



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

## COMISIÓN DE SANIDAD

### **Comisiones. Serie A: Comparencias**

Número 79

Año 2008

Legislatura VII

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.ª MONTSERRAT  
VILLAGRASA ALCÁNTARA

Sesión núm. 15

**Celebrada el martes 25 de noviembre de 2008**

### **Orden del día**

1) *Elección del vicepresidente de la comisión tras la renuncia de D.ª Rosa Plantagenet-Whyte Pérez.*

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

3) *Comparencia de la consejera de Salud y Consumo, a propuesta de la Agrupación Parlamentaria de Izquierda Unida, al objeto de informar sobre la política de personal y situación actual en el Consorcio Sanitario de Alta Resolución.*

4) *Ruegos y preguntas.*

Preside la sesión, celebrada en el palacio de la Aljafería, la Ilma. Sra. D.ª Montserrat Villagrasa Alcántara, acompañada por el vicepresidente de la comisión, Ilmo. Sr. D. Pedro Navarro López, y la secretaria sustituta, Ilma. Sra. D.ª Ana de Salas Giménez de Azcárate. Asiste a la Mesa el letrado Sr. Latorre Vila.

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

## SUMARIO

### **Elección del vicepresidente de la comisión tras la renuncia de D.<sup>a</sup> Rosa Plantagenet-Whyte Pérez.**

- El diputado Sr. Canals Lizano propone al candidato del G.P. Popular . . . . . 1751
- Votación . . . . . 1751

### **Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo al objeto de informar sobre la política de personal y situación actual en el Consorcio Sanitario de Alta Resolución.**

- La consejera de Salud y Consumo, Sra. Noeno Ceamanos, interviene . . . . . 1751
- El diputado Sr. Barrena Salces interviene en nombre de la Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida de Aragón (G.P. Mixto) . . . . . 1753

- La diputada Sra. Ibeas Vuelta interviene en nombre del G.P. Chunta Aragonesista . . . . . 1754
- El diputado Sr. Callau Puente interviene en nombre del G.P. del Partido Aragonés . . . . . 1756
- El diputado Sr. Canals Lizano interviene en nombre del G.P. Popular . . . . . 1757
- El diputado Sr. Alonso Lizondo interviene en nombre del G.P. Socialista . . . . . 1759
- La consejera Sra. Noeno Ceamanos contesta . . . . . 1761

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

- La Sra. presidenta da por leída el acta, que resulta aprobada por asentimiento . . . . . 1766

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Buenas tardes, señoras y señores diputados.

Vamos a dar comienzo a la Comisión de Sanidad [a las dieciséis horas cuarenta y un minutos].

Como primer punto del orden del día, elección del vicepresidente de la comisión tras la renuncia de doña Rosa Plantagenet-White Pérez.

### **Elección del vicepresidente de la comisión tras la renuncia de D.<sup>a</sup> Rosa Plantagenet-Whyte Pérez.**

Daremos paso a las propuestas de candidatos de los distintos grupos parlamentarios. De menor a mayor, por Izquierda Unida, ¿propuestas de candidatos?

*El señor diputado BARRENA SALCES:* No tenemos propuesta, señora presidenta.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* ¿Chunta Aragonésista? Señora Ibeas.

*La señora diputada IBEAS VUELTA:* No tenemos propuesta, señora presidenta.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* ¿El Partido Aragonés? Señor Callau.

*El señor diputado CALLAU PUENTE:* No tenemos propuesta, señora presidenta.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* ¿Por el partido del Grupo Popular? Señor Canals.

*El señor diputado CANALS LIZANO:* Tenemos un candidato. Nuestra propuesta es don Pedro Navarro López.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* ¿Por el Grupo del Partido Socialista?

Como solo hay una propuesta, del Partido Popular, proclamo candidato a don Pedro Navarro López.

Seguidamente pasaremos a la votación de todos los diputados componentes de la comisión por orden de menor a mayor.

Señora secretaria, puede usted llamar... ¡Ah, sí! Se repartan las papeletas y los sobres.

[*La señora secretaria procede a llamar a las señoras y señores diputados para que estos depositen su papeleta en la urna. A continuación, procede al escrutinio de los votos.*]

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* El resultado del escrutinio son doce papeletas en blanco y seis a nombre de Pedro Navarro López. Por lo tanto, queda proclamado vicepresidente de la mesa de Sanidad. Puede tomar usted posesión de su escaño. Enhorabuena por parte mía y de la mesa.

Seguidamente continuamos la comisión de acuerdo con el orden del día establecido.

El segundo punto (lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior) lo dejaremos para el final como va siendo habitual.

Y el tercer punto. Daremos paso a la comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, doña Luisa María Noeno.

Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a propuesta de la Agrupación Parlamentaria de Izquierda Unida, al objeto de informar sobre la política de personal y situación actual en el Consorcio Sanitario de Alta Resolución.

Buenas tardes, señora consejera. Le damos la bienvenida a esta su comisión.

La dejamos que se siente, que vamos un poquito rápidos hoy.

### **Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo al objeto de informar sobre la política de personal y situación actual en el Consorcio Sanitario de Alta Resolución.**

*La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS):* Buenas tardes.

Disculpen. Bueno, yo he estado esperando fuera porque me han dicho que estaban ustedes en una votación, y quizá ustedes esperaban dentro y yo esperaba fuera. No ha pasado más que eso. Lo siento, en todo caso.

Comparezco a petición de la Agrupación Parlamentaria Izquierda Unida de Aragón al objeto de informar sobre la política de personal y situación actual en el Consorcio Sanitario de Alta Resolución.

Gracias, señora presidenta.

Señoras y señores diputados, muy buenas tardes a todos.

Le agradezco sinceramente al señor Barrena la oportunidad que me ofrece para referirme al Consorcio Aragonés de Alta Resolución, porque entiendo que puede resultar complicado comprender el sentido de este modelo de atención sanitaria, sobre todo si se analiza desde planteamientos que pueden resultar inmovilistas, y lo digo con todo el cariño del mundo, y que espero que no signifiquen o amparen meros prejuicios hacia este nuevo planteamiento de gestión de la oferta de atención especializada.

A pesar de que me he referido a estas cuestiones en numerosas ocasiones, estoy dispuesta a explicar las veces que haga falta tanto el modelo como la oportunidad que significa para una comunidad autónoma como la nuestra, cuyas características sociodemográficas y territoriales, como ya sabemos, nos exigen algo más que planteamientos ideológicos. Nos piden imaginación y flexibilidad muchas veces para resolver problemas concretos, y ahí estamos.

Permítame, señor Barrena, que, por ello, a modo de un sencillo recordatorio, resuma lo que es y lo que significa el consorcio de salud.

Hemos constatado históricamente las grandes dificultades que todas las administraciones públicas con competencia en materia sanitaria han tenido para dar asistencia especializada en la periferia territorial aragonesa por motivos diversos, y especialmente también por la rigidez del modelo de gestión de recursos humanos que existe. Este fue el punto de partida para la búsqueda de posibles alternativas y para instaurar un nuevo modelo público basado en los centros de alta resolución. La fórmula no la inventamos aquí; en todo caso la adaptamos a nuestra tierra, puesto que estaba

ya implantada con éxito en algunas comunidades, y fundamentalmente en Andalucía.

Los esfuerzos del consorcio de salud tienen como finalidad lograr una serie de objetivos: facilitar la coordinación de todos los recursos sanitarios (centros de salud de atención primaria, centros de alta resolución y hospitales de referencia); orientar también los servicios a las necesidades reales que existen en ese momento, que son cambiantes y específicas de un territorio, dando participación a las entidades locales representativas de los ciudadanos; proponer modelos flexibles de gestión de los servicios que requieren complejidades tecnológicas y profesionales muy cualificados; gestionar en red los centros asistenciales, asegurando el mantenimiento de la oferta y la eficiencia de los recursos asignados; garantizar los derechos laborales de los profesionales y también crear puestos de trabajo estables para la población en esos municipios.

Como he comentado, para cumplir esos objetivos, la fórmula que se acordó ya hace tres años fue ampliar el consorcio de Jaca, ya existente, constituyendo el consorcio de salud con la incorporación de Ejea, Fraga y Tarazona, así como dando participación a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social número 11, que presta servicios sanitarios en esos municipios o en esas comarcas.

El consorcio de salud asumía la gestión de la red de centros formada por el hospital de Jaca y los centros sanitarios de alta resolución de Ejea, que está ya a pleno funcionamiento desde hace más de un año, Fraga y Tarazona, centros estos dos últimos cuyas obras están prácticamente terminadas y cuya recepción está prevista en el mes de enero. Pero no por no tener los centros nuevos hemos dejado de ampliar las prestaciones, la cartera de servicios y la tecnología que se utiliza, con las limitaciones existentes en los centros antiguos.

La figura del consorcio de salud asegura el carácter público de la gestión, el liderazgo del Gobierno de Aragón, puesto que el consorcio de salud es un organismo adscrito al Departamento de Salud y Consumo, al igual que el Servicio Aragonés de Salud —ni más ni menos—. Se garantiza la equidad, se mejora la accesibilidad y el respeto también a los derechos de los usuarios, al establecerse que, en todo momento, la actuación de inspirará en los principios contemplados en la Ley de salud de Aragón y en la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

A diferencia de lo que pueda suceder en otras comunidades, el Gobierno de Aragón tiene claro el compromiso con la sanidad pública. El consorcio de salud no contraviene ninguno de los principios básicos del sistema público de salud: su financiación es cien por cien pública, con cargo a los presupuestos de Aragón; su nivel de cobertura es universal, para todos los ciudadanos, y la provisión depende orgánica y funcionalmente del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.

La política de personal en concreto, que es la pregunta o el motivo de la comparecencia, que el Departamento de Salud y Consumo pretende desarrollar en el consorcio de salud no difiere en nada de la que inspira su acción en otros ámbitos de la organización sanitaria del sistema público aragonés de salud. Como

todos ustedes saben, la adecuación de las plantillas, la consolidación del empleo en el sistema de salud, la elaboración del mapa de recursos para la formación de los profesionales y la promoción de su formación continuada son tres de las cien medidas de gobierno para la presente legislatura.

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón considera que la definición de las condiciones laborales en las que llevan a cabo su trabajo los profesionales del sistema público aragonés de salud —también los del consorcio— es un factor de estabilidad que consecuentemente influye en la calidad. Para ello es imprescindible establecer las bases de las relaciones laborales en un clima de diálogo y corresponsabilidad con las organizaciones sindicales, no solamente adecuando las condiciones de trabajo del personal sanitario y no sanitario, sino, además, contribuyendo a paliar en lo posible los problemas derivados de la escasez de profesionales y eliminar agravios comparativos que generan desmotivación.

Considerando todo este conjunto de cuestiones, desde el Departamento de Salud y Consumo creemos que el consenso logrado, de un lado, con la firma del acuerdo profesional sanitario 2008-2011 para los profesionales del Salud y, de otro, la firma del convenio colectivo del consorcio de salud constituyen una oportunidad para progresar, primero, en la modernización y, también, en la consolidación de nuestro servicio público de salud, apostando por la capacitación y la suficiencia de profesionales y dotándolo de mayor flexibilidad organizativa para el desarrollo de la gestión clínica.

En definitiva, estos acuerdos laborales, los dos, contribuyen al desarrollo de las líneas de trabajo del Gobierno de Aragón, que tienen como prioridad la mejora de la salud de los aragoneses, manteniendo la suficiencia de los medios, la calidad y la equidad en la oferta de los servicios. El reconocimiento de los méritos y capacidad de todos los profesionales, las plantillas, los contratos —numerosísimos— que se realizan en todo el sistema en un marco de sostenibilidad económica es, en definitiva, lo que nos guía en nuestra política de recursos humanos.

Por lo que respecta más concretamente a los profesionales del consorcio de salud, el pasado 18 de julio, los representantes de este organismo autónomo y de los sindicatos UGT, Cemsatse, CSI-CSIF y Sindicato de Auxiliares de Enfermería firmaron el convenio colectivo que regula las condiciones laborales y retributivas de los trescientos dieciocho trabajadores que actualmente trabajan en el consorcio de salud.

Con este acuerdo, señorías, estamos convencidos de que podemos seguir mejorando la prestación sanitaria de la población de las cuatro comarcas, que es atendida en los centros del consorcio, y al mismo tiempo dotar a los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, de unas condiciones laborales estables, adecuadas y adaptadas a las características del modelo de alta resolución.

El convenio, que tiene vigencia de cuatro años, además de efectuar una detallada regulación de las condiciones laborales en los apartados relativos a jornada, descansos, vacaciones, licencias y permisos, y en los referidos también a las condiciones retributivas, introduce medidas para compaginar la vida laboral y

familiar, como el plan Concilia, y establece el pago de complementos que compensan la flexibilidad organizativa, la disponibilidad del personal y el hecho de que las plantillas sean más polivalentes y asuman tareas propias de este tipo de centros de alta resolución.

El texto regula los procedimientos también de selección y provisión de plazas, y cuenta con capítulos dedicados a la seguridad y a la salud laboral, así como al reconocimiento de medidas de acción social.

El acuerdo también incluye un anexo específico para los trabajadores del hospital Pirineos de Jaca, que firmaron el acuerdo del 12 de febrero de 2007, en virtud del cual se les da la posibilidad de acogerse a uno de los dos textos del convenio.

Algunas consideraciones en materia de personal que me gustaría dejar claras.

Señorías, quienes tenemos en estos momentos la gran responsabilidad de la gestión de los servicios sanitarios en las comunidades autónomas podemos comprobar cómo el debate de los temas relativos a las políticas de personal consume la mayor parte de las energías, en claro detrimento de la atención prioritaria que nos debe merecer y a la que tienen derecho los usuarios del sistema público de salud. Con ello solamente quiero poner sobre la mesa un elemento de reflexión, sin olvidar —es mi opinión y la de mis colegas también de otras comunidades autónomas y de otros gobiernos—, sin olvidar, por supuesto, la preocupación por la existencia de incertidumbres que nos afectan a todas las comunidades autónomas. Nos preocupa, señoría, el valle en el relevo generacional de profesionales que puede afectarnos si no se toman medidas en el ámbito de la formación pre y posgrado, acompañando la oferta a la demanda actual y futura de especialistas. Nos preocupa la progresiva complejidad de los diagnósticos y de los tratamientos, que requiere incorporar nuevas profesiones a las plantillas de los servicios sanitarios, urbanos y rurales, y la ausencia también de criterios sobre un modelo laboral equiparable para todo el conjunto del sistema nacional de salud.

Por ello, el propósito del Departamento de Salud y Consumo no puede ser otro, en este marco de incógnitas, que el desarrollo de políticas e personal en las que, respetando las legítimas aspiraciones de los profesionales, se alcance un compromiso claro con la implantación de cambios que son necesarios en los modelos de gestión y en los modelos de organización, con el fin de lograr los objetivos de progreso y de modernización ya iniciados.

Para nosotros —y al parecer no para todos, señoría—, progreso es haber podido prestar servicios sanitarios especializados en zonas geográficas en las que hasta hace cuatro días no se había podido conseguir. Queremos disponer de plantillas adecuadas y estables para que la mejora de las condiciones laborales repercuta positivamente en la calidad de los servicios. Nuestro objetivo es impulsar un empleo de calidad y no sujeto a la interinidad, relegando la contratación temporal a situaciones verdaderamente coyunturales. Esta política de empleo estable, de calidad, no puede verse supeditada únicamente al bienestar de los profesionales. Se quedaría corto este empeño si con ello no se llegara a cubrir todos los servicios sanitarios a los que los aragoneses tienen derecho —y me refiero al

medio rural—. La accesibilidad es tan necesaria como la de disponer de los servicios: de nada servirían estos si son inalcanzables para una parte de la población.

Y, para concluir, solamente voy a utilizar un dato: desde que inició su trabajo hace algo más de un año el centro sanitario de alta resolución de Ejea, se han hecho allí cuarenta y un mil seiscientos noventa y cinco actos médicos, entre consultas, urgencias, ingresos, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas, y todo ello sin que los pacientes hayan tenido que moverse de su localidad o de su comarca. De la otra forma hubieran sido cuarenta y un mil seiscientos noventa y cinco viajes a Zaragoza, para que todo el mundo lo entienda, solo en el caso de Ejea.

Se podía hacer, señoría, y lo hemos hecho. Y tenga la seguridad de que seguiremos cumpliendo con los objetivos marcados, porque nuestra preocupación, la principal, señoría, son los pacientes y los servicios que debemos prestarles con imaginación y con flexibilidad.

Muchas gracias.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Gracias, señora consejera.

Pasamos a la intervención de los grupos parlamentarios para la formulación de observaciones, peticiones de aclaración o preguntas por un tiempo de diez minutos.

Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, señor Barrena, tiene la palabra.

*El señor diputado BARRENA SALCES:* Sí, gracias, señora presidenta.

Gracias por la comparecencia, señora consejera. Buenas tardes y bienvenida. También saludo a quienes la acompañan.

Empezaré por decirle algo que parece que usted duda: Izquierda Unida también está muy preocupada por los usuarios del sistema público de salud, por la calidad del sistema público de salud y también por los trabajadores y trabajadoras del sistema público de salud. Y me parece que es legítimo discrepar sin que a partir de ahí podamos entrar en calificativos del título de «planteamientos inmovilistas» o cuestiones así.

A ver, usted nos ha vuelto a explicar hoy lo que es el CASAR. Ha mejorado usted un poquito: ya no ha dicho que es público; ha dicho que tiene carácter público. No, sabe usted que ha sido una discusión profunda este tema. Ya no ha dicho que la MAZ es pública. Por cierto, hablando de la MAZ, ¿tenemos ya el convenio con la MAZ? —sería una cuestión a preguntar—. Pero, bueno, ya no ha dicho que la MAZ es pública, ya la ha definido como de carácter público.

Luego, usted dice que esto funciona bien —bueno—, y se apoya en una serie de datos. Yo, en principio, le plantearía que por qué tengo que aceptar que el Gobierno de Aragón parece que solo puede garantizar la calidad de los servicios si lo hace externalizando servicios de una eficiencia y de una efectividad en principio no contrastada. ¿Dónde está, por ejemplo, el balance de coste del CASAR en comparación con el sistema público de salud para saber si de verdad es tan eficiente o no? A mí me encantaría saberlo. Entonces, usted dice que funciona muy bien; pues vale, yo, me apetecería que lo demostraran. Digo a todos los niveles que lo estamos planteando. Porque algunos

modelos, estos tan innovadores que usted ha dicho, en otros lugares han fracasado y han vuelto al sistema más tradicional.

Pero, mire, yo, de todas formas, hoy le había preguntado por la política de personal del consorcio, y de eso me ha dicho usted muy poquito. He intuido algunas de las cosas que usted ha dicho que me preocupan bastante.

Por ejemplo, ¿se da la circunstancia de que personal que esté en el Salud, trabajando en el Salud, en sus días y momentos de libranza o salida de guardias vaya a trabajar a los centros del CASAR, del consorcio? Lo digo por saber cómo se combina eso con el derecho al descanso y con toda esa serie de cuestiones.

Por lo que usted ha dicho, se produce una confluencia de distintos personales en los centros de trabajo del consorcio, y cuando hablo de distintos personales hablo de distintas procedencias. He creído interpretar de lo que usted ha dicho —le agradecería que me lo confirme— que ahí se puede dar la circunstancia de que aparezca personal estatutario, personal laboral, personal contratado y personal de fuera (de la MAZ, por ejemplo). Y a mí me gustaría saber si eso es así y cómo se resuelven las discrepancias que pueda haber en cuanto a salario, jornada, carrera profesional —toda esa serie de cuestiones— y cómo facilita eso el poder trabajar en equipo, si es que se da.

A mí me gustaría saber también cómo y de qué manera se establece esa doble función o doble colaboración que hay, porque también entiendo que se desprende de sus palabras que puede haber personal contratado por el consorcio que complementa jornada trabajando en el Salud, y al revés: personal del Salud que complementa jornada en el consorcio. Me gustaría también saber si eso es así y qué porcentaje, y cuál porcentaje de cada jornada en un sitio y en otro, y cómo afecta eso a la planificación de la prestación del servicio, tanto en el Salud como en el consorcio. Me gustaría saberlo también, porque no lo sabemos.

Me gustaría saber también qué tipos de contrataciones se dan en el consorcio: si son fijos, si son por obra o servicio, si son indefinidos, si son temporales, si hay de todo.

Me gustaría saber también de ese convenio al que usted ha aludido, que ha citado a los sindicatos que lo han firmado, cómo resuelve usted la situación cuando el sindicato que es mayoritario en el comité de empresa de Jaca, que es uno de los centros que entran al consorcio, no lo firma, y, entonces, qué nivel de representatividad hay en esa firma de ese convenio, que en principio son unos trabajadores y trabajadoras de un centro de trabajo anterior al consorcio, con su convenio, con su regulación de condiciones, incluso con el compromiso político de hacerles estatutarios... Sí, sí, es un compromiso político que hubo de hacerles estatutarios que no se ha cumplido. ¿Cómo repercute eso? Y me gustaría saber también cómo y de qué manera se regulan y se negocian convenios para centros de trabajo que todavía ni existen. Me gustaría saber también eso cómo se resuelve. Porque, evidentemente, eso puede repercutir después en las condiciones laborales, que, al final, eso repercute en la calidad de la prestación del servicio.

Me gustaría saber también qué ha pasado para que, con el poco recorrido que lleva el consorcio... Por-

que usted dice: «Se empezó a crear hace tres años», pero funcionando lleva poco más de uno. Y, que yo sepa, han pasado ya dos direcciones de recursos humanos, tres direcciones de enfermería y creo que vamos ya por el tercer gerente. Me gustaría saber qué ha pasado, a qué se debe, por qué, qué ocurre ahí, si es que no encuentran los equipos adecuados... ¿Qué pasa? Como ve usted, política de personal, que es lo que yo le había preguntado.

Y, al final, me gustaría saber, en función de la última novedad que hemos tenido con el consorcio, qué forma, qué selección tienen, cuando la última que conocemos, mediante una sentencia judicial, se la han tumbado, y era para seleccionar profesionales. Entonces, lo que me gustaría saber es qué es lo que pasa en todo este tema.

Más allá de que es verdad que han hecho cuarenta y un mil seiscientos ochenta actos médicos en Ejea, que es verdad —yo, eso, no se lo discuto—, pero de lo que todavía no me ha convencido es de que eso no se podía hacer desde el Salud sin inventarse nada nuevo y de lo que tampoco me ha convencido es de que está saliendo eso más barato.

Le pondré un ejemplo solo con una respuesta que usted me ha dado. Yo le pregunté que cuánto se pagaba por las resonancias magnéticas privadas en Monzón en un año, y usted me contestó que un millón de euros en número redondos —era un millón y un poquito más—. Y pregunté que cuánto costaría un aparato para tenerlo en Monzón o donde hiciera falta, y usted me contestó que quinientos y pico mil euros más un poco más de mantenimiento. Pues, mire usted, la cuenta es muy fácil. Poniendo uno propio, en un año y medio lo amortiza, y es propio. Claro, si usted me dice: «Pero ¿y la de resonancias magnéticas que he hecho en Monzón?», claro, yo le pregunto: ¿a qué precio? Y eso me lleva al debate por donde he empezado: ¿dónde está el contraste de la eficiencia, la efectividad y la eficacia para saber al final si eso está funcionando bien o mal? Porque nos preocupa la sostenibilidad del sistema sanitario público, nos preocupa el gasto público y nos preocupa la calidad del servicio.

Y esas son respuestas que en su primera intervención usted no ha respondido; yo le agradeceré que en la segunda lo pueda hacer.

Gracias.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Gracias, señor Barrena.

Tiene la palabra la portavoz del partido de Chunta Aragonesista, señora Ibeas.

*La señora diputada IBEAS VUELTA:* Gracias, señora presidenta.

Buenas tardes, señora consejera, y buenas tardes también a las personas del equipo que le acompañan.

Ya sabe usted también cuál es la opinión de mi grupo parlamentario en relación con los centros de alta resolución. Desde el principio hemos echado de menos muchísima transparencia en la información, muchísima transparencia en la evolución de todos los pasos que ustedes estaban dando para llevar adelante este consorcio. Y, simplemente, voy a recordar cómo, el 14 de febrero de 2006, usted compareció ante la Comisión de Salud y Consumo a petición de Chunta Aragonesis-

ta, de mi grupo parlamentario, para que precisamente informara sobre los modelos de gestión, el modelo de gestión de estos centros, el modelo de organización que ustedes estaban diseñando, porque unos días antes nos habíamos enterado por los medios de comunicación de que se estaba poniendo en marcha. Y así ha sido casi siempre: la última de las noticias que estábamos esperando era la llegada de ese convenio para la regulación de la participación de la MAZ en el Consorcio de Alta Resolución, que se le ha reclamado en múltiples ocasiones, y, precisamente a raíz de un acuerdo unánime de estas Cortes, de todos los grupos parlamentarios, el día 13 de diciembre de 2007, consideramos oportuno desde las Cortes de Aragón instar al Gobierno de Aragón a que precisamente presentara este convenio una vez que fuera aprobado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La cuestión es que el Consorcio de Alta Resolución sigue adelante, pero no tenemos ningún conocimiento de cuáles son las condiciones en las que se plantean esas relaciones, y, sinceramente, a nosotros nos preocupa. Nos preocupa y no nos gusta: todo hay que decirlo.

Hoy solamente creo que ya es bastante con que hablemos de personal. Podríamos hablar de otras muchas cuestiones. Usted misma ha reconocido en alguna ocasión que los resultados del consorcio no son los resultados que cabría esperar teniendo en cuenta la elevada inversión que implica. Y hay muchas cuestiones a las que yo me refería, pero que ya han sido puestas de manifiesto por el portavoz del Grupo Mixto (Izquierda Unida), que, además, ha sido quien ha solicitado su comparecencia. Realmente, para hablar de política de personal y para discutir sobre la política de personal, necesariamente tenemos que poner bien claro cuáles son nuestros planteamientos, y nosotros, como partido político y como grupo parlamentario, no compartimos ese modelo de gestión por el que ustedes han optado para llevar adelante estos centros de resolución.

Lo hemos dicho y lo repito. Usted hoy ha vuelto a referirse a alguna comunidad autónoma, como la andaluza, que puso en marcha un modelo parecido —no similar, parecido—, en el sentido de que optó por una empresa pública, pero, ¡joj!, una empresa..., perdón, una entidad jurídica con una entidad jurídica propia, pero en Andalucía se optó por una empresa pública para gestionar los centros hospitalarios de alta resolución que se encuentra integrada dentro del sistema, si yo no me equivoco o es que han cambiado las cosas, pero yo no tengo entendido que sea lo mismo de lo que estamos viendo aquí.

Aun así, sabe que mi grupo siempre hemos sido partidarios de que pudiera estar integrado perfectamente dentro del sistema sanitario público. No me vale que usted me diga que hay una partida correspondiente que sale de tal servicio, tal programa presupuestario para financiar los centros de alta resolución, el consorcio de salud, ni muchísimo menos. No estamos hablando de eso: estamos hablando de integrarlo realmente en el sistema sanitario público, es decir, de un modo de funcionamiento que esté absolutamente sometido al control de eficacia y al control y a los criterios generales también a los que se somete el propio servicio de salud. ¡Eso es lo que estamos diciendo! Y, por supuesto, eso no es el consorcio de salud, eso no lo es, no lo es.

Llevan muy poco tiempo, pero creo que la trayectoria es complicada. Como se ha señalado, el cambio en las personas que ocupan las gerencias, las direcciones de enfermería, los recursos humanos, sin mucha explicación —con muy poca explicación, diría yo—; los problemas que van saliendo a la luz de conflictividad laboral en los centros; sentencias, sentencias como la que se conoce, como la que se ha conocido recientemente, en la que se anula la convocatoria de selección del personal médico especialista del consorcio de salud por el hecho de haber vulnerado el derecho de igualdad en el acceso al empleo público en la convocatoria que ustedes hicieron pública en el *Boletín Oficial de Aragón* el 9 de mayo de 2008 para la cobertura de toda una serie de puestos de trabajo relacionados con diversas especialidades que no voy ahora a enunciar. Esa sentencia es una sentencia, señora consejera, dura, dura, porque pone en cuestión un modelo que se está a su vez planteando como un modelo muy poco definido y muy poco —insisto—, muy, muy poco transparente, pero, si encima ni siquiera es capaz de garantizar la igualdad de oportunidades y la transparencia en el acceso al empleo público, usted lo pone aún más, más difícil, mucho más complicado para que los grupos que no hemos estado de acuerdo jamás con este modelo pudiéramos comprender ni tan siquiera los beneficios que aporta. ¿Cómo eran las convocatorias de acceso al empleo público antes de esta sentencia, señora consejera? ¿Siempre han sido así? ¿Siempre han sido así de irregulares, a tenor de la sentencia? Porque, evidentemente, no solo se contrataron médicos y enfermeras: se contrató también personal..., celadores, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, personal de mantenimiento, técnicos de rayos X, laboratorio... En fin, todo el personal necesario, en principio, para poner en marcha el proyecto. ¿Cómo se contrató a todas estas personas? Porque ahora ya empezamos a preocuparnos muy seriamente.

Y por supuesto que también a mi grupo nos gustaría conocer cuál es el coste por proceso; nos gustaría conocer con detalle cuál es la valoración que realiza usted como consejera de este departamento al comprobar cuál sería el coste de un proceso, aunque fuera una operación de cataratas —me da igual; el proceso que usted quiera— en un centro de alta resolución o en cualquier otro centro del sector público —del sector público de Alcañiz, por ejemplo, o del sector público de Barbastro—. Casos muy concretos. Eso es lo que hay que valorar, no solamente si se han realizado tantas intervenciones, tantos procesos, tantas atenciones médicas... ¿Qué coste, qué coste tiene esto para toda la comunidad autónoma? ¿Cuánto se paga, por ejemplo, la guardia a un anestesista de Jaca y cuánto se paga la guardia, por ejemplo, a un anestesista en Alcañiz? Son datos que, desde luego, los tiene usted, y, alguna vez, de esto hemos hablado, y usted se ha referido también a ello en esta comisión. Porque, evidentemente, si esa persona está de guardia en el hospital de Alcañiz, este proceso podrá atenderse y llevarse a cabo; o, si está en Jaca, habrá que trasladar a la persona, al paciente a Huesca. ¿Por qué? Porque carece de una cartera de servicios para poderle atender. Total, que al final esto siempre es la pescadilla que se muerde la cola.

Así que son muchas las cuestiones que hoy podríamos poner aquí de manifiesto, pero permítame que

le diga que la política de personal en los centros de alta resolución es, cuando menos, peculiar y bastante poco clara. Y, en fin, utilizaría una expresión sin duda bastante más dura de la que he utilizado, porque no nos gusta nada, nada, la forma en la que ustedes están abordando todos estos temas y cómo se están planteando el empleo y el acceso al empleo, en algunos casos incluso a la carta, en determinadas comarcas.

Muchas gracias.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Gracias, señora Ibeas.

Por el Grupo del Partido Aragonés, señor Callau, tiene la palabra.

*El señor diputado CALLAU PUENTE:* Gracias, señora presidenta.

Buenas tardes, señora consejera. Bienvenida, como siempre, a esta comisión. Bienvenidas también las personas que la acompañan.

Resulta cuando menos gracioso que, con la misma boca en esta comisión y bajo las paredes de esta casa, pedimos algunas veces llevar todos los servicios hasta el último rincón de Aragón, y otras, con esa misma boca, decimos que no, que los tenemos que hacer en los centros que tenemos ya hechos porque resultan más caros.

Partamos de una base. Yo, como portavoz del Partido Aragonés, y el Partido Aragonés está a favor de cualquier iniciativa de gestión que sea novedosa y que pueda aportar calidad y que pueda aportar eficiencia al sistema sanitario. Y, por supuesto, no creo que tenga que decir de nuevo que desde mi partido estamos a favor de la compatibilización de lo público y de lo privado. Y, desde luego, estamos a favor de que también en el ámbito sanitario se innove o se trate de innovar de alguna manera. Estamos hablando mucho de la investigación, el desarrollo y la innovación, y, cuando planteamos alguna iniciativa que pueda innovar modelos de gestión para aumentar la eficiencia o para aumentar la calidad, los estamos machacando sin dar tiempo, prácticamente, a que se demuestre lo que podemos conseguir con ellos.

El Consorcio de Alta Resolución nace con unos principios —yo creo que conviene recordarlos—, a mi juicio, importantes. Un principio que es el principio de equidad territorial, en un territorio, el que tenemos, complejo, extenso y despoblado, y en el que conviene adaptar los servicios a las peculiaridades de ese territorio para que los ciudadanos dispongan de una accesibilidad y equidad reales. Y recordemos que la accesibilidad, la fácil accesibilidad, es uno de los principios básicos de la calidad.

Nace también con un principio de garantía de calidad; de descentralización, que también hablamos muchas veces aquí y apostamos todos por la descentralización; de descentralizar, de evitar desplazamientos innecesarios en servicios que se puedan prestar con la misma calidad más cerca de los ciudadanos —los que se puedan prestar, no todos, porque habrá algunos que indudablemente no se podrán prestar con tanta proximidad—.

Otro principio: de adecuación de la demanda, adecuación de la demanda creciente en la sociedad en la que vivimos, con exigencias cada vez mayores de rapidez en el servicio y de calidad.

Y, por supuesto, con un principio de eficiencia de recursos: conseguir, sin lugar a dudas, el mejor resultado al menor coste económico y social posible con el fin de integrar en la red pública todos los recursos disponibles.

Esos son los principios básicos que rigen en la creación del consorcio.

Y vamos a ver que la medicina, a lo largo de la historia y a través de la socialización, afortunadamente, ha tenido ventajas. La mayor ventaja que tiene la medicina cuando se socializa, cuando deja de ser una profesión liberal, es el derecho de todos los ciudadanos a la salud en las mismas condiciones —es el gran principio de equidad, la misma garantía de salud para todos—, pero tiene un inconveniente, y un inconveniente claro, que estamos pagando y que estamos sufriendo de alguna manera, y es la masificación y, en parte, la deshumanización de la sanidad.

Las soluciones a este inconveniente, que estamos intentando dar día a día y que a veces conseguimos con mayor éxito y otras con menos, una de las soluciones es la descentralización, cada vez mayor, y el cambio del modelo estructural. Pasamos de los grandes macro-complejos hospitalarios de mil ochocientos o dos mil camas a centros más pequeños con mayor distribución territorial y socializamos la medicina de una manera distinta. Ya no solo tenemos el 12 de octubre, y el Piramidón, y el Valle de Hebrón, y la Casa Grande o el Miguel Servet: hacemos hospitales más próximos a los ciudadanos, hospitales de primer nivel. Y los escalones de la medicina se basan, sobre todo, en la atención primaria, en centros de especialidades, en hospitales generales de primer nivel y en centros de referencia de alto nivel tecnológico.

Pues bien. En este modelo sanitario, en este modelo de gestión sanitaria, hay tres formas ahora mismo a nivel mundial de abordar y de afrontar la asistencia sanitaria. Solo hay tres modelos sanitarios: el modelo que plantea un estado de planificación central y de provisión totalmente pública, que es el modelo que se da en los países comunistas —ya no en todos—; el modelo liberal, de iniciativa privada pura en financiación y provisión de servicios, que es el modelo americano —que también está en cuestionamiento ahora mismo con la elección del nuevo presidente—; y el modelo socialdemócrata, de financiación pública y provisión público-privada, que es el modelo europeo. Teniendo en cuenta, además, que España, dentro de este modelo de financiación pública y provisión público-privada, el modelo mixto, no deja margen a la elección de la cobertura de riesgo. Por lo tanto, estamos ante un modelo yo creo que no novedoso por la forma de gestión, pero sí con ganas de salir adelante y con mucho futuro.

Los problemas del centro de alta resolución, señora consejera, como usted ha dicho —y como yo estoy convencido, además—, no son distintos de los problemas que tenemos con el personal en cualquier otro centro sanitario. Son problemas que se derivan de la situación sanitaria actual, de la falta de médicos que tenemos, falta de médicos que se ha tratado de solucionar exactamente igual que se trata de solucionar la falta de médicos en otros hospitales, en hospitales más pequeños. Las actuaciones que ha tenido su departamento con arreglo al consorcio son similares o las mismas que se tienen con otros hospitales. Por lo tanto, creo que

están haciendo un trabajo razonablemente bien hecho con las dificultades que tenemos ahora mismo. Y es que es difícil encontrar especialistas para atender en según qué hospitales o para atender según qué zonas. Es difícil, sobre todo, porque, aunque los traigamos de fuera, cosa que a mí no me parece razonable, porque estamos quitando mano de obra muy especializada y muy profesionalizada a países emergentes, con lo cual nos estamos llevando lo mejor de esos países, dejándoles los ciudadanos menos formados —y yo creo que eso no es bueno a nivel de relación internacional—, pero, además, nos encontramos con el problema de que la formación que tienen no está adaptada ni está equiparada a la formación que tenemos.

Por tanto, todas las iniciativas que se están haciendo, que se están llevando a cabo a través del Consorcio de Alta Resolución de Aragón creo que son razonables, dentro de la complejidad que tienen siempre las políticas de personal. Pero siempre han ido y creo que van encaminadas hacia un empleo estable, un empleo de calidad, y explorando, eso sí, nuevos modelos de gestión, siempre buscando, sin lugar a dudas, maximizar el beneficio para todos los ciudadanos. Porque, cuando se pregunta de los costes, cuánto nos ha costado, cuánto le ha costado al Gobierno de Aragón atender las cuarenta y una mil atenciones que se han hecho en Ejea, yo, el coste, no lo sé. Sé que, en Jaca, en concreto, las cataratas, en un estudio que leí, eran más baratas que la media de los hospitales del Salud. Era un hospital del consorcio, y las cataratas sí que lo sé. Las cuarenta y una mil atenciones de Ejea, no lo sé, pero sí que tenemos que valorar que ha habido cuarenta y un mil ciudadanos que no se han tenido que desplazar y que ellos han evitado unos costes que también les pueden suponer un desgaste económico.

Por lo tanto, por nuestra parte, animarla para que siga adelante con el consorcio, para que siga adelante tratando de favorecer que los ciudadanos tengan la atención cada vez más próxima y, por supuesto, asegurando la calidad para todos estos ciudadanos.

Muchas gracias.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Gracias, señor Callau.

Por el Grupo del Partido Popular tiene la palabra el señor Canals.

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

Señora consejera, bienvenida. A las personas que la acompañan no las conozco; supongo que después me serán presentados. No sé quiénes son ustedes —conozco al jefe de gabinete, por supuesto—. Y también quiero aprovechar para dar la enhorabuena al nuevo vicepresidente de la mesa de esta comisión, el señor Navarro, don Pedro Navarro.

Entrando ya en la comparecencia, señora consejera, en esta misma comisión de hace casi tres años —usted lo ha comentado antes—, usted compareció, usted nos presentó —aunque ya habíamos conocido previamente por los medios de comunicación— el planteamiento del Gobierno de Aragón de poner en marcha una nueva forma de gestión en la asistencia sanitaria, especialmente en el medio rural. Usted, en esa comparecencia —la tengo aquí, anotada,

marcada con las cosas que a mí me han parecido interesantes, que había muchas—, usted planteaba en primer lugar que lo que hacía era una ampliación de lo que ya existía, que era el consorcio hospitalario de Jaca, si bien es verdad que ahí saca —y es el primer punto de reflexión que me gustaría hacer a mí—, saca el Servicio Aragonés de Salud, ya no forma parte de la dirección del consorcio, y se pone el departamento, con lo cual, de alguna forma, se le da —y perdóneme la expresión— la patada a lo que sería la separación de funciones, que hasta ahora siempre había sido uno de los eslóganes del Gobierno socialista, separar lo que es la financiación de la provisión de servicios, incluso de la garantía. En estos momentos, el departamento se transforma en todo, es absolutamente todo, como en épocas remotas: es el que financia, el que garantiza y el que provee. Bueno, a mí me parece que sería mucho más interesante que usted tuviera libertad, el Gobierno de Aragón tuviera libertad a la hora de poder no tener las manos atadas en lo que sería la gestión de este consorcio. Pero, bueno, es una decisión de ustedes, que yo ya creo que en su momento comenté y de alguna forma lamenté.

Usted decía que esta nueva forma de gestión, gestión privada de un servicio público, obviamente, debería basarse en algo que usted llamaba «alta resolución». Otra reflexión que me gustaría hacer es qué ha pasado con la idea de la alta resolución, si de verdad se está trabajando en esa línea, si de verdad todos los centros nuevos están trabajando con el concepto de alta resolución, que me parece muy interesante, me parece que es una de las formas de verdad de poder combatir seriamente lo que son las demoras, lo que es la tardanza de los pacientes en ser visitados, en ser diagnosticados, en ser tratados.

Hablaba usted en esa comparecencia de los principios que, de alguna forma, impulsaban esta nueva forma de gestión, que eran la equidad territorial, el principio de garantía de calidad, la adecuación de la demanda, la eficiencia, la participación ciudadana... Otra reflexión que yo quiero poner encima de la mesa es: ¿se diferencian algo estos principios de los principios que debe llevar adelante el Servicio Aragonés de Salud? ¿Hay algún cambio importante de estos principios? Quiero decir: el que haya este sistema de gestión, ¿modifica alguno de los principios básicos que todos entendemos que el sistema público de asistencia sanitaria debe tener? ¿Es novedoso? ¿En qué se diferencian, a nivel de principios fundamentales, los principios rectores del consorcio de lo que debe ser el Servicio Aragonés de Salud o cualquier otro sistema que se pueda emplear?

Parece ser que usted ahí también dice, por su expresión y por lo que acaba de decir, que necesita, de alguna forma, de una nueva herramienta de gestión para poder llevar adelante lo que sería la gestión sanitaria en el medio rural aragonés. Y nosotros, a diferencia de otros portavoces, nosotros estamos encantados. A nosotros nos parece interesante, nos parece que se debe avanzar en la participación privada de la gestión pública de la sanidad. Nos parece interesante. En muchos sitios se ha llevado adelante. Usted ha citado Andalucía. Yo puedo poner encima de la mesa Galicia, La Rioja, Valencia, Madrid. Es decir, que algunas comunidades están explorando o algunos

llevan ya muchos años con nuevas formas de gestión, que, si bien no son iguales a esta —hay variables, diferencias—, pero sí que es una nueva forma de gestionar la sanidad, que, en muchos sitios, usted y yo sabemos que obtienen muy buenos resultados.

Usted nos decía que esta forma de gestionar la sanidad, especialmente en el medio rural, de alguna forma aseguraba la oferta —parece ser que el Servicio Aragonés de Salud no lo aseguraba—, que asegura la calidad —parece ser que el Servicio Aragonés de Salud no lo aseguraba—, que se equilibra la accesibilidad —parece ser que el Servicio Aragonés de Salud no lo hacía—, que se aumenta la eficiencia de los recursos —parece ser que en el Servicio Aragonés de Salud no se hacía—. Por eso, usted nos dice, nos decía —y estoy siguiéndola— que era necesario adoptar una nueva forma de gestión que responda a criterios de liderazgo de la Administración sanitaria —parece ser que en el Servicio Aragonés de Salud no ocurre— para facilitar la coordinación de todos los recursos —parece ser que el Servicio Aragonés de Salud no ocurre—; que se deben orientar los servicios a las necesidades reales de los ciudadanos —parece ser que en el Servicio Aragonés no ocurre— y que incluso, cuando son necesario profesionales altamente cualificados —y viene literalmente en la transcripción de su comparecencia— o cuando hace falta alta complejidad en la tecnología, parece ser que con el Consorcio de Alta Resolución es mejor hacerlo que con el Servicio Aragonés de Salud.

La solución de todo esto pasa por crear el Consorcio. Y yo terminé esa comparecencia, en mi turno, diciéndole que con la experiencia acumulada de lo que habíamos visto hasta ahora era increíble —yo empleé el término «incredulidad»—, pero que le deseaba suerte, señora consejera. Creía que debería mostrar nuestra disponibilidad y, si me permite, incluso nuestro apoyo, nuestra ayuda para que esto pudiera salir adelante porque podía ser interesante.

Hoy, usted aquí también ha puesto encima de la mesa una serie de reflexiones que a mí también me preocupan y quiero ponerlas encima de la mesa.

Ha hablado de que había un problema en el relevo generacional; que sería necesario actuar con los nuevos especialistas, con las nuevas profesiones que se iban incorporando o que se van a incorporar a la hora de realizar los tratamientos y los diagnósticos de los pacientes; que había ausencia de unos criterios comunes en todo el modelo laboral. Yo creo que ha empleado «nacional», lo cual me alegra. Sería el Estado, sería el Servicio Nacional de Salud, un modelo que igualara u homologara a todo el personal. Pero, ¡hombre!, decía también que era conveniente prestar asistencia —yo creo que lo he copiado literalmente—, prestar asistencia sanitaria donde antes no se había podido realizar. Esto, de verdad, señora consejera que, cuando lo he escrito, he puesto *dixit* por si había un error. Pero ¿es que no es un compromiso del Gobierno de Aragón? O sea, ¿es que el Servicio Aragonés de Salud no lo puede hacer? ¿Es que, si no empleamos una nueva forma de gestión, no es posible llegar a sitios a realizar asistencia sanitaria? Aquí usted nos ha dicho por activa y por pasiva, y todos sus directores generales, que se llega a todos los sitios. Y ha dicho también que la accesibilidad es necesaria y alcanzable. Y habla, obviamente, del Consorcio de Alta Resolución.

Y la pregunta que yo quiero hacerle: ¡oiga!, pero, vamos a ver, todas estas reflexiones que hace de relevos generacionales, de falta de profesionales... Pero ¿quién está gobernando en Aragón desde hace nueve años y medio o quién está gobernando desde hace casi cinco años en el Gobierno de España? Pero ¿quiénes...? ¡Hombre!, todos tenemos nuestra parte de culpa, y quizá nosotros tengamos una parte determinada, pero, ¡hombre!, alguien tendrá más culpa que otros. Y que todos estos problemas estén encima de la mesa y no se solucionen será, obviamente, de quien está gobernando ahora y hace ya, en Aragón, más de dos legislaturas —y va por la tercera—, y que estos problemas no se están solucionando. Me parece que, obviamente, alguien tendrá que asumir una parte de culpabilidad y de responsabilidad, que yo, señora consejera, a usted no le he escuchado nunca. Y algo creo, de verdad, sinceramente, que, en nuestra asistencia sanitaria, alguien tendrá que decir que algo se está haciendo no del todo bien.

Y todo esto, que ya lo he dicho antes, vamos, ¿es posible que todo esto no se pudiera haber hecho desde el Servicio Aragonés de Salud? ¡Claro!, usted habla de que en Ejea se han realizado cuarenta y un mil seiscientos noventa y cinco actos médicos. Pero ¿es que no los hubiese hecho el Servicio Aragonés de Salud igual? ¿No hubiese puesto usted los recursos suficientes en Ejea —que ya había, por cierto, un hospital— para llevarlos adelante? ¿No es posible? O sea, ¿tan incapaces son los gestores del Servicio Aragonés de Salud para que esto no pudiera llevarse adelante? Y no habla nunca de Jaca. Es que Jaca ni lo cita: un hospital con una historia enorme, que, si después me da tiempo y la presidenta me lo permite, seguiré hablando de ese hospital.

¡Hombre!, ¿qué pasa, que, si no es por el consorcio, el Servicio Aragonés de Salud fomenta los viajes a Zaragoza? ¿Gracias al consorcio no se viaja a Zaragoza a hacer asistencia sanitaria? ¡Hombre!, me parece que esto es totalmente demagógico, señora consejera.

¡Claro!, porque, este consorcio, ¿qué es lo que nos ha hecho? Vamos a ver, ¿qué hemos mejorado con el consorcio? La asistencia sanitaria, ¿qué hemos hecho para favorecer a los pacientes algo mejor? ¿Qué se ha hecho? ¿Se ha reducido, por ejemplo, la lista de espera? Estos cuarenta y un mil seiscientos noventa y cinco actos, ¡algo se habrá notado! ¿Tenemos menos lista de espera? ¿Se opera más? ¿Se opera antes? ¿Hay más consultas?

Yo, mire, yo, señora consejera, sabe que, siempre que hablo, hablo con datos. Y, mire, cuando se pone en marcha el consorcio, que es en mayo del año 2006, en lista de espera tenía usted dieciséis mil trescientos cuatro pacientes —ahora tiene diecisiete mil doscientos cuarenta y ocho—; la demora media era setenta y cuatro días —ahora está cerca de noventa—; los pacientes que habían sobrepasado los seis meses eran ochocientos sesenta y nueve —ahora tiene mil seis—.

Si quiere, podemos comparar dónde está ubicado Ejea o dónde está ubicado el hospital de Jaca y cuál es la situación de entonces y de ahora, porque, ¡hombre!, el hospital Clínico no ha mejorado. Aquí tengo las especialidades quirúrgicas de octubre, el último colgado, y las he comparado con la que había hace casi tres

años, en mayo de entonces, ¡oiga!, y, menos en dos especialidades, en todas las demás hemos empeorado.

Y, si quiere que hablemos de las listas de espera del San Jorge, donde absolutamente en todas las especialidades menos en una estamos peor, donde en consultas externas...

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Vaya concluyendo, señor Canals.

*El señor diputado CANALS LIZANO:* ... —sí, sí, ya termino, señora presidenta—, en todas las consultas externas, menos en dos, tenemos más demora o donde, para realizarse una prueba diagnóstica, en todas, menos en dos, estamos peor... ¿Qué hemos mejorado con el Consorcio de Alta Resolución? Y, si quiere, también podemos hablar de lo que ha ocurrido entonces. Si solamente he traído aquí los recortes de prensa de los últimos cuatro o cinco meses... El Justicia nos dice que hay problemas en el hospital de Jaca. La plantilla de Jaca —recuerde usted— se manifestaba con pancartas, hacía recogida de firmas... Hubo un montón de ayuntamientos y de asociaciones que colaboraron con ellos. Los periódicos de nuestra comunidad hablaban algo así como de que, cada día, de lo que ocurre en Jaca se podía escribir un sainete. Parece ser que incluso una asociación puso en manos del fiscal jefe de Aragón y de la consejera de Sanidad por si hubiera responsabilidad por lo que estaba ocurriendo en Jaca. Llegamos nosotros mismos —el Partido Popular, que quiere que la gestión privada participe—, llegamos a pedirle que se integrara totalmente el hospital de Jaca en el consorcio; incluso que los trabajadores pasaran, de la forma que pudiéramos plantear, para trabajar en las mismas condiciones que el Servicio Aragonés de Salud. ¡Oiga!, en fin, aquí tengo decenas de artículos... Aquí mismo, en las Cortes de Aragón, decidimos todos que había que ampliar los servicios del hospital de Jaca. En fin... Y lo último, ya por terminar —en fin, ya lo ha citado algún portavoz antes—, hoy es portada del *Diario Médico*: lo que ha ocurrido con que un juzgado de Aragón anula una selección de plazas de especialista. Y hay algo tan duro como que hay una página entera de este periódico, un periódico profesional —que llega a toda España, por cierto, ya no lo que ha salido en Aragón—, que habla de que el juzgado califica el proceso de vergonzante. Que no lo digo yo, señora consejera, lo dice un juez. O sea, ¿qué es lo que está ocurriendo en la gestión del consorcio? Pues, hombre, a mí me parece tremendamente preocupante, señora consejera. Algo, obviamente, tendremos que hacer, algo tendremos que plantear, si lo que hemos hecho hasta ahora en el consorcio sirve o no sirve para nada.

Por terminar, señora presidenta —y termino—, la conclusión mía es la misma que hacía ya hace unos meses cuando decía que Jaca debería pasar a depender íntegramente del Servicio Aragonés de Salud. Vamos a ver: tenemos los mismos pacientes, son pacientes públicos los que están en el Servicio Aragonés de Salud y los que son atendidos en el consorcio; todo el dinero que está gastándose allí es dinero público; los trabajadores tienen, al parecer, los mismos deberes y las mismas obligaciones que los que trabajan en el Servicio Aragonés de Salud; no hemos visualizado

absolutamente ninguna mejora, y los datos son los que le he comentado a usted, salvo que haya otros que yo desconozca; ya teníamos un hospital en Jaca, ya teníamos un hospital en Ejea, ya teníamos un ambulatorio en Tarazona y en Fraga, que, obviamente, había que invertir dinero en mejorarlos. ¿Para qué queremos el CASAR entonces? Porque el CASAR es lo mismo que hace el Servicio Aragonés de Salud, pero más caro y con más conflicto: ese es el resumen.

Entonces, nosotros, que estamos de acuerdo en que es una herramienta novedosa que debe ponerse en marcha y que podría contribuir...

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Ha concluido su tiempo, señor Canals.

*El señor diputado CANALS LIZANO:* Termino inmediatamente, señora presidenta.

Por lo tanto —y resumo—, creemos, señora consejera, que es un fracaso la gestión de personal del Consorcio Aragonés de Alta Resolución, y lo mejor que podría hacer —y es un consejo, señora consejera— es que disolviera este consorcio y pasara absolutamente tanto los recursos humanos como materiales al Servicio Aragonés de Salud, porque una buena herramienta en manos de ustedes ha sido un auténtico fracaso.

Gracias, y termino.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Gracias, señor Canals.

Señor Alonso, por el Grupo del Partido Socialista, tiene la palabra.

*El señor diputado ALONSO LIZONDO:* Gracias, señora presidenta.

Señor Canals, usted sigue en la tónica de poner un sistema catastrofista como si fuera la realidad, y yo no le quiero decir que usted ni los portavoces que han intervenido anteriormente estén mal informados, pero sí que me atrevería a decirles que tienen una información —aparte de la de las cifras que usted ha leído, que yo no se las discuto— muy sesgada quizá por informaciones —vamos a llamarlas entre comillas— deliberadas. Y yo aprovecharía, como usuario de uno de los centros del CASAR, a invitarles personalmente un día, sin avisar a nadie, les invito como compañeros, como amigos, les invito un día a visitar, sin avisar a nadie, ni a la consejería ni al CASAR, a comer en Ejea, en mi pueblo, y nos presentamos por la mañana, y allí analizamos cómo se llevan en el CASAR sus relaciones con la atención primaria, preguntándoles a los pacientes; vemos cómo se compenetran con los de urgencias; vemos cómo se pasan las visitas médicas de especialistas, la procedencia de esos especialistas; vemos cómo las tecnologías de los radiodiagnósticos, de las radiografías, etcétera, etcétera, están en tiempo y forma para que en el mismo día, en el mismo acto médico casi, se tenga la propuesta de diagnóstico y de tratamiento. Y nos venimos a Zaragoza tranquilamente viendo la realidad de eso.

Sigue en pie, por lo tanto, esa invitación que yo le hago, les hago a todos, en el sentido también de que no nos olvidemos de que el centro del sistema sanitario lo ocupa el paciente, y a ese paciente..., ese puesto o ese centro o esa centralidad que tiene el paciente en

nuestro sistema público sanitario no debe ocuparlo el personal que presta los servicios en el centro. El personal es un medio importantísimo para que la sanidad pública aragonesa funcione, pero no olvidemos, señor Canals, que, por las características sociodemográficas y territoriales de esas comarcas periféricas, de esos entornos que las directrices de ordenación del territorio llamaban «subregionales» o «supracomarcas», nunca se les daba respuesta por el modelo de gestión tradicional. Usted ha gestionado y ha sido cocinero antes que fraile, señor Canals, y ya vería usted cómo gestionaba la sanidad, que no digo ni mal ni bien, pero cómo la gestionaban, usted y los gestores socialistas que hubo anteriormente a usted, a los pacientes de la zona de Caspe desde el Servet en la calle de Fernando el Católico.

Teniendo en cuenta, por lo tanto, que aquí hemos debatido muchas veces las tiranteces o —diríamos— contraposiciones que tienen las cien mil tarjetas sanitarias de Barbastro y las cien mil tarjetas del San Jorge de Huesca, los médicos que trabajan en un sitio y los médicos que trabajan en otro, las comarcas que forman estas subregiones —me estoy refiriendo a Jacetania y Alto Gállego por un lado; Cinco Villas, con la parte norte de Altas Cinco Villas; los veinte mil habitantes de la zona Tarazona-Borja, y los otros veinte mil...—. En resumidas cuentas, las cien mil tarjetas aproximadamente que, hasta ahora, con la respuesta tradicional, que usted ha gestionado durante un tiempo y que nosotros también hemos gestionado, no se les daba respuesta con la forma tradicional. Y en estos momentos hay que buscar una gestión imaginativa, flexible, con capacidad de respuesta a los problemas que plantean los ciudadanos.

Y esas aproximadamente cien mil tarjetas sanitarias requieren una respuesta, que tienen distinta respuesta a la que estamos acostumbrados en el hospital Clínico, por ejemplo. El personal del Clínico trabaja en un único centro sanitario, situado en la avenida Gómez Laguna. El personal del consorcio, muchos de ellos trabajan en Jaca, trabajan en Ejea, luego pasan visita en Fraga y luego pasarán visita en Tarazona. Tienen distintos puestos de trabajo. Sí, porque tienen que completar esas jornadas laborales. El número de tarjetas es mayor en el Clínico y en el Servet que en la parte del área 3 o sector 3 del Clínico. La dispersión geográfica es la que es, señor Barrena. Y, por supuesto, yo no le discutiré que su política sea la mejor o la peor, eso de café para todos, que todos tienen que cobrar igual, pero, efectivamente, nuestro grupo está por la labor de incentivar, de mejorar, de buscar medidas de motivación, de buscar medidas que mejoren la formación, el compromiso personal con el propio consorcio, que se puede hacer con esta política flexible, ágil e imaginativa que supone el consorcio y que a veces no se puede hacer en un gran centro sanitario.

En ese sentido, si antes no se daba respuesta —y doy fe— y ahora se da parte de respuesta, muy positiva, y la valoración no deben hacerla ni por lo que diga la consejera ni por lo que diga yo —la deben hacer en esa visita que yo les ofrezco para hablar con los ciudadanos—. A ver, que es importante los viajes que se evitan, pero también es importante que, en menos de mes y medio, un enfermo en traumatología tenga la segunda visita médica. Eso se consigue en

el consorcio, y a veces no se consigue en los grandes centros sanitarios. La respuesta en las mamografías y en las pruebas de radiodiagnóstico, creo que son cada quince o veinte días en los centros del consorcio, en esa unidad móvil que va por los cuatro centros, mucho más rápidas y más en tiempo, en forma y en calidad que...

Y en este sentido volvería al debate que ha metido el señor Barrena. ¿Es bueno que —¿cómo decía?—..., que el personal del Clínico pase consulta en Ejea? Entonces, yo le diría: bueno, ¿y usted ve mal que haya una continuidad en la atención? Porque ninguno de los pacientes —pienso yo— de la zona del Alto Gállego quiere quitarse del paraguas que supone el San Jorge, lo mismo que nadie de Tarazona o nadie de Ejea o de Castiliscar querrá quitarse del paraguas que supone para ese 30 o 40% de casuísticas de actividad o de quirúrgica, lo que supone el Clínico. Hay ese 30 o 40% de alta complejidad que no puede ser hecho en estos centros del del CASAR y que deben hacerse así. Por lo tanto, esa continuidad médica que hay es un debate o una variable tan importante como la que usted dice.

Como decía la señora Ibeas: ¿es justo que el anestesista de Jaca cobre distinto o más —he querido entender— que el anestesista de Alcañiz? Pues, mire usted, si el anestesista de Jaca cobra un poquito más, o sea, le sale un poquito más caro al sistema público sanitario global, a la caja común —diríamos— de la plaza de los Sitios de Aragón, le sale un poquito más caro, pero de paso le libera antes camas de agudos caros del Clínico porque se ha hecho actividad en los centros del CASAR, a lo mejor, la suma total de ingresos-gastos, esa pequeña carestía que puede suponer el incentivar económicamente que se haga una actividad quirúrgica en Jaca, en Tarazona o en Fraga puede suponer al final de la suma un ahorro para la caja pública.

Yo siempre oí, cuando estudié el hospital de Verín, cuando estudio el modelo Alcira y Alcorcón, que no nos gustaban tanto, pero también lo estudiamos, cuando estudié para seguir luchando por el tema de la descentralización sanitaria hacia las zonas que estábamos en una isócrona de hora, hora y media de los centros hospitalarios, estudiábamos el modelo Calahorra, que a mí me pareció bien... De hecho intenté copiar algunas cosas que no me salieron bien —no las voy a decir aquí—, pero me gustaron algunas cosas de cómo trabajaban en Calahorra, y era una fundación auspiciada por el Partido Popular. Y mucho más cerca Calahorra de Logroño que lo que supone Ejea de Zaragoza o Fraga de Barbastro, mucho más cerca. Y, sin embargo, en ese sentido, yo creo que la suma de la carestía y de la preocupación por el dinero público que usted manifiesta y que a nosotros también nos preocupa, yo creo que hay que hacerla al final de la suma.

Y, en ese sentido, yo creo que por variables o por que un médico cobre un poquito más que otro... Es que hay que incentivarlo. Lo mismo que yo creo que hay que incentivar en la formación. Lo mismo que nosotros pensamos, en debates que hemos tenido a puerta cerrada miembros de la Comisión de Sanidad del Grupo Socialista, que, si las dos vías de entrada al Consorcio de Alta Resolución, una es la atención primaria, porque te deriva allí el médico de atención primaria del centro

de salud, y la otra puede ser la del hospital de agudos, que, después de una pequeña convalecencia, vuelves a una cama más cercana a la familia, más barata para el erario público y con menos riesgo de contagios que el que puede tener un gran hospital —eso es lo que hemos leído todos—, primemos también la actividad, porque, a lo mejor, ese segundo flujo sería interesante para racionalizar el gasto en estos centros. Yo siempre oí que los hospitales del Bajo Ebro les saldrían más baratos a la sanidad catalana si determinados servicios los tenía centralizados en Barcelona, pero los otros daban una calidad tan alta y tan valorada por los ciudadanos, que evitaban fugas a segundas visitas a Barcelona o a los hospitales de Tarragona centrales —me estoy refiriendo a los hospitales de Mora de Ebro, Amposta, Reus, etcétera, etcétera—.

No sé si me he explicado, pero lo que intento decir es que, si estos centros del CASAR funcionan, funcionarán para bien de los usuarios y para bien del resto de los usuarios que no van al CASAR, que están en el Clínico o están en el San Jorge y que tendrán menos presión asistencial porque habrá menos colas para ser atendidos en esos grandes centros porque en los otros sitios se está sacando gente de las listas de espera.

Por lo tanto, pienso que, como le decía al principio —y voy terminando—, la respuesta hay que tenerla clara.

Le voy a poner un ejemplo que habla mal de un Salud incluso gestionado en tiempos de los socialistas. Yo recuerdo en los años ochenta y ocho, ochenta y nueve que el primer coche —es una anécdota, pero con esa anécdota podemos ver un poco cómo se trabajaba antes y cómo se trabaja ahora—... El delegado territorial del Insalud central vino a Ejea a que el ayuntamiento comprase un coche para los médicos de atención primaria. Eso, hoy, esta consejera va a un pueblo, aunque sea rico, a decirle eso, y no la dejan entrar en el pueblo. Vamos, es que no creo que ni se le ocurriera a la consejera de Sanidad ir a pedir eso. Lo digo eso en relación a la segunda faceta y penúltima que voy a nombrar: es el tema de la participación ciudadana. Los ayuntamientos, que antes pagábamos coches, en estos momentos no hemos hecho más que poner el solar y perdonar la licencia de obras, no hemos hecho más que eso, y, además de hacer eso, tenemos —por lo menos, yo, en mis tiempos, estaba—, tenemos una silla en el consejo de administración o en la junta rectora en donde podemos transmitir..., ya no solamente en el consejo de salud, que es del que formamos parte, sino podemos, en el órgano de dirección, transmitir el por qué hay más lista de espera en una especialidad, por qué la otra especialidad no hace actividad, etcétera, etcétera.

Yo creo que, para terminar, metería un tercer matiz: que es bueno que el consorcio haya firmado un convenio. Entiendo yo que ha buscado una paz social. Esa paz social se ha conseguido. Es una lástima que un sindicato de los mayoritarios —lo digo de verdad como lo siento—, como Comisiones Obreras, que es mayoritario —no sabía si en Jaca, pero en Ejea era mayoritario—, no haya firmado ese convenio, pero creo que debemos seguir insistiendo en primar la actividad.

No puede ser —entiendo yo— que los responsables de los centros del CASAR no tengan estímulos por la actividad, porque, si se cobra lo mismo si se tienen tres camas llenas que si se tienen treinta, dejaremos

de hacer actividad. Y siempre les he oído yo a los que entienden de medicina que lo importante es que los médicos hagan manos, que hagan actividad; y, si no hay actividad, no podremos dar la calidad que se pone ahí, encima de la mesa, cuando se descentraliza una gestión tan difícil como es la sanitaria.

Por lo tanto, entiendo yo que la política de personal ha sido una política correcta del departamento, en la que se ha buscado primero, como exigían los sindicatos, si hay gente estatutaria y hay gente dentro del propio sistema del Salud que está dispuesta a ir a prestar servicios a estos centros, los primeros, porque es, además, lo que quieren los pacientes. Segundo: si no los hay, vemos en el socio —digo en la MAZ— que vengan también a trabajar con nosotros. Si no tenemos médicos que puedan hacer la actividad en estos centros, vengan los de la MAZ, que, por lo menos en mi pueblo —y no querría generalizar ni que ustedes se enfadaran de que nombre demasiado a mi pueblo: es lo que yo conozco—, tampoco viene mal. De hecho, hasta nosotros somos clientes de la MAZ, que nos vamos a hacer las revisiones allí. O sea, que, para un enfermo o para un accidentado, que un médico de la MAZ te atienda no es mala marca; siempre ha tenido un prestigio —en Aragón me estoy refiriendo—. Y, si no lo hay, que el consorcio tenga la suficiente agilidad para ir a la calle, buscar al mejor especialista para que —repito y termino— el enfermo, que está en el centro del sistema sanitario, reciba la atención con calidad en tiempo, en forma y con prontitud, que es lo que deseamos en estos momentos.

Por lo tanto, yo le animo, señora consejera, nuestro grupo le anima a seguir profundizando en este nuevo modelo de gestión, en no ir creando, como a veces se buscó por algún grupo de la oposición, el llamar al consorcio el Salud pequeño, el Salud bis... No, el consorcio, como usted creo que ha dicho, es otro instrumento más que la consejería tiene, además del Salud, para dar servicio a esas subregiones —diríamos—, porque afectan a varias comarcas, juntas para ver si podemos tener esa calidad de servicio que tienen los ciudadanos de Alcañiz, los ciudadanos de Calatayud o los ciudadanos del área metropolitana de Huesca, Barbastro o Zaragoza.

En ese sentido, ánimo y a seguir luchando.

Como le gusta terminar las intervenciones con el eslogan del departamento, que es: trabajamos para mejorar...

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):* Gracias, señor Alonso.

Señora consejera de Salud y Consumo, puede usted dar respuesta a las cuestiones formuladas por los grupos parlamentarios. Tiene la palabra.

*La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS):* Muchas gracias, presidenta.

Voy a dedicar un poquito más de tiempo al causante de esta comparecencia, que es el representante de Izquierda Unida, al que le voy a dedicar con mayor extensión algunas de las explicaciones, pero voy a contestar a todos los grupos.

En primer lugar, agradecer a los grupos que nos dan ánimo porque la verdad es que estamos nadando contracorriente desde el primer momento. Para noso-

tros hubiera sido más cómodo más de lo mismo, pero, más de lo mismo, no se hubieran podido resolver tantos temas en las comarcas como se están llevando a cabo a través del consorcio, porque hay un elemento que es la flexibilidad, con la que se puede trabajar, algo que el Salud, para sitios tan dispersos, tan pequeños y para llevar toda la cartera de servicios, hasta ahora no se había conseguido ni en Jaca ni en lo que había en Ejea. Así que doy las gracias a quienes me animan, porque ánimos no nos faltan.

Por otro lado, decirles también que estas dos personas que algún portavoz ha dicho que no saben quiénes son... Normalmente me acompaña gente de mi equipo que tiene que ver con el asunto, y es la gerente del consorcio y el director médico. Ellos llevan en el proyecto, en otros cargos, dirección médica y subdirección, desde el principio. Y ellos y yo no nos hemos desanimado. Sí que otros se han desanimado; por eso ha habido cambios en el equipo, pero también en el Salud, también en los hospitales grandes hay a veces cambios. No pasa nada. Unos se van quedando por el camino, otros se quieren quedar: esto es así. La gestión no es fácil, es más ingrata y está peor pagada que los puestos de procedencia —así de claro es ahora—, con lo cual tenemos...

De la gente, yo creo que los que estamos, convencidos y con cierta vocación. Y, en el caso de consorcio, con la sensación de ir contracorriente, pero ahí estamos.

A mí, lo que me preocupa de este debate, y lo dije en algunas de las comparencias anteriores, es que sean los partidos de la izquierda los que me pongan contra las cuerdas con esta nueva fórmula pública cien por cien. Porque, mientras nosotros, los tres partidos —y el PAR, en este caso, que, aunque no sea de la izquierda extrema, por lo menos apoya—... Quiero decir con eso, señor Barrena, que los que están muy anchos son la bancada de la derecha, del Partido Popular, porque, aprovechando que el Pisuerga pasa por Valladolid, ya el señor Canals ha introducido como el que no quiere la cosa que algunas comunidades ya están introduciendo cambios, incluso incorporando algún elemento privatizador, al que ya desde aquí niego rotundamente esa cuestión.

Usted... Podemos seguir la izquierda, en fin, en ese punto dramático que tenemos siempre de la contradicción, del esfuerzo, de la ideología y de dar trigo cuando estás gobernando. Y entonces hay que mojarse, señor Barrena, hay que mojarse con seguridad. Hay que adoptar fórmulas seguras que no vayan en perjuicio de los pacientes, que aseguren más servicios y mejor, aunque sean más caros —y luego me referiré a eso en otra intervención, porque usted ha hablado menos de eso—. Pero sí que yo le haría hincapié en una cuestión: los trabajadores son de primera calidad, los pacientes quieren los servicios más cercanos a su domicilio si tienen que viajar hora y media hasta un hospital solo para hacerse una radiografía o que les vea un especialista, y ahí es donde estamos. ¡Ahí es donde estamos! Y, si queremos hacerlo, tenemos que intentar hacerlo; y, si no queremos hacerlo, seguimos el procedimiento vigente y estatutario, y que sea lo que Dios quiera.

Bien. Yo, por eso, me da pena porque digo: siempre estamos, esa izquierda, ahí viendo quiénes somos y dónde vamos, y, mientras tanto, la derecha campa

por sus anchas en comunidades autónomas donde, evidentemente, sí que hay un riesgo de privatización. Que tampoco digo que sea ni malo ni bueno, pero que no es lo que queremos desde el Gobierno de Aragón. Y cada uno responde de sus decisiones y de sus actos en las comunidades donde gobierna. Pero, a mí, este debate de la izquierda, o cambiamos la izquierda, o nos volvemos más pragmáticos, o ponemos los pies en el suelo, o tendremos problemas. Y creo que eso no se me ha ocurrido a mí: se le ha ocurrido al anterior coordinador de Izquierda Unida, que lo leí, y me sumé absolutamente a lo que decía. O nos ponemos los pies en el suelo, resolvemos los problemas de los ciudadanos sin tantos complejos, o nos extinguiremos. Nos extinguiremos.

Quiero ya entrar punto por punto, porque esa era mi reflexión mayor. El convenio con la MAZ se firmó —está aquí, está firmado; lo ha pedido algún grupo, y ya lo hemos dado— el 31 de marzo del año 2008, y previamente a este convenio con la MAZ hubo un permiso del Ministerio de Trabajo, un permiso del ministerio, del secretario de Estado, para suscribir este convenio y poder trabajar en cooperación con la Mutua de Accidentes de Zaragoza.

No quiero que busque resquicios en la terminología que empleé el otro día y la que empleo hoy: si es público, si tiene carácter público... Mire usted, lo podemos llamar como queramos. La financiación es pública, es de cobertura universal, asegura la equidad y mejora la accesibilidad, porque —insisto— estos servicios que se están dando en las comarcas no se estaban dando desde el Servicio Aragonés de Salud. Y daré algunos motivos, porque todo tiene un porqué. Así que no externalizamos, rotundamente. El consorcio está sometido a todo tipo de control; también el parlamentario, lógicamente. Ustedes preguntan por todo lo que creen conveniente y también nos preguntan por el consorcio: el coste, el beneficio, lo que vale aquí, lo que vale allá... Todas esas preguntas, ustedes nos las preguntan y nosotros las damos.

La provisión de puestos de trabajo es mixta. Si no, sería imposible.

Mire usted, me voy a referir al caso de Jaca con un ejemplo. El consorcio de Jaca tenía, desde hace años ha, una plantilla de tres anestésistas que nunca se pudo cubrir, los tres anestésistas. Pero ¿saben por qué? Porque no hay tres anestésistas que quieran solo trabajar en Jaca. Si nos empeñamos en cubrir los tres anestésistas, el resultado es que no hay anestésistas. Si queremos que haya anestésistas que vengan de otra plantilla o compatibilicen su trabajo con Barbastro o su trabajo con Huesca, no tenemos cubierta la plantilla, pero tenemos servicios de anestesia. Entonces tendremos que decidir qué queremos: si tener plantillas que no podemos cubrir si los médicos deciden trabajar en otro sitio o si queremos dar servicio. Y, si queremos dar servicio, no nos pueden doler prendas porque vaya un anestésista que entonces este es de Huesca. ¡Oiga!, que se está haciendo cirugía; ¡oiga!, que se están manteniendo los partos, aun con las obras del bloque quirúrgico en Jaca. Ese es el problema. Si queremos una plantilla única, rígida, para un solo centro, que no contempla el régimen estatutario moverse ni de baldosa —y lo digo con toda la crueldad del mundo—, no podemos hacerlo. Porque no necesita

Jaca, no necesita Ejea, no necesita Fraga, no necesita Tarazona una plantilla de oftalmólogos, de digestivo, de anestesiastas, de..., de..., de..., de todo. ¡No! Necesitamos un equipo de profesionales que, como bien ha dicho el portavoz del Partido Socialista, podamos y quieran moverse.

Y los estatutarios, ¡oiga!, les asegura el estatuto que los contrata un centro y no se mueven si no quieren. ¿Que va uno en una libranza? ¡Oiga!, y ¿cómo impedimos que en una libranza trabajen en la Quirón o en la Montpellier? ¿Cómo ponemos puertas al monte? ¿Queremos tener servicios o no? Nos ponemos estu-pendos, y no habrá servicios. No estamos en condiciones, por muchos motivos, de poner todas las reglas de forma estricta, porque la cuerda se romperá. Y esa es la dificultad, y ese es nuestro día a día. Y en eso es en lo que estamos.

Luego, efectivamente, la composición es mixta mediante convocatoria pública en todos los tablones de los centros y en el BOA —también, la convocatoria impugnada por Comisiones Obreras—, ¡pública!, con una prueba y una entrevista. ¿Por qué no? También la hacemos en el Banco de Sangre y en el IACS, y nunca ha ocurrido nada. Pues aquí hacemos lo mismo. No pasa absolutamente nada.

Creamos puestos de trabajo en esas comarcas directos. Los médicos van y vienen, pero el personal de enfermería, el personal auxiliar, los celadores suelen volver a los pueblos donde vivían, y, si no, van y vienen a otros lados. Entonces conseguimos que no se muevan los pacientes y que no se muevan los trabajadores, que desde Ejea o desde Jaca tienen que ir a trabajar a otro sitio. Y, además, creamos empleo indirecto con las subcontratas (seguridad, limpiezas), tiendas alrededor de cualquier centro sanitario. Mejoramos la economía de esa zona y, además, creamos un empleo estable y, fundamentalmente —también he de decirlo—, femenino, para mujeres.

Comisiones Obreras no firmó porque lo decidió así. Mire usted, yo, señor Barrena, con todo el cariño del mundo, conozco todos los avatares desde dentro. Ese es mi problema: que lo sé todo, pero que no lo puedo decir todo o no lo puedo decir claro, o no debo decirlo claro. Así puedo entender, conociendo las tripas —y perdone la expresión—, puedo entender y/o disculpar algunas reacciones. Voy a dar una cronología constructiva de cómo se gestan todos los acontecimientos.

El 9 de mayo de este mismo año se convocan en el BOA doce plazas, y once eran de especialistas, de médicos especialistas, con las dificultades que hay de tener médicos especialistas en estos centros, y en Teruel, y en Barbastro, y en Huesca ya, y a veces hasta en el Miguel Servet. Y a la vez se ratifica, a la vez, el acuerdo de Jaca y negociamos el convenio del consorcio, comenzamos a negociar el convenio del consorcio.

El 22 de mayo, Comisiones Obreras hace un recurso de alzada ante esa convocatoria, mayormente de especialistas, que esta es la clave. Y esto es lo que yo no acabo de entender, aparte del derecho que tienen todos los sindicatos y particulares a reclamar contra decisiones de la Administración. Pero no entiendo la esencia, salvo sabiendo lo que ocurrió. El día 22 del 5, Comisiones Obreras pone un recurso de alzada.

El día 18 de julio se firma el convenio con todos los sindicatos, menos Comisiones, porque en el último mo-

mento decide voluntariamente no firmar. Bien. El 18 de julio. Y el 25 de julio, una semana después de no firmar, sin esperar a la resolución del recurso de alzada, sin esperar, impugna jurídicamente una convocatoria, una convocatoria que es de especialistas, que, además, será, como usted ha dicho, vergonzante la entrevista... Pero, vamos a ver, ¿saben cuántos especialistas vienen a una convocatoria nuestra? ¡Uno! ¡Normalmente es uno! Convocamos doce, y aun así se quedaron sin cubrir cinco, que ha habido que repetir. Es decir, no se imaginen que hay una fila en el paro —ahora que hay mucho paro, desgraciadamente— donde hay cardiólogos para contratar, y, si cometemos la tropelía de hacerles una entrevista, le quitamos el trabajo a otro. ¿Quieren que les diga la verdad? Los especialistas, la entrevista nos la hacen a nosotros para saber cuánto van a ganar, cuántas veces tienen que viajar, cómo les vamos a pagar, qué días van a tener de vacaciones. ¡Oiga, estamos hablando de esto, no de una concurrencia de trescientos cincuenta mil cardiólogos! ¡Por el amor de Dios! Esto se puede en otros colectivos, en otras ofertas, pero, en doce especialistas, de los cuales cinco o cuatro se quedaron sin cubrir y hemos repetido la convocatoria, esto es llevarlo al extremo de, de alguna forma, hacernos ahí un pequeño roto —y lo voy a decir así de claro, y he empezado diciendo, con todo el cariño del mundo—.

Dicho esto, a mí me queda una duda: no sé lo que pasará con el recurso que se haga desde la Administración y lo que dirá el juez, pero lo que tengo muy claro es que seguirá habiendo cardiólogos, radiólogos y todo lo que sea menester allí, porque ellos estarán allí, tienen su trabajo, tienen un trabajo fijo que han obtenido. Y, oiga, no vamos sobrados de mano de obra —¡permítame!—, pero, sobre todo, distingán lo que es un paro donde hay competitividad para obtener una plaza, y cuando tienes uno y encima te interroga a ti, y casi le tienes que convencer de todo lo bueno que va a conseguir trabajando en este modelo y en las comarcas y en el medio rural. ¡Ojo!, porque lo que le acabo de decir es así, no le estoy engañando.

Ha dicho usted también que al personal estatutario se le prometió... Mire, yo llevo de consejera desde mayo del año 2004. En mi mandato nunca, siempre descarté que se «estatuizara» nadie más. Los laborales fijos, ¡oiga!, el Estatuto de los Trabajadores para sí lo quisieran muchos trabajadores de este país en este momento. Un contrato laboral fijo, con unas retribuciones similares, pero que hay una composición de complementos diferente en función de la versatilidad, polivalencia... Porque son centros pequeños: no necesitamos un celador para esto, un auxiliar para esto, una enfermera como en el Miguel Servet, ¡no!: los trabajos son en menor número, y se aprovecha, es polivalente. Y, esa disponibilidad o la de viajar entre los centros del consorcio, nosotros la queremos premiar. Oiga, no queremos pagar menos: queremos pagar diferente, porque el trabajo es diferente, porque se mueven o podemos pedirles que se muevan.

El segundo punto de la controversia sí que era negociable: era la carrera profesional. Y a eso nunca nos negamos; solo que nos plantearon la mayor: o estatutarios o nada. Y, finalmente, no son estatutarios: son laborales fijos, son puestos a extinguir, figuran en el anexo del convenio, y el convenio es para todos

los centros. Porque también hoy, aunque sea poquito número de gente, trabajan para el consorcio ya en Tarazona y en Fraga, a pesar de que los centros no están funcionando, los nuevos que se abren, pero se está trabajando, como se puede, en locales, en los centros de salud, en consultas. O sea, que ya tenemos gente trabajando para el consorcio en las localidades donde no se han abierto aún los centros.

Yo, señor Barrena, dejaría claro que la externalización o la fragmentación del sistema, que a usted tanto le preocupa, yo creo que usted —también con todo el cariño, porque creo en su buena intención— con esto es un poco terco. Y yo también, defendiendo el modelo, porque mi obligación es dar respuesta e intentarlo. Porque para hacer más de lo mismo y decir: «No hay cardiólogos para Ejea», me quedaría bien ancha. Me he metido en un berenjenal, ¡qué quieren que les diga!, pero en él quiero decir que estoy cómoda y que estoy viendo cómo se van solucionando los problemas.

Si me he equivocado en la fórmula, el tiempo lo dirá. El tiempo lo dirá, nos pasará factura: los ciudadanos, los trabajadores, los votantes..., el día de mañana. Pero tengo la obligación de intentarlo con modelos seguros y con financiación pública. Yo estoy satisfecha de la fórmula del consorcio; si no, hubiera aceptado la propuesta del representante del Partido Popular, que dice: «Oiga, refúndalo todo». ¿Por qué lo voy a refundir? Luego le diré cómo entiendo yo que debería usted hacerlo si es que me quiere escuchar y le toca alguna vez decidir, claro que sí. ¿Por qué no?

Vamos a ver, lo que está muy claro es que estamos dando esos servicios al ciudadano al lado de su casa, quitándoles muchos costes, como ha dicho el representante del PAR, el portavoz del PAR. Vamos a ver. Los costes, que igual nos sale caro, sí que personas mayores que tienen que viajar —cuatro autobuses diarios desde Tarazona para hacerse placas e ir al médico—, personas mayores que tienen que ir acompañadas de su hijo, que tiene que pedir licencia en el trabajo, etcétera, etcétera. ¿Por qué no lo podemos hacer allí, y aunque sea más caro? ¿Por qué no? O ¿porque es caro lo quitamos? ¡Pero entonces no me digan que el medio rural lo estamos..., en fin, deshaciendo! Vamos a ver, es que hay que aclararse qué es lo que queremos hacer. La población que recibe los servicios está satisfecha, y, para mí, eso es lo más importante. Y los trabajadores, al margen de los líos políticos y sindicales, los trabajadores están trabajando... Como dice el señor Alonso, vayan por estos centros y verán que allí, en fin, no están en grito de guerra. Están trabajando, están cobrando, algunos no tienen que ir y volver a Zaragoza a trabajar, y están bien. Si acaso, intranquilos por todo este guirigay y fuegos de artificio que determinados agentes y personas han creado alrededor del consorcio, pero que yo, en ese juego, no voy a entrar, porque es muy legítimo.

La sentencia, esperaremos. Nosotros hemos vuelto a reconvocar, si se puede decir esta expresión, algunas de las plazas que no se cubrieron, pero hagan ustedes cuenta de que no hay una fila. Si acaso intentaremos, en esta segunda convocatoria... Y, eso sí, seremos muy cuidadosos en la entrevista, pero la entrevista es un método que se utiliza en cualquier empresa con toda la legalidad hoy por hoy.

Chunta Aragonesista, lamento que no esté, porque, como me ha preguntado algunas cosas, voy a contestar cuatro por que figuren en la sesión de la comisión y por si la señora Ibeas tiene luego curiosidad por saber.

La señora Ibeas me ha acusado de poca transparencia en el tema del consorcio y de los datos. Vamos a ver, la señora Ibeas, yo puedo decir que a mi departamento es la que más pregunta, ella y su grupo, por el consorcio y por todo. Por otra parte, en la anterior legislatura, cuando ustedes se quejaban de que el Gobierno de Aragón no aportaba datos sobre las empresas públicas —se acordarán, al final de la legislatura anterior, unas broncas impresionantes—, en un Pleno, que casi me puse roja, un diputado de Chunta Aragonesista dijo que la única que lo hacía bien era yo porque había dado toda la información. Entonces, ¿qué pasa: la he dado o no la he dado? ¿Se me felicita en un Pleno —que a mí me sobrecogió, porque dije: «Cuando te felicitan en público, malo; casi es mejor estar con la media, no hay que figurar ni para arriba ni para abajo»...? Hemos dado toda la información: Banco de Sangre, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y consorcio. Eso es lo que hay, y no tenemos ninguna intención de ocultar datos. ¿Para qué? No sirve de nada ocultar datos, ni tampoco tenemos necesidad.

Ella ha dicho que, Andalucía, el modelo es diferente. No. Andalucía, el ente público, la empresa pública que da la cobertura de gestión a los CARE, que llaman allí, en Andalucía, es de financiación del Departamento de Salud y cuelga del organigrama igual que el Servicio Andaluz de Salud (el SAS). Tiene otra casillita, igual que aquí: Salud y consorcio. Es idéntico, solo que aquí se llama consorcio porque intentamos arreglar con ello el tema de Jaca también, y allí, como nacían sin ningún modelo anterior diferente, entonces optaron por un ente público similar a lo que hemos hecho con el Banco de Sangre o con el Instituto de Ciencias de la Salud.

Ha dicho la señora Ibeas —y eso sí que me interesa decirlo— que el coste por proceso le gustaría saber. Se puede dar. Unas cosas son más baratas y otras son más caras. Es más caro lo que es más caro, porque el personal repercute sobre menos tarjetas sanitarias; y lo que más gasto hay, como se ha puesto de manifiesto en el debate de los presupuestos, es el capítulo I. Luego es más gasto, porque el personal se vuelca, ese coste, sobre un menor número de tarjetas, pero también es más barato porque no hay repercusión de costes estructurales como puede haber en el Miguel Servet o en el hospital Clínico Universitario. O sea, que unas cosas salen más baratas y otras cosas salen más caras.

También la atención primaria en el medio rural: es más caro tener un médico en el medio rural que tenerlo en el Actur, porque tiene menos pacientes en los que repercutir el gasto de su sueldo. Pero, aunque sea más caro, ¿debemos suprimirlo? Lo lanzo. Claro, estamos hablando de dar servicio en el medio rural, pero ahora resulta que es más caro. Y ¿quién dijo que era más barato? ¿Qué dijimos? Que queríamos dar servicio. Ahora, como no sale la catarata, como no sale una placa, como no sale una resonancia, una mamografía, son unos costes que se los podemos dar con toda la tranquilidad.

Y con esto último que he dicho entramos en esa contradicción que decía el portavoz del PAR: ¿queremos o no queremos?; ¿tenemos que dar soluciones o no nos gustan? Y, además, son caras, y, además, no son estatutarios. ¡Oiga!, pero ¿estamos dando un servicio o no? ¿Estamos evitando que la gente de los pueblos viaje o no? Hasta donde podemos, que tampoco es tanto, pero yo creo que hemos dado un paso muy amplio.

El representante del Partido Popular se ha referido al consorcio de Jaca como núcleo donde nace todo. Pues sí, pues sí. Pero yo le voy a decir una cosa: el hospital de Jaca, hasta hace unos años, hasta que el modelo se define bien, del consorcio, eran unos servicios que estaban escasamente definidos —yo diría más bien bastante indefinidos—, y había que tomar una decisión: si se sigue para adelante, hay que invertir, y, si no, ahí nos quedamos, a desaparecer por lisis. Aprovechamos la circunstancia de Jaca para armar, y por eso también se creyó oportuno que, ya que estaba el Ayuntamiento de Jaca, estuvieran los ayuntamientos de los otros tres municipios.

La alta resolución, que ha hecho alusión el portavoz del Partido Popular, el paradigma de la alta resolución es el consorcio, porque allí hay consultas donde va el paciente y le hacen todo: le hacen la endoscopia, si le tienen que operar —porque es de otra especialidad— de cataratas, lo ven y lo operan... Tienen toda la tecnología para resolver un porcentaje muy amplio de casos —pocos son derivables a Zaragoza—. Y, sobre esa filosofía, que a mí tanto me gusta, pero que, realmente, en los centros urbanos nos está costando más, porque hay que cambiar las costumbres, se va haciendo a distinto ritmo en los distintos sectores y con distintas especialidades, pero se está trabajando ya en la línea de alta resolución. Y el centro de especialidades que ha comenzado a construirse en la intermodal, ese ya nace con vocación y estructura, porque está definido el proyecto con todas las circulaciones para resolver por alta resolución, y lo mismo va a ocurrir en el nuevo centro de especialidades del Actur, que se va a licitar el proyecto en pocos días.

Usted ha dicho una cosa, señor Canals... Dice: ¿qué diferencian los principios rectores...? Vamos a ver, a nosotros nos inspiran la Ley general de sanidad, la Ley general de Aragón, la Ley de autonomía del paciente, y eso sirve para el Salud y para el consorcio. ¿Cuál es la diferencia? El régimen laboral de sus trabajadores. Pero, bueno, ¿esto es condición para..., esto rompe el esquema? ¡No! Venimos de un modelo estatutario, que hasta hace bien pocos años eran tres, de los tiempos de Girón de Velasco, del INP, donde se diferenciaba al médico, al personal no médico y al personal no sanitario —condiciones desiguales—. Hasta hace poco el estatuto marco lo resuelve. Nosotros, el estatuto se aplica al personal del Salud y al personal del consorcio, que son procedentes del Salud, porque algunos han querido cambiarse porque son de ese pueblo... Y ¿por qué les vamos a decir que no? Yo tampoco hubiera dicho bien diciendo: «No, no, son laborales, y aquí no pisan los estatutarios». ¡Que no! ¡Que caben todos, que necesitamos todas las manos en los pueblos, a ver si se nos mete esto en la cabeza! Y, por eso, no es de segunda división que se rijan tu contrato por el Estatuto de los Trabajadores, porque son laborales fijos —la estabilidad está asegurada—.

Desde luego, mejora la accesibilidad e incorpora flexibilidad, que es a lo que yo me refiero. Ha dicho usted: ¿qué diferencias hay, qué principios rectores? Los principios rectores son los mismos, ganamos en accesibilidad, porque resolvemos más de esta manera, conjuntando plantillas y también moviendo las plantillas, porque no da de sí la actividad de treinta mil tarjetas sanitarias para tener una plantilla completa del todo. Ni hay tanta mano de obra ni se podría sostener. Entonces, hay que compartir recursos. Y, por eso, también la traumatología de Fraga la hace la MAZ. Y ¿por qué no, si tiene traumatólogos? ¿Qué pasa, que esos no nos gustan porque son de la MAZ? Oiga, lo que ustedes tienen que pedir es: cuánto le cuesta, que sea transparente, que esté en un documento, en un convenio, en un concierto, que esté claro, que no sea un trapicheo... Pero que demos los servicios con un traumatólogo de la MAZ... Eso, a la gente de Fraga, le da igual: quieren que les vea un traumatólogo en su pueblo, y les da igual que sea de la MAZ, que sea del Salud. Pero a Fraga no iba nadie del Salud —eso he de decirlo— de especialidades, y por eso nos esforzamos en hacer esta nueva idea.

Finalmente, usted ha dicho, señor Canals, que prefiere que los servicios se dieran desde el Salud. Quizá pueda decidir en su momento y tomar y dar esa marcha atrás si alguna vez su partido gobierna en esta comunidad —cosa que espero que tarde, como siempre le digo—, pero, bueno, habría que verlo, habría que ver qué harían ustedes en ese momento: si también son de los que piensan que, como es caro, lo quitamos, o lo privatizamos, o lo devolvemos al Salud. Es que hay que estar aquí para saber lo que se decide en cada momento y defenderlo. Así que no haga muchas propuestas, no sea que, el día de mañana, sus propuestas sean un desbarate. Se lo digo sinceramente. Yo que usted no haría muchas propuestas.

De momento, yo tengo la obligación de intentar dar estos servicios y mantenerlos en las comarcas mediante la fórmula en la que hemos arriesgado mucho —también parte de nuestra salud, se lo digo sinceramente—. Pero, oiga, va en el sueldo: ¡qué le vamos a hacer! No estamos de acuerdo en todo. Bueno, tampoco pasa nada. Yo creo que, poco a poco, ustedes me irán comprendiendo.

Y lo voy a intentar llevar adelante, y yo creo que cuando... Denme un tiempo, me podrían dar... Yo creo que a lo mejor ya se deberían aburrir un poco de oírme en la defensa de este modelo. Yo les pediría humildemente que me den un año, sabático no, pero para que funcionen los cuatro centros, a ver qué pasa. Y pasemos una encuesta de satisfacción a los usuarios, y veamos los costes y los debes y el haber. ¿Y qué? Pero sin complejos. De verdad que les digo que o nos liberamos de viejos fantasmas o no prestaremos los servicios, que los ciudadanos lo que quieren es: «Oiga, usted, para eso pago mis impuestos: resuélvame mis problemas». ¡Hombre!, y todos no pueden tener la cirugía cardíaca en su comarca, pero sí la mayor parte de las especialidades.

Muchísimas gracias, y, bueno, es mi obligación como consejera defender mi postura. Muchísimas gracias por su atención.

*La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):*  
Gracias, señora consejera.

Puede usted acompañarnos, y quienes le acompañan, para concluir esta Comisión de Sanidad.

Pasaríamos al punto número cuatro: ruegos y preguntas.

¿Algún ruego, alguna pregunta?

Retomaríamos el segundo punto del orden del día: lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

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

¿Aprobamos?

Pues, sin nada más que tratar —la aprobamos por asentimiento—, sin nada más que tratar, se levanta la sesión [*a las dieciocho horas y veintinueve minutos*].



## ÍNDICE DE TRAMITACIONES

1. Proyectos de ley
2. Propositiones de ley
3. Decretos leyes
4. Propositiones no de ley
5. Mociones
6. Interpelaciones
7. Preguntas
8. Resoluciones del Pleno
9. Cuenta general de la Comunidad Autónoma de Aragón
10. Comparecencias
  - 10.1. Del Presidente de la Diputación General de Aragón (DGA)
  - 10.2. De consejeros de la DGA
    - 10.2.1. Ante el Pleno
    - 10.2.2. Ante la Comisión Institucional
    - 10.2.3. Ante la Comisión de Economía y Presupuestos
    - 10.2.4. Ante la Comisión de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes
    - 10.2.5. Ante la Comisión Agraria
    - 10.2.6. Ante la Comisión de Industria, Comercio y Turismo
    - 10.2.7. Ante la Comisión de Sanidad
    - 10.2.8. Ante la Comisión de Educación, Cultura y Deporte
    - 10.2.9. Ante la Comisión de Medio Ambiente
    - 10.2.10. Ante la Comisión de Asuntos Sociales
    - 10.2.11. Ante la Comisión de Ciencia, Tecnología y Universidad
    - 10.2.12. Ante la Comisión de Política Territorial, Justicia e Interior
    - 10.2.13. Ante la Comisión de Peticiones y Derechos Humanos
    - 10.2.14. Ante la Comisión de Reglamento y Estatuto de los Diputados
  - 10.3. De altos cargos y funcionarios de la DGA
  - 10.4. Del Justicia de Aragón
  - 10.5. Otras comparecencias
11. Debates generales
  - 11.1. Debate sobre el estado de la Comunidad Autónoma de Aragón
  - 11.2. Otros debates
12. Varios