



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

COMISIÓN DE SANIDAD

Comisiones. Serie A: Comparecencias

Número 151

Año 2009

Legislatura VII

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

Sesión núm. 29

Celebrada el martes 15 de diciembre de 2009

Orden del día

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

2) *Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, a petición propia, al objeto de informar del Plan de Atención a la Salud de la Mujer.*

3) *Debate y votación de la proposición no de ley núm. 325/09, sobre desarrollo reglamentario de la Ley 16/2006, de protección y defensa de los consumidores y usuarios de Aragón, presentada por el G.P. Popular.*

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 por el secretario de

la misma, Ilmo. Sr. D. Juan Miguel Ferrer Górriz. 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**Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo al objeto de informar del Plan de Atención a la Salud de la Mujer.**

- La consejera de Salud y Consumo, Sra. Noeno Ceamanos, interviene 3440
- La diputada Sra. Ibeas Vuelta interviene en nombre del G.P. Chunta Aragonesista. 3443
- El diputado Sr. Callau Puente interviene en nombre del G.P. del Partido Aragonés 3445
- La diputada Sra. Plantagenet-Whyte Pérez interviene en nombre del G.P. Popular. 3446
- El diputado Sr. Alonso Lizondo interviene en nombre del G.P. Socialista 3448
- La consejera Sra. Noeno Ceamanos responde. 3449

Proposición no de ley núm. 325/09, sobre desarrollo reglamentario de la Ley 16/2006, de protección y defensa de los consumidores y usuarios de Aragón.

- La diputada Sra. Grande Oliva, del G.P. Popular, defiende la proposición no de ley . 3451
- La diputada Sra. Ibeas Vuelta fija la posición del G.P. Chunta Aragonesista 3452
- El diputado Sr. Callau Puente fija la posición del G.P. del Partido Aragonés 3452
- La diputada Sra. De Pablo Melero fija la posición del G.P. Socialista 3453
- Votación 3454
- Las diputadas Sras. Ibeas Vuelta y Grande Oliva intervienen en el turno de explicación de voto 3454

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

- La Sra. presidenta da por leída el acta, que resulta aprobada por asentimiento 3455

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Buenas tardes, señoras y señores diputados. Damos comienzo a la Comisión de Sanidad de hoy, martes 15 de diciembre de 2009 [a las dieciséis horas y cuarenta minutos], con cuatro puntos en el orden del día.

El primer punto (lectura y aprobación del acta de la sesión anterior) lo dejaremos para el final y pasaremos al segundo punto: comparecencia de la consejera de Salud y Consumo, doña Luisa María Noeno, comparecencia a petición propia, al objeto de informar del Plan de Atención a la Salud de la Mujer.

Buenas tardes, señora consejera, bienvenida a esta su comisión y también quienes le acompañan. Cuando usted quiera, tiene la palabra para hacer su exposición.

Comparecencia de la consejera de Salud y Consumo al objeto de informar del Plan de Atención a la Salud de la Mujer.

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

Buenas tardes.

Señorías, favorecer el aumento de la autonomía y la responsabilidad de los ciudadanos con respecto a su salud es, como seguramente recordarán, una de las siete líneas estratégicas del programa de legislatura que elaboramos en el Departamento de Salud y Consumo y que tuve la oportunidad de explicar al inicio de la actual legislatura en mi primera intervención ante esta comisión. Se trata de una iniciativa a la que, como dije entonces, queremos dar impulso con una serie de medidas como la atención a la mujer, que tiene su plasmación en el primer Plan de Atención a la Salud de la Mujer 2010-2012, cuya presentación constituye el motivo de la comparecencia.

La igualdad entre hombres y mujeres es un derecho fundamental y un principio reconocido internacionalmente, y, en España, la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad establecieron los principios para la formulación de políticas sanitarias por las comunidades autónomas a través de los planes de salud.

La Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 14.6, plantea la consideración de las singulares dificultades en que se hallan las mujeres de colectivos de especial vulnerabilidad, indicando que, en materia de salud, los poderes públicos podrán adoptar medidas de acción positiva. A nivel nacional, las políticas de salud y género se han impulsado desde la Dirección General de la Agencia de Calidad por medio del Plan Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en la cual la estrategia 4 se orienta al análisis de las políticas de salud y a proponer acciones para reducir las diferencias en salud, con énfasis en las desigualdades de género. En esa línea se creó el Observatorio de Salud de la Mujer como organismo cuya finalidad es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género.

Hasta ahora en Aragón, la salud de las mujeres se ha contemplado como un área en los planes de acción positiva del Instituto Aragonés de la Mujer y en la planificación de las actuaciones que lleva a cabo el Departamento de Salud y Consumo. El sistema de salud de Aragón concibe la salud en un enfoque integral y como un proceso en el que influyen la biología,

el contexto social y la experiencia individual vivida. La dimensión de género y de las funciones vinculadas con la reproducción, que abarcan un amplio periodo de la vida, determinan, por tanto, una especificidad en el tratamiento de la salud de las mujeres.

La elaboración del Primer Plan de Atención a la Salud de la Mujer en Aragón responde a la voluntad política de contar con un instrumento que contribuya a desarrollar el principio de igualdad y paliar las desigualdades directas o indirectas que se producen por motivos de género. El plan, por lo tanto, se inserta entre las políticas del Gobierno de Aragón en materia de igualdad y, en particular, en las acciones de los departamentos de Salud y Consumo y de Servicios Sociales y Familia a través, respectivamente, de la Dirección General de Atención al Usuario, la Dirección General de Planificación y Aseguramiento y el Instituto Aragonés de la Mujer.

La justificación de este plan encuentra su razón de ser, fundamentalmente, en tres cuestiones: una, la definición de unas estrategias y objetivos para el sistema de salud de Aragón conforme a las estrategias de ámbito nacional e internacional en materia de salud y género; la segunda sería conocer la situación de la salud de la mujer aragonesa y los servicios o programas en que se apoya el sistema de salud y el sistema social también para protegerla, y la tercera sería sentar las bases de futuros instrumentos de planificación de las acciones en salud teniendo en cuenta las especificidades de género y las posibles diferencias que este producen en la salud de las mujeres.

Los principios inspiradores han sido: la corresponsabilidad como una forma de participación equilibrada en la toma de decisiones y en las tareas que afectan a la propia salud; la autonomía personal, propiciando el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad para generar opinión informada, actuar y mejorar la salud, es decir, controlar las decisiones sobre la propia vida; la integración de la dimensión de género en las acciones que se llevan a cabo en el sistema de salud de Aragón; la coordinación entre los niveles de la Administración sanitaria y con las entidades que llevan a cabo actividades relacionadas con la salud de la mujer y con el trabajo interdisciplinar de los profesionales implicados en la misma; la transversalidad con otros departamentos, con las estrategias y planes de acción, fundamentalmente en los ámbitos social, educativo y comunitario; la equidad de género en cuanto supone la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y de responsabilidades entre los hombres y las mujeres.

Los objetivos generales que persigue el plan son: poner de relieve la necesidad de un enfoque específico para mejorar la salud de las mujeres en Aragón; plantear un trabajo coordinado y transversal en las distintas áreas de actuación de las que depende la salud; proponer un marco de estrategias que puedan afectar a la salud de las mujeres en el que insertar actuaciones presentes y a futuro; identificar cuáles son las áreas prioritarias a tener en cuenta para promover la salud de las mujeres y reducir las desigualdades que se producen por motivo de género, prestando especial atención a los sectores más vulnerables o con necesidades especiales.

El plan se estructura en una introducción general, su justificación, los principios y objetivos generales, puntos a los que me acabo de referir, y un análisis de la situación de las mujeres aragonesas que afronta aspectos demográficos, datos de actividad laboral, renta, salario, indicadores de salud y sociales, y se configura en torno a seis grandes líneas estratégicas: la salud de la mujer en las diferentes etapas de la vida; la atención integral a las mujeres con factores de riesgo para su salud derivados de una situación de vulnerabilidad; la implicación de las mujeres en la toma de decisiones que afectan a su salud; la investigación y la formación de los profesionales; involucrar a los hombres, y actuación de los servicios de salud en la disminución de la violencia de género. Cada una de estas líneas estratégicas se definen a su vez en varios objetivos, y estos se concretan en distintos programas, y voy a detallar un poco más cada uno de ellos.

La estrategia uno: salud en las diferentes etapas de la vida. La atención a la salud de la mujer en sus diferentes etapas vitales implica dar respuesta a las demandas que tiene en cada momento con el fin de alcanzar los objetivos de vida personales, no limitándolos únicamente a la maternidad y a la planificación familiar. Las diferencias en la salud de la mujer no se originan solamente en el plano biológico, sino en la esfera social, representada por otros posibles riesgos, como puede ser el rol, o determinadas situaciones pre-determinadas por la educación, la economía, la situación laboral, etcétera.

La etapa del desarrollo infantil y adolescencia es el momento para asegurar una educación no sexista y corresponsable, integrando los valores de la educación para la salud, que se apoyan en tres ámbitos: la familia, la escuela y el tiempo libre.

Las mujeres jóvenes están incrementando las conductas de riesgo como rasgos de una pretendida igualdad con el modelo de género masculino. En ese momento es preciso extremar la educación para la salud, la prevención y detección de situaciones de discriminación, de maltrato y de violencia sexual. Asimismo, la educación afectivo-sexual, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados deben hacerse desde el respeto para consolidar la igualdad entre hombres y mujeres y evitar condicionantes de género. En este contexto, las mujeres se muestran activas a la hora de solicitar una información de calidad en servicios de información sexual, de planificación de la reproducción, bien sea para la fecundación asistida, por ejemplo, o la anticoncepción, junto a una atención al embarazo, parto y puerperio más participativa.

En la etapa de madurez se atenderán patologías que resultan prevalentes en las mujeres, entre las que cabe señalar la detección precoz y atención al cáncer de mama, del cáncer de cérvix y de endometrio, las alteraciones músculo-esqueléticas, que afectan más a las mujeres, o las enfermedades cardiovasculares. Merece atención especial el uso adecuado de determinados fármacos en esa etapa de la vida de las mujeres.

En la última etapa de la vida, las mujeres representan un alto porcentaje de la población total, por lo cual hay que contemplar la necesidad de cuidados sanitarios y sociales para las enfermedades que provocan discapacidad y producen dependencia, enfermedades

crónicas ligadas al envejecimiento. En esta etapa, el apoyo de los sistemas de protección social es el complemento que puede procurar el bienestar y mejorar la salud de las mujeres mayores.

Los objetivos son: promover el cuidado personal y la mejora de la salud sexual y reproductiva; información y educación sexual en la población adolescente; estrategias de promoción de hábitos saludables desde atención primaria; programas de información, atención y seguimiento de métodos anticonceptivos sin condicionantes de género; promover la participación de mujeres y de hombres en la toma de decisiones en relación con el embarazo, parto y puerperio; programa de atención preconcepcional a las mujeres que tienen factores de riesgo; programa de atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio; desarrollar en los servicios sanitarios durante el embarazo y después el programa de promoción de la lactancia materna; programa de información a padres y madres sobre cuidados del recién nacido; programas de reproducción humana asistida en el sistema público de salud; mejorar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres adultas y en la madurez es otro objetivo, como he dicho, con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables para actuar sobre factores de riesgo de las patologías más frecuentes; desarrollo de protocolos de prevención, promoción de la salud y diagnóstico precoz de patologías más prevalentes; atender, como he dicho, los programas de cribado de cáncer de mama, atención al proceso, garantizando tiempos de respuesta adecuados, reconstrucción mamaria y la atención psicológica de pacientes y de familiares; atención, incluyendo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, de los procesos de cáncer de cérvix y endometrio, apoyo y asesoramiento técnicos a programas de ayuda mutua desarrollados por asociaciones de pacientes y familiares; favorecer la promoción de la salud con equidad de género; programas de educación para la salud que trabajen la convivencia, las relaciones interpersonales y la sexualidad, en colaboración con el Departamento de Educación, Cultura y Deporte; elaborar y adaptar materiales didácticos de apoyo a programas de educación afectivo-sexual en el medio escolar; educación sexual para mediadores juveniles, en colaboración —esto ya lo estamos haciendo— con el Instituto Aragonés de la Juventud; prevención de los trastornos de la conducta alimentaria; consumo responsable en la infancia, la adolescencia y la juventud.

La estrategia número dos sería la atención integral a las mujeres con factores de riesgo para su salud derivados de una situación de vulnerabilidad. Existe una morbilidad diferencial, un conjunto de enfermedades motivo de consulta médica o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia la mujer, sea porque solo en ella se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en ella que en los varones.

Las desigualdades en salud pueden explicarse en gran parte por riesgos y vulnerabilidad diferentes debidos a roles, estilos de vida y a prácticas preventivas que son distintas entre las mujeres y los hombres, y, de modo fundamental, a las condiciones estructurales en que esos roles se desarrollan: doble jornada (laboral y doméstica), sobrecarga del cuidado familiar, más problemas económicos, patologías crónicas con una

peor salud percibida por las mujeres, tendencias a la medicación en situaciones como el estrés o el malestar psíquico entre las mujeres. Esta fragilidad por cuestión de género, que está comprobada, puede afectar más a las mujeres de origen extranjero, a las inmigrantes, a las mujeres solas con cargas familiares en situación de vulnerabilidad social y sanitaria extrema o a las mujeres que se ven obligadas a ejercer la prostitución.

Entre los objetivos estarían facilitar el acceso al sistema sanitario de mujeres en situación de riesgo de exclusión; mejorar la información; potenciar la promoción de la salud y facilitar el acceso al sistema sanitario de estas mujeres; proporcionar asistencia sanitaria a las de origen extranjero, a las cuidadoras y, como he dicho antes, a las que se ven obligadas a ejercer la prostitución.

Entre las mujeres que están en condiciones de especial vulnerabilidad, también hemos hallado motivos para trabajar en programas de promoción a la salud con mujeres inmigrantes, en el ámbito del sistema sanitario; adaptación y traducción de recursos y materiales informativos sobre cuidados de salud; desarrollo de actividades de formación para cuidadores, también cuidadoras, en su mayor parte de pacientes con o personas con discapacidad; desarrollo de actividades para contribuir a mejorar la salud de las mujeres que tienen discapacidad.

La estrategia número tres es la implicación de las mujeres en la toma de decisiones que afectan a su salud. Es preciso estimular la participación de la mujer como protagonista en la toma de decisiones que afecten a su salud y hay que escuchar su voz tanto como el referente que son en muchos casos para estos temas en el ámbito familiar como por su condición de usuarias del sistema público de salud.

La formación es un elemento importante para aumentar el control sobre la propia salud. Los grupos de ayuda mutua, los programas de promoción y de educación para la salud, así como la información para la toma de decisiones son algunas estrategias que se han mostrado útiles y también necesarias. Hay momentos que pueden ser idóneos para la formación y la información al coincidir con situaciones de mayor sensibilización para compartir la responsabilidad familiar de la salud.

Entre los objetivos están: favorecer la participación y la corresponsabilidad de las mujeres en la toma de decisiones sobre temas de salud que les afectan; mejorar la información sobre los determinantes de salud condicionados por el género; definir el reglamento del Consejo Asesor de Atención a la Salud de la Mujer y definir el funcionamiento de los grupos de trabajo; la participación en la Comisión de Evaluación de Cartera de Servicios de mujeres en representación de asociaciones de pacientes; apoyo y asesoramiento técnico a las iniciativas de asociaciones con algunas patologías de mayor prevalencia en mujeres.

La cuarta estrategia tiene que ver con la investigación y la formación de los profesionales. Los sistemas de información sanitaria y social deben desde ahora recoger la influencia del género como determinante social de la salud. Es necesario asumir que desde la investigación, y en particular los ensayos clínicos, han de considerar que las diferencias en los modelos de salud y enfermedad entre los sexos son esenciales ya que la

prevalencia de algunas enfermedades varía según se trate de hombres o de mujeres. Otro tanto sucede con los comportamientos y los estilos de vida. El papel que los hombres y las mujeres desempeñan en los cuidados de la salud está en constante evolución y aparece vinculado a algunas de las transformaciones sociales que propician hábitos de vida no siempre saludables. Todos estos aspectos deben integrarse transversalmente en la formación de los profesionales que trabajan en salud y en sus diferentes etapas, como son el pregrado, postgrado y la formación continuada.

Entre los objetivos, estarían mejorar el conocimiento y la información sobre transversalidad de género en los servicios sanitarios, dando una mayor formación a los profesionales en el análisis de las desigualdades en salud por motivo de género; conocer la influencia de la variable de género en los indicadores propios de nuestra comunidad autónoma; actividades de formación sobre la influencia de la inmigración en la salud de las mujeres; reducir el impacto de los condicionantes de género en el malestar biosicosocial de las mujeres es otro objetivo, formando a los profesionales para ello; incluir en el programa de uso racional del medicamento acciones formativas y de investigación en el uso adecuado de determinados fármacos prescritos a las mujeres, en mayor medida que a los hombres; potenciar las investigaciones sobre desigualdades de género en salud; incorporar a partir de ahora la perspectiva de género en todos los estudios de investigación clínica; programa de sensibilización sobre factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares de las mujeres aragonesas, y programación de investigaciones también cualitativas en violencia de género.

La estrategia cinco —es la penúltima ya—: involucrar a los hombres en la mejora de salud de las mujeres. El modelo de ser y sentirse hombre en nuestra sociedad está evolucionando, o al menos así debemos esperarlo, dejando atrás el lastre que implicaban las actitudes machistas que todavía persisten, y comienza a consolidarse y a extenderse una nueva cultura de hombres que contribuyen a la participación y la incorporación social de la mujer en un plano de igualdad.

Los hombres desean —creemos que así es, al menos, la inmensa mayoría— igual que las mujeres favorecer la igualdad efectiva en todos los aspectos y ámbitos, no solo en el legal, sino también en el social, laboral, educativo, económico etcétera. Los hombres están fomentando cambios hacia posiciones de equidad que se desvinculen del modelo tradicional masculino. Se trata en definitiva de acabar con el machismo y de desarrollar formas no opresivas y de relación no sexista con las mujeres, y yo creo que ya es hora de contar en esto con los hombres.

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, tenemos que trabajar con los niños y con los hombres para transformar las normas de masculinidad perjudiciales, el comportamiento de alto riesgo y las prácticas violentas. Los objetivos serían: implicar a los hombres en la mejora de la salud de las mujeres, por ejemplo, con corresponsabilidad de los hombres en la toma de decisiones en la salud sexual y reproductiva que afectan a la pareja; la incorporación de los hombres a los programas de preparación al parto de sus parejas y al cuidado de los niños; la programación de actividades de formación

para cuidadores de personas dependientes en las que se facilite la participación también de los hombres; la coordinación de las actividades que se llevan a cabo en el ámbito laboral, educativo, social, que repercuten en la salud de las mujeres, y, además, fomentar el uso de preservativos.

La estrategia seis tiene que ver con la actuación de los servicios de salud ante la violencia de género. Las características de esta violencia implican activamente a los profesionales del sistema sanitario, dado que en muchos casos es necesaria una intervención decidida, interdisciplinar, que exige la coordinación de las instituciones implicadas con el fin de dar una respuesta integral y conjunta a situaciones sanitarias y sociales que afectan, con mayor intensidad si cabe, a las mujeres en circunstancias de especial vulnerabilidad. La atención a mujeres víctimas de abuso sexuales y violencia de género en el sistema sanitario implica, primero, detectar o ayudar a detectar el problema; la atención de las lesiones si se producen; la coordinación con otros sistemas de protección judicial o social, dado que estas personas pueden presentar secuelas psicológicas y emocionales.

Por ello, el Gobierno de Aragón fue una de las primeras instituciones en abordar este problema con la elaboración ya en el año 2005 de la *Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica*, herramienta con la que desde entonces venimos trabajando. Los objetivos serían: disminuir el impacto que supone la violencia de género en la salud de las mujeres; la detección, tratamiento y seguimiento, y la derivación de las mujeres de acuerdo con el programa de atención a la violencia de género; la inclusión en la historia clínica electrónica de indicadores del programa de atención a la violencia de género; el seguimiento y evaluación de los protocolos institucionales; la evaluación de la utilización de nuestra guía; la participación de los profesionales de la salud en los procedimientos de coordinación comarcal para la prevención y la erradicación de la violencia de género, y, finalmente, la sensibilización y formación sobre la prevención y la atención a la mutilación genital femenina; potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario de Aragón es necesario, es todo un reto, elaborando e implementando un plan de formación de los profesionales del sistema público sanitario; la sensibilización y formación en el tratamiento de la atención sanitaria de la violencia contra las mujeres, sea del género que sea; formación para la elaboración de procedimientos de coordinación comarcales para la prevención y erradicación de la violencia de género.

Como conclusión, señorías, he intentado resumir las razones, la finalidad y los objetivos en los que queremos avanzar en un tratamiento de la salud en el cual el factor de género no implique una situación de inestabilidad o de desigualdad para la mujer. Son muchos los estudios que confirman que los procesos y resultados de salud y enfermedad hoy por hoy son diferentes entre las mujeres y los hombres. Como he dicho antes, además de las diferencias biológicas, genéticas, hormonales y metabólicas, otros factores repercuten en la morbilidad y en la mortalidad diferenciada de las mujeres. La investigación científica en el campo de la salud ha evidenciado la enorme influencia de los determinantes sociales en la salud de la mujer y su análisis

es esencial para entender las desigualdades sociales en salud según el género.

El Plan de Atención a la Salud de la Mujer 2010-2012 es no solo el reconocimiento de un problema social y de salud, sino una iniciativa de impulso decidido a la aplicación de un enfoque de género en salud que nos permite tener en cuenta que puede haber diferencias por sexos en el estado de la salud y en la atención que ofrecen los servicios sanitarios. Las posibles diferencias de salud debidas al sexo o motivadas por factores de género pueden resultar discriminatorias y ser injustas, pero también son evitables. Esta es nuestra visión y la voluntad de mejora, que esperamos sea compartida por todos los grupos parlamentarios, por lo menos en gran parte de los elementos que hemos puesto encima de la mesa.

Pido disculpas por lo extenso de mi intervención y quedo a su disposición para responder a las cuestiones que me planteen.

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.

Excusaremos la presencia del diputado de Izquierda Unida, del portavoz, don Adolfo Barrera.

Pasamos la palabra a la portavoz de Chunta Aragonesista, Nieves Ibeas, tiene la palabra.

La señora diputada IBEAS VUELTA: Gracias, señora presidenta.

Buenas tardes, señora consejera, buenas tardes también a todas las personas de su equipo que le acompañen.

La pregunta de esta tarde es: ¿hay plan o no hay plan, señora consejera? Esa es la pregunta. Yo pensaba que hoy, esta tarde, íbamos a tener la respuesta, pero yo, sinceramente, ya no sé qué deducir de los que usted nos ha comentado.

Hay un compromiso a instancias de estas Cortes, un compromiso que, en principio, nace en una fecha ya lejana, 14 de junio del año 2000, a raíz de una iniciativa de un grupo parlamentario, y, en principio, el Gobierno estaba obligado, después de un acuerdo unánime de estas Cortes, a presentar un plan, señora consejera, antes de enero del año 2001, esas son las referencias que yo tenía cuando llegué a estas Cortes y asumí después, con posterioridad, la responsabilidad como portavoz en el ámbito sanitario de Chunta Aragonesista.

Sinceramente, yo no sé dónde ha estado el problema que ha impedido la elaboración de un plan integral durante todos estos años para la atención sanitaria de las mujeres, no lo comprendo, pero me gustaría que nos diera usted hoy por lo menos las claves para saber qué sucede con este ámbito. Ha habido un seguimiento parlamentario desde entonces, y aquí está presente la diputada Rosa Plantagenet, que formuló alguna pregunta al respecto al entonces consejero, señor Larraz, que, desde luego, tenía intención de todo, menos de presentar en estas Cortes un plan de atención integral a la mujer, o a las mujeres. Se limitó en aquel momento él a recoger una serie de notas y de..., sí, quizás de

iniciativas políticas del Gobierno en relación con las mujeres a partir de distintas áreas, pero eso, una recogida de datos, no es jamás un plan, o, desde luego, mi grupo parlamentario entiende que eso no lo es.

El primer anuncio en esta legislatura —usted se ha referido a él— lo realizó usted misma como consejera, al inicio precisamente de esta séptima legislatura, y el 30 de octubre de 2005, cuando usted vino a estas Cortes, a esta comisión, para informar a petición de mi grupo parlamentario, Chunta Aragonesista, en relación con la política del Gobierno sobre el parto, la atención al parto, usted aludió a ese compromiso y, de hecho, nos señaló, la cito textualmente: «Y no tengan la menor duda de que a esta comisión se traerá el plan de atención integral a la mujer». Mi pregunta es: ¿es esto lo que acaba de hacer usted hoy o tenemos que esperar algo más? ¿Tenemos que esperar a que usted venga con un documento? Mi grupo, sinceramente, señora consejera, pensaba, ya no solamente después de todo el tiempo que ha transcurrido, sino, además, después de su compromiso personal, que hoy tendríamos un documento encima de la mesa, mejor dicho, que tendríamos que haber tenido un documento encima de la mesa para venir hoy a debatir a esta comisión.

El segundo anuncio lo realizó la entonces portavoz, no sé si era la portavoz o el portavoz, quizá sería el portavoz, el señor Alonso, cuando estuvimos hablando de una enmienda, debatiendo una enmienda suya que presentó a raíz de una iniciativa de Chunta Aragonesista, una proposición no de ley para que se pusiera en marcha un observatorio en relación con la salud de las mujeres al estilo de lo que, si me permite el carácter coloquial de la palabra, estaba sucediendo a nivel estatal, que existía un observatorio. No entendimos por qué ustedes no quisieron, pero, a raíz de aquella iniciativa, se comprometió el Gobierno a poner en marcha un consejo asesor de atención a la salud de la mujer y ustedes se plantearon, además, la necesidad de que se incluyera como parte de la transacción que aquella iniciativa se iba a enmarcar dentro de ese Plan de atención integral a las mujeres que estaba elaborándose.

El Decreto de 2009 de 23 de junio —le estoy hablando de hace unos meses— por el se crea el Consejo Asesor de Atención a Salud de la Mujer, abrió las puertas a ese consejo dos años después de que se hubiera planteado. Tampoco sabemos qué ha pasado, dónde ha estado el problema, pero, claro, lógicamente, si se iba a elaborar un plan de atención integral a la salud de las mujeres y se iba a constituir un consejo asesor de atención a la salud de las mujeres, tal vez mi grupo parlamentario se equivocó, pero lo que pensamos fue que existiría algún tipo de relación entre la constitución de ese consejo asesor y la presentación del plan.

Ustedes presentan el 18 de noviembre el Consejo, se constituye el Consejo, se anuncia públicamente que Aragón, como si fuera la primera vez que se dijera, tendrá un plan, un plan integral de atención sanitaria para las mujeres, no dicen en aquellos momentos que lo llevábamos esperando desde el año 2000, y señalan a los medios de comunicación que lo elaboraría —supongo que habría algún error— el Consejo Asesor de la Mujer. En la nota de prensa del propio Gobierno de Aragón lo que se señala es que este órgano iba a participar en la elaboración de ese documento, que, por otra parte, ya estaba confeccionándose.

Yo no sé qué papel ha desempeñado en este caso el Consejo Asesor de la Mujer, pero poco tiempo ha trabajado, si es que ha trabajado, porque estamos hablando de un 18 de noviembre y creo recordar que no habían pasado diez días cuando usted presentó una petición de comparencia en estas Cortes para presentar este plan. Luego, si, en diez meses, este Consejo Asesor ha sido capaz de concluir ese plan, primero habrá que felicitar al Consejo Asesor y habrá que preguntarse por qué no, sinceramente, les llamaron hace muchísimos años para que lo pusieran en marcha.

Fuera de bromas, sinceramente señora consejera, hoy tendríamos que haber tenido un documento encima de la mesa, tendríamos que haber tenido un documento. Pero aprovecho para formularle alguna pregunta ya que usted ha tenido la amabilidad de solicitar su comparencia en esta comisión.

¿Por qué hay tan poco representación de tejido asociativo en ese consejo asesor que se estaba esperando desde hace tiempo? ¿Por qué? Porque luego usted se ha referido a toda una serie de áreas que es verdad que pueden plantear de una manera más clara una lectura de las patologías desde la perspectiva de género, o por lo menos de la realidad de la salud de las mujeres, no solamente de las patologías, se ha referido, es verdad, al cáncer de mama, se ha referido a los problemas cardiovasculares, se ha referido a las osteopatías —sintetizo— y, por supuesto, también a algún diagnóstico..., bueno, creo que han sido tres o cuatro los ejemplos que usted ha utilizado (cáncer de mama, endometrio, osteopatías y problemas cardiovasculares).

¿Cómo han operado usted y usted para que en este Consejo Asesor haya dos asociaciones que estén representando al conjunto del tejido asociativo? Es una pregunta que le formulo muy directamente para que me responda.

¿Por qué no están presentes, señora consejera, en un consejo de estas características, por qué no están representadas las asociaciones de matronas?, por ejemplo, que son precisamente las que acompañan a las mujeres en la parte, si me apura, más fisiológica del proceso de los partos y del posparto y del parto. ¿Por qué, sabiendo que, además, su presencia es una presencia absolutamente fundamental porque son personal especializado en la atención a las mujeres y a los recién nacidos? Lo lógico es que hubieran estado en ese Consejo Asesor, aunque también es cierto que ustedes han decidido cuántas personas estaban representando a las asociaciones, ni siquiera sé si están representando a las asociaciones o si las personas representan a su asociación.

Se le presentó un documento de análisis de la situación a este Consejo Asesor de la Mujer el día 18 de noviembre. También mi grupo le hubiera agradecido que hoy hubiera traído aquí este documento de análisis de la situación porque, cuando mi grupo le ha solicitado por el artículo 12 el plan, el texto del plan, la respuesta que hemos tenido obtenido es que ese plan todavía no estaba, no estaba elaborado, y que, cuando se constituyera el consejo asesor, tendríamos el plan. Pues bien, se constituyó el Consejo Asesor y mi grupo parlamentario sigue sin tener el plan, me imagino que no habrá que volver a formular otra solicitud de información para volver a realizar la misma petición que ya realizamos en su momento.

¿El documento está ya concluido definitivamente, señora consejera? ¿Ya está definitivamente concluido? Pues entonces nos podrá decir sin duda cuál es el cronograma que ustedes plantean para el desarrollo de todas y cada una de las medidas, cómo van a proceder al seguimiento, cuáles son los indicadores que ustedes utilizan para que se pueda realizar una evaluación del desarrollo del plan y cuál es la financiación, cómo enfocan ustedes todo el proceso de financiación. Porque sabe que, cuando, hace un par de años, quizá tres ya o cuatro —ya se va pasando el tiempo de una manera tan rápida..., quizá sea un poco menos—, mi grupo le presentó una iniciativa en relación con el parto, usted, su grupo, mejor dicho, el Grupo Socialista, los grupos que apoyan al Gobierno —es más correcto decirlo— argumentaron que el trabajo se estaba realizando, que no veían en aquellos momentos —era diciembre de 2007 o noviembre—, no era oportuno aprobar o impulsar una medida como la que planteaba Chunta Aragonesista en relación con el parto natural, con el parto fisiológico, para que las mujeres precisamente pudieran tener una mayor implicación en la toma de decisiones de todo aquello que afecta a su salud, y resulta que aquella iniciativa, señora consejera, no fue aceptada, pero también dije en aquel momento que esperábamos que hubiera una repercusión al menos dentro de los distintos apartados presupuestarios de las medidas que tenía previstas el Gobierno, ya que no se nos aceptaba la iniciativa. No hubo nada, no hubo ninguna indicación en este sentido de tipo presupuestario, como no la ha habido tampoco en los años siguientes.

Concluya, señora consejera. Si de verdad hay un plan, le agradeceré muchísimo, mi grupo le agradecerá mucho que nos lo remita a la mayor brevedad desde el departamento a estas Cortes. Podremos conocer quién ha participado, cómo ha participado, cuál es ese cronograma, que le demando en estos momentos, cómo se van a seguir los indicadores, cómo se han definido los indicadores, cómo se va a evaluar, cuál va a ser la financiación y, al mismo tiempo, qué van a hacer ustedes para ponerlo en práctica en aquellos aspectos que tienen que ver ya no solamente con cuestiones presupuestarias, que, evidentemente, serán necesarias porque habrá espacios que habrá que modificar, físicos, habrá recursos que habrá que demandar, sino que hay un cambio de actitud en el personal sanitario, en una parte del personal sanitario que es necesario que se produzca. Y en este sentido todavía no sabemos muy bien cuál es la previsión que hace usted como consejera. Por lo que yo le puedo decir por experiencia, ya no personal mía, pero sí de mujeres que están muy cercanas a mí, en estos momentos, cuando una mujer llega parir con un plan de parto, tiene muchas posibilidades de encontrarse con muchos más problemas que si no lo hubiera llevado. Si vamos en este camino, en estos momentos en los que se supone que ya está elaborado el parto, señora consejera, creo que, francamente, en los dos últimos años se ha trabajado poco, y le podría decir muchos casos.

Gracias.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Gracias, señora diputada.

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

El señor diputado CALLAU PUENTE: Gracias, señora presidenta.

Buenas tardes, bienvenida, señora consejera, bienvenidas también las personas que le acompañan, y gracias en principio por la exposición que acaba de hacer sobre el Plan de Atención a la Salud de la Mujer.

Mire, el enfoque de salud pública basado en el género parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer. Ello nos sirve siempre para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, en niños y niñas, y para actuar en consecuencia. Integrar las perspectivas de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de políticas y programas, con un objetivo: el objetivo fundamental es lograr la igualdad de género. La incorporación de una perspectiva de género en la salud pública implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios para mejorar así la eficiencia, la cobertura y la equidad de los programas.

Aunque las mujeres, en todos los países y en nuestra comunidad también, tienen mayor esperanza de vida que los hombres, en la mayoría de los países hay una serie de factores sanitarios y sociales que se combinan para hacer que la calidad de vida de las mujeres sea inferior. Las desigualdades en el acceso a la información, la atención y las prácticas sanitarias básicas aumentan aún más los riesgos para la salud de las mujeres.

Yo me voy a referir a unos datos que mi compañera de partido y anterior diputada Montserrat Costa dijo en esta misma Cámara dando datos sobre la necesidad del plan integral que hoy nos viene a presentar usted, y decía ella en su día que los hogares monoparentales afectan muy especialmente a las mujeres ya que ocho de cada diez de ellos son hogares que tienen al frente una mujer sin cónyuge y con personas a su cargo, hogares que suman más de veintitrés mil en Aragón.

El perfil de las personas beneficiarias de las prestaciones asistenciales se corresponde con mujeres mayores de renta baja. El 60% del ingreso aragonés de inserción es percibido por mujeres. El total de hogares pobres con persona principal mujer se acerca a los veinte mil; el perfil es de una mujer mayor cuya media de edad es de sesenta y un años, viuda y jubilada.

Las mujeres mayores perciben una pensión contributiva media de cincuenta y una mil doscientas pesetas, frente a la del hombre, que asciende a ochenta y dos mil. Entre las no contributivas, el 60% son mujeres.

Las mujeres que viven solas en Aragón suman treinta y ocho mil quinientas, de las que el 70% tienen sesenta y cinco años o más de edad. Casi dos terceras partes de las personas mayores de ochenta años son mujeres con problemas de deterioro en la salud, falta de autonomía para valerse por sí mismas, soledad, falta de recursos económicos.

La población aragonesa es la más envejecida de España, con un índice de un 18% de mayores de sesenta y cinco años, cuando en España es del 13%. Las

mujeres, decía, se sitúan con un 20% frente al 15% de los hombres.

Debemos también tener en cuenta la problemática de los grupos de mujeres en situaciones de diversa vulnerabilidad social. Entre ellas se encuentran minorías étnicas, inmigrantes, presas, prostitutas..., con sus programas específicos que deben recogerse.

«Evitar —para terminar— la feminización de la pobreza —decía mi compañera Montserrat Costa— priorizando la respuesta a las dificultades de las mujeres solas y/o con cargas familiares no compartidas y en medios económicos escasos, considerar la especificidad de la problemática de las mujeres en los programas de sensibilización, prevención y atención a personas en situaciones diversas de vulnerabilidad social, y prevenir el abuso de poder que da lugar a todas las formas de violencia física, sexual o psicológica contra las mujeres y adoptar las medidas integradas da respuesta institucional a esas víctimas». Eso, hoy día, sigue teniendo vigencia y todas estas desigualdades, no solo las diferencias en los aspectos reproductores, son las que obligan a la presentación del Plan de Atención a la Salud de la Mujer, presentación que hace usted hoy, un plan que, según usted nos ha dicho, recoge la especificidad en el tratamiento diferenciado y en positivo para la mujer, que define —en tres líneas— estrategias y objetivos acordes con el ámbito nacional e internacional, que reconoce la situación de la mujer aragonesa y que sienta las bases o que debe sentar las bases de futuro teniendo en cuenta las diferencias de género.

Pues bien, el desarrollo de las distintas líneas estratégicas nos permitirá, nos va a permitir o nos debe permitir conseguir los objetivos que nos marquemos y, sin lugar a dudas, mejorará o debe mejorar la salud de la mujer, entendiendo por «salud» ese amplio concepto que engloba la Organización Mundial de la Salud entendiendo como tal «el estado de bienestar físico, psíquico y social», y que, sin lugar a dudas, reducirá las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.

Por lo tanto, esperamos que consigamos los objetivos que usted ha planteado esta tarde aquí y que ese Plan de Atención a la Salud de la Mujer, ese plan que llevamos tiempo esperando, sin lugar a dudas mejorará y facilitará el estado de salud de la mujer con discriminación positiva para ellas.

Muchas gracias.

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

Por el Grupo Popular, su portavoz, señora Plantagenet, tiene la palabra.

La señora diputada PLANTAGENET-WHYTE PÉREZ: Gracias, señora presidenta.

Señora consejera, la bienvenida a esta comisión para usted y para todas las personas que le acompañan.

Señora consejera, después de escucharla nos hemos quedado preocupados, mi grupo parlamentario se ha quedado muy preocupado. Primero, por la presentación por parte de la consejería de Salud en un plan integral de salud para las mujeres, pero, más que nada, es porque usted anuncia este plan, efectivamente, pero no lo tenemos físicamente, y nos hubiera

gustado poder tener este plan para poder analizarlo. Parece que esto sea una voluntad política o algo de marketing y no tengamos perfectamente el documento realizado, que sería lo que los grupos parlamentarios podríamos estudiar.

La segunda cosa que nos ha llamado mucho la atención es si este plan que usted anuncia esta tarde sobre el tema de la mujer tiene realmente partida presupuestaria en los presupuestos que se están debatiendo en estos momentos, porque, si no tiene partida presupuestaria, son palabras vacías, estamos aquí pasando una tarde muy agradable hablando del tema de mujer, pero, efectivamente, no tenemos ninguna base sustancial en el tema.

Usted sabe que el Partido Popular ha apoyado siempre todas las iniciativas que apoyan al tema de mujer y el tema social, todo lo referente al tema sociosanitario en el ámbito de mujer. Este apoyo fue un poco más tímido —y yo me voy a referir a él— al Consejo Asesor que se ha formado, a la vista de las órdenes que nosotros tenemos, en el Departamento de Salud y Consumo. Este Consejo Asesor —yo voy a hablar de él porque es el único documento oficial que tenemos— ha sido el responsable de elaborar, por lo que yo veo, este plan de una manera rápida y veloz, este plan integral de apoyo a la mujer en los temas de salud. Mi compañero señor Canals hizo un apoyo tímido a este Consejo y saber si era necesario, que es la primera pregunta, si es necesario que nosotros tuviéramos un consejo asesor dentro de nuestra comunidad autónoma para elaborar este plan.

Mi tercera pregunta sería: ¿usted cree que no tenemos profesionales dentro de la sanidad pública, dentro del ámbito de la ginecología y de la obstetricia, que están haciendo bien su labor? ¿Hace falta ese plan y ese consejo asesor que les indiquen cómo deben trabajar?

Hoy sale una noticia en *Heraldo de Aragón*: «Seiscientas mujeres esperan su primera visita en ginecología del hospital Obispo Polanco». ¿Hace falta consejo? ¿Hace falta plan? O ¿hacen falta buenos profesionales? Usted está reconociendo en este momento de una manera, bueno, confusa, que no están funcionando bien todas las áreas de las que usted es responsable y de las que ya lleva más de una legislatura haciéndose cargo. ¿No están funcionando bien los *screenings* de prevención de cáncer de mama o de cáncer de cérvix o de cáncer..., que usted ha estado manifestando como importantísimos dentro de este plan? ¿No está asistiendo bien esta unidad de menopausia? ¿No existen ya unos protocolos médicos perfectamente testados desde todas las universidades de cómo se debe realizar el tratamiento, la atención, la prevención del tema de mujer? ¿En nuestra sociedad no hay criterios suficientemente testados..., no solamente en nuestra comunidad autónoma, sino en otras comunidades autónomas, en España, en Francia, en Inglaterra, en Estados Unidos, de cómo se deben realizar y de cómo se debe dar el tratamiento de mujer? ¿No le parece que este tema se está banalizando?

Yo, cuando me siento como mujer y la veo a usted y veo a todas las mujeres que están delante de mí, que llevan una trayectoria personal, profesional y humana de muchos años, y que en estos momentos, en el siglo XXI, usted esté ahí sentada y nos hable de este plan de mujer..., no deja de ser hiriente en todo caso. Yo no

creo que la hayan engañado o se haya dejado engañar, señora consejera.

Yo sí que voy a hacer referencia a este Consejo Asesor porque, a la vista de las personas integrantes, me ha parecido que tiene un cierto sesgo político importante. Ha hecho una cierta referencia la portavoz de Chunta Aragonesista a que hay una serie de asociaciones que no están implicadas y a que hay una serie de representantes que, desde luego, no indican para nada la pluralidad de las mujeres, es algo que yo echo en falta.

Y algo que también me llama profundamente la atención: todas estas personas integrantes en este Consejo ¿no tienen asumida, bien ideológicamente o bien como personas, la ideología de la igualdad? Porque usted sabe que la igualdad se vive, se practica, no se proclama. Yo estoy asistiendo constantemente a proclamaciones de igualdad, pero a pocas realidades, desde el Partido Socialista y desde el Grupo Socialista. No existe esa pluralidad, me llama la atención cuando veo los nombres que componen este Consejo Asesor, y lo primero que tendría que haber si hubiera igualdad es pluralidad.

Y algo que también me llama muchísimo la atención al haber este Consejo y al escucharla a usted hablar del plan es que existe un fracaso o un ninguneo del Instituto Aragonés de la Mujer. Porque lo que usted ha planteado, aparte de haber asumido y haber hecho una *mélange* del tema de sanidad, social..., bueno, era educación, prevención..., era algo que se estaba impulsando desde el área una palabra muy socialista para la nada, que es «la transversalidad» desde el Instituto Aragonés de la Mujer, y que era una bandera importantísima que se lanzaba. Y a mí me preocupa porque, efectivamente, después de tantos años apostando por este Instituto, efectivamente, no ha sido eficaz y ahora parece ser que la consejera de Salud coge como bandera una defensa.

Yo creo, señoría, que la sanidad, que para mí merece el mayor respeto, no sé si porque somos profesionales de la sanidad y porque los profesionales que allí trabajan son francamente buenos y saben trabajar y han llevado los temas de mujer con muchísimo respeto y con muchísima profesionalidad..., no me gustaría que entraran en la dinámica de la utilización política de la mujer. Yo creo que tenemos que ser muy respetuosos. A mí me parece que se están marcando una serie de diferencias que van más allá de lo estrictamente necesario, no podemos hacer una discriminación de los seres humanos por sus caracteres sexuales.

Cuando la estaba oyendo, me estaba recordando al siglo XIX, cuando en los hospitales había salas de mujeres y salas de hombres. Yo creo que estamos con unas patologías de los seres humanos y hay algunas características propias de las mujeres, que, efectivamente, usted lo ha referido muy bien en lo que es toda el área de la salud reproductiva, de las unidades de ginecología, de las unidades de parto, de las unidades de lactancia, de las unidades del climaterio, menopausia, pero aquí cabría hacerle una pregunta: ¿qué pasa cuando el hombre tiene cáncer de mama? Será atendido, supongo. O cuando hay que hacerle una reconstrucción mamaria.

Yo creo que la igualdad, la igualdad real, que nos ha costado mucho a muchas mujeres conseguirla, no

puede tener una serie de diferenciaciones. Queremos una salud reproductiva desde la pluralidad. Yo, cuando oigo..., y a mí me preocupa, claro, sabiendo que en este momento y estamos en un contexto político... Yo no quiero utilizar a la mujer, quiero pluralidad y, desde luego, lo que no quiero —y lo he oído en su intervención— es adoctrinamiento. A mí me preocupa cuando tenemos una ministra Aído que no sabe diferenciar lo que es un ser humano de un ser vivo; a mí me preocupa en esta sociedad...

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):
Señora Plantagenet...

La señora diputada PLANTAGENET-WHYTE PÉREZ:
... cuando están fracasando las técnicas anticonceptivas en las jóvenes y aumenta el número de abortos. Y no hemos sabido, no ha sabido, desde luego, la sociedad —y ustedes llevan diez años al frente de este tema—..., estar ahora todavía animando a los hombres —cuando le oigo hablar de los hombres...— para que usen el preservativo. [Rumores.] Y cuando las mujeres y las jovencitas van a usar la píldora poscoital, esa bomba hormonal, porque no se les ha enseñado de una manera adecuada a cuidar de su propio cuerpo. Y esta es una responsabilidad y yo lo he oído. Y como solamente se está incrementando, se está viendo el aborto como una técnica anticonceptiva y no como un fracaso en muchos casos. Y, desde luego, nosotros, desde luego, desde el Partido Popular, creemos en otra forma de hacer política y esto me parece una banalización.

Señoría, lo que creo que debe hacer su consejería de Salud es reducir las listas de espera. Esto que le he enseñado hoy es intolerable. Usted, como consejera, no me hable de machismo, hábleme de resultados, hábleme de la lista de espera para hacer una densitometría ósea, hábleme del cáncer de mama, cómo se aplica, hábleme de resultados. No hablemos de palabras vacías; a mí, como mujer, me produce cierto rechazo. Quiero —y esto se lo transmito como responsable que es de un gobierno— que ya se enseñe a la gente joven a cuidar de su cuerpo, que eso es prevención en salud, a saber cómo son, que los anticonceptivos se llevan utilizando desde hace cuarenta años y parece que estamos empezando desde el principio.

Que la mujer joven, que usted también ha hecho referencia, encuentre un trabajo digno, en igualdad de condiciones que los hombres, y que le paguen lo mismo —pero a lo mejor ese no es su capítulo, yo no sé si es el momento de hablar, pero, como ha hecho referencia a él, yo lo hago—; que pueda tener hijos; que la conciliación sea real, que no sea solamente una demagogia barata de la ley de conciliación y luego no se cumpla; que no tenga que abandonar su puesto de trabajo; que, efectivamente, pueda tener un parto y una lactancia y no pierda el empleo; y que los sindicatos se dediquen realmente no a pertenecer a unos consejos, sino a luchar por el mejor trato y la igualdad de mujeres; que haya epidural en todos los sitios (aquí, en Alcañiz...) y haya una igualdad de trato para todas las mujeres; que la mujer adulta tenga prevención de cáncer de mama, pero también tenga prevención del cáncer de colon; que, si necesita una mujer una asistencia ventricular, la tenga y no tenga que irse a otra

comunidad autónoma; que, desde luego, le cuiden la artrosis exactamente igual.

Pero ese doble lenguaje, a mí, ya en el siglo XXI, no me acaba... ¿Cómo puede hablar de investigación —lo ha dicho en su plan— si acaba de haber una reducción importantísima dentro del área económica de nuestra comunidad autónoma en toda el área de investigación y los proyectos de estudio se van a tener que acabar? Es que este Consejo Asesor...

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Señora diputada, por favor, vaya concluyendo.

La señora diputada PLANTAGENET-WHYTE PÉREZ: Voy a acabar.

¿Cómo me puede hablar de violencia de género? Sabemos que hay protocolos en violencia de género, pero, en cambio, son ineficaces todos los proyectos porque somos incapaces de dar un tratamiento adecuado al agresor porque no lo asume la sanidad, y están ahí y reinciden. Señoría, yo creo que tenemos que utilizar el término «igualdad», esa igualdad por la que, efectivamente, todos hemos luchado, por la que todas las mujeres hemos luchado, por la que hemos trabajado, de verdad, con cierta coherencia. Yo le pido a usted, como consejera de Salud, que, realmente, trabaje para esa igualdad y trabaje para que los departamentos tanto de ginecología como de obstetricia..., para todas esas enfermedades que se pueden prevenir, lo realicen, para que esas mujeres que, efectivamente, tienen dependencia puedan cobrar esa ayuda a la dependencia, que no llega, y muchas de ellas se mueren, para que ese síndrome del *burn out* no acabe con ellas.

¿Usted se acuerda de que en su departamento, cuando todavía estaba el señor Larraz, existía un comité o un consejo asesor sociosanitario? Yo no sé cómo ha funcionado. A mí, cuando le oigo hablar, me preocupa muchísimo porque no es más que en muchos casos el reflejo de una política, no suya, sino de todo el Gobierno, fracasada. Porque si tenemos que estar reinventando las políticas de igualdad, las políticas de coordinación y las políticas de enseñanza en todas las áreas como si fueran nuevas y como si no hubieran hecho nada en estos diez años, yo creo que hemos fracasado.

Nada más y muchas gracias, señora presidenta.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Gracias, señora Plantagenet.

Por el Grupo Socialista, señor Alonso, tiene la palabra.

El señor diputado ALONSO LIZONDO: Gracias, señora presidenta.

Bienvenidos, señora consejera y los miembros de su equipo que le acompañan a la Comisión de Sanidad.

Enumeraré unas pocas realidades constatables a modo de motivadoras de la necesidad del plan que hoy nos presenta, y que todos hemos leído o hemos visto en el día a día de nuestro peregrinaje por los centros sanitarios.

Es verdad, es una realidad que las mujeres acumulan unos problemas crónicos a lo largo de su vida, mientras que los hombres presentan enfermedades más

graves y fatales. Otros aspectos característicos son la desigual distribución de mujeres y hombres en las propias profesiones sanitarias y los sesgos de género en las investigaciones y en la atención a la salud. También es una realidad constatable la diferente necesidad de salud que tienen las mujeres, que no solamente procede de sus diferencias biológicas, sino también de las condiciones de vida y de trabajo.

Reflejaba la prensa estos datos recientemente: que un 46% de las mujeres siente que su salud va regular a mal, mientras que entre los hombres había una percepción solamente un poquito más optimista, de un 37%. Se observaba también que las mujeres acumulaban problemas crónicos a lo largo de su vida, lo que repercute de forma negativa en la valoración de su salud, mientras que los hombres presentan enfermedades quizá más graves o fatales; las estadísticas son claras a este respecto: más del 60% de la población diagnosticada con enfermedades crónicas son mujeres y también más del 56% de la población con limitaciones para la actividad diaria son mujeres.

El propio Ministerio recoge dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud entre sus objetivos estratégicos promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de formación continuada del personal sanitario. En la mayoría de los hospitales —es otra realidad que también se puede ver— se atiende más la patología masculina que la femenina, si exceptuamos la relacionada con la atención al parto o el posparto. Debido a esto, la mayor parte de la investigación clínica que se realiza se basa en la manera de enfermar los hombres y se da por estudiada la casuística de las mujeres, aunque recientemente se ha visto que esto no debería de ser así y que será necesario reinvestigar muchas de las técnicas diagnósticas y terapéuticas específicamente en las mujeres.

Y muchas más realidades, además de las enumeradas hasta ahora, alargarían mucho mi intervención, por lo tanto, no seguiré enumerando más realidades que motivan esta presentación del plan. Como decía al principio, incluso si unimos o añadimos a estas realidades la voluntad política de elaborar el plan que su departamento siempre ha manifestado y también añadimos el cumplimiento de unos compromisos que se han ido añadiendo en las Cortes y también en los sectores de las mujeres, como recordaba la portavoz de Chunta, nos encontramos con dos acontecimientos que en los dos últimos meses han tenido lugar: en primer lugar, la constitución del consejo asesor del plan y su primera reunión de trabajo, y, por otra parte, la elaboración y presentación del plan que hoy nos ha convocado aquí.

Por todas realidades constatables, ha sido un acierto la constitución hace unos meses, como decía ahora mismo, de ese Consejo Asesor de la Mujer como un órgano consultivo de asesoramiento, como un sitio donde se debe debatir y se deben coordinar las políticas de actuación que repercuten en la salud de las mujeres, como un elemento de participación y de voz de otros departamentos y entidades también en los temas de salud, que no debemos dejar solo en temas de sanidad, sino que también en estos temas pueden intervenir y deben intervenir otros departamentos o entidades. Debe ser un foro de intercambio y de demandas. Y una

de las primeras encomiendas que se le hacía a este Consejo Asesor es la de colaborar en la elaboración del Plan de Atención a la Salud de la Mujer, que, como tal plan, no debe requerir con nombres y apellidos partidas presupuestarias específicas para cada uno de los programas o subprogramas que usted ha ido enumerando dentro del plan, sino que muchas de las cuestiones que hoy ha desgranado usted aquí ya van dentro de lo que son presupuestos y actuaciones de los propios departamentos, del propio Departamento de Sanidad y del propio presupuesto del Salud.

Este Consejo Asesor de la Mujer cuenta con instituciones relacionadas con la mujer, cuenta con representantes también de los departamentos con competencias en sanidad y en mujer y cuenta con representantes de sectores del tejido social, de la universidad o de agentes sociales que trabajan en materias de la mujer. Por lo tanto, creo que su composición ya es bastante representativa y su actuación ha sido bienvenida en lo que puede ser la transparencia en la elaboración de este plan.

Un objetivo en el Plan integral que usted nos ha presentado que debe ser principal es paliar las posibles desigualdades de género que existen tanto en la prescripción sanitaria como en la atención sanitaria en general, como usted ha ido elaborando. Y en este sentido, por lo tanto, agradece nuestro grupo la presentación que usted nos ha hecho del plan integral de atención a la mujer en temas de salud, la presentación que nos ha hecho a los grupos políticos que tenemos representación en esta Comisión de Sanidad. Y, por otra parte, además de darle las gracias, le felicitamos porque dicho plan denota el compromiso de los profesionales de su departamento en su elaboración, porque se ha visto claramente cuando usted lo ha expuesto la gran participación de todas y cada una de las áreas de su departamento; también denota la participación que ha sabido propiciar en la elaboración de dicho plan de todos los componentes del Consejo Asesor de la Mujer, y la calidad del documento porque, si miramos en la hoja web del propio ministerio o en Internet, excepto algún plan muy puntual, sobre todo muy ceñido a temas ginecológicos y de obstetricia que planteaba Núñez Feijoo antes de las transferencias en el antiguo Insalud, creo que este plan es mucho más completo, más multidisciplinar, toca todas las áreas de lo que tiene que ser la atención en su aspecto global de la sanidad y de la salud en la mujer.

Por tanto, repito, le agradecemos la presentación y le felicitamos por el contenido del mismo.

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

Señora consejera, tiene un nuevo turno de palabra para dar respuesta a las cuestiones formuladas por los grupos parlamentarios. Tiene la palabra.

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

Comenzaré por las cuestiones planteadas por los grupos, por la intervención de Chunta Aragonesista, señora Ibeas.

Señora Ibeas, yo creía que usted estaba interesada en este tema. Quizá es un error por mi parte partir de esa premisa, pero intentaré recuperar credibilidad, si

es que lo consigo, a partir de mi exposición y a partir de que podamos remitir en breve el plan y el análisis previo que se ha efectuado, cuyos documentos están en mi mesa, que todavía pone «borrador», y que, una vez sometidos a la información [*un diputado, desde su escaño y sin micrófono, pronuncia unas palabras que resultan ininteligibles*], el segundo, el plan, el Consejo Asesor, en reunión que ya está convocada el 14 de enero, inmediatamente y sin que tengan ustedes que solicitarlo, ¿cómo no?, lo remitiremos a los grupos.

Hay plan y previamente se partió de un análisis de situación y líneas para la elaboración del Plan Estratégico de Atención a la Salud de la Mujer. Es el documento que el día que se constituyó el Consejo Asesor, el pasado día 18 de noviembre, se presentó formalmente y que estamos en fase de alguna alegación, ajuste o sugerencia.

El plan intenta recoger cuestiones que se venían planteando en la sanidad aragonesa de una forma impulsada por el propio departamento unas veces, otras veces por los propios grupos de trabajo de todas las profesiones interesadas, y que se formaliza y que pasa esa reválida con la constitución de este trabajo y la ejecución del plan. El plan recoge algunos objetivos sobre el fundamento de por qué hacemos el plan, tiene algunos objetivos concretos, seis estrategias, catorce objetivos de esas estrategias y noventa actuaciones concretas, de unas son responsables unas direcciones generales u otras, todas con competencias.

Ustedes se han remontado al señor Larraz, tanto la portavoz de Chunta como la del Partido Popular, que es remontarse, permítanme, en política a mucho tiempo, porque casi son seis años los que hace que no está el señor Larraz. Yo estoy encantada de que se sigan remontando al señor Larraz, pero el compromiso en esta segunda legislatura en la que soy consejera se plasma en esta segunda legislatura como compromiso; sí que es cierto que había habido algunas iniciativas particulares y de los propios partidos en un sentido o en otro.

Nosotros llevamos tiempo trabajando con muchos profesionales detrás. En el año 2007 comparecía aquí en la Comisión de Sanidad a propósito de las estrategias del parto porque ya venimos trabajando en algunas cosas que contiene el plan, y otras no, no venimos trabajando. Pero hemos detectado desde el departamento con los programas y los planes de salud y con los resultados en salud y los resultados en atención a tiempo algunas desigualdades, por otra parte ya constatadas en otros planos, tanto en el plano europeo como en el plano del Estado.

Dicho esto, a mí me hubiera gustado hacerlo en la primera parte de esta legislatura pero se podría haber hecho en la primera parte, en la segunda parte, que es en la que estamos, o no hacerse, o hacerse, y se ha hecho. Yo, mientras la señora Ibeas solo ponga pegas a criticar los tiempos, a no compartir el procedimiento — cosa que yo tampoco comparto porque, oiga, aunque estemos en política y al mayor nivel, el procedimiento es el procedimiento— o a no parecerle bien la tramitación, creo que puedo arrancarle cierto compromiso de que Chunta Aragonesista comprende y comparte los fundamentos de este plan porque, si no, permítanme que estamos perdidos.

El plan, una vez sometido a la información del Consejo Asesor, lo enviaremos, es decir, el 14 de enero por la tarde, tomen nota. En cuanto a la composición del Consejo Asesor, hay que hacer un decreto; respecto al decreto, el tiempo medio, la espera media de un decreto en una comunidad autónoma, por muy bien que vayan las cosas, son seis u ocho meses. Bueno, pues teníamos el decreto, pero queríamos acompañar la composición del Consejo Asesor, que creemos esencial no para rectificar y decirles a los profesionales lo que tienen que hacer, no, para reorientar los objetivos, las estrategias y mejorar, porque, en la vida, o te propones mejorar o lo que no se mejora se para y se empeora.

Esa composición, señora Ibeas, no puede ser nunca asamblearia, tiene que ser de amplia representación, y repito porque el tema tiene interés, amplia representación: la dirección general competente en Atención al Usuario; el titular de la Dirección de Planificación; el IAM, por derecho propio, no a espaldas del IAM y no sé qué, señora Plantagenet, IAM; Dirección General de Salud Pública; Servicio Aragonés de Salud; Dirección General de Participación Ciudadana; profesionales de especializada y de primaria; vocales de las asociaciones aragonesas con trayectoria reconocida —en Aragón tenemos como ochenta asociaciones, hemos nombrado a unas asociaciones con el compromiso también, como hacemos siempre, de que haya cierta rotación—; ¡hombre!, representación de las organizaciones sindicales más representativas, no porque sean sindicatos o no, sino porque representan a los trabajadores que trabajan en el sistema; la universidad pública de Zaragoza, nos parecía un elemento importante porque algunas cuestiones que están en el plan de análisis de situación tienen que ver con algunas cuestiones en las que la universidad y su representación nos interesaba y creíamos que era de mucha utilidad; representación también de la Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias y de Asael. *[Rumores.] [Un diputado, desde su escaño y sin micrófono, pronuncia unas palabras que resultan ininteligibles.]* Bueno, hasta que exista, oiga. Entonces, representantes de los territorios.

Hemos empezado a caminar y lo que estamos haciendo es cumplir con el camino que nos hemos marcado. Entonces, señora Ibeas, si solo la crítica es por los tiempos y las formalidades, lo puedo aceptar mientras que usted no haga una enmienda a la totalidad como ha hecho el Partido Popular, lo cual pasaría a formar parte de mis preocupaciones.

Están en el plan desagregadas las noventa actuaciones con la responsabilidad y se puede aportar el cronograma, no se puede trabajar sin tiempos. ¿Hay dinero para llevar a cabo el plan? Sí, en el presupuesto, porque, ¡hombre!, el Partido Popular sobre todo, si no hay financiación, ya no hay nada en el mundo: pues no, nosotros tenemos un presupuesto de casi dos mil millones de euros, que digo yo que podrá servir como soporte para reorientar las políticas, que muchas veces es reorientar políticas, no poner más esto ni más de lo otro, que forma parte de las propias inversiones, que, en este caso y para estos temas, pasan a ser prioritarias. O sea, que ningún problema por el tema de la disponibilidad de recursos.

El portavoz del PAR ha mencionado algunas dificultades y algunos diagnósticos sobre algunas situacio-

nes que ya en su día hizo la portavoz del PAR en esta comisión, pero, después de entonces, que también ha pasado tiempo, existen muchos factores, tenemos muchos datos que coinciden en que en los resultados y los determinantes en salud y la atención a tiempo incluso, que reciben las mujeres y los hombres hay desigualdades, igual que en la utilización o en la prescripción de fármacos, por diferentes cuestiones, y eso es lo que tenemos que analizar para contribuir a mejorar la situación.

Yo voy a poner un ejemplo porque lo entiende todo el mundo. Recientemente se pasó una encuesta en Aragón dirigida por profesionales de atención primaria y cardiólogos del Servicio Aragonés de Salud, una encuesta a las mujeres de Aragón, más de mil, para que respondieran a determinadas preguntas para ver si reconocían síntomas ante un posible infarto. La mayor parte de las mujeres que contestaron conocían los síntomas del infarto y lo que había que hacer, solo que, si se trataba de un familiar, ponían en marcha un plan, y, si se trataba de ellas mismas, ponían en marcha otro, que era atender a determinadas cuestiones familiares y sociales para luego ir al médico y, mientras tanto, se tomaban tres tilas: un error. Esos son temas absolutamente claros, precisos y concretos sobre los que hay que trabajar, nos guste o no nos guste. Por eso agradezco al portavoz del PAR que haya recordado de dónde venimos y algunos de los indicadores que en aquel momento manejaba la portavoz y que se han incorporado y ampliado porque tenemos más información.

Que en las investigaciones se tenga en cuenta el factor género, no sexo, género, no es caro, no es caro ni barato, es que se recoja, haya subido el presupuesto o haya bajado. Y aquí he de decir que en la investigación biomédica hemos mejorado el presupuesto, y recoger los indicadores en razón de género no es más caro, solo significa incorporar a los sistemas de información la información.

Agradezco al Partido Socialista que nos haya situado también en el entorno global de lo que es una ideología que nos diferencia hasta ahora y me temo que por mucho tiempo. Pero mire, señora Plantagenet, usted ha dicho que se han quedado preocupados. Yo sí que me he quedado preocupada al oír su intervención, me he quedado muy preocupada porque no esperaba ese tono en la intervención, ese enfoque y, además, tampoco lo esperaba de usted en particular, me he equivocado también, hoy no venía yo preparada para entender a la primera las cuestiones que aquí se planteaban.

Si está preocupada solo porque no lo tienen, lo tendrán. No se preocupe por la partida presupuestaria porque de ninguna de las noventa acciones podemos decir en este momento que no se pueden llevar a cabo si no tenemos más dinero. Pero mire, usted ha hecho una interpretación en ese tono bajo, serio, íntimo, que me preocupa el tono, la forma y el fondo. *[Rumores.]* ¿Puede dudar el Partido Popular, y más la señora Plantagenet, de que el plan no sea necesario, de que carezca de utilidad y de que, además, sirva para poner en evidencia a los profesionales? A mí me preocupa ese tema, que usted lo perciba así. Claro que, si hacemos un recuento de las comunidades autónomas que disponen de un plan de atención a la salud de la mujer, dispone el País Vasco, Cantabria y Aragón, y Cataluña y Andalucía lo tienen incorporado

la plan de salud general. O sea, que se podría decir que somos la tercera comunidad en que nos hemos dedicado, aparte de al día a día, a hacer un plan que es una herramienta importante. También es cierto que no hay ninguna comunidad del Partido Popular que lo haya hecho, o sea, es evidente que su partido no lo cree necesario. *[Rumores.]* Pero que usted le de la vuelta al tema, a mí me preocupa, porque usted ha cambiado mucho, yo no la recordaba así, *[risas]* no la recordaba así.

Su reflexión sobre la igualdad solo cabe en el estancamiento de la ideología, pero no del siglo XVIII, mucho antes. Pero ¿se da cuenta usted de lo que ha dicho? ¿Se da cuenta de que, para atacar al Gobierno, ha hecho la defensa de un discurso antiguo, anclado, sin ninguna concesión a la modernidad y a la utilización de la información para mejorar? ¿Cómo puede usted decir sin despeinarse, de una forma tan distorsionada, lo que ha dicho? Yo solo confío en que no salga mucho de aquí o, mejor, que salga, porque, de verdad, mujeres votantes del Partido Popular se lo van a pensar a partir de ahora, porque, oiga, usted ha dicho unas cosas... De verdad, hoy no hemos andado finos aquí.

Defendemos el plan, señora Plantagenet, desde nuestra ideología —¡sólo faltaría!—, porque la tenemos y porque la aplicamos porque estamos gobernando, pero, además, con sensibilidad en problemas reales. ¡Claro que hay diferencias sociales y también en salud entre hombres y mujeres! ¿Por qué? Por muchas causas, pero, bueno, nosotros lo vamos a hacer sin complejos.

[Un diputado, desde su escaño y sin micrófono, pronuncia unas palabras que resultan ininteligibles.] Contestaré a esa sensibilidad en la interpelación que usted me tiene preparada para el próximo viernes. *[Risas.]*

En el plan se han empleado a fondo direcciones generales de mi departamento; el IAM, por supuesto; parte del equipo de Educación, Cultura y Deporte; de Servicios Sociales; aparte del IAM, el Instituto de la Juventud; las personas que trabajan en discapacidad y en dependencia; en Economía, Inaem e inmigración... ¡Claro que es transversal! Ahora, ser transversal o tener políticas transversales ¿es de izquierdas o de derechas? O sea, ¿el Partido Socialista habla de la transversalidad porque no sabe lo que dice? O no sabe la portavoz del Partido Popular esta tarde lo que quiere decir transversalidad.

Nosotros debemos contribuir, señora Plantagenet, mientras gobernamos a que se eliminen desigualdades en salud en razón de género, es mi responsabilidad, la voy a ejercer, le guste o no *[rumores]*, aunque me temo que usted ha tenido que escenificar algo en lo que creo que no está muy convencida, o yo no le he visto nada convencida. Me da pena, me da pena la disertación que usted ha hecho, y me da pena porque viene de una mujer y viene de usted.

Aquí, hoy, esta tarde, ante una oportunidad, que es el plan, que no es más que un plan de mejora, ante una oportunidad *[rumores]* *[un diputado, desde su escaño y sin micrófono, pronuncia unas palabras que resultan ininteligibles]*, el enfoque que usted ha hecho, que ha enmendado la totalidad —se lo mandaré, si no tiene el plan, no lo descafeíne ni lo elimine—, *[un diputado, desde su escaño y sin micrófono, pronuncia unas palabras que resultan ininteligibles]*... ¿Es el porta-

voz usted? Entonces, ¿me dirijo a uno, a otra? ¿Me lo aclara la presidenta? *[Rumores.]*

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Señorías, respeten los turnos de palabra, que aún nos queda un rato de comisión, por favor.

La señora consejera de Salud y Consumo (NOENO CEAMANOS): Yo creo que el enfoque que ha hecho, señora Plantagenet, no es acertado. Yo creo que, por atacar al Gobierno, no vale todo, podemos discrepar en los tiempos y en el procedimiento, pero, respecto a echar abajo la necesidad de hacer un plan que se dedique, aparte de a la organización, a resolver estos temas, usted a esto tiene que ser sensible. Yo lo que siento es, señora Plantagenet, que, esta tarde, el árbol le ha impedido ver el bosque, y eso es toda una lástima.

Muchas gracias.

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

Señores diputados, vamos a suspender unos minutos la comisión para despedir a la consejera de Salud y Consumo y a quienes le acompañan, y luego continuaremos con el resto de puntos que lleva esta tarde la Comisión de Sanidad.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Señorías, continuamos con la comisión de Sanidad.

Tercer punto del orden del día: debate y votación de la proposición no de ley número 325/09, sobre el desarrollo reglamentario de la Ley 16/2006, de protección y defensa de los consumidores y usuarios de Aragón, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Su portavoz señora Grande tiene la palabra.

Proposición no de ley núm. 325/09, sobre desarrollo reglamentario de la Ley 16/2006, de protección y defensa de los consumidores y usuarios de Aragón.

La señora diputada GRANDE OLIVA: Gracias, señora presidenta.

Y ya que la señora consejera se ha ido con bastante —me ha parecido a mí— *[risas]* desazón por la intervención de mi compañera Rosa Plantagenet, yo voy a mantener un tono medio —me dice Yolanda Vallés, mi otra compañera—, pero, bueno, espero que por lo menos el tono de mi proposición les guste, además, lógicamente, del contenido que voy a exponerles a continuación.

Señorías, la iniciativa que traigo a debate a esta comisión tiene que ver, y mucho, con la defensa y la protección de los consumidores y usuarios, tal como ustedes conocen que establece ya nuestra Carta Magna y como refleja igualmente el artículo 17 de nuestro Estatuto de Autonomía. Y en esta misma línea, ustedes conocen que se elaboró y aprobó la Ley 16/2006, de 28 de diciembre, de protección y defensa de los consumidores y usuarios de Aragón, publicada en el BOA el 28 de diciembre del año 2007, que, como reza en su preámbulo, sustituyó a la ley anterior, la Ley 8/1997, de 30 de octubre, del estatuto del consumidor y usuario de la Comunidad Autónoma de Aragón. Sa-

ben ustedes que la sustitución de una por otra fue fundamentalmente por la necesidad de actualizar la ley hasta entonces vigente, sobre todo porque el concepto de defensa del consumidor es impreciso, cambiante y, francamente, muy expansivo, y precisa de una normativa que sea capaz de afrontar los retos que se le plantean al consumidor en este mundo cambiante en el que se desenvuelve.

Y este es el espíritu que inspiró la Ley 16/2006, de protección y defensa de los consumidores que les acabo de citar y que no voy a entrar a valorar políticamente ya que se siguió un proceso —me consta— bastante civilizado en su elaboración política, pero sí que —y aquí es donde quiero incidir— deja abiertas muchas cuestiones que, como muy bien se establece en su preámbulo, únicamente se inician, pero, dada la evolución a la que antes me refería, necesitan de reglamentos que las desarrollen.

Me refiero, por ejemplo, a la protección del consumidor en la sociedad de la información, que en la ley está esbozada únicamente, reclamaciones por vía electrónica, fomento del arbitraje a través de medios electrónicos, o incluso, en el plano más puramente protector, la posibilidad de retirar productos o servicios en redes electrónicas, tal como se hace en los establecimientos tradicionales, por no mencionar la normativa europea, que está incidiendo continuamente en diferentes aspectos de la protección de los consumidores.

Y este es solo un ejemplo de lo que pretendo transmitirles. Y, en este sentido, voy a referirme a las disposiciones finales contempladas en esta ley. Y es que ustedes han visto y han leído y saben que el Gobierno tiene facultad de dictar cuantas disposiciones de desarrollo sean convenientes, una habilitación de especial importancia en una materia sujeta a una evolución coyuntural tan rápida como es esta de la protección y defensa de los consumidores. Y, lógicamente, tengo que incidir en un elemento y en una cuestión fundamental como es la inseguridad jurídica que se crea al respecto.

Yo creo, señorías, que ha transcurrido un tiempo más que suficiente, más que prudencial, desde la entrada en vigor de esta ley y, por el espíritu de impulsar al Gobierno, ya que hasta el momento da claras muestras de una sequía normativa palmaria, presento esta iniciativa, que espero que apoyen sus señorías.

Nada más y muchas gracias.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Gracias, señora diputada.

No habiéndose presentado enmiendas, pasamos a la intervención de los grupos por un tiempo de cinco minutos.

Por el Grupo Chunta Aragonesista, tiene la palabra, señora Ibeas.

La señora diputada IBEAS VUELTA: Gracias, señora presidenta.

Señora Grande, parece razonable que, si existe una ley de protección y defensa de los consumidores y usuarios de Aragón pendiente de desarrollo desde 2006, cuya disposición final primera precisamente facultó al Gobierno de Aragón para dictar cuantas disposiciones de desarrollo sean convenientes, se hubiera planteado en estos años algún tipo de desarrollo. Lo que sucede es que siempre existe un riesgo con es-

tas cuestiones, yo le voy a recordar muy rápidamente unas palabras del conde de Romanones, que decía: vosotros hacéis las leyes, que nosotros ya haremos los reglamentos. Así que yo no sé muy bien si a veces es bueno o es malo que desarrollen los reglamentos según y cómo.

Efectivamente, nos parecería adecuado que, en este caso, el Gobierno se tomara con más seriedad esta ley, sobre todo pensando en la seguridad jurídica de los usuarios y los consumidores, pero es posible que sea necesario que haya quizá una mayor concreción en este sentido porque hay muchos aspectos que confluyen en la ley, muchos, y habría que establecer... Usted ha señalado alguno de ellos, pero, sinceramente, creo que habría que establecer algún tipo de prioridades o, por lo menos, poner al Gobierno en la situación de que explicara si sinceramente cree que es suficiente el desarrollo legislativo que tenemos en estos momentos o no.

Más allá de otras cuestiones, creo que es necesario en cualquier caso valorar sobre todo, primero, cómo plantea el Gobierno la ley, qué tipo de desarrollo podría haber, qué aspectos deberían desarrollarse y observar en este caso qué deficiencias o qué carencias sobre todo son más llamativas.

Voy a escuchar, no obstante, a los grupos que apoyan al Gobierno para saber cuáles son las excusas que plantean en este sentido a la hora de no haber desarrollado o de desarrollar esta ley.

Gracias.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Gracias, señora diputada.

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

El señor diputado CALLAU PUENTE: Gracias, señora presidenta.

Señora Grande, yo tengo que decirle que me ha gustado su tono. [Rumores.] Valoro..., me ha gustado, de verdad que sí que me ha gustado su tono, ha hecho énfasis y valoro [la señora diputada Grande Oliva, desde su escaño y sin micrófono, se manifiesta en términos que resultan ininteligibles] [rumores], valoro, además, positivamente el interés que manifiesta la iniciativa parlamentaria, pero, sin embargo, tengo que decirle que no puedo, a pesar de ello, considerar que exista un vacío normativo en este aspecto ni en el desarrollo en la regulación normativa de la Ley 16/2006.

Mire, estoy convencido de que se mantiene por parte del Gobierno una posición activa y receptiva en el estudio de las propuestas que llegan por parte de los sectores implicados. Efectivamente, es cierto, la disposición final segunda de la Ley 16/2006 reconoce literalmente el derecho reglamentario dictado en desarrollo de la Ley 8/1997, de 30 de octubre, del estatuto del consumidor y usuario de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como que las normas reglamentarias dictadas en materia de protección del consumidor con anterioridad mantendrán su vigencia con el mismo rango en todo aquello que no se oponga al contenido de lo dispuesto en esta ley.

Pero yo creo que el Gobierno ha hecho en este sentido actuaciones, ha hecho actuaciones el Departamento de Salud y Consumo por medio de la Dirección

General de Consumo, y ha abordado cuestiones como la generalización de la exigencia de las hojas de reclamaciones, la regulación de la mediación en materia de consumo, y tiene abierto, además, un procedimiento de valoración de varias sugerencias planteadas tanto por las asociaciones de consumidores como por las organizaciones empresariales.

Con respecto a las hojas de reclamaciones, se ha extendido a todos los sectores, a todos los sectores que no estaban regulados o que no tenían regulación propia la obligatoriedad de las hojas de reclamaciones. Se trabajó en su día también en la regulación de la mediación en consumo de Aragón y la injerencia del Real Decreto de mediación y arbitraje de consumo, que planteaba y que representaba con las competencias autonómicas, se matizó con la reforma de nuestro Estatuto de Autonomía y, además, se está trabajando con las asociaciones de consumidores y usuarios, que han expresado su opinión en el sentido de que podría ser oportuna la modificación de la actual normativa reguladora del Consejo Aragonés de Consumidores y Usuarios. Por tanto, creemos que el Gobierno está trabajando, y está trabajando con las entidades que tienen que ver, que tienen algo que decir en todo lo referente a consumo.

Por otra parte, quiero decirle que yo creo que no debemos olvidar que la competencia autonómica en materia de consumo se limita casi exclusivamente a la información al usuario desde la óptica del derecho público y que, además —y usted ha hecho referencia a la Unión Europea—, el Tratado de la Unión Europea intenta armonizar las distintas regulaciones normativas de los Estados, por lo que las comunidades autónomas se ven limitadas a la hora de desarrollar reglamentos.

Estamos en ese juego, estamos en ese momento, estamos en esa posición, y yo creo que el Gobierno está regulando todo aquello que le permite la Ley 16/2006. Por lo tanto, siendo conscientes de que se está trabajando en ese sentido, votaremos en contra de su proposición no de ley.

Muchas gracias.

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

Por el Gupo Socialista, señora De Pablo, tiene la palabra.

La señora diputada DE PABLO MELERO: Gracias, presidenta.

Yo, señora Grande, no le valoro el tono, porque ha sido magnífico, pero le valoro la sal que tiene para intervenir. *[Un diputado, desde su escaño y sin micrófono, se manifiesta en los siguientes términos: «salerosa».]* Salerosa.

El Grupo Parlamentario Popular nos presenta hoy una proposición no de ley para instar al Gobierno de Aragón a dictar las disposiciones reglamentarias para el desarrollo de la Ley 16/2006, de 28 de diciembre, de protección y defensa de los consumidores y usuarios de Aragón. La disposición final segunda de dicha ley reconoce el derecho reglamentado dictado en el desarrollo de la Ley 8/1997, del estatuto del consumidor y usuario de la Comunidad Autónoma de Aragón, así que como las normas ya dictadas en dicha materia con anterioridad mantendrán su vigencia en todo lo

que no se oponga al contenido de la ley. Por eso, la disposición primera de la citada ley autoriza al Gobierno de Aragón a dictar las disposiciones necesarias para el perfecto desarrollo de la ley. Por todo ello, el Departamento de Salud y Consumo, por medio de la Dirección General de Consumo, ha abordado cuestiones como las hojas de reclamaciones en todos los sectores, como ha comentado el portavoz del PAR. Este proceso, que no ha sido corto, se inició en 2001, hasta 2008, culminó con la obligación y disposición de estas hojas en todos los departamentos menos en Transporte y Turismo, que tienen regulación propia.

Por otra parte, el hecho de que la comunidad autónoma, en la reforma del Estatuto de Autonomía, incluyera en las competencias exclusivas de la comunidad la regulación de los procedimientos y de los órganos de mediación en Consumo influyó para que el Real Decreto 231/2008, de 15 de febrero, se publicara sin incluir los preceptos que habían sido motivo de conflicto, y por eso en estos momentos no es necesario el desarrollo de normativas en dicha materia.

Otros temas que han sido estudiados como posibles para una nueva regulación por parte de la Asociación de Consumidores y Usuarios son la normativa reguladora del Consejo Aragonés de Consumo y Usuarios y la relativa al registro de la Asociación de Consumidores y Usuarios de la comunidad autónoma. Por ello, se ha creado una comisión para estudiar las propuestas. Una vez salgan las conclusiones, se valorará si puede ser objeto de reforma y el sentido que se les podría dar.

También por las organizaciones de autónomos y profesionales se ha propuesto algún tipo de normativa relacionada con la construcción y la vivienda, pero están reguladas ya a nivel estatal en el Real Decreto 515/1989, de 21 de abril. Las garantías de protección a los consumidores para darles, ¡hombre!, toda la información en compraventa y arrendamientos. Y, además, el Departamento de Salud y Consumo de Aragón promovió el modelo que hicieron las asociaciones provinciales de constructores y promotores de las tres provincias aragonesas, estando de acuerdo incluso el Consejo Asesor de Consumidores y Usuarios.

En el tema de garantías, cabía la posibilidad de intervención del reglamento, pero está suficientemente regulada a nivel estatal. Luego también se ha publicado la regulación estatal de servicios financieros que no están al amparo del control del Banco de España. Y quiero recalcar que el Gobierno de Aragón mantiene la posición receptiva de todas las propuestas que en materia de consumo lleguen en un futuro, serán estudiadas para que puedan verse reflejadas, si es conveniente, en los sectores que afecten al consumo, al derecho y a la información del usuario.

Desde la Unión Europea, que usted también lo ha mentado, se intentan armonizar las diferentes normativas de sus Estados miembros para consolidar la libre circulación de trabajadores y mercancías, y, en este caso, las comunidades autónomas tienen limitaciones para desarrollar los reglamentos de sus productos, bienes y servicios.

Y por todo lo expuesto, y teniendo la seguridad de que no existe ningún vacío normativo que justifique el motivo de esta proposición no de ley, votaremos en contra, aunque el Grupo Socialista sí que valora posi-

tivamente el interés que manifiesta su grupo presentando iniciativas como esta.

Gracias.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Gracias, señora diputada.

Señora Grande, ¿desea modificar algún término de la proposición?

La señora diputada GRANDE OLIVA: No, señora presidenta.

Voy a intentar mantener mi tono, que tanto ha gustado al señor Callau, y la sal, que tanto le ha gustado a la señora De Pablo, y por supuesto que no muevo ni una coma de lo que está escrito.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Gracias, señora diputada.

Pues entonces, vamos a dar paso a la votación.

¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? **Siete votos a favor, diez votos en contra. Decae la proposición.**

¿Explicación de voto?

Señora Ibeas, tiene la palabra.

La señora diputada IBEAS VUELTA: Gracias, señora presidenta.

Señora Grande, después de escuchar a los grupos que apoyan al Gobierno, creo que necesitan un impulso, el Gobierno necesita un impulso. Porque yo creo que la señora De Pablo ha sido un poco contradictoria, lo mismo decía que existía una normativa estatal, europea, que aquí, bueno, que podríamos...

Yo creo que hay que apoyar estas iniciativas que suponen desarrollo de nuestro autogobierno, aunque sean planteadas por grupos que son muy poco sospechosos de querer el desarrollo del autogobierno en Aragón, como puede ser el caso de su grupo, en este caso el Partido Socialista, o el caso del Grupo Popular. Así que fíjese que lo hago aun sabiendo los cambios que está habiendo, Dios mío: que el Partido Popular, antes, creía que existía el catalán en Aragón y ahora no, que antes existía la necesidad de un plan de salud para las mujeres y ahora no —todo esto está escrito— y no sabemos, pasado mañana, qué querrá.

Yo, por si acaso, de momento, señora Grande, no me amparo ni en su sal ni en su buen tono, sino en la razón que puede plantear en el texto de esta proposición no de ley, que es verdad que quizá, a mi modo de ver, el modo de mi grupo, podría haber tenido un mayor desarrollo, una mayor concreción, pero estamos de acuerdo en que es conveniente ese desarrollo normativo para, finalmente, una mejor utilización de esta ley de la que nos hemos dotado en Aragón.

Gracias.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA): Gracias, señora diputada.

Señora Grande, tiene la palabra para su explicación de voto.

La señora diputada GRANDE OLIVA: Sí, gracias, señor presidenta.

Yo empezaré mi explicación de voto agradeciendo a la señora Ibeas que al final haya apoyado la

iniciativa, independientemente de que no voy a entrar a debatir ahora si cambiamos o si no cambiamos de postura en algunas cuestiones.

Yo creo que, en este sentido, de verdad que mi iniciativa era de lo más aséptica que uno pueda imaginar. Yo estaba y estoy pidiendo algo normal, señorías, cuando se hace una ley. Sí es verdad, la intervención de Romanones, le digo, señora Ibeas, que yo también la tenía apuntada como una posibilidad de esgrimir dentro de mis argumentos; yo no rechazo esa posibilidad, me parece que un gobierno tiene que estar a las duras y a las maduras, y por supuesto que yo creo que esta ley es tan ambigua y falta tantísimo por desarrollar que, desde luego, no comparto para nada los argumentos que han esgrimido el Partido Aragonés y el Partido Socialista.

Fíjense, señorías, hay un tema que es fundamental y hay un asunto que es el que ha motivado la presentación de esta iniciativa, y es la inseguridad jurídica, y yo me quedo atónita, de verdad, por cómo pueden ustedes acomodarse de la manera que se acomodan. Pero ¿cómo me pueden mencionar la disposición adicional segunda. ¿Les parece suficiente con las hojas de reclamaciones, con las modificaciones que parece que se están haciendo en el Consejo Aragonés de Consumo y con la poquita normativa que han citado ustedes al respecto?, que incluso la señora De Pablo dice que esto está elaborado desde el año 2001.

De verdad, me da la sensación —y es que, además, ahora lo digo con conocimiento de causa— de que hay una inercia en este Gobierno, y concretamente en esta consejería y en esta dirección general, que, de verdad, me asusta, de verdad, me asusta, y les pondría cantidad de ejemplos que, bueno, no ha lugar ahora, pero las respuestas parlamentarias que a esta diputada se le dan, en el uso de su derecho a pedir información, de verdad, señorías, que es vergonzoso, es vergonzoso.

Pero ya no solamente es eso, es que... yo no voy a atosigarles ni les voy a leer, pero fíjense qué cantidad de artículos están pendientes de desarrollo reglamentario: el artículo 4, el artículo 6, el artículo 15, el artículo 25, el artículo 26, el artículo 30, artículos 33, 34..., que, por supuesto, no los voy a leer por no castigarles, pero concretamente en uno de los artículos que les he mencionado, fíjense, en la letra h) dice: «Proteger a los consumidores, mediante la aprobación de las correspondientes reglamentaciones específicas que pudieran ser necesarias, en relación con cualesquiera materias que les afecten y, en particular, frente a los perjuicios que se pudiesen derivar de las ventas ambulantes, a domicilio, por correspondencia, televentas, ventas electrónicas, mediante saldos y liquidaciones, o de las que incluyan la concesión de un premio, la participación en un sorteo, concurso en un sorteo, concurso», etcétera, etcétera, etcétera, dice, que dependerá, lógicamente, de desarrollo reglamentario. Pero, ¡hombre!, ¿cómo me pueden ustedes citar ustedes las hojas de reclamaciones?

El señor Callau me decía que había ya sugerencias y que se atienden las sugerencias. ¡Hombre!, pero un gobierno tiene que ser más serio que todo esto, digo yo. Pero ¿qué hace el departamento? ¿Qué hace esta dirección general? Yo siempre lo digo y le sabe muy mal a la consejera, y ahora perdonen ustedes que ele-

ve el tono, pero es que es una estafeta y, encima, mala, es que es una estafeta y, encima, mala. ¡Hombre!, que se haga una ley y que, dos años después de entrar en vigor, no hayan hecho ni un reglamento y que me estén ustedes mencionando las hojas de reclamaciones, pues, la verdad, señorías, es que clama al cielo.

Yo, de verdad, que es que dudo, yo les preguntaría si los grupos que sustentan al Gobierno están conformes con esta escasez y con esta sequía reglamentaria. Por lo tanto, nosotros vamos a seguir insistiendo y vamos a seguir impulsando a este Gobierno, que, desde luego, buena falta nos hace, al Gobierno y a los aragoneses que están padeciendo esta nefasta gestión en todos sus sentidos.

Nada más y muchas gracias.

La señora presidenta (VILLAGRASA ALCÁNTARA):
Gracias, señora diputada.

¿Explicación de voto?

Pues retomamos el primer 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.

Se aprueba por asentimiento.

¿Ruegos y preguntas?

¿Algún ruego, alguna pregunta a la Mesa?

Sin nada más que tratar, se levanta la sesión. *[A las dieciocho horas y treinta 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