso que es un gran día.

Y por eso queremos invitarles, en primer lugar, a que vean en positivo este proyecto, porque, efectivamente, en primer lugar, si vemos una suma rápida de las comarcas de que hoy estamos hablando, estamos hablando de cuatro, cinco comarcas, setenta y cinco municipios aproximadamente, o núcleos, una superficie de ocho mil quinientos kilómetros cuadrados, sumados a vuela pluma, y una demografía de ciento un mil quinientos habitantes. Esta cifra es importante para mí, novato en estos temas, como siempre, porque tengo aquí la fotocopia del día que yo le entregué a doña Angeles Amador, ya ex ministra de Sanidad, el 27 de abril del noventa y tres, un modelo de hospital que es mucho más trasnochado, el que yo tenía para nuestra comarca de Cinco Villas, que el que hoy se nos presenta, que es mucho más moderno y mucho más actualizado a las demandas de la ciudadanía. Este modelo del 27 de abril, que está trasnochado ya, está superado por la información que hoy nos ha transmitido la consejera, está superado ya, y, por lo tanto, es motivo de alegría que yo trato de plasmar, no porque hemos llegado al final de la etapa, porque, en la sanidad, lo primero que se aprende es que, cuanto más se oferta o más se usa, más se demanda al sistema. Por lo tanto, esto es un primer paso.

Quedamos unas comarcas, que estábamos en cero pelotero en cuanto a asistencia sanitaria, o casi, casi: teníamos unas isocronas de hora y media a Zaragoza, al clínico; tenemos unas especialidades cada vez con más dificultades de prestar la frecuentación que demandábamos los ciudadanos. Y, poquito a poco, con transporte sanitario, que es donde más hemos mejorado, en especialidades que cada vez se han descentralizado un poquito más, pero sin llegar a satisfacer la demanda que nosotros tenemos... Creemos que Bajo Cinca, Cinco Villas, Tarazona y Jaca y Alto Gállego dan un salto positivo con este proyecto. Por lo tanto, primera idea: súmense ustedes a este proyecto, que no es ninguna foto de familia, sino que es un seguir luchando para conseguir la mejora.

El segundo matiz que yo querría resaltar es que, si miramos las directrices de ordenación del territorio que por unanimidad hemos aprobado aquí hace tiempo, en las Cortes, vemos que para las ciudades de rango 3, que estas directrices contemplan en el apartado de población y sistema de ciudades y equipamientos comunitarios, por las especialidades, que yo no he tenido tiempo de tomar, pero por las especialidades que ha leído la señora consejera y las que aquí se planteaban, van bastante cercanas. Por tanto, será un tema de acercar las carteras de servicios que se oferten en cada una de las comarcas que se van a ver afectadas por este consorcio que hoy se intenta presentar aquí. Vemos, por tanto, que no nos hemos desviado de lo que los legisladores de aquella etapa plantearon para las ciudades de Jaca —Sabiñánigo va

con Jaca—; Bajo Cinca, capitalidad por Fraga; Cinco Villas, por Ejea, y Tarazona, por la propia comarca de Tarazona. Por lo tanto, un segundo matiz que es importante para seguir ahí.

Entonces, desde el año noventa y dos, que es cuando se empezó, a través de una plataforma de «Hospital en la comarca de Ejea» en la comarca de Cinco Villas, también tuvo unas reivindicaciones a través del centro de salud de Tarazona, que dependemos todos del clínico, desde el año noventa y dos hemos andado viendo los modelos —tengo apuntado aquí— de hospitales del Bajo Ebro (de Mora, de Reus, con rango universitario, de Tortosa), el modelo de Calahorra, que yo he seguido con atención, el modelo de Alcorcón, Manacor, Cangas de Onís, el modelo de Verín, el modelo de Alcira, a través de entrevistas que yo he mantenido desde el año noventa y tres con el señor Núñez Feijoo, con el señor Mate sanz, que entonces tenía una responsabilidad que no es la que ahora ocupa, el señor Bestar, Ángeles Maestro también, una diputada de Izquierda Unida especialista en Sanidad... En fin. Hay otros que no voy a nombrar, porque la verdad es que, por lo menos, los que he nombrado, o dejaron trabajar o apoyaron la mejora de la sanidad —y de algunos me habré olvidado—, pero hay otros que no los quiero ni nombrar porque son de triste memoria para esto: no se dedicaban más que a poner palos en la rueda.

En este sentido, el modelo que hemos avanzado a 2006 en quince años de evolución, la verdad es que damos un paso cualitativo importante —repito—, porque el modelo que hoy se presenta es mucho más moderno, con mucha más cintura, con mucha más flexibilidad, que va a poder acercar a especialistas que, si los tenemos ya en el clínico, vendrán, según lo que yo he oído aquí en la intervención de la consejería, porque va a estar presidido por el Salud y por la propia consejería; por tanto, si tenemos especialidades en el sistema público, serán los que vendrán a atendernos a las comarcas que estamos aquí hoy atendiendo.

Va a haber estabilidad territorial. Si esos servicios no se pueden prestar con los especialistas del sistema público, se podrán atender con el socio que hoy también se incorpora a esta nueva andadura, como es la MAZ. Esperamos que, como está de moda en todo el sistema público, también sepamos medir la calidad de los servicios que nos va a ofertar este nuevo socio, que no es el Salud, que no tiene por qué ser ni mejor ni peor que el que tenemos ahora —pretendo decir: no lo encasillemos, por lo tanto—. Vamos a garantizar la calidad aprovechando esa descentralización. Muchas veces siempre ha sido una de las barreras más importantes que hemos tenido que luchar para vencer, esas barreras de decir: «Si descentralizamos, no podemos sacar del clínico o del Miguel Servet la alta tecnología que allí tienen estos hospitales». El volumen de actividad que allí se puede prestar es mucho más rentable para los dineros, escasos siempre, que si se empieza a descentralizar y a atomizar a lo largo del territorio. A partir de este proyecto del consorcio ya sumamos ciento un mil o ciento y pico mil tarjetas sanitarias. Creo que, por lo tanto, la consejería podrá conseguir mejores ratios de calidad y eficiencia, y, por lo tanto, se garantiza ese segundo principio que la conse-

jería ha dicho. Tendremos flexibilidad para adecuar la demanda a lo que de verdad tengamos, siempre que se ponga encima de la mesa, como así espero, por parte de la consejería y por parte de los hospitales de referencia, en qué situación nos encontramos en listas de espera en estos territorios que hoy se pretenden atacar con una descentralización en positivo. Y la eficiencia en los recursos y la participación ciudadana las trataremos de aportar los ayuntamientos, no como garantes, pero sí como Administración más cercana al ciudadano. Podremos tener una presencia —que ahora tenemos en los consejos de salud y que también tendremos en los consejos de administración de estos consorcios— para que el *feedback* que tiene que haber entre el usuario, el enfermo que plantea una demanda al sistema público de salud pueda ser atendido en ese consorcio, y, si no es atendido, para eso estarán los representantes de los ayuntamientos —vuelvo a repetir—, no como garantes, que también, sino también como forma de trasladar la satisfacción o la insatisfacción de la demanda que se pueda recibir.

Por lo tanto, mi intervención terminaría diciendo que nadie pierde en este viaje que hoy emprendemos, todos nos modernizamos. Es verdad que la sanidad avanza a una velocidad, como las nuevas tecnologías, que los modelos de hace quince años hoy quizá ya están superados. Y, si a este tren que va a pasar por estas comarcas nos sumamos todos en positivo, y al decir «todos» digo sumar entre todos los partidos políticos y todos los estamentos que van a participar en este consorcio, yo pienso que tanto los enfermos —que es el centro del sistema, el paciente— que vengan de atención primaria de forma rápida a estos centros de alta resolución como los enfermos que están en los hospitales, que podrán, para esas convalecencias largas o para esas rehabilitaciones, hacerlas más cercanas a la familia, creo que, para ese paciente que, venga de un sitio o venga de otro a estos centros, va a salir ganando, lo mejor que podemos hacerle los que somos sus representantes es no poner palos en la rueda, sino al contrario: sumarnos en positivo y, desde la satisfacción, desde la crítica constructiva o desde el posicionamiento que cada partido crea conveniente tener, respetar, como he dicho al principio de mi intervención, que la sanidad no se ve lo mismo el que vive en la calle Fernando el Católico de Zaragoza que el que pueda vivir en Castiliscar, en Fraga, en Tarazona, en El Busto o en otro pueblo de cualquiera de las comarcas que estamos hoy hablando.

Por lo tanto, nuestra felicitación a la consejería porque toma esta decisión rápida, la toma consensuada. Creemos que a partir de ahí nos queda un largo camino por trabajar, y en ese camino nos encontraremos, por lo menos, por supuesto, como marca el guión, con nuestro grupo político y espero que por parte de todos los grupos, a los cuales yo —perdóneme el atrevimiento— les he tratado de invitar a esta aventura ilusionante de flexibilizar la oferta y la gestión para que llegue a los pacientes de estas comarcas. Los demás aditamentos pueden ser positivos: la creación de empleo, la estabilidad de los especialistas, quien desee vivir en esas comarcas se quedará... Eso pueden ser aditamentos positivos que yo no rechazo —me alegro por ellos—, pero no olvide-

mos que, la gente que tenemos enfermedades o estamos enfermos, lo que queremos es que nos curen, como dice el vicepresidente Biel, sin pedirle al médico que nos atiende si es estatutario o no es estatutario. Lo que pedimos es que nos atiendan bien y pronto, y eso es lo que yo quería resaltar en mi última intervención.

Gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señor Alonso.

Señora consejera, tiene usted la palabra para cuantas respuestas o aclaraciones considere convenientes. Cuando quiera.

La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS): Gracias, presidenta.

Señorías, voy a intentar hacer una síntesis, porque yo creo que ha habido aquí muchas opiniones y muchas afirmaciones, algunas coincidentes.

Primero, agradecer los apoyos de los grupos que han comprendido la filosofía y la voluntad de esta idea; también, la parte que compartimos con Chunta, que al menos el modelo nos parece bien —otra cuestión es el tema del socio, de la MAZ—. Y, con el Partido Popular, ahí tenemos siempre, como siempre, algún rifirrafe y pocas coincidencias, aunque usted haya encontrado una que al final le aclararé.

Saludar también a la diputada Ana de Salas. Salvo el lapso de tiempo de su baja maternal, espero que continúe en esta comisión, que yo creo que es una de las más entretenidas y de las más variadas que se dan, porque son bastante abundantes los temas que tratamos, algunos días con bastante vehemencia, incluso.

Gracias, porque creo que has comprendido, quizá también porque lo has relacionado con mi discurso al tomar posesión en el cargo en una legislatura iniciada, yo creo que has identificado algunas líneas o las líneas de este programa con algunas de las líneas estratégicas. Y lo digo porque ha habido una cuestión que ha dicho el portavoz del Partido Popular, esto de que improvisamos, me da pánico... —todo esto—. Pocas veces, señorita, muy pocas veces, realmente, habremos encontrado tantos proyectos que estén unidos por unas líneas estratégicas concretas. Otra cosa es que no las compartamos, otra cosa es que no veamos por qué ahora y no antes o no después, otra cosa es que nos creamos que caben en la legislatura o no caben en la legislatura, pero pocas veces se habrá dado una voluntad política tan importante, tan amplia, un poquito osada. Ahí sí, nos hemos lanzado con muchas cosas, pero creo en mis fuerzas y creo en las fuerzas de mi equipo. Y no tengo improvisación ni pánico. Lo que tengo, como siempre digo, es mucho trabajo, y el trabajo es para trabajar y el trabajo es para mejorar. Y yo no hago una cosa porque he fracasado, pero, evidentemente, hay modelos, que están ahí, que no se han revisado, que ahora les toca, y, como les toca, se decide sobre modelos que no están dando el resultado esperado, pero esto sin rasgarnos las vestiduras. Solo faltaría que gobernando no decidiéramos absolutamente nada o la oposición no se opusiera a absolutamente todo.

Dicho esto, y respondiendo ya a los grupos por orden de intervención, Chunta Aragonesista me reprocha, el señor Sánchez, que en mi comparecencia de los presupuestos lo pasé de pasada y no dije nada de en qué consistía esta gestión de centros y tampoco hablé de la mutua de accidentes. No estaba cerrado el tema. Incluso no estaba el tema de la mutua lo suficientemente avanzado como está a esta fecha, en tramitación en el Ministerio de Trabajo, para yo lanzarme con un tema no considerando que tuviera cierta solvencia. Tampoco es condición sine qua non que entre la mutua. Y ahora les diré a ustedes qué buscamos en la mutua y qué buscamos en los ayuntamientos. No es condición. Podemos seguir solos con los ayuntamientos, con el departamento y con el propio Servicio Aragonés de Salud, pero sin duda que, teniendo un socio potente y regulado por una regulación absolutamente pública, aunque tenga otros fines —y no vamos a mezclar cosas con cosas, porque para eso está el estatuto del consorcio, que, cuando se firme, lógicamente, será público y lo podrán ustedes tener—, no me parece que haya motivos para recelar.

De todas las formas, me parece que de ahora en adelante vamos a hablar mucho de la mutua. Yo creo que ya tiene sus resortes publicitarios para hacerse la publicidad; yo creo que no le deberíamos de hacer más. A mí, lo que me interesa es decir: ¿vamos a conseguir los fines con mejor ayuda y con más mano de obra en los especialistas si vamos de la mano de la Mutua o no? ¿vamos a cubrir las necesidades territoriales mejor o no? Porque, si es pública o es privada, una vez que uno se lee el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social, está todo dicho. ¿Que no nos parece lo mejor? Vale, pero es que tenemos una situación en estos momentos de descubierto en algunas agendas de los especialistas en estos territorios de más lejanía a Zaragoza, pero no solo en estos centros, sino también en centros hospitalarios; por ejemplo, Barbastro, por ejemplo, Teruel —menos Alcañiz, menos Calatayud, porque están mejor comunicados con Zaragoza—. Pero esto es así, y nosotros tenemos que trabajar con lo que tenemos en Aragón. Y entonces es bueno aprovechar todos los recursos.

Evidentemente, también puedo entender que ustedes pidan todas las garantías jurídicas, pero yo creo que, eso, ustedes lo pueden obtener. Se va a gestionar desde un consorcio público. El consorcio puede ser público, privado o mixto. Este consorcio es público porque todos los socios son públicos. Y también puedo decir que si el día de mañana, dentro de unos años, hubiera que poner en el consorcio a algún privado para llegar con la asistencia sanitaria a Fraga, ¡hombre!, el ciudadano de allí, a lo mejor nos interesa que opine. ¿Qué prefiere, que se caiga la agenda del cardiólogo porque el estatutario voluntario no va, porque es voluntario, o que tengamos una agenda segura y firme? ¿Qué le interesa más? Que le atienda un médico cardiólogo. Y yo creo —y lo dije otra vez— que la izquierda, los partidos de izquierda nos tendremos que quitar un poquito de complejos en algunas cuestiones, que no quiere decir que nos igualemos con las teorías del Partido Popular; lo quiero aclarar porque, señorita, no es lo mismo.

No externalizamos los servicios. No es una externalización de servicios, y, si así lo fuera, yo respondería por

ello, pero no lo es. Lo que buscamos con la MAZ es que aporte especialistas, exclusivamente. No queremos patrimonio, no queremos dinero —tampoco que nos cueste dinero: para eso tendremos nuestros sistemas de control internos—. Pero buscamos esencialmente los especialistas. Y de los ayuntamientos no queremos dinero. ¡Hombre, si nos lo dan...! Si nos mantienen algún servicio de servicios generales, no diremos que no. No buscamos dinero, señorías. El dinero lo tenemos en el presupuesto. Lo que no tenemos son especialistas y lo que buscamos es la presencia de los municipios y de las comarcas, todo eso en relación a cómo esta comunidad ha decidido organizarse. O sea, que es que no voy en contra de la ola, precisamente.

Por lo tanto, podemos contar con la MAZ; está en trámite. Si no, buscaríamos otra fórmula para convenir el asunto de los médicos. El resto de la oferta de empleo no médico, el resto de la oferta, que he dicho que puede ser femenina mayormente, porque tampoco acabo de decidir que se haya... En fin, mayoritariamente somos más mujeres las que trabajamos en sanidad. ¡Ojalá fuera en otros sectores de la producción y de los servicios! Pero, efectivamente, hay mucho empleo femenino, y aquí me estoy refiriendo a oferta de empleo público del consorcio con contrato fijo del consorcio para personas, hombres y mujeres, que viven en esa comarca y que, si los contratamos de la bolsa estatutaria, cogen el contrato donde les toca, pero rápidamente se van cerca de donde viven, y eso es la vida misma. Y, de esta manera, el de Ejea trabajará en Ejea, el de Fraga en Fraga y el de Jaca en Jaca, con toda la estabilidad laboral posible que permite un contrato laboral fijo de un consorcio público, que no considero yo que sea un trabajo en precario precisamente.

Ha distinguido usted muy bien, y quiero matizarlo, pero lo ha distinguido perfectamente. Con las entidades privadas nos relacionamos con los conciertos. Nunca podremos ser autosuficientes. Lo que nosotros concertamos en esta comunidad en relación con el volumen del presupuesto es bajo. Este año hemos tenido que contratar más, y lo tendremos que seguir haciendo por las obras del hospital Miguel Servet, pero somos yo creo que la comunidad que más tiene el servicio sanitario en sus manos, incluidos los hospitales de las diputaciones provinciales, que yo siempre lo digo, y no me creen en otras comunidades. «O sea, ¿que tenéis también los psiquiátricos?» Castilla-La Mancha, que va en algunas cosas muy por delante de nosotros, y, desde luego, otras comunidades no tienen todavía, el Gobierno, toda la red, y nosotros lo tenemos. Y, en lugar de ver cómo trabajamos en red de una manera útil, empezamos a debatir los modelos. Que está bien que lo debatamos aquí, pero entiendo que no debemos hacer una guerra, más que la que toca, desde la oposición para debatir y asegurarnos todo de todo, sin demonizar la idea del consorcio solo porque haya un socio que sea una mutua de accidentes de trabajo, regulada por el Ministerio de Trabajo.

Quiero contestarle al PP. ¿Qué es lo que pasa estando en el Gobierno y en la oposición? Usted siempre empieza que no me cree, que todo lo que digo no es cierto, que nunca me da tiempo de nada. Pocas veces tendrá usted la oportunidad en la oposición, si le toca otro con-

sejero, y sobre todo si es de algún otro partido, donde pueda cumplir con más exactitud lo que aquí vengo a decir. Pero, señor Canals, usted sabe que tengo que hacer la cesta con los mimbres.

Voy a poner el ejemplo de Instituciones Penitenciarias, porque es sangrante. Decir que llegamos tarde cuando hemos llegado los primeros y somos un modelo que nos han pedido comunidades autónomas también del Partido Popular a ver cómo lo hemos hecho, porque también lo quieren hacer... Pero, claro, ¿cuándo hemos podido hacerlo? Cuando hemos conseguido convencer y, en fin, hacerles ver lo bueno y solicitar también su colaboración a los médicos y a los técnicos de radiología. Y, afortunadamente, en los tres sectores sanitarios de Zaragoza han tenido la sensibilidad de, voluntariamente, querer ir a pasar consulta a las cárceles. Pero yo, siendo estatutarios, no les puedo obligar, y usted lo sabe. Por lo tanto, sale de la voluntad y el consenso con los profesionales, que se desplazan y a los que les pagamos sus dietas y sus desplazamientos y su horario por encima de su jornada. Yo creo que usted está viendo cosas en mi departamento, pero, claro, cuantas más cosas vea, peor le va a ir a usted. Porque, claro, entonces, ¿de qué vamos a hablar? Yo sé que a usted le apetecería bastante estar en este momento metido en este negociado de la alta resolución, pero le ha correspondido estar ahí, igual que otro día me puede corresponder a mí estar a la inversa. Pero, claro, usted no lo puede decir, como otras cosas que usted sabe muy bien por qué son así, por qué se tarda, y usted sabe lo que hay que negociar para conseguir algo. Pero se negocia, se emplean las fuerzas y las energías, y se consiguen las cosas. Ya tenemos médicos y técnicos de radiología que van a ir a las cárceles, por ejemplo.

La MAZ, menos mal que usted ha dicho que es la mejor empresa que podíamos encontrar —algo es algo—. Porque, no le queden dudas, el tema de las intervenciones de columna y todo este tema tiene que ver con que ahora mismo tenemos un convenio singular con la MAZ para que la unidad de columna, que no puede operar en el Miguel Servet, opere con su equipo en la MAZ. Punto. Dicho. O sea, externalización, nada. Ya me preocupa también esa coincidencia entre dos partidos con ideología tan distinta con lo de la externalización, porque creo que, si habéis coincidido, no estamos hablando de lo mismo. Rechazo enérgicamente que la idea de este consorcio sea para externalizar. La idea de este consorcio es para juntar fuerzas y para sumar especialistas.

Desde luego, he dejado claro que no buscamos el dinero en los ayuntamientos. Que nadie piense que estamos, precisamente porque tienen un centro, discriminándolos negativamente, pero sí aprovechamos cualquier esfuerzo o cualquier sinergia que podamos establecer con ayuntamientos y comarcas para conseguir rentabilizar más los servicios, no desde el punto de vista económico, pero sí social y sanitariamente.

Yo, señor Canals, querría terminar con una cuestión. La artillería electoral, yo no sé si la he sacado. Alguno la ha sacado antes que yo, desde luego. Y yo, por distinguir lo que piensa mi partido de lo que piensa el Partido Popular sobre las nuevas fórmulas de gestión en su día y a fecha de hoy, y porque quede claro —y no es nada personal—, voy a decir lo siguiente: la fórmula de ges-

ción que nosotros hemos planteado constituye una alternativa si acaso novedosa, pero no inédita, porque está en otras comunidades autónomas —también es cierto que del PSOE—, que contrasta absolutamente —voy a decir absolutamente— con nuevos modelos de gestión de otras comunidades, como, por ejemplo, la concesión administrativa que, en estos momentos, comunidades del Partido Popular están haciendo en Valencia, Madrid y Castilla y León. Eso no es un consorcio, eso no es una fundación: eso es una concesión administrativa en la que se delega al sector privado no solo la gestión de los servicios sanitarios, sino también las responsabilidades sobre el patrimonio de los mismos y sobre la accesibilidad y los derechos de los usuarios, que, como ya se ha demostrado en experiencias similares, además de no garantizar siempre la calidad —no voy a decir siempre, no voy a decir que nunca, pero sí que a menudo no se ha garantizado la calidad—, ocasiona procesos de selección de los pacientes —selección perversa, es decir, patologías graves no se tratan— con graves consecuencias para la equidad y situaciones de desigualdad respecto al derecho a la salud. Esto no es lo que el consorcio persigue en Aragón.

Muchas gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señora consejera.

Finalizado este punto del orden del día, vamos a proceder a pasar al punto tercero, que es otra comparecencia de la señora consejera de Salud y Consumo, a petición de seis diputados del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre el hospital de Jaca y la posible incorporación de otras entidades al consorcio hospitalario.

Para la exposición del tema por el grupo parlamentario que ha presentado la iniciativa tiene la palabra el señor Canals. Cuando quiera.

Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo al objeto de informar sobre el hospital de Jaca y la posible incorporación de otras entidades al consorcio hospitalario.

El señor diputado CANALS LIZANO: Muchas gracias, señora presidenta.

Señora consejera, nunca diga de esta agua no he de beber, porque no sabemos lo que el destino nos deparará ni cómo vamos a tener que gestionar o va a tener que gestionar la sanidad en los próximos años. No diga que una cosa es buena o mala hasta que no le toque decidir en su momento. Usted ha decidido ahora una fórmula, y no me ha oído a mí críticas en esa postura, señora consejera. Al revés: le he deseado —y así he terminado mi intervención— suerte. Le deseo toda la suerte del mundo en la gestión de este consorcio, porque, si acierta, acertará y mejorará la sanidad de los aragoneses, por lo cual en ese aspecto a mí no me tendrá en contra.

Pero dejemos de hablar de futuro, de cosas intangibles, del devenir del tiempo, de proyectos, de campaña electoral, y vamos a remitirnos a realidades. Y hoy toca hablar en esta comparecencia de realidades, porque el

hospital de Jaca es un hecho real, tangible, está allí, y está allí desde hace mucho tiempo y está funcionando. Y el propio Gobierno de Aragón, en la persona de otra consejera de sanidad, tuvo a bien, el 24 de abril del año ochenta y nueve, a través de una orden, clasificar este hospital como hospital general de ámbito comarcal, y esto es lo que es en estos momentos. No sé lo que será a partir de hoy, pero esto es lo que es en estos momentos: un hospital comarcal que tiene funcionamiento como un hospital general.

La primera pregunta que habría que decirle a usted: ¿va a seguir siendo un hospital comarcal o no? ¿Va usted, de alguna forma, a modificar esa orden y desclasificarlo para hacer otra cosa diferente? ¿Tendrá que hacer un catálogo diferente de hospitales para poder ubicar estos nuevos centros sanitarios? El hospital de Jaca, ¿va a ser o no va a ser comarcal?

Yo siento mucho, señora consejera, tenerle que decir —se lo aseguro— que a mí me parece, a mi grupo le parece —y a una gran parte de la población aragonesa, y fundamentalmente casi podría decir a la gran mayoría de los jacetanos y de la zona de influencia— que creemos que al departamento que usted dirige, al Partido Socialista, partido encargado de la gestión de la sanidad en estos momentos en Aragón, le importa muy poco el hospital de Jaca. Yo creo que también entra un poco en lo que es el abandono de la sanidad rural, que creemos que en esta legislatura usted no ha puesto todo lo necesario para mejorarla —creemos sinceramente que no ha sido así—, y el hospital de Jaca no es más que un reflejo más; yo diría que llega a ser el colmo de lo que ocurre en el mundo rural. Creemos, de verdad, que no se lo toma usted en serio.

Mire, después de siete años de gestión de la planificación de la sanidad aragonesa por el Partido Socialista y de cuatro años y dos meses casi de gestión de la asistencia sanitaria, nosotros creemos que en el hospital de Jaca se ha avanzado muy poco. Yo me permito recordarle que en el año 2002, cuando se firma el convenio de colaboración entre el departamento y el consorcio hospitalario, está redactado, está escrito y se puede leer que ustedes apostaban por este hospital. Consideraban el hospital de Jaca como hospital estratégico, y así viene recogido. Querían, de alguna forma, ya en aquel momento —hablamos del año 2002— aumentar su accesibilidad. Usted misma, el año pasado, dijo en un medio de comunicación, y me he permitido traerlo, al hablar del hospital de Jaca, decía: «Respecto al hospital de Jaca, en el año 2005 [año ya pasado] se va a concretar más su futuro, pero queremos reflotarlo y darle contenido». No lo ha conseguido, obviamente.

El hospital de Jaca, para basar mis argumentos en datos concretos, en datos que podamos tocar y ver y demostrar —ya sabe que yo siempre tengo la costumbre de, cualquier cosa que digo, ir a la fuente de donde la saco y poderlo demostrar—, en las inversiones del hospital de Jaca se da un caso paradójico, porque, siempre que hay elecciones o va a haber elecciones, alguien del Departamento de Salud, del Partido Socialista, se presenta para hacer campaña electoral. Un poco antes de las elecciones del año 2003, el departamento se persona y dice que va a hacer de todo, que va a hacer inver-

siones... —eso sí, para después de las elecciones, para el verano—. Dice que va a invertir en aquel momento 2,3 millones de euros para conseguir que el hospital comarcal —que así lo llama—..., valorará y ampliará los servicios de urgencias, quirófanos, tocoginecología y radiología. Señora consejera, ni en el año 2003 se vio una sola obra, ni en el año 2004, ni en el año 2005. Yo me permito traerle esta gráfica para que lo podamos ver todos. En esta gráfica viene el presupuesto de capital del consorcio hospitalario, y claramente se puede ver cómo ya no en el año 2003, sino que en el año 2004 había una cantidad que tampoco se gastó; en el año 2005, una cantidad inferior, que tampoco se gastó; y, para este año, la cantidad va también decreciendo y solo son setecientos cincuenta mil euros. Es decir, la gráfica, yo creo que es clara. Es decir, aquí no hace falta saber estadística, sino simplemente tener buena vista, y, si no, la haría más grande y se la pasaría a sus señorías para que vean que, claramente, el impulso inversor del departamento en el consorcio hospitalario para obras en el hospital de Jaca ha sido cada año menor.

Pero no solamente eso, sino lo que es el presupuesto de equipamiento del hospital, es decir, lo que se emplea para comprar y para comprar tecnología y para poder poner algo nuevo, algo novedoso, no simplemente mantener, en los presupuestos de los cuatro últimos años está así, es decir, el año 2005 hay menos presupuestado de lo que se gasta en el año 2004, pero la proporción es importante, que estamos hablando no de unas grandes cantidades, porque no es un hospital con un gran presupuesto, pero, ¡hombre!, cuarenta mil euros menos de un año a otro, se supone que voy a invertir menos. Y lo ya chocante es que, incluso para este año, el año 2006, lo que se quiere invertir es absolutamente lo mismo. Si le sumamos el IPC o la inflación —lo que ustedes quieran—, obviamente, tenemos menos posibilidades de invertir que en años anteriores. Yo creo que, de alguna forma, el carácter de potenciación que el departamento quiere en ese hospital comarcal es poco, escaso, nulo. No han sido capaces, en el momento, de empezar esas obras prometidas. No han querido, obviamente.

El Partido Popular —también es verdad que otros grupos— ha hecho iniciativas para que ese hospital no se quedara obsoleto, no se olvidara; para que estuviera, de alguna forma, en el candelero. Hemos propuesto cosas que desde nuestro punto de vista eran propuestas serias sin meternos con la gestión ni meternos con la propiedad del hospital. No nos hemos metido con eso nunca, señora consejera, jamás, pero sí que hemos querido que ese hospital tuviera una cartera de servicios, que tuviera unas especialidades —porque, al fin y al cabo, la cartera de servicios, en nuestro sistema, exclusivamente son las especialidades donde hay profesionales—, que ese hospital fuera lo que nosotros creemos que debería ser un hospital comarcal. No hemos tenido éxito en estas Cortes. Todos ustedes han votado en contra... Todos, no, algún grupo ha votado a favor, pero los partidos que apoyan al Gobierno han votado en contra. Esto contrasta con lo que el Partido Socialista plantea en el propio Ayuntamiento de Jaca o en la comarca de Jaca, donde sí que quieren esto. Luego, claro, aquí, obviamente, como antes decía la señora consejera, en dependencia de

dónde estas, tienes que ponerte una careta u otra. Lo entendemos todos.

Hay poco interés en invertir, en hacer más cosas en ese hospital, y podemos hablar de su gestión. Gestión, mucha, ¿no? Pero, fíjese, mucha gestión, y resulta que nos hemos enterado —y tampoco hace mucho tiempo— de que faltan pijamas, que faltan camisones, que hay colchones sucios, que faltan mantas. Me dicen que, en la ropa de quirófano, no tienen esterilizados ni dos juegos completos y que todos los que tienen están medio rotos, y me lo dicen personas de allí, señora consejera. Hay algo muy serio que yo no puedo pasar de comunicarlo, de decirlo aquí y de decírselo a usted, porque supongo que usted no lo sabe —porque, si no, yo creo que usted hubiese obrado en consecuencia de una forma, que algunas veces también se lo he pedido, más rígida—. Hay un tema con los medicamentos tremendamente serio. Hay un informe, que no se lo voy a leer —supongo que usted lo conoce—, del propio hospital donde dice que los pacientes y las familias —lo repito—, los pacientes y las familias tienen que traerse medicamentos de casa; que los médicos tienen que hacer recetas para que estos medicamentos no falten en el hospital, señora consejera; que hay medicamentos caducados; que los envases multidosis no están identificados, no sabemos cuándo se abrieron; que en las neveras, en los frigoríficos, donde se conservan medicamentos que necesariamente tienen que estar, no tienen controles de lo que ocurre con las máximas y con las mínimas. Esto, señora consejera, usted lo debe saber. Aquí hay un documento que, si lo tengo yo, supongo que es público y debería ser público. Eso es una falta tremenda en la gestión de ese hospital y, por extensión, de la gestión del Servicio Aragonés de Salud, en una población que atiende a más de treinta mil ciudadanos.

Podemos hablar también de la gestión del personal, señora consejera. Faltan especialistas. Claro, si usted no se preocupa de que estén, ¿cómo va a haber? Me acaba de sacar usted, como reproche hacia mí —y no sé por qué, cuando yo he sido uno de los que más han intentado colaborar con ustedes para que el convenio con los reclusos se pueda llevar adelante—, que ha tenido que pactar con los médicos. Pues, bueno, quizá si hubiese hecho ya un consorcio con la MAZ hubiese dejado médicos ahí. A lo mejor tendría que haberlo hecho antes, quizá, o a lo mejor usted ha tenido que plantearse seriamente cómo solucionar estos problemas. Ustedes no han sido capaces de solucionar el problema de falta de personal de ese hospital, que me permito recordarles que hemos tenido ese hospital sin anestésista, en un hospital quirúrgico y con partos, tres meses; que en estos momentos solo hay un anestésista; que, como le pase algo, como le pasó al anterior —Dios no quiera—, nos volveremos a quedar sin asistencia quirúrgica en ese hospital. No sé cómo va a hacer la CMA ni cómo va a hacer todo ese seguimiento del posoperatorio, que necesariamente tendrá que tener un anestésista. Han faltado pediatras. Ahora usted tiene contratados, creo, por el Servicio Aragonés de Salud pediatras allá. ¿Pues tan difícil es que desde el Servicio Aragonés de Salud haga usted las gestiones necesarias para que no faltaran pediatras? ¡Hombre!, a mí me consta, cuando habla usted de que la única posibilidad de llevar especialistas a los nuevos centros de

alta resolución tiene que ser a través de la fórmula que la MAZ le proponga, ¡hombre!, yo creo que usted tiene oftalmólogos contratados privadamente para operar cataratas en el hospital de Jaca. Eso es un contrato privado, y lo hace el sistema público aragonés. ¿Por qué no lo puede hacer en otros sitios? ¿Por qué no lo ha podido hacer también para que no faltaran especialistas en este hospital?

Otra pregunta también. ¿Por qué ustedes, deliberadamente, han excluido a los médicos de la consolidación del empleo después de las promesas realizadas durante todos estos años? Me gustaría saberlo. No es que tenga en este momento un interés especial por los médicos: es que son los únicos que faltan. Pero ¿por qué se ha excluido a los médicos? ¿Estaba esperando ya a este consorcio para ver cómo se solucionaba el tema y a lo mejor se puede plantear una forma diferente con estos médicos? Están muy intranquilos. La junta de personal está muy intranquila con este tema. Precisamente, la junta de personal nos informa, y lo informa públicamente a través de comunicados e incluso de cartas al presidente del consorcio, casualmente gerente del Servicio Aragonés de Salud, cartas donde dicen claramente sus quejas y hablan de malestar de los trabajadores de una forma permanente. Dicen que están estancados, que faltan expectativas en ese hospital. Denuncian la falta de medios y de recursos. Llegan a pedir públicamente el cese inmediato de la directora asistencial. ¡Oiga!, esto no pasa todos los días. Algo serio está pasando en ese hospital. Y, si un hospital no tiene a los profesionales motivados, poco podremos hablar de proyectos de futuro, de esta forma o de otra forma.

Ya he dicho antes que a nosotros, al Partido Popular, le ha preocupado, y este tema lo ha llevado adelante. Ha intentado conseguir que ese hospital, por lo menos, no se olvidara para el departamento, y a lo mejor hemos contribuido a que ahora usted salga con esta nueva oleada de actividad, de lo cual quizá de alguna forma también tendremos que felicitarnos.

Pero, en resumen, señora presidenta —que no sé si me mira bien o mal; está sonriendo—, el resumen de nuestra opinión sobre la actuación del sistema público en el hospital de Jaca es —y lo tengo que decir con rotundidad— de fracaso. Fracaso en la gestión del hospital: no se ha hecho nada desde el año 2003. Fracaso en la gestión del personal: lo demuestra lo que le acabo de leer, que se lo puedo enseñar a usted en cualquier momento —que supongo que lo tendrá—. Fracaso en la gestión de pacientes: señora consejera, no hemos podido solucionar los problemas asistenciales ahí en buena parte de este período, de esta legislatura. Fracaso en la adecuación del hospital: no han conseguido ustedes poner ni un solo ladrillo desde que propusieron hacer obras. ¿Se quedó desierto? Bueno, dijeron que estaban negociando. No han querido llevarlo adelante o no han sabido. Cualquiera de las dos cosas, el resultado es el mismo: la gestión de ese hospital no ha sido buena, y, como siempre, pagan los de siempre, los ciudadanos.

Hoy vuelve a hacer anuncios electorales. Hizo, cuando estuvo en Jaca, el día 1 de febrero, creo recordar, o a final de enero —no sé si fue el 31 o el 1 de febrero—, hizo anuncios electorales de que empezaban obras; por su-

puesto, más caras, con más recursos, van a hacer cosas más grandes, más actividad... En fin. Muy bien, ojalá esta vez tenga suerte, señora consejera.

Dice usted que no solamente va a hacer obras, sino —y nos lo acaba de decir en la comparecencia anterior al respecto de cómo va a plantearse los centros de alta resolución, donde, al parecer, usted introduce también Jaca— que se basa esa nueva iniciativa, ese nuevo impulso a ese hospital en las consultas de resolución, en la cirugía mayor ambulatoria y en las camas de convalecencia.

Obras —se lo voy a repetir, por si acaso no ha tomado usted nota—. Mayo de 2003. Promesas electorales: empezamos las obras, 2,3 millones, empezamos este verano. Tanto es así que, el año siguiente, el señor Alonso, portavoz del Partido Socialista en esta comisión —y que tengo el placer de verlo aquí otra vez y que me va a decir si es verdad o no lo que digo—, el día 30 de marzo, en una comparecencia dijo claramente que no había problema por las obras, que se estaba negociando y que se iba hacia delante (30 de marzo de 2004). Un poco después, el 21 de mayo del año 2004, el señor Larraz, en una pregunta parlamentaria, dice que las obras empezarán cuando el departamento lo priorice, cosa que, obviamente, no estaba en ese momento. Y, ahora, usted otra vez nos vuelve a decir, casualmente a unas fechas cercanas ya a las próximas elecciones, que va a licitar obras para ir adelante.

¿Consulta de alta resolución? También, en la misma comparecencia que le he citado antes, el portavoz del Partido Socialista en esta comisión, el día 30 de marzo, decía que las consultas de alta resolución, que usted dice que son la maravilla que se le acaba de ocurrir ahora, nos decía literalmente que ya se estaban haciendo y que —me he traído aquí la comparecencia por si alguien tiene alguna duda— no había ningún problema en que fueran adelante.

¿La CMA (cirugía mayor ambulatoria)? Lo mismo. También nos decían en el año 2004 que no hay ningún problema, que esta es la solución que se va a hacer en el año 2004, 2005... ¡Es que estamos en el 2006, señora consejera! O sea, que todo lo que dice que va a hacer nuevo ya es historia antigua, ya es historia pasada; que no es, como decía antes, más que viejas propuestas con un nuevo barniz. Y, esto, yo creo, señora consejera, que no hay nada nuevo en los planteamientos que usted plantea en estos momentos. No nos motiva que diga que van a hacer consultas de alta resolución, que ya las tenía que haber hecho y no lo ha conseguido, que va a hacer cirugía mayor ambulatoria o que va a iniciar obras. Esto es ni más ni menos que su inicio a la campaña electoral. Bienvenida a la refriega, a la campaña. Ya veremos qué va a ocurrir.

Y, además de todo eso, también...

La señora presidenta (PELLICER RASO): Señor Canals, le ruego vaya concluyendo, por favor.

El señor diputado CANALS LIZANO: Terminó, terminó, inmediatamente como no puede ser de otra forma.

Y solo falta ya meter en todo este jaleo a la Mutua de Accidentes de Zaragoza, que después, si me da tiempo, hablaremos.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Gracias, señor Canals.

Señora consejera, tiene usted la palabra para sus respuestas.

La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS): Gracias, presidenta.

Señoras y señores diputados.

Señor Canals.

La coincidencia de la cuestión planteada por el Partido Popular con la exposición que yo he hecho, porque coincidían las dos comparencias, la mía y la de Chunta Aragonesista, sobre el tema de la gestión del consorcio, incluía, en mi exposición, a Jaca, aunque ahora nos vamos a detener más en Jaca porque han coincidido todas las peticiones, pero también facilita en gran medida mi respuesta, que en algunos de sus elementos esenciales ya he explicado en la anterior comparencia.

No obstante, y dejando a un lado la habitual actitud de incredulidad —que a lo mejor en este caso puede estar más justificada que en otra, pero le sugiero que me crea— de la que hace gala el portavoz del PP normalmente, yo creo que voy a referirme de forma más concreta a lo que ha sido hasta ahora el consorcio hospitalario de Jaca. Yo creo que nos interesa a todos los que estamos aquí ver qué es lo que ha sido hasta ahora el consorcio y ver también los planes que mi departamento tiene sobre ese centro sanitario, nos lo creamos o no, pero yo creo que tengo la oportunidad de defender mi proyecto contestando a su pregunta y atendiendo su solicitud de comparencia. Y, por lo tanto, quiero dejar claro en una exposición diferente, concreta, no virtual y ajustada a Jaca y al hospital que allí existe cuál es el futuro que mi departamento piensa darle a ese hospital.

Ha habido, a lo largo de los últimos años, la verdad es que inquietud ciudadana, opiniones de todos los gustos sobre el modelo, sobre qué hacer con un hospital que sí que surgió como comarcal, con más camas que tiene Calatayud, por ejemplo, porque no olviden ustedes que hay dos plantas con un convenio con el IASS, y aun así hay cincuenta y cuatro camas —y ahora veremos la utilidad que tienen, y que tienen que tener más—. Y, por lo tanto, ha habido muchas manifestaciones, y en lo que todos yo creo que hemos coincidido es en que en Jaca había que hacer otra cosa de la que se está haciendo.

¡Hombre!, que se hace tarde... Pues, ¡hombre!, vamos a ver, señor Canals, desde 1999, que llegó este Gobierno, desde luego, lo que hemos tenido es mucho trabajo que hacer: transferencias de varios tipos; adecuación de centros de primaria, tanto urbanos como rurales; todo el tema de salud mental, que había que ver en qué momento lo cogimos; tema de acuerdos sindicales y de homologación salarial, tema muy importante para la estabilidad del sistema; reformas en grandes hospitales de gran complejidad; una escasa indefinición en los temas de tecnología, innovación y de informática. ¡Hombre!, señor Canals, igual en algo hemos llegado un poco tarde, pero si ahora le toca es que le toca. Y, entonces, yo sugiero —insisto— que usted me crea.

En breve —y así lo dije el día 1 en mi desplazamiento a Jaca— se van a tomar decisiones sobre la gestión del centro y sobre el futuro del centro. Y, además, voy a

exponer, salvo la cuestión de los planes, y por aligerar la presentación, la misma información que se presentó en la reunión del Pleno, de los grupos del ayuntamiento que asistieron a la exposición, y que también se expuso a la plataforma por la sanidad pública de las dos comarcas, que se les dio todo este documento en mano; y también se expuso al comité de empresa; y también se expuso lo mismo a todos los trabajadores de Jaca que quisieron acudir a la reunión. Es decir, que yo creo que hemos movido toda la información en todos los sitios donde se tenía que generar para producir el cambio que, sin duda, hace falta hacer en Jaca. Y, desde luego, las decisiones que se van a tomar en los próximos meses tienen que ver con la gestión del centro en lo que se refiere a dirección y equipo directivo, a modificación en la cartera de servicios, en la mejora inmediata de algunos equipamientos que son estratégicamente importantísimos. Porque hay que tener en cuenta, y luego lo diré en la presentación, que no solo atendemos a los treinta mil, que no da para un hospital comarcal, no da —ojalá vivan setenta mil más y podamos tener un hospital comarcal—, lo cual no quiere decir que no se saque más rendimiento a un hospital que está hecho allí por alguien que decidió en su día, que no lo supo mantener, y al que se le asigna un presupuesto que tiene que ser suficiente para que no falte de nada. O sea, que si falta de algo, evidentemente, si eso es así, hay que tomar cartas en el asunto, y sin duda que así se hará.

Así que sin más, y por no consumir mucho tiempo, sí que voy a hacer la presentación de cómo estamos en Jaca, qué servicios sanitarios estamos prestando y cuáles queremos prestar.

El hospital de Jaca, como ven aquí, está situado en un extremo de la ciudad de Jaca. Atiende, tiene que atender, en más cartera de servicios, fundamentalmente a estas zonas de salud que he nombrado antes en la exposición anterior, y fundamentalmente a dos comarcas: al Alto Gállego y a la Jacetania. Suman treinta mil habitantes. Si algún día hay más, tendremos que tomar decisiones que adecuen la cartera de servicios que ahora les voy a presentar a las nuevas necesidades, pero hoy por hoy no da de sí para hacer un hospital con toda la cartera de servicios. Ojalá en esta modalidad del consorcio y de los centros de alta resolución, como usted bien ha dicho, no fracasemos al querer llevar todos los servicios que queremos llevar allí sin necesidad de llevar todos, porque todos es imposible, y, además, ustedes ya ven aquí que la población no da de sí.

El número de consultas que tenemos es de cuarenta y uno, consultas de atención primaria, y tenemos, consultorios locales, cincuenta y dos, en esas zonas de salud. El grado de envejecimiento de esa población es un punto y un poquito más por encima de la media de Aragón. Son datos que yo sé que a veces sus señorías dicen, alguno me ha dicho que son datos y no sé que..., pero es que hay que poner datos para saber de qué estamos hablando.

La atención primaria es la que tenemos aquí: treinta y un médicos de atención primaria, veinticinco enfermeras y enfermeros, y, pediatras, unos de pediatría de niños sanos y pediatría de niños con tarjeta.

Estructura y recursos actuales del hospital. Sin contar las dos plantas, la segunda y la tercera, que están conveniadas con el IASS, y así van a seguir, vamos a trabajar con cincuenta y cuatro camas, y ahora verán ustedes el índice de ocupación. Tenemos dos quirófanos. Tenemos dos paritorios —luego también veremos el número de actos quirúrgicos y partos que se producen allí—. Camas de observación en urgencias hay dos. Siete locales de consultas de especializada, que unas veces se nutren de médicos de plantilla y otras veces de los que se desplazan de Huesca, pero lo primero que se cae de la agenda es, lógicamente, lo que se desplaza, porque, si el médico que va no va, ya no va otro. Y este es uno de los mayores problemas que, sobre todo los alcaldes, me han hecho llegar: sobre todo, antes de ampliar la cartera, que haya estabilidad en la oferta. Porque, con el desplazamiento de estatutarios voluntario, tanto aquí como en Ejea, a veces ocurre que, si no va el voluntario, ya no hay consulta, y ese es uno de los mayores problemas de citar consultas, como usted sabe. Tenemos seis puestos de hemodiálisis y tenemos cuatro equipos de radiodiagnóstico que no se pueden digitalizar, que hay que reponer porque no podemos hacer ahí resolución.

La plantilla. Por plantilla, mire usted, tenemos ciento sesenta y tres trabajadores. Facultativos. Todos no están... Quiero decir, algunos están trabajando en las plantas del IASS porque es un volumen muy importante para el trabajo que estamos sacando allí. Facultativos, veintidós; personal de enfermería, ciento tres; y no sanitarios, treinta y ocho.

La actividad asistencial que se hizo en Jaca en el año 2005: ingresos, mil seiscientos cinco; urgencias atendidas, once mil, casi once mil quinientas; partos, doscientos cinco —ni siquiera uno de media al día, pero es algo que lo he dicho en mi anterior comparecencia y que lo mantengo: la cartera de servicios actual se mantendrá; pero fíjense ustedes: doscientos cinco partos; son pocos partos para tener partos, pero allí están y allí seguirán estando—. La estancia media es de 4,4 días y el índice de ocupación no llega al 36%. Si echan ustedes las cuentas, de las cincuenta y cuatro camas que hay posibles, sin ocupar por la residencia asistida, están ocupadas una tercera parte habitualmente. Tenemos que dar más contenido a las camas para que se ocupen las cincuenta y cuatro, evitando ingresos en otros centros de referencia, como he dicho en el plan general de los centros de alta resolución. Actividad quirúrgica ha habido setecientos ochenta y tres intervenciones (de media no llega ni a dos al día).

Intervenciones programadas ambulatorias, 63,53%; intervenciones urgentes, ciento ochenta y ocho. Consultas externas, primeras ha habido siete mil; sucesivas, doce mil. Pero un porcentaje muy alto, casi del cincuenta por cien, son las de obstetricia y ginecología; el resto son pocas consultas, porque es verdad que le falta equipamiento para no tener que derivar pacientes, y entonces, ellos trabajan en lo que pueden diagnosticar, y lo que no lo derivan. Ese es un tema a resolver.

La radiología convencional y las mamografías, se está haciendo una producción muy similar a centros similares. Sin embargo, las determinaciones analíticas, y tienen toda la cartera de servicios hoy por hoy, son bajas

en número en relación con otros centros hospitalarios, y la anatomía patológica no es muy alta tampoco porque va en consonancia, lógicamente, con las intervenciones quirúrgicas.

El hospital de Jaca, hacia una mayor capacidad de resolución, que es la apuesta.

La nueva oferta de servicios del hospital incluye mejoras en hospitalización, en los procedimientos quirúrgicos, en las consultas externas, en los medios diagnósticos y en urgencias —y será todo lo breve que pueda—.

En la hospitalización, el quid está en ampliar la oferta de camas para la convalecencia para pacientes de las dos comarcas por las vías que antes he dicho: entrando desde primaria sin derivar, porque son patologías que pueden estar atendidos perfectamente en Jaca, o al revés, porque han estado intervenidos de una operación compleja, pero todavía no pueden ir a su domicilio, y pasan por Jaca y están más cerca de su comarca. Entonces, aquí serían los objetivos asistenciales aumentar en cuatrocientos el número de ingresos anuales para dar ocupación a todas las camas y llevar el índice de ocupación al 75%. La mayor parte de nuestros hospitales de Aragón están en torno al 80% y al 85% de ocupación; algunos, más.

Potenciar la CMA. Efectivamente, se puede hacer más. Sí que se hacen cosas, y hay que hacer más. ¿Cómo damos estabilidad a los especialistas? Pues los que están allí... Ahora explicaré en qué punto está todo el tema de la oferta de empleo público y por qué, pero, sin duda, si un anestesista, al que le hemos llegado a pagar en guardias, localizaciones y... —no sé si decir la cifra, porque casi es inmoral—, aun así se va, quiero decir que a fuerza de dinero... Agotado no, porque ganaba veinte millones de pesetas, y donde ha ido va a ganar veintinueve. Y, además, hay más. No me haga decirlo; ya lo he dicho. Entonces, esto no se arregla a golpe de talonario: esto se arregla teniendo un sistema. Y tiene todo el derecho del mundo. ¡Es que es el mercado así! ¡Es el mercado así! Pero digo yo: si no hemos conseguido, con el modelo actual, llenar la oferta para atender la demanda, habrá que poner en marcha otro sistema que, desde luego, nos ofrece a todos mayores garantías. Por lo tanto, con este nuevo modelo estamos en disposición de hacer más traumatología, oftalmología, otorrino, urología, gine y cirugía general, y aumentar el rendimiento quirúrgico del 20 al 40%.

En consultas externas hay espacio suficiente. En las consultas se puede, con dotación y equipamiento, hacer alta resolución en el momento que se adquiera el equipamiento necesario, y este es un tema que se podría abordar sin necesidad de las obras. Este se puede abordar, no sé si en todas, pero en casi todas, sin necesidad de las obras. La oferta de consultas externas que hay ahora es lo que está en claro, y lo que pone en marcha es nueva oferta, que se haría desde la nueva fórmula del consorcio. Decir que, la documentación que me aportó la plataforma por la sanidad pública con algunas de sus reivindicaciones, crucé su listado con el listado que yo les acababa de dar, y había bastantes coincidencias. Hay necesidad sentida de que algún especialista que no va vaya, y lo vamos a intentar, pero el primer objetivo es que no se caiga la

agenda de traumatología y que, además, se pueda hacer la CMA sin necesidad de derivación.

En los medios diagnósticos, el tema es ampliar la oferta en equipos digitalizados y nuevas tecnologías, con un volumen suficiente no para los treinta mil, pero sí también, como pasa con el tema de urgencias, para atender a toda la población turística, a toda la población flotante que tienen las dos comarcas, tanto en verano como en invierno. Yo creo que ahí, y se verá con la ejecución de las obras, en radiología hay que renovar el equipamiento y en urgencias hay que mejorar los espacios. El servicio de urgencias es pequeño. Hay que ampliarlo, porque atienden no solo las urgencias de los treinta mil que viven, sino bastantes más. En procedimientos diagnósticos, ya ven que las enes o las digitalizaciones significan aparatos que sean nuevos para que puedan resolver sin derivar. Es decir, aquí se requiere una inversión en equipamiento importante.

En urgencias, ampliar y modernizar el servicio. El hospital, en la planta baja, crece para ampliar las urgencias y que puedan atender en urgencias mientras se hacen las fases de las obras dentro.

Y ¿qué hemos hecho durante la legislatura? Porque a todo esto parece que tampoco se haya hecho nada. No se ha hecho redefinir la labor de este centro y la cartera de servicios hasta este momento, pero ya está definida, y, aun así, ha habido los incrementos de plantilla que ahí se especifican y que han supuesto un incremento de la plantilla de casi un 17%. ¿Qué hemos conseguido con ello? Hemos conseguido: primero, hemos estabilizado la plantilla mediante el proceso de provisión de plazas. Quedan pendientes los médicos, y es que se quedó que se hiciera primero —se quedó así—, que se hiciera todo el personal y después los médicos. Y ahora vamos a hacer —y el otro día se anunció—, la oferta para los médicos, y, de los veintidós que hay, si se quieren quedar en el consorcio trabajando siete horas y cobrando su sueldo, seguirán allí, y, si no, podrán decidir sobre su futuro, porque sí que es cierto que, con la indefinición existente, o, por lo menos, ellos lo han vivido así —la verdad es que hay que tener en cuenta todas las opiniones—, ¡hombre!, ellos van a otros puestos de trabajo, atienden otras cuestiones, porque es verdad que hay que definir que, si se quieren quedar, se queden con un contrato fijo. Y esa es la oferta que ahora se les va a hacer, y en la próxima reunión del consorcio, que es esta misma semana, se va a tratar este tema. Y serían los únicos que quedarían por estabilizar. También hemos hecho abrir un segundo turno de hemodiálisis, con aumento del 66% de las sesiones que se hacían. Esto ha evitado derivaciones a otros hospitales. Se ha creado una consulta de pediatría en las zonas de salud de Hecho, Berdún, Broto y Biescas, se ha creado una consulta de endocrinología —es decir, no hemos podido hacer todo, pero hemos hecho algunas cosas— y se ha reforzado, cuando hay más gente en esas comarcas, el personal de enfermería y facultativo de urgencias.

La memoria económica de los últimos años, fíjense ustedes: el presupuesto en el año 2003 era de 6,4 millones de euros —incremento sobre el anterior año, un incremento del 8,46%—; al año siguiente, un 5,80%. ¿Qué ha pasado en el año 2005? Aquí hay casi un 20%, pero

es porque, igual que se ha pagado el déficit del resto de los centros sanitarios —del Salud, para entendernos—, se ha pagado la deuda que había en Jaca. Por lo tanto, en gasto, esto hemos crecido. Y con el presupuesto del año 2006 crecemos un 18,87%. Y digo yo que será para hacer cosas, digo yo. Señoría, en el año 2003, una servidora no estaba en esta consejería.

Las características de la ampliación respecto a la superficie de actuación, el proyecto de obras que hay, y que se licita el mes próximo, actúa sobre tres mil metros cuadrados. El presupuesto son casi cuatro millones de euros. La licitación, por lo tanto, abril del año 2006. Habrá ofertas, espero. El inicio de las obras, calculamos que, si se licita en abril, comenzarán en septiembre, aproximadamente, y el plazo de ejecución será, aproximadamente también, de veinticuatro meses, contando con la ampliación del servicio de urgencias.

Para ir terminando, los objetivos asistenciales son consolidar y mejorar la calidad de la oferta que ahora tenemos; hacer una mayor oferta para procesos de convalecencia en las camas que actualmente no se utilizan —hay una, la de enfermería, prácticamente sin utilizar, de hospitalización—; potenciar la CMA, como he dicho; implantar las consultas, porque no requiere obras —podemos tomar decisiones sobre equipamiento ya—; ampliar y modernizar los procedimientos de diagnóstico —sí que va ligado más a las obras, pero en algún elemento también se podría luego desmontar y recolocar—, y mejorar los servicios de rehabilitación y fisioterapia.

Los objetivos estratégicos son: mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios, en este caso de la Jacania y el Alto Gállego; evitar los desplazamientos innecesarios, como pasa en el resto de los centros; oferta de servicios con capacidad de adaptación a nuevas demandas —tendremos que ir reconduciéndolos a nuevas necesidades; por eso ha debido decir su señoría lo de «de esta agua no beberé»—; asegurar una financiación suficiente, que la tenemos; liderazgo de la Administración sanitaria para facilitar la coordinación de todos los recursos. Y, como siempre digo, trabajamos para mejorar.

Muchas gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señora consejera.

Es el turno del Grupo Parlamentario Popular para su réplica. Cuando quiera.

El señor diputado CANALS LIZANO: Gracias, señora presidenta.

Como siempre, no me responde a los planteamientos que yo le hago. Usted ha hecho una exposición, que por cierto yo ya conocía y que he seguido con detenimiento en mi propio dossier, sobre lo que usted dice que va a hacer, pero no hemos entrado en el meollo de si se había o no gestionado bien ese hospital. De alguna forma, luego se le ha escapado a usted, cuando reconoce que no estaba bien, que había una indefinición, que los trabajadores lo sentían. Sí que hay algo también que me agrada, y que le felicito: dice que tomará actuaciones ya —lo ha dicho así—. Y, yo, ha sido cuando he hecho el gesto de aplaudirle, y ahora lo digo públicamente: tome, por favor, actuaciones ya. Que se note que nuestra con-

sejera, de verdad, hace actuaciones en ese hospital y de verdad pone orden en ese hospital. Se lo agradeceré personalmente: el Grupo Parlamentario Popular, todos los jacetanos y todos los que estamos aquí. Haga actuaciones ya en ese hospital, que entiendo que da una mala imagen absolutamente para todo, señora consejera. No ahora: tenía que haber hecho esto antes, pero, bueno, tarde, pero deberá hacerlo. Y le agradezco que nos diga públicamente que va a hacer actuaciones ya.

Yo sí que quiero..., porque me ha llamado la atención, y de alguna forma comentarlo. Cuando ha hablado de la actividad, usted decía que es un hospital que no tenía mucha actividad. ¡Hombre!, para un anestésista tiene una actividad magnífica. Para una sola persona capaz de trabajar y hacer tantas intervenciones quirúrgicas, tantos partos, que espero que hayan sido la mayor parte de ellos con epidural, y que haya hecho tantos seguimientos, incluso tantas operaciones urgentes, ¡oiga!, es un triunfo. Yo no sé si a este hombre le ha pagado usted veintiún millones o no; no sé si paga tan bien a todos. Si paga tan bien, cuente conmigo, y colaboraré allí. Pagan magníficamente. Lo que pasa que entiendo que usted paga a un anestésista lo que tendría que pagarle a cuatro o cinco. Por eso es que este señor se lleva tanto dinero: porque usted le está pagando las guardias y la actuación de todo, que yo recuerdo que esto está prohibido. Es decir, nadie en nuestro sistema debe trabajar permanentemente nunca. Eso no es consentible, y no deberíamos consentirlo, señora consejera. No se lo digo como reproche, sino que esto, de verdad, ponga usted freno, porque, eso, no sé si ganará mucho dinero, pero es una esclavitud y, sobre todo, es un riesgo para los pacientes.

Usted nos acaba de volver a plantear, esta vez con diapositivas, lo que ya le he comentado antes de que ya está en plena campaña electoral, y en vez del cartel anunciado de «Vota no sé qué», plantea usted: «Fíjate lo que vamos a hacer, si confiáis en mí, en el hospital de Jaca».

Yo, lo que sí que quiero decirle es que yo me alegro mucho, pero me sigue sin responder si este va a ser un hospital comarcal o no. Si usted lo encuadra dentro de los centros de alta resolución, ¿vamos a más o vamos a menos? Y todos esos centros de alta resolución, ¿van a ser igual que este o cada uno será diferente? Porque entonces sigue habiendo diferencias por comarcas, porque planteaba usted que las mismas personas que están en la zona de Jaca puedan estar en la zona de Ejea, pero entonces significa que Jaca tendrá una cartera de servicios más amplia de lo que a lo mejor tiene Ejea. Entonces, volvemos a hacer dis-cri-mi-na-cio-nes, señora consejera. ¿Por qué no hace un hospital comarcal en Jaca, que es lo que todo el mundo le pide, y después crea y pone alta resolución —faltaría más—, y CMA, y lo que quiera, y además hace después los centros de alta resolución? No minusvalore Jaca y poténciela.

De alguna forma, fíjese usted, este planteamiento que hace, si usted dice que va a ser un centro de alta resolución, se está alejando de Calatayud o de Alcañiz, con los planteamientos de funcionamiento de todo tipo, desde gestión de pacientes a gestión de personal, que puede tener este gran centro, con una buena actividad

para los recursos que tiene, con los hospitales de Calatayud o de Alcañiz. Haga usted un hospital comarcal; no minusvalore y degrade este hospital.

Si quiere ya, y aprovechando el poco tiempo que me queda, me gustaría hablar un poco del consorcio, que a mí, de alguna forma, también me preocupa, me preocupa seriamente, sobre todo por el tema de la financiación, señora consejera, porque, no lo olvidemos, hablamos de gestión sanitaria, pero hablamos de presupuesto sanitario. Ahora, en estos momentos, ese consorcio es el que existe. Se financia fundamentalmente con el Gobierno de Aragón, con los presupuestos, y con un porcentaje —no muy grande, pero sí sustancioso para un ayuntamiento como el de Jaca— que pone la corporación municipal. Fíjense ustedes, en estos momentos, los ciudadanos de Jaca, para recibir se supone que la misma asistencia sanitaria, están pagando dos veces: una es a través de los presupuestos y otra es a través del presupuesto del ayuntamiento, la corporación. De alguna forma, allí hay un doble pago. En el futuro, ¿cómo va a plantearse esto —además, cuando introduzca también la MAZ—, cómo lo vamos a plantear? Ya no voy a hablar, porque es una comparecencia anterior, de cómo se va a plantear esto de que los ayuntamientos tengan que pagar.

También me gustaría, siguiendo un poco su línea de actuación, para que vea que yo no tengo ningún problema en que usted introduzca en este consorcio a un nuevo socio, como es la mutua, sí dejar claro algo que usted no lo ha dicho o no ha dicho absolutamente toda la verdad. Es sobre las mutuas. Es verdad que las mutuas de accidentes de trabajo gestionan dinero público, pero son asociaciones de empresarios de naturaleza jurídica privada. Sí que es verdad que están autorizadas por el Ministerio de Trabajo, que no tienen ánimo de lucro, pero se rigen por el derecho privado, se constituyen voluntariamente y se crean y se extinguen libremente. No son estatales. Colaboran en la gestión de la Seguridad Social y se someten, como no puede ser de otra forma, al control e inspección del Ministerio de Trabajo. Colaboran con la Seguridad Social, que también lo ha comentado usted un poco de pasada. ¿En qué? En la gestión de las contingencias, como su nombre indica, de accidentes de trabajo y enfermedad profesional; realizan actividades de prevención y rehabilitación; colaboran en la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes; y el último punto, que es al que se puede acoger tanto el departamento como la propia mutua para poder colaborar, es que puede, si así se le autoriza, actuar y hacer prestaciones diferentes si —repito— el Ministerio de Trabajo, después de analizarlo y saber exactamente cómo va a colaborar, se lo autoriza.

Obviamente, la ley en la que usted se va a poder acoger para hacer este consorcio y que la MAZ pueda entrar, como ya ha dicho usted muy bien, es la anteriormente denostada Ley de habilitación de nuevas formas de gestión, que a mí me parece brillante que usted la recupere y la incorpore a su bagaje. Y ¿cómo va a cooperar la Mutua de Accidentes de Zaragoza, que eso yo creo que es la pregunta del millón y la que nos hacemos todos? La MAZ, ¿cómo va a cooperar, qué va a hacer, cómo va a formar parte del convenio, qué va a hacer del

concierto, qué va a hacer? Porque, ¿qué pone? ¡Algo tendrá que poner! ¿Qué es lo que ella, como mutua de accidentes, va a poner? Oiga, ¿y qué gana? Porque, que yo sepa, no es una ONG. La mutua de accidentes, si pone algo, algo ganará, y es lo que yo creo que usted, señora consejera, no se podría ir de esta comparecencia sin explicarnos qué pone la Mutua de Accidentes de Zaragoza y qué gana.

Yo voy a recordarle —que yo sé que usted lo conoce perfectamente— algo que se denomina el patrimonio histórico de las mutuas de accidentes.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Perdón, señor Canals. Muy brevemente, por favor.

El señor diputado CANALS LIZANO: Termino inmediatamente, señora presidenta. Pero, el fútbol, tranquila, que empieza más tarde, y nos va a dar tiempo a todos a ver cómo el Zaragoza gana al Madrid.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Estoy sufriendo por oír el partido. Muchas gracias.

El señor diputado CANALS LIZANO: Muy bien.

Recuerde que el patrimonio de la MAZ era el patrimonio acumulado hasta el año setenta y cinco, pero que se puede incrementar con aquellos ingresos que provengan de recursos distintos a las cuotas de la Seguridad Social, que podría ser lo que sacara —si sacara algo— en este concierto.

Y hay algo que también deberíamos tener muy claro, y que yo supongo que seguro que usted lo tiene claro —pero me gustaría que usted a nosotros..., a mí, personalmente, y espero que a los aragoneses les tranquilice—, y es que a lo mejor se podrían confundir fuentes de financiación. Y, usted, yo sé que lo entiende perfectamente. No hay ninguna duda de que la asistencia sanitaria, desde el año noventa y siete, se paga exclusivamente por impuestos —por eso, todos los residentes en España tenemos derecho a asistencia sanitaria—, por impuestos, no se paga de ninguna otra forma; los impuestos lo pagan. Pero la mutua de accidentes, que gestiona la Seguridad Social, no se gestiona con impuestos: es por cuotas patronales y gestiona dinero de la Tesorería, de algo no transferido. Es decir, estamos mezclando recursos de nuestra comunidad que se financian con impuestos con, a lo mejor, recursos de la mutua de accidentes, del presupuesto de Tesorería de la Seguridad Social, que a lo mejor podría haber problemas a la hora de mezclarlos, porque, si la MAZ —que a lo mejor no— tiene algún ingreso, ese ingreso de la MAZ, ¿adónde irá: al patrimonio histórico o a la Tesorería de la Seguridad Social? Y este es el problema, porque, fíjese, aunque no hiciera absolutamente nada la mutua, es decir, que ni pusiera dinero ni sacara —algo sacará—, por lo menos, por lo menos van a aumentar —dígame usted si no es cierto— los gastos de gestión de la mutua, la gestión, que algo de sus recursos tendrá que ponerlo a disposición del sistema público, algo tendrá que incrementar sus gastos de gestión. Y estos gastos de gestión, ¿qué los vamos a quitar, de la Tesorería de la Seguridad Social? A lo mejor usted me lo explicará perfectamente. Porque, y si

los cobra, ¿dónde va: al patrimonio o a Tesorería? No, no, oiga, gesticule, gesticule.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Perdón, señor Canals, pero ha consumido mucho más del doble de su tiempo.

El señor diputado CANALS LIZANO: Termino, termino.

En fin, lo que nosotros queremos, señora consejera: que el hospital comarcal de Jaca exista, que siga siendo un hospital comarcal, que tenga una cartera de servicios necesaria, que esté integrado en la red asistencial del Servicio Aragonés de Salud y que la política de personal sea una responsabilidad del sistema público.

Aplaudimos las obras, la CMA, la alta resolución, la telemedicina, la gestión de camas, las visitas turísticas si quiere hacerlas también, como en Barbastro —lo que usted quiera—, siempre y cuando garantice que se potencia la sanidad pública, el aumento de la calidad de las prestaciones de los ciudadanos, la ausencia de diferencias entre comunidades autónomas y que lo que se gestiona lo haga quien lo tenga que hacer, pero que lo haga bien.

Y con esto ya termino, y pido perdón a la presidenta por su paciencia.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señor Canals.

Señora consejera, tiene usted la palabra para la réplica.

La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS): Gracias, presidenta.

Señorías.

Señor Canals, le respondo.

En mi exposición —vuelvo a mi exposición, voy a volver a lo tangible— he tenido un ejercicio de realismo y de concreción al partir de donde estamos para decir adónde queremos llegar, y lo he dicho de una manera clarísima. Otra cosa es que usted esperara algo más en esa cartera de servicios, que es normal, pero no será que yo, como siempre, no le he dicho nada. Le he dicho todo: le he dicho lo que hay con toda la serenidad del mundo y lo que va a haber.

Si usted me pregunta... Y voy a aclarar lo del anestesista, porque quiero que quede claro. Si hay un anestesista en Jaca, no es porque queramos que haya uno que cobre por cuatro, no: es que no hemos conseguido más de uno, y, a veces, ni ese. ¿Por qué? Porque el sistema, si se hace la provisión desde estatutarios o funcionarios, ¡no va a Jaca!, se queda en la plaza de anestesista por este orden: de Zaragoza, de Calatayud, de Huesca, de Alcañiz y de Barbastro. Y ya Jaca, ¡ni te cuento!

Desde luego, en estas carteras de servicios —lo voy a dejar claro—, en los cuatro centros, y por la población que se atiende, no hay suficiente patología. ¡Menos mal!, no estamos todos tan enfermos para tener un oftalmólogo todos los días aquí, uno de digestivo, un anestesista aquí... El modelo, lo que trata de conseguir es que, con un equipo que desde lo funcionario y lo estatutario no se puede resolver, atienda a estos centros. Y, eso, lo podemos conseguir a través de la MAZ y no a través de nues-

tros propios recursos de funcionarios. Porque, cuando uno es de un centro, solo si quiere va a otro centro. Y desde aquí sirva para agradecer a los del Clínico y a los de Huesca que van a Ejea y a Jaca, aunque, cuando se ponen malos, ya no va otro compañero porque es voluntario. Por favor, mi agradecimiento hacia estos profesionales.

Pero quiero decir que eso es lo que tenemos. ¡Claro que el Gobierno de Aragón quiere tener un anestesista en Jaca! ¡Solo faltaría! ¿Por qué se le paga más? Para que se quede, porque solo hay uno que se quiere quedar. Luego tenemos que cambiar el modelo para conseguir la sostenibilidad de un servicio que sea posible, ¡que sea posible!, que funciona mal, porque es verdad que le dimos unas expectativas o le dieron a ese hospital de ser como, ¡vamos!, la Clínica Mayo... Pues se equivocó quien fuera, porque no hay patología, porque no hay población, señoría, porque no hay población.

Entonces, quiero dejar muy claro que nuestros hospitales, los ocho que tenemos, no son ni comarcales ni urbanos ni mediopensionistas: son hospitales de sector que atienden a población. Y Jaca va a atender no a población como los otros, sino a población para esa cartera de servicios y no la que tienen los demás, porque los ocho hospitales restantes tienen más cartera porque tienen más población asignada. Y ojalá que dentro de diez años en las dos comarcas haya más personas, y entonces igual tenemos que hacer un hospital comarcal. Pero ahora mismo no da de sí, señoría, y usted lo sabe. No da de sí.

Darle más funcionalidad al hospital, que es lo que yo he dicho aquí, no es rebajarlo: es reflotarlo hasta el límite de lo que es posible, de lo que se puede conseguir, y es aprovechar los recursos si vamos de la mano del ayuntamiento. Insisto: ¡claro que no van a pagar más impuestos directos y los del ayuntamiento para mantener el consorcio! Al ayuntamiento solo le vamos a pedir que, si tiene personal en el ayuntamiento que pueda hacer algo en el consorcio o si hay una residencia asistida enfrente que se pueden hacer servicios comunes, mancomunados, ¿por qué no? ¿Ahora nos vamos a rasgar las vestiduras? Pero eso no quiere decir que al ciudadano le cobremos doblemente, sino que no repetimos algunas cuestiones que se pueden resolver con economía de escala. Que no. Al ayuntamiento, aunque no ponga nada, señoría. Yo quiero llevarlo de acompañante aunque no ponga dinero, porque el dinero lo tiene el Gobierno de Aragón.

¿Y qué necesitamos de la MAZ? De la MAZ necesitamos colaboración solo en materia de especialistas. ¡No líe el patrimonio, que no se mezcla! ¡No líe las cajas, que no se mezclan! ¡No líe las facturaciones, que no se mezclan! Es que lo he dicho antes: a la MAZ la necesitamos por el tema de los especialistas, porque, sumando nuestros funcionarios, nuestros estatutarios y los que tiene la MAZ en sus instalaciones o dispersos, sumando esfuerzos, conseguiremos más. ¡Solo en los especialistas! El resto de empleo, oferta del consorcio... Por cierto: estos especialistas también los contrata el consorcio. Con la MAZ, si es socio, y, si la MAZ no entra, intentaremos hacer una oferta para contratar especialistas para el consorcio. ¡Solo faltaría! Pero estos especialistas tienen que

ir a todos los centros de alta resolución, y no podemos... No, no...

La señora presidenta (PELLICER RASO): Por favor, no haya diálogo, señor Canals.

La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS): ... porque no hemos cubierto las plazas, porque no se cubren las plazas y porque, cuando enviamos voluntariamente a especialistas del Clínico y de Huesca, van los que quieren ir, y les pagamos lo que conveníamos; pero, aun así, si se pone enfermo y tiene vacaciones, ya no va otro. ¡Por favor!, eso no es tener una demanda bien atendida, y tenemos la obligación de probar otros modelos. Y, este, desde luego, yo le aseguro que es más seguro.

Quizá la idea sea buena. Quizá sea la idea buena, y merece la pena, por nuestra parte, emplearla en mejorar la asistencia. ¡Claro!, igual se nos ha ocurrido una buena idea. Igual no se había ocurrido antes. Igual, a pesar de que esto es un reto para todos nosotros y también para ustedes, que me van a seguir de controladores —no lo dudo, no me cabe la menor duda—, sea un reto..., pero, si entre todos lo sacamos sin rasgarnos las vestiduras, chapó, por los que gobernemos o nos toque gobernar —yo solo hablo hasta que tengo contrato, hasta el año que viene— y los que gobiernen y los que podamos estar en la oposición.

Y lo demás, no se líe, señor Canals. No mezcle aquí una catarsis para confundir que vamos a mezclar las economías, los dineros, los patrimonios, porque no. Y le digo una cosa, algo que socialmente se ve bien. Los ciudadanos dicen: «¡Hombre!, a mí que me atienda un médico. ¡Por favor!, un médico, aunque sea que me manden a una consulta que hay aquí del pueblo de otro médico, pero que me atiendan». Y, además, el Ministerio de Trabajo —y ustedes lo pueden contrastar— ha dicho: «Este convenio tenemos voluntad de tramitarlo porque puede servir de modelo en otras comunidades con otras mutuas». Porque, ¿qué busca de nosotros la MAZ? Busca agruparnos, mejorar la asistencia, dar un ejemplo de coordinación institucional. Y no le admito que haya dicho que la MAZ es muy solvente, y parece que tiene pegadas en reconocer la solvencia de mi departamento y del Gobierno de Aragón. Así que, si la MAZ es solvente, el Gobierno de Aragón también, por no decir más.

Gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Gracias, señora consejera.

Es el turno de los grupos parlamentarios para cuantas preguntas o aclaraciones consideren. Por tanto, señora De Salas, tiene usted la palabra en nombre del Partido Aragonés.

La señora diputada DE SALAS GIMÉNEZ DE AZCÁRATE: Gracias, presidenta.

En primer lugar me gustaría agradecer a la presidencia de la comisión, a la consejera y a los distintos portavoces sus palabras de bienvenida a esta comisión y, por supuesto, ofrecer mi disposición y la de mi grupo parlamentario para colaborar en la mejora de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad.

En este aspecto, esta segunda comparecencia de la consejera en el día de hoy, evidentemente, está muy relacionada con la comparecencia anterior. Y yo querría destacar ese objetivo del departamento y de la consejera que nos ha expuesto en relación al hospital de Jaca: aumentar esa capacidad resolutoria del hospital a día de hoy y, por tanto, cumplir con esas expectativas sanitarias y sociales de la población jaquense y también de la comarca de Sabiñánigo.

Hemos hablado de una nueva cartera de servicios, de cómo gestionar, sobre todo, todo el tema del personal, de las obras que se van a realizar, que esperemos que puedan cumplirse a término, y, sobre todo, de esa cartera de servicios, de esa nueva oferta de servicios que yo creo que responde a las demandas y también a la operatividad del hospital de Jaca, y con ese modelo de consorcio de la aportación de la mutua, como muy bien explicaba la consejera, de aportar especialistas. Y yo sí que querría decir, ya que no lo he dicho en mi intervención anterior, que, evidentemente —lo ha dicho la consejera—, ese consorcio hospitalario, esa red de consorcios tiene un carácter público, pero tampoco —y es una posición del Partido Aragonés— hay que rasgarse las vestiduras, sobre todo porque hoy en día —y ese es uno de los ejes de nuestra política del Partido Aragonés— es la suma de lo público y lo privado. Se ha hablado anteriormente de una privatización. En este caso ha quedado claro por parte de la consejera que no lo es, pero yo creo que en pleno siglo XXI, y para dar, garantizar la correcta asistencia sanitaria o social a los ciudadanos, a los ciudadanos les da lo mismo que sea una persona estatutaria o no; yo creo que lo que quieren es el servicio de ese médico que va a atenderles. Por lo tanto, esa es una de las posturas del Partido Aragonés: complementariedad de lo público y lo privado, sumar lo público y lo privado. Un servicio público se puede realizar también por el ámbito privado, siempre, por supuesto, con unas garantías y con un control de la evaluación por parte de la Administración pública, porque estamos hablando de un servicio público. Por lo tanto, esa es la posición de mi partido, que quería dejar clara.

Yo creo que nos ha expuesto de una manera muy clara y detallada cómo está la situación en el hospital de Jaca, dónde se quiere llegar, y eso responde, evidentemente, a las expectativas, con esa aportación del consorcio también, de otra mutua, de otra entidad, que, evidentemente, en lo que redundará, como ya digo, es en la mejora de la calidad asistencial, en este caso, de los habitantes de la comarca de la Jacetania. Por lo tanto, esperemos que todas estas cuestiones que usted nos ha aportado en relación al hospital de Jaca, lo que son las obras y todo el tema de la cartera de servicios, sean una realidad dentro de muy poco y, sobre todo, que la puedan disfrutar, en definitiva, los ciudadanos y ciudadanas que viven en las comarcas de alrededor.

Nada más, y muchas gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Gracias, señora diputada.

En nombre del grupo de Chunta Aragonésista tiene la palabra el diputado señor Sánchez.

El señor diputado SÁNCHEZ MONZÓN: Gracias de nuevo, señora presidenta.

Señora consejera, se agradece la presentación, porque nos ha enseñado las cifras a las que pretenden llegar. Pero, a pesar de esas cifras, que, desde luego, no vamos a poner al menos en duda claramente que se vaya a invertir más en los próximos años y se vaya a crear alguna especialidad más —eso no lo vamos a poner en duda—, a pesar de ello, yo quería hacerle una pregunta muy directa, que me gustaría saber si usted se lo ha transmitido tan directamente o tan claramente en esas reuniones que ha tenido usted en Jaca: ¿les ha transmitido usted a los habitantes de estas comarcas —a su ayuntamiento, a esa plataforma, a los representantes de la sociedad en general, que son los usuarios de estas comarcas— que ya se pueden ir olvidando de tener un hospital comarcal dimensionado a la población asistida que tienen? ¿Se lo ha dicho tan claramente o no se lo ha dicho? Porque es lo que está decidido por parte de su Gobierno.

Con la decisión que se ha tomado, no me podrá usted negar que, aunque contamos con un centro hospitalario muy degradado en lo asistencial hasta ahora, van a rebajarlo de categoría. Porque —repito—, con un aumento de cartera asistencial y de medios, que yo no lo voy a negar, no es cierto que, como tal, en un futuro pueda verse satisfecha la población de esta zona, que unánimemente quiere volver a tener un hospital comarcal. Porque va a pasar la situación de un centro hospitalario con un consorcio hospitalario a un centro de alta resolución, con lo cual, como categoría de centro sanitario, va a ser peor, y así se va a quedar ya *ad aeternum* o hasta que se considere otra cosa.

Me gustaría saber si explicó usted eso claramente a la población de referencia o lo va a hacer a la población de referencia de estas zonas, si les explicó claramente que su hospital de referencia va a ser todavía más el San Jorge de lo que lo es ahora, con lo cual van a seguir los problemas con los traslados continuos para casi todo o para muchas cosas hasta allí. No sé si les explicó las cosas tan claras como nosotros las vemos —no lo sé, me parece que no—. Porque, repito, la reivindicación histórica, unánime, más o menos, en aquellas zonas es que se disuelva el consorcio y que el centro jaqués pase a ser un hospital comarcal dependiente directamente de la red del Salud, con gestión del Salud, con gerente del Salud, con plantilla del Salud.

Esa reivindicación, que algunos, entre ellos Chunta Aragonésista, también han traído ante esta cámara con distintas iniciativas, está ahí. Y, ¡jojo!, que nadie —ni nosotros, por supuesto— está pidiendo que se cree o se consolide o se mejore de forma que se cree un hospital sobredimensionado. No, lo que estamos exigiendo es que este centro se integre en la red del Salud y tenga la cartera de servicios similar... Perdón, no tiene por qué ser similar a las de otros hospitales comarcales ya existentes, sino adecuada a dos variables: la población fija que tiene, que, por supuesto, serán esos treinta y un mil habitantes que usted ha expuesto ahí; pero también su población flotante, que es muy habitual, tanto en verano como en invierno, que no está contabilizada, pero que, desde luego, no sé si la doblará en determinadas oca-

siones, pero es muy importante. Queremos —bueno, nosotros no: lo quiere la sociedad unánimemente— que se recupere esa figura que se tuvo del hospital comarcal y dimensionada a su realidad, no como el de Barbastro, el de Alcañiz o ni siquiera como el de Calatayud: a su realidad.

Nos dice usted que la cartera de servicios se va a incrementar. ¡Faltaría más, tal como está actualmente! Nosotros, desde luego, vamos a estar vigilantes. Pero de un plumazo se están cargando esas expectativas históricas de volver a tener el hospital comarcal que tuvieron, y así nació —aunque la historia de cómo nació es otra, pero el caso es que lo tienen, nació como hospital comarcal—.

Otro aspecto —al cual también en parte me he referido en la intervención anterior largo y tendido, con lo cual no creo que sea también cuestión de reiterarme mucho— es que ustedes, con esta decisión, no solo consolidan, sino que incluso podrían empeorar, no en la cantidad, sino en la calidad, el modelo de gestión que se lleva a cabo hasta ahora en Jaca por el consorcio hospitalario. Se consolida, porque ese modelo de consorcio se gestiona al modus operandi... —y lo he dicho anteriormente—, al modus operandi privado. Y nadie está diciendo que sea privado, sino que se gestiona al modus operandi privado, mediante un consorcio. Parece ser que lo premian, extendiéndolo a toda la red de alta resolución aragonesa, cuando precisamente en Jaca es donde hasta ahora se ha mostrado como modelo negativo para la estabilidad de las plantillas, la cobertura de todas las plazas y, finalmente, lo que redundaba de todo ello, que es la calidad asistencial que se dirige hacia los usuarios. Y es que, a fecha de hoy, aun habiéndose —que lo reconocemos— estabilizado la plantilla mediante la resolución reciente del proceso de selección, sigue siendo este hospital un ejemplo de carencias en materia de personal especialista y en material de diagnóstico o material quirúrgico. Incluso usted lo ha reconocido con la relación de especialidades a las que supuestamente quieren llegar.

Actualmente, ese hospital necesitaría, como mínimo..., no voy a entrar en todas ellas, pero, como mínimo, un ginecólogo a tiempo completo; un servicio de radiodiagnóstico con toda su plantilla de radiólogos, incluido el de guardia, los auxiliares de clínica y los técnicos; dos anestesistas a tiempo completo; cirujano a tiempo completo; geriatra a tiempo completo; refuerzos en época estival e invernal, porque tiene población flotante importante en ambas fases, lo que quiere decir que al menos durante medio año, tiene una población flotante tremenda; especialista en rehabilitación; en medicina deportiva, por las actividades que esa población flotante desarrolla en esta zona; urólogo a tiempo completo; neurólogo. Y no voy a entrar en el material, que ha quedado bastante evidente antes cuáles son las carencias.

De esto que necesitarían no tienen hoy probablemente ni la mitad, y es algo que seguro no hubiera ocurrido si este hospital, dimensionado —repito, que nadie me malinterprete—, dimensionado a lo que hay de población, hubiera estado integrado desde hace unos años en la red asistencial del Salud directamente y no hubiera sido un consorcio. Seguro que los problemas y la falta de cobertura de determinadas plazas se hubieran solucio-

nado o estarían mejor, aunque no solucionados del todo, porque todos conocemos —y ustedes los reconocen los primeros— los tremendos problemas que tienen, que tendrán que solucionarlos ustedes, para cubrir especialistas en determinados hospitales comarcales.

Y decía yo que el modelo podría ir a peor, no en la cantidad, sino en la calidad... O, mejor dicho, no a peor: ser más dudoso. Porque el consorcio actual, dentro de lo malo, no deja de ser un consorcio actualmente integrado al cien por cien por dos administraciones públicas, el Ayuntamiento de Jaca y, sobre todo, el Departamento de Salud, tal y como recogen sus estatutos. Ahora va a entrar...

La señora presidenta (PELLICER RASO): Perdone, señor Sánchez: vaya concluyendo, por favor.

El señor diputado SÁNCHEZ MONZÓN: Sí, concluyo, concluyo. La verdad es que concluyo enseguida, señora presidenta.

Ahora va a entrar, no sabemos en qué grado —seguimos sin saberlo, porque no nos sigue quedando nada claro, y no sabemos ni en qué escala de decisión ni con qué porcentaje de decisión—, una mutua privada. O sea, que la gestión, si se hacía al modus operandi privado, todavía puede tender más hacia ese campo del modus operandi de lo privado porque entra una entidad que, aunque no tenga ánimo de lucro, aunque desarrolle parte de la Seguridad Social, es una entidad privada.

Y, para terminar, no nos vale tampoco —y esto es un tema crucial— que se nos ponga como excusa, como se ha hecho hoy aquí, el bajo rendimiento de ese treinta y tantos por ciento de ocupación hospitalaria, por ejemplo, porque esa es la respuesta lógica a lo que ustedes han creado. Es normal, cuando ustedes han generado o son los responsables por inacción de esa situación, es normal que no esté esa ocupación cuando no se pueden cubrir los especialistas necesarios y cuando son ustedes los que, ante esa realidad, están teniendo que llevar a todo el mundo al hospital general San Jorge de Huesca. Es decir, esa baja ocupación no es responsabilidad de la población de que es poca: es responsabilidad de que ustedes no han conseguido garantizar la cobertura de las plazas mínimas.

Por nuestra parte —y concluyo—, Chunta Aragonesa, desde luego, hoy por hoy no va a variar su postura. El centro hospitalario de Jaca, en nuestra opinión, debe ser un centro hospitalario dimensionado a su realidad, pero de carácter comarcal y, por lo tanto, hospital comarcal para esas comarcas y para esa población, y, a su vez, integrado en la red del Salud, con su plantilla del Salud, con su gerente del Salud; es decir, un hospital comarcal, uno más del Salud, acorde a la población fija y flotante.

Nada más. Muchas gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señor diputado.

Señor Alonso, tiene usted la palabra en nombre del Grupo Socialista.

El señor diputado ALONSO LIZONDO: Sí, brevemente, señora presidenta.

Nuestro grupo quiere —pienso— alegrarse por las buenas nuevas que le llegan al hospital de Jaca. La palabra usada, «reflotar», creo que es una palabra valiente, pero realista con los índices de ocupación que se nos han dado, con los días de estancias medias de 4,41, con no llegar a un parto diario y con setecientos ochenta y tres intervenciones. La verdad es que, como dice Chunta, hay que acomodar ese hospital a lo que la demanda en sí exige. Y el Salud no tiene la capacidad para inventarse enfermedades y mucho menos para inventarse enfermos. La realidad es la que es, y yo pienso que, por tanto, mi primer matiz tiene que ser felicitar a los treinta mil habitantes de la Jacetania y del Alto Gállego con sus seis centros de salud, porque van a tener una oferta, una vez comparadas las bajas ratios y lo que se ofrece allí, y en todas las transparencias que hemos visto en el PowerPoint se ve que hay una mejora en ofertas nuevas, tanto en exploraciones como en actividades, como en potenciación de la CMA... En fin, se ve un avance en positivo. Como hemos dicho anteriormente, nuestro grupo detecta que nadie pierde en este viaje que ahora se emprende, sino que los treinta mil habitantes van a tener mayor servicio, mayor oferta, mayor cartera de servicios para la demanda que allí existe.

Y, por último, a ver si a las otras tres comarcas, con veintidós mil novecientos habitantes, con treinta y dos mil o con cerca de dieciséis mil, les llega lo que creemos que es una suerte que les llega a los jacetanos en estos momentos en el mínimo tiempo posible.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Muchas gracias, señor diputado.

Señora consejera, tiene usted la palabra para la réplica.

La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS): Gracias, señora presidenta.

Señorías.

Decir algo como lo que ha dicho el señor Sánchez de que prácticamente hemos echado abajo lo poco que había porque aquí no se ha tomado ninguna decisión que haga que el hospital mejor no me parece que se ajuste a la realidad. En los datos que he expuesto había un incremento, hay un incremento del 18% del presupuesto, y he dicho: «Será para algo». No se mueve un presupuesto un 18% para nada. He dicho que se van a comenzar las obras. Yo entiendo el escepticismo que puede usted compartir incluso con alguno de los miembros de la plataforma que son de su partido. Yo entiendo que haya escepticismo —lo dije en Jaca y lo repito aquí—, comparto el escepticismo, porque lo que todo el mundo ha demandado es que se haga algo. Al hacer algo, lo que ocurre es que no coincidimos en la fórmula. Pero lo que es evidente es que va a haber más presupuesto, va a haber más recursos, va a haber más instalaciones, va a haber más equipamiento y va a haber más actos sanitarios.

Los datos que yo he dicho aquí no contenían ningún reproche. A lo mejor no los tenía que haber puesto, y aquí paz y luego gloria. Digo: estamos como estamos, lo

adivinen ustedes, y esto es lo que vamos a hacer. Pero creo que aquí tengo que decir lo que hay, y no es un reproche hacia nadie. Hacen lo que son capaces de hacer dentro del sistema en el que están. Y lo que ahora hacemos es una red de centros de alta resolución con la misma filosofía, definición y con los mismos objetivos.

Tomar decisiones de inmediato, como yo aquí he anunciado en varios campos (en el de la dirección y la gestión, en el de las obras, en el de los equipamientos y en la cartera de servicios), sin esperar a las obras, yo creo que ya es mojarme para decir que lo que estamos haciendo es echando abajo el hospital. ¿Por qué? Porque había una aspiración histórica de que fuera comarcal. Señor Sánchez, un hospital comarcal dimensionado no existe en sí mismo, no existe ese concepto. Un hospital es lo que su cartera de servicios ofrece, se llame comarcal, se llame hospital o se llame lo que sea. Y no sea que por el nombre atasquemos el asunto, porque igual si le ponemos comarcal y hacemos lo que decimos que vamos a hacer resulta que todo el mundo se siente satisfecho. No es condición sine qua non que sea comarcal para que haga más servicios quirúrgicos, de consulta y de hospitalización y de rehabilitación, sino estamos hablando de la denominación del hospital, que fíjense ustedes que mantiene su cartera de servicios, mantiene su denominación de hospital. Y, ¡joiga!, si el tema es que se llame comarcal, vamos, yo creo que lo que en esencia se le pide a un hospital es qué servicios ofrece, y nada más. Y esa es la seguridad que tiene el hospital. Y yo le insisto: no se puede aumentar más cartera de servicios, porque bastante podremos conseguir entre todos si conseguimos hacer viable este modelo para comarcas entre treinta y treinta y cinco mil habitantes, como son las dos comarcas de la Jacetania y del Alto Gállego.

Limitaciones en la fórmula tradicional las hemos visto, las vivimos cada día en las zonas más alejadas de nuestra geografía. No es que fracase nuestro modelo tradicional: fracasa en todas las comunidades donde hay un centro de atracción geográfico como es el de Zaragoza, y yo no lo he inventado. A todas las comunidades nos pasa igual. Navarra, le está pasando lo mismo: todos a Pamplona. Entonces, tendremos que innovar y buscarle imaginación para conseguir otras fórmulas que aseguren que se pasa la consulta en los pueblos, porque la gente prefiere vivir donde prefiere vivir y no trabajar a tantos kilómetros y salir con nevadas o sin nevadas o con unas comunicaciones que en nuestra comunidad se van arreglando, pero que todavía hay puntos muy lejanos hacia los centros de referencia.

Usted ha dicho que esto hará que dependan más del hospital de referencia de Huesca. No es cierto. Muchas de las cuestiones, muchas de las cataratas, muchas de las intervenciones que van a Huesca se van a poder hacer en Jaca, igual que muchas que se hacen en el Clínico se harán en Ejea, porque para eso se han puesto los quirófanos. Pero no estamos pensando en una plantilla tradicional, donde está cada uno en su casillita y en su consulta y hay que negociar para mover: estamos pensando en equipos sanitarios hasta con equipamiento móvil que se muevan por las comarcas. Y hay médicos, y lo podemos conseguir. No empeorará la calidad, se incrementarán los actos médicos quirúrgicos y de estancia hospi-

taloría y de rehabilitación en esas comarcas, y el tiempo nos lo dirá.

El modelo que hoy se ha explicado aquí, que yo lo he explicado y también se me ha pedido explicar algunas cuestiones relativas a Jaca, si lo sacamos adelante —y yo creo que lo vamos a sacar adelante; con algunas dificultades, con algunos tropiezos, pero lo vamos a sacar adelante—, es una labor que haremos para nuestros ciudadanos en Aragón. Vamos a trabajar desde mi departamento en ello, y pienso —creo— que lo conseguiremos. Y ustedes, aunque sea desde la oposición, tendrán la oportunidad de seguir conmigo los próximos meses y el próximo año el recorrido del nuevo modelo.

Muchas gracias.

La señora presidenta (PELLICER RASO): Gracias, señora consejera.

Le ruego que espere unos segundos para poder terminar el orden del día de esta comisión.

Punto número cuatro del orden del día: ruegos y preguntas. ¿No hay ninguno?

Pues, en todo caso, pasamos al punto primero, retomamos, que es la lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.

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

¿Hay alguna observación? En ese caso se aprueba el acta.

Y nada más, señorías. Se levanta la sesión de hoy [*a las diecinueve horas y treinta y cinco minutos*].

ÍNDICE DE TRAMITACIONES

1. Proyectos de ley
2. Propositiones de ley
3. Propositiones 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 Turismo
 - 9.2.7. Ante la Comisión de Sanidad
 - 9.2.8. Ante la Comisión de Educación y Cultura
 - 9.2.9. Ante la Comisión de Medio Ambiente
 - 9.2.10. Ante la Comisión de Asuntos Sociales
 - 9.2.11. Ante la Comisión de Ciencia, Tecnología y Universidad
 - 9.2.12. Ante la Comisión de Peticiones y Derechos Humanos
 - 9.2.13. 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