



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

Comisiones. Serie A: Comparecencias
Número 71 — Año 2000 — Legislatura V

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

Sesión núm. 17

Celebrada el miércoles 25 de octubre de 2000

ORDEN DEL DÍA

- 1) *Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.*
- 2) *Comparecencia del consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a petición propia, al objeto de presentar el Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria.*
- 3) *Debate y votación de la proposición no de ley núm. 135/00, relativa a la reforma del Código Penal, presentada por el G.P. del Partido Aragonés.*
- 4) *Ruegos y preguntas.*

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

Comparece ante la Comisión el consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Excmo. Sr. D. Alberto Larraz Vileta, acompañado por el director gerente del Servicio Aragonés de Salud, Ilmo. Sr. D. Alfonso Vicente Barra, y por el jefe del gabinete del consejero, Ilmo. Sr. D. José Enrique Bernal Delgado.

SUMARIO

Comparecencia del consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social al objeto de presentar el Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria.

- El consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Sr. Larraz Vileta, interviene 1426
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición del G.P. Chunta Aragonesista 1432
- La diputada Sra. Costa Villamayor fija la posición del G.P. del Partido Aragonés 1433
- La diputada Sra. Pons Serena fija la posición del G.P. Socialista 1434
- El diputado Sr. Borraz Ariño fija la posición del G.P. Popular 1435
- El consejero Sr. Larraz Vileta contesta 1438

Proposición no de ley núm. 135/00, relativa a la reforma del Código Penal.

- La diputada Sra. Aulló Aldunate, del G.P. del Partido Aragonés, defiende la proposición no de ley 1440
- La diputada Sra. Echeverría Gorospe fija la posición del G.P. Chunta Aragonesista 1441
- La diputada Sra. Mihi Tenedor fija la posición del G.P. Socialista 1442
- El diputado Sr. Guedea Martín fija la posición del G.P. Popular 1442
- Votación 1444
- Las diputadas Sras. Aulló Aldunate y Mihi Tenedor, y el diputado Sr. Guedea Martín explican el voto de sus respectivos grupos 1444

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

- El presidente da por leída el acta, que resulta aprobada por asentimiento 1446

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

Se abre la sesión [a las once horas y quince minutos] en la que va a comparecer del consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a petición propia, al objeto de presentar el Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria.

En primer lugar, dar la bienvenida al consejero, y siguiendo el orden del día, la lectura y aprobación si procede del acta de la sesión anterior, que dejaríamos para el final, y pasaríamos a la comparecencia del consejero, que tiene la palabra para explicarnos el Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria.

Tiene la palabra el señor consejero.

Comparecencia del consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social al objeto de presentar el Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria.

El señor consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (LARRAZ VILETA): Buenos días.

Muchas gracias, señor presidente, por permitirme venir a presentar este plan que surge de un mandato también de esta Comisión, ya que existe una proposición no de ley del año 1999, la proposición no de ley 5/99, que se aprobó el 16 de marzo de ese año, y yo creo que muy acertadamente pide que se realice, que se haga, que se trabaje un Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón, de tal manera que desde el departamento, desde el principio, en cuanto tuvimos la percepción de esta inquietud, nos pusimos a trabajar, pero no solamente el departamento, sino también —debo decirlo— en colaboración con el Instituto Nacional de la Salud.

Por lo tanto, este es un plan en el que, en primer lugar, quiero agradecer naturalmente a todas las personas del departamento que han estado trabajando, personas que dependen del Servicio Aragonés de la Salud, que dependen de la Dirección General de Planificación, que dependen del propio departamento, del gabinete técnico de la consejería, y a ellos les agradezco muchísimo, a todos los que han participado en este trabajo que a mí me parece un buen trabajo, porque, si no, desde luego, no lo presentaría aquí, y poquito a poco yo me voy dando cuenta de la gente tan valiosa que existe, los funcionarios tan valiosos que existen en el departamento y el trabajo que les ha costado hacerlo.

Quiero también agradecer, naturalmente, al Instituto Nacional de la Salud por todo lo que ha colaborado en este plan; yo creo que hemos terminado llegando a unos acuerdos que son razonables para los ciudadanos aragoneses y, por lo tanto, a todas las personas que han colaborado, tanto de la delegación territorial del Insalud de aquí de Aragón, como también de los servicios centrales de Madrid, que también han revisado el plan, lo han visto y lo han trabajado.

Tendríamos para hablar de este plan integral unos elementos de partida para nosotros indispensables, y que son, en primer lugar, la demanda creciente de la asistencia sanitaria, sobre todo en lo que se refiere a la atención de urgencias y emergencias, puesto que solamente en atención primaria tenemos más de mil quinientas consultas urgentes por día, y en atención especializada, más de mil cuatrocientas urgencias, que dan lugar a más de un millón de demandas urgentes de atención en la comunidad autónoma cada año, de manera que es tal volumen que requiere de un trabajo muy importante.

Además, yo creo que es un elemento también de partida muy importante para sus señorías y también para nosotros por las expectativas de las personas, de los ciudadanos

aragoneses, de tener una atención eficaz, una atención rápida y de calidad, y eso es importante, yo creo, que para todos nosotros.

Otro de los elementos de partida que hemos tenido en cuenta en la elaboración de este plan sería la aparición de nuevas tecnologías sanitarias: van muchísimo más deprisa que la planificación y que la gestión, y continuamente nos es obligado el incorporar las nuevas tecnologías a un aspecto de la atención sanitaria que tanto tiene que ver con la rapidez, con la puesta a punto, con los sistemas de información, etcétera. Por lo tanto, la aparición de nuevas tecnologías sanitarias nos hace que hagamos este plan y que lo dejemos abierto para revisarlo en el momento en que sea necesario.

Y, por último, la necesidad —y esto es lo más importante del plan—, la necesidad de un centro coordinador único de la atención a la urgencia y a la emergencia.

Entre los elementos de partida, conviene hablar de la situación actual del transporte. El transporte sanitario que oferta en la actualidad el Instituto Nacional de la Salud —lo tienen ustedes en su documentación completa, en el mapa número siete— consta de ochenta y ocho ambulancias convencionales, treinta y siete dispositivos de transporte colectivo y ocho UVI móviles. Esto es mediante un concierto que tiene un volumen de alrededor de mil trescientos millones de pesetas al año y que, en la actualidad, da la respuesta a una UTE de empresas de transporte sanitario que, prácticamente, terminan siendo casi el único transporte sanitario que hay en la comunidad autónoma.

Pero, además de ello, existen otra serie de transportes, como es, por ejemplo, la Cruz Roja, una entidad que tiene una serie de ambulancias —lo tienen ustedes en el mapa número ocho—, en el que incluso verán (en la página sesenta y cinco) que existen algunas con una crucecita negra, que quiere decir que su antigüedad es mayor de ocho años y que en septiembre del año 2001 quedarán fuera de los dispositivos. Estas serían las de Cruz Roja, que, debido a eso, como digo, tienen una capacidad operativa a corto plazo bastante limitada.

Y, por otro lado, el Ayuntamiento de Zaragoza, que posee tres UVI móviles o tres unidades de soporte vital que no están dotadas del mismo personal las veinticuatro horas y, por lo tanto, tendríamos que contar con ello.

En cuanto a los entes locales —lo tienen ustedes en el mapa número nueve de la documentación que les hemos pasado—, que también tienen una capacidad operativa limitada en el corto plazo, puesto que también se van a quedar obsoletas muchas de las ambulancias.

Y luego, las mutuas, que tienen una dotación centralizada en el área metropolitana y en las cuencas mineras de Teruel, también con una capacidad operativa limitada en el corto plazo.

Todo ello tiene, además, una característica, y es que nadie lo coordina. Naturalmente, para nosotros es importantísimo el que esto tenga una coordinación, y más adelante lo veremos.

¿Qué aspectos, aparte de estas primeras pinceladas que damos, justifican también el plan? Justifican el plan, naturalmente, las características geográficas de la comunidad autónoma, las geográficas y también las demográficas: tenemos casi cincuenta mil kilómetros cuadrados, que es casi el 10% del territorio español; tenemos una población baja, el 3% de la población española. Hay que tener en cuenta que en más de quinientos municipios sumados no llegan ni al 8,5% de la población total, o sea, que hay una población muy dispersa, absolutamente dispersa, con una baja densidad de población, que si contamos Zaragoza, es de veinticuatro a veinticinco, por redondear, de veinticinco habitantes por kilómetro cuadrado, cuando en España hay setenta y cinco habitantes por kilómetro cuadrado, el triple, y que

si quitamos el núcleo de Zaragoza, no tenemos más que diez habitantes por kilómetro cuadrado. Y este es un argumento fundamental en cuanto al coste de la sanidad en Aragón, que siempre exponemos cuando se habla de financiación: la dispersión y el envejecimiento de la población, aunque, en este caso, sería la dispersión. Por ello digo que este Plan de urgencias y emergencias siempre va a costar un poquito más que una comunidad que lo tenga todo concentrado, como puede ser, por ejemplo, Navarra o el País Vasco; este es un plan un poquito más caro, aunque no mucho más.

Luego, la tasa de crecimiento vegetativo, que es negativa, como ustedes saben. El índice sintético de fecundidad, que son los niños por mujer en edad fértil, está en uno con doce, muy inferior al dos con uno necesario para asegurar el reemplazo generacional, es decir, estamos en el uno con doce y necesitamos un dos con uno para asegurar el reemplazo generacional.

Y luego, el envejecimiento tan marcado, con un 20,1% de la población mayor de sesenta y cinco años, que nos lleva a casi doscientas cuarenta mil personas de más de sesenta y cinco años que, como ustedes saben, las necesidades sanitarias de este grupo de personas es mayor que el de las personas de menor edad.

Esta es un poco la fotografía demográfica, negativa por el envejecimiento y la dispersión, que nos lleva a tener un mapa, como ven ustedes en la transparencia, que cogido desde el centro de Aragón prácticamente, que es Zaragoza, llevándolo en isocronas a través de un sistema de información geográfica que tiene como sustantivo fundamental «las carreteras», nos lleva a isocronas en los puntos más alejados de tres horas y media a cuatro horas de tiempo. Por lo tanto, son importantísimas para la sanidad las carreteras, importantísimas, fíjense hasta qué punto que en este plan dejamos algunas cosas abiertas o con capacidad de flexibilidad porque el día que esté la autovía desde Teruel hasta el Pirineo nos cambian las isocronas y tendríamos que ajustar al plan que hemos hecho en la actualidad, o en el caso de que tuviéramos la autovía Pamplona-Lérida, que cruzara toda la parte norte, o en el caso de que se terminara toda la carretera que cruza la parte base de los Pirineos, naturalmente, al entrar en funcionamiento todas estas carreteras, deberían ajustar nosotros las isocronas y cambiaría un poquito el plan.

Nosotros lo hemos hecho de manera que se puedan ir implantando poquito a poco los dispositivos, se hagan evaluaciones y si, tal como se prevé, la construcción de todos estos dispositivos, por carretera, etcétera, se van cumpliendo, pues, conseguiremos ajustar el modelo que hemos propuesto para lo que vamos a hacer.

En cuanto a la densidad de población de la que estamos hablando, pues, un poquito por que se hagan a la idea, aquí pueden observar ustedes en diferentes colores todas las zonas de salud de la comunidad autónoma, y que van desde, por poner un ejemplo, en Mosqueruela y en Cantavieja, que están de cero a diez habitantes por kilómetro cuadrado; que si seguimos subiendo, en un color un poquito más oscuro, Valderrobres, por ejemplo, está entre diez y veinticinco kilómetros cuadrados; o Calaceite y Maella, entre veinticinco y cincuenta; o, por ejemplo, Fraga, que está entre cincuenta y quinientas; o por ejemplo esas zonas de más de quinientos, que ya serían exclusivamente las áreas del propio centro de Zaragoza. Veán ustedes un poco la dispersión tan importante en cuanto a la densidad de población que tenemos en la comunidad autónoma.

Fíjense también en la evolución de la población entre 1991 y 1996. Las zonas más oscuras, como, por ejemplo, Calatayud rural, que ha perdido entre mil y ocho mil doscientos habitantes esa zona de salud, o las que son un poquito más claritas, que son las que han perdido entre cero

y mil habitantes, cada zona de salud, que es la mayor parte —vean ustedes, que está en gris— de la comunidad autónoma, de las zonas de salud de la comunidad autónoma que han perdido entre cero y mil habitantes.

Y, luego, las hay que crecen, la zona rosa, que sería el área que tiene que ver con el Ebro, el valle del Ebro, que han ganado entre cero y dos mil habitantes todas esas zonas de salud, y luego, también, el eje norte de la provincia de Huesca, en donde están ubicadas todas las zonas de turismo, las estaciones de esquí, etcétera, que también ganan de cero a dos mil habitantes las zonas de salud. Solamente crecerían por encima de dos mil habitantes la zona de salud de Calatayud urbana, que debe ser expresión de que Calatayud rural va hacia Calatayud urbana y están ocupando esas zonas, y lo mismo ocurre en las zonas de salud de la propia Zaragoza urbana, en la que sí que están creciendo, no todas, porque hay zonas de salud de Zaragoza que están perdiendo muchísima población, zonas del casco antiguo que pasan a zonas en las que hay más construcción, como el Actur, etcétera.

Hay otros muchos aspectos que nos han llevado a trabajar en el plan, aunque no los voy a decir por no alargarme más, pero sí podríamos hablar de que hemos trabajado mapas con todos los polígonos industriales, con todas las zonas de veraneo en las que se incrementa la población, etcétera. O sea, hemos cerrado todas las posibilidades para tratar de llegar a los mejores acuerdos posibles.

Estos serían aspectos demográficos, orográficos, de situación, etcétera, pero hay otros aspectos que también nos interesan mucho para justificar el plan. En términos de para qué se hace un plan de urgencias y emergencias desde el punto de vista sanitario: se hace para evitar mortalidades y para mejorar las secuelas que pueda crear una situación de urgencia-emergencia, y voy a poner dos ejemplos. En primer lugar, los accidentes. En Aragón, el 3,2% de la mortalidad está producida por accidentes; de ellos, el 61% de accidentes de tráfico, y otros accidentes serían accidentes domésticos, accidentes laborales, etcétera, pero el más grueso, naturalmente, de tráfico. En el año 1998 fallecieron en Aragón doscientas treinta y dos personas, que tienen una característica demoledora, y es que el 50% son menores de cuarenta y cinco años. En una situación demográfica como la nuestra, el que todos los años ciento sesenta, ciento setenta, ciento ochenta personas de menos de cuarenta y cinco años fallezcan es terrible y demoledor, aunque sea una cifra que le puede parecer a alguien pequeña, si habla en ciudades muy grandes..., para nosotros es demoledor.

Naturalmente, con este Plan de urgencias y emergencias que nosotros proponemos, con la foto final, con la perfección, que no sería mañana, ni pasado ni al otro, sino dentro de mucho tiempo; lo mismo que decía antes cuando me preguntaban a la entrada: este es un plan a largo plazo, no es un plan a corto plazo, como puede ser, por ejemplo, el plan de reforma de atención primaria, que después de dieciséis años se va a cerrar, y entonces, cuando se propuso, dijeron «hay que invertir siete mil, ocho mil, diez mil millones...», y todo el mundo dijo, «¡qué barbaridad!, ¿cómo puede ser?». Bueno, esa reforma que ha costado treinta, cuarenta o cincuenta mil millones de pesetas, con personal incluido, etcétera, bueno, después de quince años ha sido, y esa sería la foto final.

Bueno, con la foto final de este plan, y si las cosas van bien, naturalmente, hay un porcentaje de muertes que se puede evitar de estos accidentes, por una atención temprana y buena, y se calcula —estos son trabajos que se hacen con metodología científica— hasta cuarenta y cinco muertes de accidentes en Aragón, es decir, hasta cuarenta y cinco muertes al año podrían evitarse teniendo unos sistemas más perfeccionados que los que tenemos ahora para la atención.

Lo mismo ocurre con los infartos, con la cardiopatía isquémica, que es otra de las situaciones más graves en la comunidad autónoma de muertes: fallecen, en el año 1995 —es la última estadística que tenemos, aunque se están realizando todavía..., siempre van un poco tarde estas estadísticas, van con tres o cuatro años de retraso—, pues, como decía, en el año 1995, hubo ochocientos setenta y tres muertes por infarto en Aragón, que naturalmente ahora por ahí andarán o poquito más.

El 25% de estas muertes se produce como muerte súbita, el 25%, y el 40% fallecen en la primera hora de producción del infarto, y casi todas (el 85%) fallecen por arritmias por fibrilación auricular. Fíjense si son importante los desfibriladores, que alguna de sus señorías ha hecho proposiciones de que se coloquen en todos los centros de salud desfibriladores: en la primera hora, fallecen el 40% prácticamente de los infartos, y el 85% de ellos es por fibrilación ventricular, y con un chispazo se va..., con uno, con dos, con tres, con los que sean necesarios, se va la fibrilación auricular, la fibrilación ventricular, y naturalmente el paciente puede seguir adelante, aunque con secuelas que ya dependen un poco del tipo de infarto que tenga, pero se pueden salvar las secuelas. Podrían evitarse hasta ciento dieciocho muertes por año, siempre que tuviéramos el plan bien distribuido.

Como estos dos ejemplos existen otros tipos de ejemplos, y naturalmente nos obliga a trabajar todos estos aspectos que sirven para justificar este plan que nosotros proponemos hoy.

¿Cuáles son los principios rectores de este Plan de urgencias y emergencias? En primer lugar, la universalidad. Se promueve naturalmente que el acceso sea universal para todos los ciudadanos: a los servicios de atención de urgencias y emergencias tienen que llegar todos los ciudadanos aragoneses, que no es tan fácil como en otras comunidades autónomas que no tienen nuestra orografía ni nuestra dispersión ni nuestra densidad de población, pero deben llegar todos los ciudadanos.

En segundo lugar, debe ser un plan con equidad. Debemos prestar atención naturalmente a aquellas zonas sanitarias que tengan en primer lugar más carga de enfermedad; pues, como estaba diciendo, si los polígonos industriales en los que hay accidentes laborales, que también es un problema en la comunidad, desde luego menor que en el resto de las comunidades, pero es un problema y que hay que seguir trabajando en ello, hay que tenerlo en cuenta, o hay que tener en cuenta si tenemos en verano zonas en las que se triplica la población, en fin, todas estas características que hemos dicho al comienzo. De tal manera que en aquellas zonas en las que haya más necesidad, pues, tiene que haber más dispositivo, o en aquellas en las que no haya dispositivos adecuados a las necesidades de salud por conflictos entre la eficiencia y la equidad, pues también hay que tratar de darles la atención adecuada.

En tercer lugar, deben ser dispositivos efectivos. La efectividad es otro de los principios rectores del plan. Tenemos que establecer unos recursos y unas intervenciones que se apoyen en evidencias científicas válidas, no en intuiciones ni en demandas extemporáneas: las demandas, muchas veces, hay que analizarlas y conocer si, científicamente, es válido que coloquemos un dispositivo en un lugar o en otro.

Y, naturalmente, el cuarto punto sería la eficiencia. Se presenta un plan que debe asegurar la sostenibilidad en el futuro. Los responsables políticos no podemos presentar planes que no puedan luego ser mantenidos y no se puedan sostener en un futuro, es decir, tienen que ser planes realistas que se ajusten a la financiación que tiene la comunidad autónoma.

¿Cuál es el modelo que hemos elegido para este plan? Pues es un sistema, como no podía ser de otra manera,

integral de urgencias y emergencias, porque la experiencia que se acumula en otras comunidades autónomas que lo tienen establecido, en otros países europeos, etcétera, demuestra que solamente sistemas integrales de urgencias y emergencias disminuyen la mortalidad, y no solamente disminuyen la mortalidad sanitariamente evitable, que es una parte del asunto, sino que además reducen las discapacidades ocasionadas por los accidentes o por las enfermedades agudas y acortan las estancias hospitalarias, que tan importante es también para las comunidades, que acorten las estancias hospitalarias.

¿Cuáles son los objetivos? En primer lugar, y como no podía ser otro, mejorar la salud y la calidad de vida de la población, y esa es la misión del departamento, que ustedes me han oído explicarla aquí en muchas ocasiones: mejorar la salud y la calidad de vida de la población aragonesa. En este caso mediante un área, una parte de lo que es la atención sanitaria, que sería la reducción de la mortalidad y de las complicaciones y de las discapacidades en todo lo que depende de esta área de urgencias y emergencias.

En segundo lugar, establecer esta atención sanitaria a la urgencia y emergencia mediante una asignación adecuada de los recursos que se adapten a cada necesidad, que exprese el cliente o el paciente.

En tercer lugar, ofrecer una continua mejora de la calidad científico-técnica en los cuidados. En sanidad nada puede estar quieto: todo tiene que evolucionar y dinamizarse, porque van muchísimo más rápido las nuevas tecnologías que la capacidad que tenemos de adaptarnos a ellas. Tiene que ser, pues, una mejora continua en la calidad de los cuidados que se prestan, y para ello hay que estar siempre atentos y tener siempre presente el reciclaje y la formación.

Prestar, naturalmente, al paciente una atención continua, que se inicia en el lugar donde se presenta el problema y que se puede finalizar con la reinserción de la persona afectada en el trabajo que antes tenía o, según el nivel en el que haya quedado, a la zona mejor para su autonomía.

Y, naturalmente también tenemos que mejorar la calidad percibida, es decir, debemos aumentar la satisfacción de los pacientes: tenemos que tener una buena organización, tenemos que atenderlos de manera respetuosa, hay que tener una información completa y adecuada a los pacientes. No solamente debe ser buena la calidad de lo que damos, sino que además deben de percibirlo.

Bien, para esto, ¿cuáles son los cuatro pilares del Plan de urgencias y emergencias que proponemos? En primer lugar, el centro de emergencias 112 (SOS Aragón), que es un centro receptor de llamadas de urgencias y emergencias, a través de este teléfono, el 112, teléfono europeo que coordina los distintos centros sectoriales.

En segundo lugar, el centro coordinador de urgencias médicas (en la actualidad, el 061) como ente gestor y director de los servicios y recursos sanitarios. El 112, como ustedes saben, depende de la comunidad autónoma; el centro coordinador de urgencias, del Insalud.

En tercer lugar, la organización y dotación de un equipamiento asistencial en atención primaria de salud completo, y una red de transporte sanitario que facilite el acceso de todos los ciudadanos a los recursos del sistema de salud para atenderlos.

El 112 (SOS Aragón), que en la actualidad está, por ejemplo, estos días está trabajando duramente en todas las inundaciones que ha habido, porque incluye todos los problemas de catástrofes, urgencias y emergencias, bomberos, etcétera, recibe la demanda a través del teléfono 112, identifica la necesidad, traslada la demanda al centro coordinador de urgencias, y de forma transitoria, hasta que surjan las transferencias, pasa al 061. Entonces, después de las transferencias no habrá nada más que un solo número: el 112.

El centro coordinador de urgencias es la clave del éxito de este Plan de urgencias y emergencia, porque, hasta ahora, teníamos un millón de demandas anuales, una serie de dispositivos, pero nadie en el centro que ordenara el tráfico: a una gripe podía ir una UCI móvil con un médico y a un infarto podía ir una ambulancia con un conductor. No había nadie que coordinara eso. En este plan ya se ha empezado a trabajar: en este plan ya el centro coordinador de urgencias y emergencias lo ha puesto en marcha el Insalud, y aunque faltan algunos detalles de extensión y de informatización, etcétera, ya está funcionando, ya que se está poniendo alguna UCI móvil, hemos puesto el helicóptero, etcétera, o sea, es un plan dinámico que ya se está poniendo en marcha.

Esta era la clave del éxito en la organización de las urgencias y emergencias, porque, en primer lugar, ordena funcionalmente todos los recursos, independiente de su titularidad, y eso da lugar a la coordinación: es un centro que conoce las camas de UCI que hay libres, las camas libres en cada hospital, cuando manda un dispositivo a un lugar ya sabe a qué hospital va a ir y sabe que va a tener cama, no como ocurre ahora que, a veces, van a un hospital y no hay cama y tienen que irse a otro, por ejemplo, tiene la coordinación de todos los dispositivos, conoce si la UCI de bomberos ha salido o no ha salido o si es por la mañana o por la tarde, o si lleva médico o lleva ATS o qué es lo que lleva, dónde está en ese momento y puede organizarlo, de tal manera que ordena funcionalmente todos los recursos, independientemente de su titularidad y consigue la coordinación.

Aparte de lo anterior, orienta al usuario en el mejor uso de los recursos asistenciales. Si llega una llamada, es capaz el médico que allí hay, con un árbol de decisión, de dar un consejo exclusivamente, ordenar al paciente que se acerque —si no es necesario atenderlo allí mismo— al sitio más cercano, etcétera. Luego veremos cómo se hace eso.

Responde ante los ciudadanos, por supuesto, de la cadena asistencial, porque todas estas cosas se graban en una cinta y todo el mundo sabe lo que ha pasado con cada urgencia, y no ocurren equívocos como han ocurrido en ocasiones en estos asuntos.

Como funciones, procesa toda la demanda, asigna la respuesta más adecuada asistencial en función de una serie de algoritmos que tienen de cada una de las patologías y de las demandas, y coordina el transporte sanitario. Además, hay un apoyo técnico a los profesionales en tiempo real y pueden sacar de dudas a cualquier profesional que llama allí.

Este centro ya está ya funcionando: hay treinta y tantas personas en este centro, que cogiendo llamadas, analizando las llamadas con médicos, telefonistas, etcétera, y yo creo que requiere un poco más tiempo de rodaje, pero está funcionando yo creo que bastante bien.

En la atención primaria de salud. La atención primaria de salud es también importantísima en todo lo que es la atención a las urgencias y emergencias, en su organización. La atención de veinticuatro horas al día en todo el territorio con distintas modalidades existe en los ciento y pico equipos de atención primaria que hay en la comunidad autónoma, que tienen sus guardias, etcétera, y cubren una parte importantísima de lo que es la atención a las urgencias y emergencias. Luego, tiene mucha importancia el equipamiento de los equipos, equipamientos en electrocardiografía, desfibriladores semi-automáticos, equipos de reanimación cardiopulmonar, material de soporte, inmovilización... Ya veremos los déficit que hay en estos aspectos y que tenemos que cubrir, y, además, la formación, que es en este caso una de las prioridades del plan: una formación continuada, fija, siempre que esté en presupuestos y que se haga de manera perfecta.

En cuanto al transporte, además de las ambulancias que no están medicalizadas y que simplemente son mero transporte secundario de pacientes sin ningún tipo de urgencias

de un lugar a otro, que eso habrá que ajustarlo con este plan, naturalmente, porque algunas de estas ambulancias que nosotros vamos a describir van a sustituir algún transporte menos especializado que existe, pues les quiero comentar, aparte de esas que, como digo, del transporte no médico, tenemos que hablar de las ambulancias asistenciales.

Hay dos tipos de ambulancias asistenciales que proponemos en este programa: la primera sería una ambulancia asistencial de soporte vital básico, que es una ambulancia asistencial que tiene una serie de equipamiento técnico para asistencia en ruta, que puede incorporar desfibrilador semiautomático, si se quiere, desde lugar hasta el que va o desde el centro de salud que esté dotado, tiene conductor, tiene un técnico de transporte sanitario que es especialista en urgencias, como el personal paramédico que existe en casi todos los países europeos, y a este recurso se puede incorporar, con la coordinación del centro, que lo puede hacer así, personal sanitario de los centros de salud en el momento en que naturalmente se solventa el problema, si es que un sanitario se desplaza a esa ambulancia durante una hora para un transporte, siempre y cuando el centro coordinador solventa ese hueco que queda ahí.

Existen lo que son las ambulancias asistenciales de soporte vital avanzado, que son ambulancias que están dotadas de un equipamiento técnico más completo, con respirador, desfibrilador, dotadas de conductor, técnico de transporte y, además, un médico y un ATS o DUE (diplomado en enfermería).

Y luego, existe también el tercer dispositivo, que sería el helicóptero asistencial, que ya está en marcha y que es una UCI móvil práctica que se coloca en treinta minutos en cualquier lugar de la comunidad autónoma.

Bien. Esto es, pues, lo que denominamos un «modelo integral» y que, quizá, con este esquema que vamos a poner se entiende mejor: el modelo integral que tiene dos áreas que convergen, que serían el de la urgencia y el de la emergencia. Desde la urgencia, cualquier paciente, o desde la emergencia, cualquier testigo, ponen en marcha la asistencia a través del teléfono el 112, el teléfono 112 lo deriva al centro coordinador, que decide la asistencia, moviliza el recurso adecuado y coordina la atención integral. Esto, en dos o tres minutos, no más, no pasan más de dos o tres minutos. Entonces, este centro coordinador, si es una urgencia, puede tener una atención ambulatoria, una atención domiciliaria, un traslado al hospital, con una ambulancia no asistencial; o en el otro lado del sistema, a través de la emergencia, ya sea *in situ*, en el lugar del accidente o de la emergencia, pues, a través de una ambulancia asistencial básica o una avanzada, o a través del helicóptero sanitario, puede recibir la atención perfectamente.

¿Cuáles son las necesidades para llevar a cabo este plan? En primer lugar, hay una serie de necesidades normativas. Nosotros creemos que habrá que crear el ente gestor de la atención a las urgencias y emergencias sanitarias en Aragón. Esto se ha creado prácticamente en todas las comunidades autónomas, sobre todo, en las que tienen avanzados estos planes, en todas ellas.

En segundo lugar, habrá que regular la salida del personal sanitario de los centros de salud para la asistencia fuera del centro, si es que es necesario en algún momento y, naturalmente, el transporte en estos dispositivos, y habrá que hacerlo siempre que se cubra el hueco que pueda dejar; habrá que regular también la formación de los técnicos de transporte sanitario y, luego, habrá que trabajar naturalmente los protocolos de actuación. Los protocolos son siempre los que editan las variaciones en la práctica clínica: es uno de los aspectos que yo les he comentado en algunas ocasiones que vamos a trabajar desde el departamento, el que la variabilidad en la práctica clínica sea la menor posible y

todo el mundo actúe no de forma discrecional ni según arte..., o sea, la medicina tiene que ser cada vez menos arte y cada vez más buena técnica y profesionalidad. Para eso hacen falta los protocolos asistenciales, y ante patologías similares, actuar de forma similar.

¿Que a veces las patologías tienen especificidades? Pues, bien, pero el grueso de cada patologías se debe tratar siempre con protocolos: tiene que haber protocolos asistenciales, protocolos de derivación —ya estamos trabajando algunos de ellos, tenemos varios elaborados y algunos más que se están elaborando—, tiene que haber protocolos de movilización de recursos para ver qué recursos hay que mover, siempre protocolizados; protocolos de abandono del punto de atención continuada, si es necesario, y, por supuesto, la colocación de helisuperficies.

Vamos a la siguiente banda de necesidades.

¿Qué actuaciones debemos hacer en atención primaria? Pues, en primer lugar, hay cosas básicas: tenemos que completar el equipamiento, porque de las ciento veintiuna zonas básicas de salud, en noventa y cuatro falta desfibrilador semiautomático, por lo que habrá que poner un desfibrilador; en cincuenta y seis falta material de inmovilización; en veinticuatro falta material de reanimación; en ocho falta vehículo para el desplazamiento en la demanda de urgencia. Todo esto es urgente, esto no es un plan a largo plazo, esto deberá ser a corto plazo.

Naturalmente, necesitamos un plan de formación. Yo sé que hay un plan del Instituto Nacional de la Salud para completar todo esto, y nosotros lo único que hacemos, como es nuestra obligación, es incitarle a que lo haga en el menor tiempo posible. Esto ha salido de una encuesta que hemos hecho a todos los centros de salud y conocemos cómo está cada uno.

Necesitamos hacer también en atención primaria algo fundamental: un plan de formación, comenzando por aquellos profesionales que están más alejados de los recursos más avanzados, a aquellos que están más alejados hay que hacerles un programa de formación; hay que hacer reanimación cardiopulmonar básica, semiavanzada, atención a politraumatizados, asistencia pediátrica urgente, utilización del material técnico asistencial de las ambulancias de soporte vital básico.

Y todo eso, además de la formación para otros colectivos, que ya la hemos empezado, y hemos hecho un convenio el departamento con cuidados intensivos y con anestesia, con las sociedades aragonesas de las dos especialidades, y con un convenio que ya se empezó el año pasado —este año también se está haciendo—, estamos tratando de dar formación no solamente a los médicos, que cuando hay un paro no solamente hay médicos, muchas veces no hay médicos, y lo estamos trabajando con personal de las fuerzas de orden público, bomberos, con los colegios, los profesores, en fin, y vamos aumentando el círculo de la población diana para explicarles un poquito que haciendo cosas muy simples, con la reanimación cardiopulmonar básica, que son los golpes en el pecho o soplar con la nariz tapada sobre la boca, pues se puede salvar una vida. Estas cosas las tenemos que saber todos, y en muchos países estos cursos de reanimación a personas que no tienen nada que ver con la medicina son básicos. Eso ya lo estamos trabajando.

Habría un segundo nivel de prioridad que sería la telemedicina, que va tan deprisa que no me atrevo siquiera a exponer lo que hay ahora, porque mañana será diferente, pero trabajaremos en telemedicina, en el envío a través de cable de imágenes, electrocardiogramas, radiografías, analíticas, etcétera, que en un momento dado y en dos minutos el médico, si tiene una duda, lo puede consultar con los centros en los que estaremos conectados.

Y respecto al transporte urgente, habría que colocar en una primera fase dieciséis unidades de soporte vital básico,

con criterios territoriales, que habría que evaluar a medida que se van implantando para no tener ningún error, y ajustar con arreglo a las carreteras que se vayan haciendo, etcétera, u otros dispositivos, siendo el objetivo final cuarenta y una unidades básicas, cuarenta y una. Pero esto no quiere decir que tengan que ser cuarenta y una: nosotros hemos puesto cuarenta y una como el plan perfecto e ideal, pero yo estoy seguro que en el tiempo en el que se vayan implantando, probablemente tendremos mejoría en la comunicación en la comunidad autónoma y probablemente no haya que llegar a esas cuarenta y una, pero nos hemos quedado en ese punto que sería el ideal, en estas cuarenta y una.

Y, naturalmente, doce unidades de soporte vital avanzado, de las cuales, tres ya están en funcionamiento, que ha puesto el Insalud. Por eso digo que este plan, que es una foto final y tardará un tiempo en ponerse en marcha, porque requiere de muchos volúmenes de dinero y de organización, pues, bueno, ya es dinámico y ya se está poniendo en marcha.

En este primer mapa que yo les pongo ahí, que ustedes también lo tienen, serían isocronas de las ambulancias de soporte vital avanzado, que hemos puesto en veinte, en treinta, en cuarenta y que, incluso, podríamos poner también en cincuenta minutos —lo tienen todos en el documento que les hemos pasado—: en Jaca, en Huesca, Barbastro, Monzón, Ejea de los Caballeros, Tarazona, Zaragoza, Fraga, Alcañiz, Calamocha, Calatayud y Teruel (doce, exactamente). La población cubierta simplemente en estas isocronas de soporte vital avanzado ya es muy importante, pero en esta segunda ya incluimos las isocronas de treinta minutos en las zonas de salud prioritarias, donde estarían las doce ambulancias de soporte vital avanzado, y les añadiríamos las dieciséis primeras ambulancias de soporte vital básico, que estarían colocadas en Bujaraloz, Berdún, Sariñena, Binéfar, Graus, Aínsa, Castejón, Fuentes de Ebro, Caspe, Sariñena, Illueca, Híjar, Utrillas, Albarracín, Mora, Cantavieja y Zuera.

Naturalmente, como estoy repitiendo continuamente, este es un plan abierto, no está cerrado, e iremos trabajando y evaluando a medida que vayamos colocando las unidades y viendo si alguna hay que cambiarla de sitio o hay que añadir alguna otra en cualquier otro lugar.

Luego tenemos un tercer mapa, si quieren ustedes, en el que con isocronas de treinta minutos, que son las mínimas —podríamos ponerlo con cuarenta y cinco y estaría todo completamente tapado, naturalmente—, con soporte vital básico aquí ya habría cuarenta y una, pero no voy a decir las porque estaría aquí media hora haciendo el listado —las tienen ustedes también en todos los documentos—, y permite con estas isocronas el soporte vital básico más el soporte vital avanzado.

Este sería el total de isocronas con cincuenta minutos, y cubriría totalmente todo el territorio. Ven ustedes ahí, por ejemplo, la parte de arriba, creo que es Sos, esa zona la atiende la urgencia navarra, por eso no está ahí contemplada, toda esa zona va a parar a Navarra desde hace ya mucho tiempo. Históricamente, Navarra no tiene ningún inconveniente en seguir haciéndolo y así se hace, porque las isocronas con esas carreteras en conexión con Navarra son mucho más fáciles. Y luego hay algunos puntos, por ejemplo, La Guarguera, que no hay ni un habitante, lo que es la Sierra de Guara, pues ahí no hay habitantes, no hace falta, llegaríamos en cualquier momento naturalmente en un pispás con el helicóptero.

Entonces, en aquellas zonas en las que superan los cuarenta y cinco minutos de transporte terrestre, las hemos considerado —así están en el plan— zonas prioritarias para la actuación del helicóptero, que en muchas ocasiones no actuaría el helicóptero como complemento de terrestre, como en el noventa y nueve por ciento del territorio aragonés, el helicóptero siempre actuará como complemento en algunos puntos, pero hay algunas zonas con muy poquitos habitantes,

pero que están a tal distancia que con lo terrestre no podríamos llegar y esas se considerarían zonas prioritarias, no complementarias, sino sustitutivas del terrestre al helicóptero, y no habría ningún problema en llegar allí, porque de hecho ya se llega, porque, según estamos viendo en la demanda del helicóptero, no es tan importante la demanda del helicóptero, que también se emplea para asuntos de protección civil y con eso se compensa, pero naturalmente podemos llegar sin ningún inconveniente a cualquier punto.

Esta sería el plan o la isocrona del helicóptero, en el que, en cuarenta minutos, se llega a toda la comunidad autónoma, como digo, sin ningún problema, este es el básico que está centrado en Zaragoza. Y luego tenemos otro en el que, como saben, la comunidad autónoma paga el personal, médico, asistencia y tal, en Huesca, y que es simplemente un valor añadido al turismo. Como orientación, les diré que ese helicóptero hace casi trescientas salidas al año, o sea, está completo; ese helicóptero que, en algunas ocasiones, ha hecho algún transporte sanitario, no puede dedicarse a otra cosa que al rescate, es un helicóptero de rescate, no es un helicóptero sanitario.

Vamos a hablar de dinero. El coste del equipamiento. En primer lugar, ahí tienen ese primer coste de ochenta y cinco millones ochocientos sesenta mil pesetas, que ese es urgente que lo vayamos haciendo lo antes posible. Esto casi lo extraigo del plan y digo que es un coste que hay que hacerlo lo antes posible. Los desfibriladores semiautomáticos valen..., el completar ese mandato de las Cortes, que hay una proposición no de ley (creo recordar que fue del PAR), una proposición no de ley que creo que fue aceptada además, bueno, el coste de lo que proponía la representante del PAR son sesenta y un millones de pesetas. Yo pienso que poquito a poco en esta temporada y en la temporada que viene, este año y al año que viene, yo creo que el Insalud lo cerrará.

Maletines de reanimación que todavía faltan en veinticuatro centros de salud, que eso es un millón quinientas sesenta mil pesetas; material de inmovilización en cincuenta y seis centros, que son dos ochocientos; ocho vehículos, en los que también nosotros creo que estamos colaborando, creo que hemos comprado este año también algún vehículo, cuatro..., hasta once vehículos, algunos sustituyéndolos y otros poniéndolos nuevos, y algunos otros asuntos que simplemente hemos puesto aquí ocho, dan un total de ochenta y cinco millones. Esta sería la primera cosa que habría que hacer a corto plazo: el coste del equipamiento.

El coste del transporte de urgencias y emergencias. Como ven ustedes, nosotros hemos hecho un plan dinámico que puede ir desde un mínimo básico que hay que cubrir, que sería con unidades de soporte vital básico, un mínimo de dieciséis vehículos, que el mantenimiento sería de trescientos sesenta y ocho millones (veintitrés millones de pesetas por unidad), hasta un máximo de cuarenta y un vehículos, que serían a veintitrés millones por unidad. Sería un total de novecientos cuarenta y tres millones. Esta opción A es con conductores y tres técnicos de transporte sanitario por ambulancia, y a tiempo completo.

La opción B combina turnos de presencia con turnos localizados. En algunas áreas no es necesario que estén de presencia física las veinticuatro horas por el volumen de urgencias que hay; en ocasiones, es posible que en un tiempo estén localizados. Esto se utiliza en prácticamente todas las comunidades autónomas, donde hay turnos localizados también. Ahí hemos propuesto desde un mínimo de dieciséis unidades hasta la foto final, que serían cuarenta y una, y ahí van a dieciocho millones por unidad, y serían de doscientos ochenta y ocho millones a setecientos treinta y ocho millones.

Como digo, la sucesiva implantación de unidades iría seguida de programas de evaluación para no equivocarnos

nunca y poner recursos de más o de menos, siempre ajustando los recursos.

Por último, en las unidades de soporte vital avanzado, habría una dotación permanente de conductor, técnico de transporte sanitario, médico y ATS, y serían doce unidades (aquí hay que poner las doce unidades), el coste viene a ser de unos noventa y tres millones, siempre que sean de la propia comunidad autónoma, con funcionarios, etcétera —si se hacen concertadas, es menor el precio naturalmente—, y con un total de mil ciento diecisiete millones.

Y luego, el helicóptero sanitario, que es concertado como ustedes saben, y que cuesta ciento treinta millones anualmente, con trescientas salidas, que yo creo que va a ser más que suficiente con estas trescientas salidas.

En cuanto al coste total y en cifras, pues, como ven ahí ustedes, un poquito sería sumar todo lo que les he explicado antes, y que irían desde el coste mínimo, que serían mil seiscientos sesenta y un millones de pesetas, hasta el coste máximo, que serían dos mil trescientos dieciséis millones.

No sé si hay alguna errata en alguno de los documentos que les hemos enviado, me parece que había alguna errata en cifras, entonces, yo les pido excusas y les ruego, por favor, que las ajusten con estas, porque al final hemos hecho un pequeño ajuste en alguna cosita, y entonces, bueno, ese es el real: de mil seiscientos sesenta y uno —a lo mejor habrá un error de cuarenta, cincuenta millones, no sé; les pido excusas por eso—, de mil seiscientos sesenta y un millones a dos mil trescientos dieciséis millones, e iríamos de forma progresiva, como digo, en un programa a poder ser eficiente.

En cuanto al gasto de pesetas por habitante y año, la atención a la urgencia y emergencia pasaría de mil cuatrocientos a mil novecientos cincuenta millones de pesetas, debiendo ajustar el transporte actual, el concierto actual, que ahora es un poquito más de mil cien millones, porque se ha ajustado y se ha incrementado un poquito, y eso habría que ajustarlo —no me echéis más dinero, que tendré suficiente, creo—. Como digo, habría que ajustar esos mil cien millones de pesetas por persona y año a los mil novecientos cincuenta. Con alrededor de dos mil a dos mil quinientas pesetas por ciudadano y año se puede hacer un buen Plan de urgencias y emergencias, de dos mil a dos mil quinientas pesetas, que es posible que en la comunidad autónoma necesitemos un poquito más que en otras comunidades autónomas que tiene la población más ajustada o más centrada, y naturalmente eso lo iremos evaluando poquito a poco.

Todo esto ¿es posible o no es posible?, ¿lo podemos hacer o esto es una historia que es simplemente imaginada? No, no. Esto es una historia absolutamente real, pero tenemos que tener en cuenta algunas cosas que yo siempre añado a continuación de las memorias económicas.

En primer lugar, tenemos que hacer que congenie el gasto sanitario con el producto interior bruto, de España y de Aragón, aunque si comparamos el porcentaje de los gastos sanitarios en España con respecto al PIB de la comunidad y con respecto a la financiación de la comunidad, todavía podríamos subir un poquito en la comunidad, no habría ningún problema. Esto lo digo yo, porque si estuviera aquí el consejero de Economía, probablemente no lo diría, pero, bueno, yo creo que se puede subir un poquito. Pero, en general —fijense ustedes—, con este gráfico, con esta línea, se indica que el gasto sanitario público y el producto interior bruto en todos los países termina confluyendo en una especie de línea en la que están todos los puntos. España está en un puntito de la media, está en la media, y ese que sale hacia arriba es Estados Unidos, como siempre, que se pasa absolutamente, pero respecto a los países en que estamos, nosotros, España siempre está más o menos en la media, una cosa equilibrada. Hay que ver cuál es el techo

presupuestario y ponerlo en orden con el producto interior bruto de la comunidad o con el producto interior bruto español, ahora que todavía no tenemos las transferencias.

Naturalmente, siempre existe un conflicto entre la equidad y la eficiencia, y pongo un ejemplo: la equidad maravillosa sería que en todos los pueblos hubiera un hospital, eso sería lo más equitativo, porque todos tendríamos derecho a un hospital en la puerta de casa, cercano. Pero, claro, ¿es eso eficiente?, ¿puede pagarlo la comunidad?, ¿puede ser sostenible? Bueno, pues, ¿qué hay que combinar? Hay que combinar la equidad con la eficiencia: vamos a tratar de que esté en los dispositivos en isocronas razonables a un coste razonable. Naturalmente, esto lo podemos entender desde aquí con la cabeza fría y mirando las cosas desde arriba, pero probablemente habrá personas que vivan en algún lugar o responsables políticos que no lo vean tan claro, porque les afecta a ellos. Pero yo creo que en esto tenemos que tener la cabeza fría y pensar que tenemos que ir a presupuestos sostenibles y a planificaciones sostenibles, como digo, conflictos entre una cosa y otra.

Lo mismo que el problema del coste oportunidad: si para sanidad hay ciento sesenta mil millones al año, entre el Insalud, la comunidad autónoma y nadie más, porque ya no hay nadie más, aunque podríamos incluir, si acaso, las mutualidades de funcionarios, la Mutua de Accidentes de Zaragoza, etcétera, que son también cosas que tienen que ver con lo público, pero si tenemos esa cantidad, pues, tendremos que tapar con esa cantidad todas las necesidades, pero como ustedes saben, si duermen en compañía, que una sábana, a veces, cuando uno la estira hacia un lado, al otro se le descubren los pies. Lo mismo ocurre en sanidad: si gastamos un dinero en urgencias y emergencias, de algún otro sitio tenemos que detraerlo o, por lo menos, los crecimientos. Si el crecimiento de la financiación en sanidad es del PIB nominal anualmente, tendremos que destinar ese crecimiento a lo prioritario. ¿Es para este departamento prioritario atender las urgencias y emergencias? Sí, lo es, prioritario, y, naturalmente, si le damos prioridad a esto, tendremos que darle menos prioridad a otras cosas.

Si las necesidades de A aumentan, las necesidades de B descienden, naturalmente, y nadie tiene una maquinita para hacer billetes en la financiación de la sanidad, sino que existe un volumen de dinero y, por lo tanto, debemos también ser razonables. Se puede pedir que mejore un punto y, a lo mejor, en dos años o en tres no se pueden mejorar mucho otros puntos. Yo creo que estamos todos de acuerdo en que esto es algo perfectamente prioritario.

Lo mismo ocurre con lo que es la salud y el coste, el problema de la eficiencia. Hombre, nosotros tenemos interés en mejorar la salud de los aragoneses lo más posible, pero se ha llegado a un punto de desarrollo, con las carreteras, las obras públicas, etcétera, que influyen casi tanto como construir hospitales, porque muchas veces una carretera da tanta salud como construir un hospital, que llega un momento en que, miren ustedes, la gráfica verde, que es la salud, tiende a horizontalizarse, y para que crezca un poquito en esa tendencia horizontal, miren ustedes el coste, la cantidad de dinero que hay que poner, que es cada vez más vertical. O sea, en las sociedades avanzadas, para mejorar muy poquito la salud hace falta poner muchísimo dinero; en los sitios donde están subdesarrollados y tienen muy poco sistema sanitario, para subir muchísimo la salud hace falta poquito dinero, por ejemplo, vacunas o programas que no son caros. Pero aquí ya no es lo mismo: para evitar muertes en Aragón referentes a urgencias y emergencias, para evitar, por ejemplo, ciento cincuenta muertes, hace falta invertir muchos miles de millones de pesetas.

Por lo tanto, esto también hay que tenerlo en cuenta y saber y tener un poco de sentido común en el sentido de que

el dinero, al final, parte de los bolsillos de todos los aragoneses y, bueno, los impuestos son como son: tenemos impuestos latinos, pues, tendremos sanidad latina, naturalmente.

Este sería un poco el resumen del plan, y yo, como pueden ustedes comprender, no puedo extenderme muchísimo más, porque les tendría aquí horas y horas, y yo encantado, porque saben que me gusta el estar aquí, me lo paso bien, pero yo, previamente, les he pasado a cada uno de los grupos todo el dispositivo en un grueso volumen que pueden ustedes consultar, y yo me someto ya —querido presidente, siento haber tenido tanto tiempo— a las preguntas que ustedes quieran hacerme.

Gracias.

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

¿Necesitan los grupos que suspendamos la sesión durante unos minutos o podemos continuar? En ese caso, continuamos.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Chunta Aragonesista, señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

Señor consejero, le doy la bienvenida a usted y compañía a esta Comisión de Sanidad.

La verdad es que se comprometió a elaborar un Plan de urgencias y emergencias, dando de esta forma respuesta a las inquietudes del colectivo social y también del grupo de profesionales de la salud, y usted, bueno, esta inquietud se canalizó a través de una iniciativa que se aprobó en estas Cortes el pasado año, en 1999, entonces, como lo prometido es deuda, usted, desde luego, ha cumplido y hoy nos presenta aquí ese Plan de urgencias y emergencias, con lo cual, enhorabuena porque ha cumplido.

Un plan que nos indica cuáles son las carencias, teniendo en cuenta las características de Aragón, que son la dispersión, la dificultad del terreno y también ese envejecimiento de la población. En definitiva, pienso que es un plan para poder atender en igualdad de condiciones a todos los aragoneses, que era creo que una de las asignaturas pendientes de la sanidad pública para con esta tierra.

Creo también que han partido de la base de que para hacer una gestión de calidad en un servicio de emergencia se tiene que hacer un planeamiento sistemático, que se deben conocer las necesidades de los usuarios para ajustar los servicios a lo que estos requieren y también se debe conocer los defectos de los servicios, bueno, para tratar de arreglarlos.

Lo que está claro es que la población lo que desea, evidentemente, es un servicio sanitario que sea un servicio de calidad, con una atención médica primaria, unos servicios también óptimos ante las emergencias, una buena atención ambulatoria, sin demoras, un buen trato y, desde luego, una buena información por parte del personal. También la atención debe estar perfectamente coordinada entre lo que es lo prehospitalario para así lograr el acceso a lo que son centros asistenciales y que, desde luego, estos se adecuen a las necesidades de cada paciente. Para eso, se debe planificar esa atención prehospitalaria, basada en diferentes factores, como pueden ser las buenas comunicaciones, el transporte adecuado y, desde luego, unos buenos recursos técnicos, además de contar con un personal que esté perfectamente formado. Del mismo modo, hay que hacerlo con la atención hospitalaria.

Tal y como usted dice, los sistemas de emergencia bien establecidos y bien coordinados pueden, bueno, pues pueden cambiar los porcentajes de lo que es la mortalidad.

En el plan se observa las carencias existentes en urgencias y en emergencias, sobre todo porque existe una dispersión de

los recursos. En atención primaria, hay diferencias entre lo que es la prestación sanitaria en el mundo rural y, desde luego, en el mundo urbano, y habla en el informe de que de las ciento veintiuna zonas de salud hay tres que no disponen de equipos de atención primaria y que existe carencia de recursos humanos y que sería también necesario, bueno, que se instalase en los equipos de atención primaria turnos de atención continuada de pediatras, que en este momento no existen.

También existe una serie de carencias de equipamientos en las comunicaciones, lo que se traduce en que no hay teléfonos móviles, en que no hay una línea diferente de fax y, bueno, es una cosa que parece obvia en esta sociedad de la telecomunicación. También existen una serie de carencias en el equipo asistencial —usted ha dicho desfibrilador— o también material de inmovilización.

En cuanto a la atención hospitalaria, bueno, parece que no todos los hospitales en este momento están disponiendo de una unidad de cuidados intensivos. Y en cuanto al transporte sanitario, sólo el 58% de las zonas de salud disponen de ese transporte sanitario. Existen, por tanto, unos problemas flagrantes como son la no existencia en todos los hospitales de esas UCI y tampoco de vehículo medicalizado y la situación, pues, la podemos calificar de mala, muy mala en Teruel, mala en Huesca y un poco menos en Zaragoza. Lógicamente, hay zonas con difícil acceso que se ven más perjudicadas y que, en caso de necesidad, ya sabemos que los fallecimientos se suelen producir porque la ambulancia llega tarde y también porque faltan medios muchas veces. Habrá que reforzar, por tanto, todas esas zonas.

Me parece importante y celebramos, desde luego, ese protocolo de colaboración entre el Gobierno de Aragón y el Insalud, entre los teléfonos 112 y el 061, desde luego. Y me parece importante lo que ha comentado de la formación en urgencias y en emergencias, que, como bien dice, en este momento está muy dispersa y no existe coordinación entre los profesionales, entonces, esa formación para médicos y ATS, pues que también sea para el personal de las fuerzas de orden público, los bomberos y también para la población en general con programas de educación para la salud.

En cuanto al transporte sanitario de urgencia, aparte del famoso helicóptero que va a atender en cuarenta minutos las urgencias de todo Aragón y luego también los helipuertos que se piensan hacer, pues, están las ambulancias asistenciales de soporte vital básico, que se van a limitar a diecisiete zonas de salud, y usted habla que en este caso el nivel óptimo serían casi cuarenta y una las necesarias. También se considera necesario dotar, como dice el plan, a las zonas de salud de Berdún, Broto, Albarracín y Cantavieja de ambulancias todoterreno, entonces ¿esto cuándo va a ser posible?

En cuanto al transporte de emergencia que permite lo que es la asistencia *in situ* para casos de extrema gravedad, en este momento existen seis ambulancias y, además, se necesita incrementar la dotación en Alcañiz, Calamocha, Calatayud, Ejea, Tarazona, Jaca, Fraga y Monzón. ¿Esto es a muy largo plazo, a corto plazo o a medio plazo?

Por último, respecto a la dirección territorial del Insalud, que, por lo visto, se encuentra en fase de constituir una mesa para establecer pautas de calidad y también para analizar lo que son las necesidades del transporte sanitario en cada área, me gustaría saber cómo está el asunto y quiénes van a formar parte de esa mesa.

Termino diciendo que han realizado, la verdad, un buenísimo trabajo teórico, y esperamos que este trabajo teórico se pueda llevar a la práctica contando con el presupuesto necesario.

Nada más.

Muchas gracias.

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

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

La señora diputada COSTA VILLAMAYOR: Gracias, señor presidente.

Señorías.

Bienvenidos, señor Larraz y todas las personas de su departamento, una vez más, a esta Comisión.

Dentro del marco jurídico, son varias las legislaciones sobre el tema que hoy tratamos: normativas de la Unión Europea, normativas estatales y de la comunidad autónoma. Voy a referirme a la más reciente, la de 16 de marzo de 1999, cuando estas Cortes de Aragón aprobaron una proposición no de ley solicitando la elaboración de un plan integral de emergencias, que hoy usted nos presenta.

Señor consejero, de verdad que no sabe la satisfacción que yo tengo porque esto da sentido a mi puesto como diputada, el pensar que cuando levanto la mano para una proposición no de ley y es aprobada por unanimidad, el ejecutivo la lleva a la práctica. De verdad, muchas gracias.

Importante la Resolución 21, de marzo de 2000, con el protocolo de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Aragón y el Insalud en materia de atención de urgencias sanitarias a través del teléfono 112, teléfono, como usted ha dicho, único europeo de urgencias, puesto en funcionamiento ya el 1 de febrero de 1998 por el centro de emergencias 112 SOS Aragón y el 061 por el Insalud. En dicho protocolo —y me parece importante— se establecen las obligaciones de ambos y se crea un comité técnico que facilita la colaboración. A partir de este momento —así lo entiendo— es mucho más fácil empezar a andar.

La forma de vida actual —usted lo ha dicho—, con el aumento de coches, de motos..., propicia un aumento de accidentes de tráfico; hay un mayor número de personas haciendo deporte, deportes de riesgo, principalmente en nuestra comunidad, en la provincia de Huesca sobre todo, y un alto alargue de nuestros años de vida, todo ello propicia un aumento de demanda de atención en urgencias y emergencias.

Hay un dato que avala lo anteriormente mencionado y que recoge su plan: en atención primaria, se atendieron más de cuatrocientas mil consultas médicas urgentes en 1998, y en este mismo período, los servicios de urgencia de los hospitales prestaron asistencia a quinientas quince mil cuatrocientas ochenta y seis personas. Si cada demanda de atención urgencia hospitalaria correspondiese a un único usuario, aproximadamente el 43% de la población aragonesa demandó asistencia médica urgente: dato tremendo, de verdad. Nos lleva a plantearnos la necesidad apremiante de prestar una atención especial a este tema, atención que debe ir acompañada de recursos financieros suficientes para que nuestra sanidad pueda dar respuesta adecuada a esta situación, recursos también en formación y mayor coordinación.

Señor Larraz, consciente de lo anteriormente expuesto, nos presenta hoy el Plan integral de atención a la urgencia y emergencia sanitaria en Aragón. En nombre del PAR, le felicito a usted, a su departamento y a cuantas personas han participado. Les doy las gracias por este plan detallado, bien expuesto, analizado, ¡madre mía!: magnitud del problema de las emergencias, marco jurídico, recursos y servicios disponibles, etcétera, etcétera. Me ha dejado anonadada. Aparece hasta el índice de las abreviaturas utilizadas, cosa que no había visto nunca, y se lo agradezco, porque son tantas las siglas que yo ya acabo volviéndome loca.

No dudo, después de lo expuesto, que además será bien desarrollado en la práctica, y teniendo presentes las dificultades que presenta Aragón para su implantación

con un amplio territorio, pocos habitantes y malas comunicaciones, requerirá mayor esfuerzo, mayor preparación y más imaginación.

Estos días pasados, exactamente el último fin de semana, se celebró en Huesca las primeras jornadas sobre emergencias y catástrofe, con más de trescientos cincuenta asistentes de toda España, y la coordinación centró la mayor parte del debate del primer día. Coordinación, factor importante a tener en cuenta en toda la sanidad, pero más, mucho más en la asistencia a las urgencias y emergencias, donde el tiempo y poder resolver lo máximo posible desde el primer momento y en el lugar más próximo ocupan un sitio privilegiado. A este respecto, quiero destacar el acierto en la compra por su departamento de un helicóptero medicalizado dotado del equipamiento asistencial preciso en una emergencia sanitaria y que puede alcanzar cualquier punto de la geografía aragonesa —importante, por nuestra geografía— en un tiempo de vuelo no superior a cuarenta minutos, como usted bien dice, y que se unirá al que dispone la Guardia Civil para el rescate en montaña.

Voy a empezar por la valoración económica, muy brevemente. Dotación de equipamiento a los centros de atención primaria que no lo tienen, cerca de ochenta y seis millones. Gracias, también, por esa proposición no de ley referente a los desfibriladores y que usted recoge. Bueno, me gustaría, de verdad, que todas las consejerías y todos los departamentos, lo mismo de Aragón que de Madrid, hicieran el caso que usted hace a las proposiciones no de ley.

Plan de formación, cuarenta millones. Estas son pequeñas cantidades, al lado de los más de mil novecientos millones que corresponden al transporte. Es competencia del Insalud, bueno, pues que los invierta y que se firme un nuevo convenio superior al actual, que está en mil trescientos veinte millones, ya que todavía le quedará a nuestro Gobierno invertir para situar el centro coordinador de urgencias, funcionamiento del mismo, la reforma de atención primaria, etcétera. Y le pregunto: ¿qué posibilidades hay de que el Insalud cubra los gastos efectivos del transporte?, ¿no es peligroso que no lo haga en un vísperas de un traspaso de sus competencias? Aunque también nos dice que contamos con transporte sanitario ofertado por otras administraciones, empresas, instituciones..., pero, ¿con qué dotación técnico-asistencial?, que luego quedará obsoleta. Me gustaría también preguntarle sobre este tema.

Nos ha explicado que su plan de acción se apoya en cuatro pilares: el centro de emergencias 112 SOS Aragón, como puerta de entrada única; centro coordinador de urgencias médicas, 061 Aragón; centro en funcionamiento las veinticuatro horas del día y con una cobertura del cien por cien del territorio autónomo, ordenando todos los servicios disponibles y coordinándolo todo. Ambos están detallados en su plan.

Dotación y organización de una red de transporte sanitario que facilite el acceso de todos al sistema de salud. Está perfectamente expuesto también en el plan y ya he opinado en mis palabras anteriores al respecto. Pero resalto que aunque el tiempo de espera de los pacientes no debe ser superior a treinta minutos, demasiado ocasionalmente lo supera. Hábleme que va a ocurrir en un futuro respecto a esto.

Finalmente, organización y dotación en equipamiento asistencial de la atención primaria de salud y formación de sus profesionales. Voy a detenerme en este punto. Consejero, en la introducción del plan hay una frase que me ha llamado la atención, y dice así: «El potencial total de la atención primaria para reducir la innecesaria demanda de urgencia en el hospital aún no ha sido completamente valorado». Aquí, consejero, sí que hay terreno y espacio para trabajar: mayor número de profesionales; mayor coordinación con la hospitalaria de la que actualmente existe con la especializada; formación de los profesionales, que usted ya programa

en su plan; el mayor número posible de protocolos de asistencia sanitaria, que también le agradezco que usted haya dicho que está trabajando sobre ello; las nuevas técnicas que vendrán en ayuda de estos profesionales, y aquí hago mención especial a la implantación por la consejería de Industria de nuestra región de una red de fibra óptica, con una anchura de banda y velocidad de transmisión que permitirá circular imágenes a bajo coste, enlazada con los centros sanitarios, y que permitirá a los médicos de primaria contar con la especializada en el momento justo.

Todo esto, unido a su capacidad de gestor, señor Larraz, no dudo que ya, pero sobre todo cuando la sanidad pública esté en manos del Gobierno de Aragón —y yo deseo que también siga estando en las suyas—, esta reestructuración en positivo será posible, porque, como usted dice, «toda urgencia sanitaria que no suponga el riesgo de una complicación o la posibilidad de una discapacidad debe ser resulta en la atención primaria, ya que aporta beneficios para el paciente, la familia y para el propio sistema de salud».

Termino, señorías, después de unas escuetas pinceladas sobre el plan integral que hoy se nos presenta. Un análisis más profundo requeriría una intervención mucho más larga.

Y quiero, al terminar, resaltar un punto que ya destacué en su comparecencia cuando presentó el presupuesto de su departamento, y es la importancia que doy a la información, educación y participación de la comunidad en todos los temas sanitarios.

Felicidades de nuevo, consejero, en nombre del PAR y en el mío propio por el plan que hoy nos ha presentado, que, como ya he dicho, estoy segura de que llevará a la práctica e irá ajustando a los diversos cambios, que conllevará los cambios de todo tipo de comunicaciones o de otras variantes.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señora Pons.

La señora diputada PONS SERENA: Gracias, señor presidente.

Sean las primeras palabras de bienvenida al señor consejero y al resto del equipo del departamento que hoy le acompañan, y también las primeras palabras de felicitación por este magnífico trabajo que hoy nos trae a la Comisión.

Transmita, de parte del Grupo Parlamentario Socialista, nuestras felicitaciones al resto del equipo del departamento, así como a los trabajadores que han hecho posible este documento.

Señor consejero, tengo que admitir que nos sigue sorprendiendo Comisión a Comisión, tanto por la rigurosidad con la que viene trabajando su departamento como por esta forma original con la que nos ha hecho la presentación del plan.

Desde el Partido Socialista estamos, pues, especialmente satisfechos, y estamos especialmente satisfechos por dos motivos: en primer lugar, porque parte de responsabilidad de que este plan se haya elaborado corresponde, como muy bien ha dicho usted y algún otro portavoz, a una proposición no de ley que desde el Grupo Parlamentario Socialista tuvimos a bien presentar el año pasado. No quito méritos al resto de grupos parlamentarios que, por unanimidad, la aprobaron. Y también estamos satisfechos porque haya sido un consejero de un Gobierno PSOE-PAR el que lo haya traído a esta cámara.

También el Partido Socialista, en las últimas elecciones, en nuestro programa electoral era una de las banderas prioritarias que echábamos en falta en esta comunidad autónoma; no en vano es la última comunidad autónoma de toda

España que tiene un plan de urgencias y emergencias para actuar en estos casos.

Nos presenta aquí una radiografía real de la situación sanitaria con la que nos encontramos en nuestra comunidad autónoma, y no sólo real, sino los recursos necesarios para dar una adecuada respuesta en situaciones de emergencia a los ciudadanos de nuestra comunidad autónoma.

Nos ha hecho referencia a los principios rectores por los cuales debe regirse este Plan de urgencias y emergencias, y compartimos con usted los cuatro principios: universalidad, equidad, efectividad y eficiencia, pero sí querría recalcar que dadas nuestras especiales condiciones, tanto orográficas como de población que presenta nuestra comunidad autónoma, seguro que en algunas ocasiones tendrá que primar la universalidad y la equidad frente a la eficiencia. Vuelvo a repetir que estamos en una comunidad autónoma con un amplio territorio, con una población concentrada en unos puntos determinados y con unas dificultades orográficas peculiares.

Creo que si llegamos a poner en marcha este Plan integral de urgencias y emergencias, podremos cumplir una de las recomendaciones europeas en cuanto a respuesta para este tipo de prestación, que son los diez minutos en zonas urbanas y los veinte minutos en zonas rurales.

También nos resultan especialmente escalofriantes datos que aparecen en este plan, datos relacionados con las características demográficas de nuestra comunidad autónoma, cosas que ya sabemos, pero que nos resultan impactantes cuando las vemos plasmadas en el papel. Cuando ha hablado de la despoblación de nuestras zonas rurales, me ha llamado especialmente la atención que el 14% de la población vivimos en pueblos de mil habitantes, y aquí es donde tendremos que hacer un esfuerzo más especial, porque el tener estos habitantes de zonas rurales la misma respuesta en un suceso de una emergencia sanitaria es —junto con otros condicionantes, no cabe duda— un condicionante más que puede posibilitar que esos ciudadanos permanezcamos en nuestros pueblos.

La experiencia de planes integrales en otras comunidades autónomas nos lleva a una realidad, y la realidad es que estos sistemas adecuadamente dotados disminuyen considerablemente la mortalidad de los ciudadanos que allí viven, reducen las discapacidades, puesto que una respuesta a tiempo influye considerablemente para que ese paciente se recupere adecuadamente y, además, algo también muy importante, que es que se acortan considerablemente las estancias en hospitales de las personas que sufren normalmente un accidente o tienen alguna patología que requiera una asistencia de urgencia o emergencia. Por lo tanto, es verdad que la puesta en marcha de un Plan integral de urgencias y emergencias ahorra no sólo sufrimiento, que es un factor muy importante, sino que, además, ahorra gasto a la sociedad.

Queremos destacar algunos datos que nos ha puesto sobre la mesa, como son los accidentes. Cada día viajamos más, salimos más a las carreteras y, por lo tanto, también es mayor el número de accidentes que se dan en nuestras carreteras. Nos llama especialmente la atención y es un sufrimiento, además, añadido que las personas que fallecen en estos accidentes frecuentemente, con un gran porcentaje, son personas jóvenes, excesivamente jóvenes: es la primera causa de muerte en población de menos de cuarenta y cinco años, nos dice en el informe. También nos dice que si tuviésemos este Plan integral de urgencias y emergencias ya instalado, puesto a punto en nuestra comunidad autónoma, podrían reducirse cuarenta y cinco muertes al año de estos accidentes de tráfico.

Los infartos de miocardio es otra de las patologías que requiere de una asistencia de urgencia, y también es importante el porcentaje de personas fallecidas por esta enfermedad. Nos pone de manifiesto el informe que con una rápida

actuación podrían evitarse muchas muertes. En Aragón, concretamente, la cifra de ciento diecisiete o ciento dieciocho personas fallecidas podría evitarse teniendo el plan integral de emergencias a punto.

También se hace referencia en este informe a algunas de las deficiencias que existen en el equipamiento de centros de salud. Nos ha dicho que es urgente la dotación de los desfibriladores que faltan en algunos centros de salud: son ciento veintiuno los centros de salud existentes, noventa y cuatro donde faltan, con que una muy sencilla operación aritmética, podemos decir que tan solo en estos momentos son veintisiete los centros de salud que disponen de este aparato, de desfibrilador, y que en muchos de los casos resulta vital. Además, también ha hecho enumeración de otro material que considera imprescindible y necesaria su dotación ya, aparte de los vehículos de centros de salud que son necesarios para terminar de dotar este equipamiento y poder dar respuesta efectiva a las urgencias en nuestra comunidad autónoma.

Decirle que yo estuve presente el domingo en el simulacro que hubo en Huesca, un simulacro de actuación en coordinación tanto el 061 como el 112, y sí tengo que decir que manifiesto mi especial satisfacción, en primer lugar, porque resultó el simulacro especialmente llamativo, con unas respuestas adecuadas, puntuales, pero lo que quiero recalcar y, bueno, aunque algunas veces tengamos que atacarle al Insalud por la deficiencia de dotación en los centros de salud, sí que tengo que decir que allí nos presentaron tres ambulancias de soporte vital avanzado, tres nuevas ambulancias que se van a dotar en Monzón, Alcañiz y Calatayud, según anunciaron. Por lo tanto, ya tenemos tres dispositivos más de los que faltan.

Destacar el esfuerzo que el Gobierno de Aragón ha hecho con esa dotación de un helicóptero medicalizado. Sin lugar a dudas será un recurso importantísimo para muchas de las zonas de nuestra comunidad autónoma.

Un aspecto que quiero resaltar y que usted también ha hecho aquí mención es la formación de profesionales, necesaria e imprescindible, porque no hacemos nada si dotamos de los avances técnicos en nuestros centros de salud, pero paralelamente no formamos a nuestros profesionales. Puede ser que en algún centro de salud haya desfibrilador, pero esté metido en la caja porque no se ha reciclado ese personal. Por lo tanto, me parece importantísimo que se tenga en cuenta esta dotación para la formación.

Señor consejero, ya tenemos elaborado el plan, pero ahora le toca a usted negociar con el Insalud para su pronta puesta en funcionamiento. Desde el Grupo Parlamentario Socialista, queremos mostrarle nuestro respaldo y, desde luego, conociéndole a usted como muy buen negociador y con la voluntad que no dudamos del Insalud, decirle que, seguramente, no tendrá excesivas dificultades en que este plan se convierta en una realidad.

Terminaré diciendo lo mismo que dije cuando presenté la proposición no de ley: que el Plan integral de urgencias y emergencias es socialmente necesario, sanitariamente imprescindible y económicamente indeclinable.

Gracias, señor presidente.

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

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, señor Borraz.

El señor diputado BORRAZ ARIÑO: Gracias, señor presidente.

Bienvenidos, señor consejero y equipo, nuevamente a esta Comisión.

Gracias por su explicación y gracias por la documentación.

Ya le adelanto que desde el Partido Popular hacemos una valoración muy positiva a este plan y puede contar usted con todo nuestro apoyo prácticamente. Independientemente de que a lo largo de mi intervención haga alguna consideración, estamos totalmente de acuerdo con el contenido.

No nos referiremos a lo que usted ha dicho a lo largo de su intervención, porque, como le digo, estamos totalmente de acuerdo, por lo que haré una intervención lo más aséptica posible que se pueda.

A lo largo de las intervenciones de los compañeros, se ha dicho que en esta Comisión es difícil ponerse muchas veces de acuerdo, y, efectivamente, uno de los temas en el cual nos hemos puesto todo el mundo de acuerdo ha sido en este Plan integral de urgencias sanitarias y emergencias. Y ya, en esta Comisión, cuando compareció la Plataforma prohelicóptero y transporte sanitario para Teruel, todos los grupos apoyamos y exigimos la mejora de la atención de emergencias extra hospitalarias en aquellos momentos a la provincia de Teruel, pero que creo que era perfectamente extrapolable a todo Aragón.

Posteriormente, del Partido Socialista, con fecha 13 de marzo de 1999, se ve en esta Comisión una proposición no de ley —era ya final de la legislatura pasada— sobre un Plan integral de urgencias, que es apoyado también por unanimidad de todos los grupos. En aquellos momentos, el Gobierno central ya había dado también a conocer públicamente el Plan estratégico del Insalud, donde figuraban las urgencias y emergencias sanitarias. También, en aquellos momentos, el Insalud estaba trabajando por implantar en Aragón un centro coordinador de urgencias, del cual también en esta Comisión todo el mundo lo exigía, que a través del teléfono 061 recibiría las demandas de urgencias sanitarias y evaluaría y movilizaría el recurso pertinente, con una red de unidades móviles de emergencia a desplegar en todo el territorio de Aragón, siendo éste, quizá, el primer paso para llegar a un sistema integral de urgencias coordinado con el número 112.

Posteriormente, con fecha 12 de abril, el Partido Popular también presenta —ya en esta legislatura— una proposición no de ley sobre urgencias y emergencias sanitarias, que también se aprueba por unanimidad, independientemente de la enmienda del Partido Socialista, en la que se dice que «una vez pactado con el Insalud el calendario de implantación del Plan de urgencias y emergencias de Aragón, se presente dicho plan ante el Pleno de esta cámara en el plazo de tres meses». Teniendo en cuenta que el Gobierno de Aragón tiene la competencia planificadora en esta materia y que la competencia de la Administración central es la ejecución en materia del transporte sanitario, pues, efectivamente, hoy nos sentimos todos muy satisfechos porque llega a estas Cortes el plan que todos los grupos habíamos pedido.

Es un plan de emergencia sanitaria, es un documento en el que el Gobierno empezó a trabajar muy pronto, puesto que era un plan de los cien primeros días, y que usted empezó a trabajar en los primeros quince días, pero hay cosas..., yo esto no lo crítico, ni muchísimo menos, ahí está, pero sí que sé que empezó usted a trabajar en este plan a los quince días de iniciarse esta legislatura. Es elaborado por técnicos del departamento de ordenación sanitaria en base a un proceso de revisión en el que han participado los coordinadores de los centros de salud, mediante un cuestionario DAFO, una reunión de expertos en emergencias sanitarias y numerosas entrevistas de los responsables del plan con departamentos de cartografía, estadística, protección civil de la DGA, así como la Dirección Territorial del Insalud y la gerencia del 061 de Aragón.

De todas estas reuniones y grupos de trabajo, se elabora este plan de emergencias consensuado, donde se recogen

las diversas perspectivas de los agentes consultados, pero siempre tamizadas bajo el criterio de la consejería de Sanidad y Bienestar Social. El plan recoge los recursos existentes en las diversas instituciones que operan actualmente en la sanidad y emergencias aragonesas, centro de emergencias de SOS Aragón, gerencia del 061 de Aragón, gerencia de la atención primaria, especializada del Insalud, empresas de transporte, etcétera, y las integra en un único plan para su coordinación. De él se recoge la recepción de las emergencias a través del teléfono 112, aunque las que sean de carácter sanitario deberán transferirse a la central de coordinación de urgencias médicas (actualmente, el 061 de Aragón), que gestionará los recursos existentes, tanto los dependientes de esta gerencia como los del resto del sistema sanitario, independientemente de su titularidad.

En dicho plan de acción destaca la importancia de los equipos de atención primaria y su relación con el centro coordinador de urgencia. Estos equipos de atención primaria cobran especial relevancia si además se encuentran en núcleos especialmente distantes de los recursos móviles medicalizados de emergencias, considerándose una actuación específica en cuanto a dotación de medios e información a los profesionales —después hablaremos— y que los dotan para la correcta atención de la población a la que prestan asistencia.

Este plan es muy ambicioso, tanto a nivel de normativa jurídica como de recursos necesarios para su implantación, bien en medio de transporte terrestre y aéreo, dotación de los centros de atención primaria, sistemas de información y comunicaciones e infraestructuras y formación.

Del exhaustivo estudio que se ha presentado aquí, quizás echamos en falta un estudio en donde valoremos las amenazas, oportunidades, puntos débiles y puntos fuertes del mismo, o la concreción hacia unos objetivos estratégicos bien definidos para que tuviésemos una visión resumida de las líneas prioritarias hacia las que se dirige el plan.

De todas formas, en cuanto a las pequeñas alegaciones o consideraciones que yo le he dicho, son de muy poca minuta, por ejemplo, en la página catorce, donde se sigue hablando del SEU o servicio especial de urgencia. Yo creo que actualmente, en Zaragoza, ya no existe el servicio especial de urgencia, pero no es ninguna crítica ¿eh?, ya que creo que este se ha integrado en el 061 de Aragón, formando parte de la actual unidad de atención domiciliaria de la gerencia del 061.

Le agradecemos, entre todas las cosas, que en la página treinta haya incluido también la Resolución de 12 de abril de 2000, donde se da publicidad al protocolo de colaboración entre el Gobierno de Aragón e Insalud.

Y en la página cuarenta, donde se habla también de colaboración en cuanto a los temas de montaña, las urgencias de montaña, yo no sé... Hay dos convenios entre el Ministerio del Interior y otro también entre el Ministerio de Interior, Gobierno de Aragón y la Federación Aragonesa de Montañismo, y yo no sé si ahí el Insalud está o no, y lo decía porque podía colaborar, y usted esto lo puede saber perfectamente, porque los médicos de montaña están ubicados en el Hospital San Jorge, cogen de allí también todo el material de equipamiento que hace falta —pregunto— y luego, posteriormente, también colabora con la formación de médicos en la UVI.

Yo sí que tengo que decir que en el estudio que se ha hecho y en las consultas pertinentes que uno hace a la hora de preparar una intervención, independientemente de que yo soy una persona totalmente convencida de que en sanidad la ideología no tiene por qué existir, yo creo que este es un tema que tiene que tener muy claro, y por tanto enténdalo así.

Y ya en la página setenta y dos, donde nos puede afectar a los médicos rurales, pues yo diría aquello de «quién te

ha visto y quién te ve», sobre todo los que llevamos ejerciendo la medicina durante muchos años, cuando nos teníamos que comprar el fonen o el aparato de tensión, o lo que sea, y entonces, no sé, es una cosa que yo consulté con el centro de salud donde ejerzo y nos llamó la atención que respecto a la organización en el medio rural pone lo siguiente: «la atención continuada se realizará de presencia física por un médico y un ATS», en lo que estamos totalmente de acuerdo, estamos totalmente de acuerdo, y, además, estamos en los centros de salud de categoría.

Pero pone un segundo párrafo, que quiero que me aclare, porque no sé si era así: «una vez esté establecido el centro de coordinación de urgencias, se podrá valorar incluso la realización de guardia localizada en horario nocturno en aquellas zonas de salud con menor demanda, siempre que se asegure un sistema de comunicación adecuado con el centro de coordinación de urgencias». Yo esto no lo sé, si esto será optativo o no será optativo, y lo digo porque usted sabe que los médicos no vivimos prácticamente ninguno donde ejercemos la medicina —le estoy diciendo en la provincia de Teruel—. Entonces, yo creo que los médicos estamos perfectamente en los centros de salud, es decir, si te vas a las diez de la noche y te llaman a las tres de la madrugada y tienes que volver del pueblo donde vives al centro de salud... Ya digo que este es un comentario del centro y que yo dije que lo preguntaría; así, pues, cumplo mi palabra y lo pregunto.

Entonces, estas serían un poco las consideraciones a esta primera parte, que ya ha visto que son consideraciones de peccata minuta y que, prácticamente, no tienen ninguna importancia.

Sí que nos pasaremos un poco al tema económico, que no es que discrepemos, y a lo mejor yo creo que estaremos de acuerdo, pero sí que nos gustaría hacer aquí alguna consideración, independientemente de que ustedes, cuando presentan el primer borrador, presentan unos precios, y aquí ya los han subido porque se quedaban muy cortos. Y desde el Partido Popular seguimos pensando que se quedan cortos, por ejemplo, en el maletín de reanimación y en el material de inmovilización, entre otras cosas, que ya lo han subido a cincuenta mil pesetas (era de treinta mil), y pensamos que se queda corto.

Pero, en esta primera valoración económica, que creo que es la importante, nosotros en el primer apartado, en la dotación en equipamiento a los centros de atención primaria, se está hablando de equipamientos ¿no?, y entonces, en el concepto «otros» yo creo que se debería incrementar en, al menos, un millón de pesetas cada centro unitario, es decir, ciento veintiún millones de pesetas, y no de los diez consignados, ya que dentro de este apartado podría considerarse un sistema de equipamiento, un sistema de comunicaciones integrado, tanto de telefonía como de telemática, la posibilidad de una electrocardiografía transtelefónica, mascarilla de intubación laríngea, etcétera.

Yo, en mis notas —aunque se ha corregido, y así se lo he dicho al asesor que me ha entregado el papel—, tenía apuntado que no se constataba la cifra en la valoración final de este concepto. Ha habido una rectificación... Esa sería, pues, una primera valoración, pero para ese equipamiento, ¿no?

Entonces, sí que nosotros hemos hecho una valoración final en donde habría una valoración inicial, donde sí que se contemplarían estos gastos de este centro de salud (los ochenta y cinco millones de pesetas que ponen ustedes; nosotros decimos uno más setenta y cinco, ciento noventa y seis, en fin, esto es...). Entonces, eso sería una valoración inicial, con todo lo que viene después, y luego sería una valoración de mantenimiento, donde ya no se contemplaría ese millón de pesetas necesario, del cual todo el mundo estamos hablando, para el buen equipamiento de los centros de salud.

En cuanto al plan de formación, este sí que es un tema que me preocupa enormemente y que nos ha preocupado a todos los portavoces en esta Comisión y en anteriores comisiones, siempre que se ha visto este Plan de urgencias y emergencias sanitarias. Entonces, en un proyecto tan ambicioso como éste, en donde uno de los pilares básicos del mismo es la formación adecuada y de forma continuada de los centros de salud, especialmente de aquellos que deberán dotar sanitariamente a las ambulancias con el soporte vital básico, aunque sin abandonar el resto de los profesionales de centros de salud, de las propias unidades de emergencia y del personal de otras instituciones que colaboran en las emergencias y que no dependen de estructura sanitaria, como policía, bomberos..., que usted ha dicho que había que formar ¿no?, y de la educación infantil, que también lo ha dicho usted, y de la población en general.

Entonces, yo creo que esos cuarenta millones nos parece una cantidad muy insuficiente, y me figuro que usted estará también de acuerdo con nosotros, sobre todo porque, muchas veces, la cantidad de dinero que se da para cursos de formación en la Comunidad Autónoma de Aragón es escasa, y es una preocupación que creo que todos los portavoces la hemos manifestado, porque estamos hablando de una formación para profesionales, para salvar vidas, y a mí, además, ya me gustaría sacar dinero para darle a usted más dinero, que seguro que usted lo agradecería, pero creo que cuarenta millones de pesetas, señor consejero, son muy poco. Le pondré un ejemplo: si consideramos como cursos mínimos para estos cuarenta centros con ambulancia de soporte vital básico los propuestos en el apéndice cinco, ese programa que usted nos da ahí, estos cursos se llevarían más del 75% del presupuesto, quedando tan solo un 25% del mismo, es decir, diez millones, para la formación en urgencias y emergencias de los ochenta y un equipos de salud restante y del resto de instituciones, organismos, escuelas y población en general.

Por lo tanto, a nuestra consideración creo que este tema se debería estudiar un poquito más y, si puede ser, intentar sacarle a su consejero de Economía algún dinero más —ya sé que es duro—, algún dinero más para estos cursos de formación, a la cual, como digo y repito, todos los portavoces le hemos dado mucha importancia, muchísima importancia y consideramos que esa cantidad es poca.

Y ya referente también al transporte sanitario, usted ha hablado de las ambulancias de soporte vital básico, que me figuro que están dotadas con tres conductores y tres técnicos de transporte sanitario. Entonces, tiene esto un coste sanitario: han puesto que es de veintitrés millones de pesetas. Deberá reflejar al menos esta misma cifra en las ambulancias de soporte vital avanzado, las cuales pensamos que deben llevar mayor dotación técnica y de personal, porque, si mal no recuerdo o no estoy mal informado, son cinco conductores y cinco técnicos del transporte sanitario, y estas últimas las han valorado en veintiún millones y medio de pesetas. Es una cosa que llama la atención y ya le he dicho: veintiún millones y medio de pesetas en los estudios que yo tengo. Entonces, no entendemos que un recurso más tecnificado y mejor dotado en personal pueda tener un coste menor, pero, vamos, ya le digo que no hay absolutamente nada, sencillamente se trata de unas consideraciones, que yo le he adelantado y así se lo he dicho, que la valoración del Partido Popular a este plan es muy positiva —ahora le pongo hasta «muy positiva»— y cuenta con todo nuestro apoyo.

Y ya, para terminar, hechas estas consideraciones, porque las que ya tenemos de la valoración final, pues, lo han corregido con la hoja que nos entregado al iniciar esta Comisión, diciendo unas palabras que usted ha dicho y que es en realidad lo que nos preocupa: «¿se puede o no se

puede hacer este plan?». Yo le pregunto cuándo, y esa sería la pregunta: ¿cuándo?, ¿después de las transferencias?, ¿antes de las transferencias? Si puede ser dentro de lo posible, siempre de tipo orientativo, aunque no se lo vamos a exigir así, de repente, pero un poco concretar cuándo se puede poner en funcionamiento este plan, porque ya se ha dicho: «ya tenemos el plan escrito», con el cual estamos todo el mundo de acuerdo, y ahora viene la parte más importante, que es cuándo vamos a comenzar o cuándo se va a llevar a cabo.

Para terminar, como le he dicho ya, nuestra valoración es muy positiva, entre otras cosas, porque se ha contado con quien se debe de contar en materia sanitaria. Nuestra felicitación a usted y a su equipo, a todos aquellos expertos en la materia, profesionales de la salud, tanto en la atención primaria como en la atención especializada, y del propio departamento; felicitación también a los profesionales no sanitarios, que han aportado sus opiniones e ideas, y felicitaciones también a todos los organismos e instituciones que han facilitado los datos y la información para poder presentar este plan.

Gracias, señor presidente.

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

Para contestar a los grupos políticos, tiene la palabra el señor consejero.

El señor consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (LARRAZ VILETA): Muchas gracias, en primer lugar, en nombre de todas las personas que han elaborado este documento y del que yo no soy nada más que mero portavoz.

Decir que yo creo que globalmente es un buen plan, creo que tiene, desde el punto de vista de gestor, la ventaja de que podemos ir modificándolo si lo creemos necesario a medida que vayamos haciendo evaluaciones, una vez que vayamos implantando los dispositivos, y que se puede adaptar perfectamente al entorno que tenga. Creo que es una característica de todos los planes que nosotros hemos introducido en el departamento, porque, como saben todos mis colaboradores y en los trabajos que hacemos, siempre estudiamos previamente durante más tiempo que lo que nos cuesta hacer el plan la metodología que vamos a seguir para hacerlo.

La metodología en sanidad siempre la enmarcamos en un principio que repetimos muchísimas veces, que es la adaptación al entorno: no se puede hoy en día en sanidad trabajar un plan que no tenga el buen hacer de que se pueda adaptar al entorno, porque el entorno es muy variable en sanidad, tanto en las demandas como, en este caso que tiene que ver con orografía, demografía, etcétera, pues tiene que ser un plan que se adapte a la orografía y a la demografía de toda la comunidad autónoma, y yo creo que esa es la virtud fundamental del plan.

Como digo, todos ustedes han estado hablando de todos los grupos y personas a las que hemos consultado, y yo creo que no hay persona experta en urgencias y emergencias en la comunidad autónoma a la que no le hayamos consultado y que no tenga, después de hecho el plan, un documento completo del plan para que vea el trabajo que han hecho y que ha servido para introducir cosas en él, y todo el mundo se ve reflejado. Eso es lo que hace que los planes sean buenos y se puedan llevar a cabo.

Naturalmente, quiero empezar por lo que me preguntaba el representante del Partido Popular, para decirle que este plan claro que se va a llevar a cabo, indudablemente que se va a llevar a cabo, porque estamos estudiando el elevarle el rango, y yo no sé cómo, pero elevaremos el rango del documento y lo haremos oficial en la comunidad autónoma y en el Gobierno, para que todo el mundo lo tenga como punto de

referencia. ¿Cuándo? Yo creo que es un plan no sólo de esta legislatura, sino que necesita lo que queda de esta legislatura y la legislatura que viene. Yo creo que ese sería un panorama magnífico. Si terminada la legislatura que viene estuviera esto completamente terminado, vamos, yo me sentiría muy satisfecho, y yo espero que a sus señorías les pase exactamente lo mismo que a mí, que se sintieran satisfechos si se pudiera hacer.

Respecto a cosas puntuales que han estado comentando algunas de sus señorías en sus intervenciones, se ha hablado de la mesa del transporte —me parece que ha sido la representante de la Chunta—, y supongo que será la mesa que se reúne para revisar los convenios de transporte anuales, ese convenio de mil y pico millones de pesetas, que se ha incrementado, pero no estamos nosotros en esa mesa de transporte, y no tienen tampoco por qué avisarnos, o sea que desconozco qué es lo que ha sucedido en esa..., bueno, desconozco, sí que sé que se ha incrementado un poquito el número de ambulancias de transporte, etcétera, y que es un plan a cuatro años, si no me equivoco, eran cinco mil y pico millones, que se ha dividido en cuatro años, que todavía debe quedar un año de ese plan, éste y otro año más, y que lo está haciendo una UTE de empresas, y que se reúne esa mesa de transporte todos los años, que es un epígrafe de dinero que va en conciertos y que va a parar a esta mesa del transporte que es quien lo maneja. Yo lo desconozco.

No sé si he querido entender algo sobre las UCI de los hospitales, si había muchas, pocas o no todos los hospitales tienen UCI... Ni se necesita que tengan todos los hospitales UCI. En Aragón, tenemos suficientes camas de intensivos, incluso me atrevería a decir que por encima de la media.

Me he olvidado de decir, en el plan, y ahora aprovecho para hacerlo, dónde se plasma el que Aragón sea una tierra más extensa, con peor orografía y que tal... Se plasma en que, por ejemplo, en UCI móviles, en Europa se dice que tiene que haber una por cada doscientos mil habitantes, y aquí hemos colocado una por cada cien mil. Esa es la expresión. En esto soy siempre muy reivindicativo, y cuando nos preguntan por qué cuesta más dinero la sanidad en Aragón que en otro sitio, pues, entre otras cosas, por la orografía. Miren ustedes un ejemplo clarísimo: con seis UCI móviles no llegaríamos a ningún sitio y con doce, pues, llegamos justo.

Respecto a lo que hablaba la representante del PAR en los gastos del Insalud, de cómo lo va a hacer. Bueno, todo este plan es un volumen de dinero que tiene que poner el Insalud, naturalmente. De hecho, ya se ha empezado, es decir, el Insalud ya tiene puesto el centro de urgencias y emergencias, y ha contratado a treinta y tantas personas que están ya trabajando en ello desde que empezamos a hablar de todas estas cosas, y está ya funcionando, por lo cual nosotros felicitamos a esta institución, tranquilamente, y no nos duelen prendas. Ya saben ustedes: de vez en cuando, dar leña cuando es necesario, pero también felicitar cuando es necesario. El Insalud ha empezado a trabajar en este centro de urgencias y emergencias, está funcionando bien, ha puesto recursos, y nosotros, desde aquí, lo aplaudimos sin ningún inconveniente y sin ningún problema.

De la misma manera que tiene ya implantadas tres UCI móviles y va a implantar otras tres. Hombre, nos gustaría que lo pusieran lo antes posible. Simplemente, felicitamos por que las vayan poniendo, pero seguimos empujando y diciendo que pongan las que tienen que poner en el tiempo necesario, que, por cierto, además, es un compromiso del antiguo delegado de Gobierno, que por suerte es actualmente el delegado territorial del Insalud y no le va a quedar más remedio que cumplir la norma que como delegado territorial explicó. Ahora yo creo que la llevará a la práctica y, además, siendo un profesional sanitario que todos conocemos desde hace muchísimo tiempo.

Por lo tanto, nosotros estaremos durante este tiempo precompetencial muy atentos a cada peseta que invierte el Insalud; tenemos un núcleo de trabajo que solamente se dedica a saber los presupuestos del Insalud en qué se los gasta, cómo, de qué manera, cuál es el crédito inicial, etcétera, desde el principio, y el gasto real de cada uno de los centros. Sabemos el gasto real del Insalud cada año, a peseta, sabemos el presupuesto de este año y, naturalmente, eso no lo vamos a perder de vista hasta el momento en que se produzca la transferencia. Esto forma parte de un volumen de dinero que tiene que venir con la transferencia, y si lo ponen en estos tres años o dos años que nos faltan para las transferencias, encantados de la vida, y si no ponen hasta el nivel que necesitamos, lo sumaremos a la transferencia, lo demandaremos exactamente en la negociación y llegaremos hasta donde podamos llegar, naturalmente, pero siempre echando encima de la mesa todo lo necesario.

También estoy de acuerdo en la información y participación. A veces, es casi tan importante o más, o sea, el que en un pueblo de la Comunidad Autónoma de Aragón que tenga cien habitantes ocurre un accidente o un problema y a los treinta minutos tengan un grupo de profesionales trabajando en los pacientes y demás, eso no solamente es lo que se hace al paciente, que es lo más importante, pero es que además tiene un valor añadido para todo el pueblo y para toda la comarca tremendo, que hace que vertebrar, porque yo creo que este plan puede vertebrar o, por lo menos, no sé, aportar a la vertebración de la comunidad autónoma de una manera importante. Porque, claro, más de quinientos pueblos de Aragón que sólo tengan el 8% de la población, pues, bueno, si no les damos una ayuda en estas áreas, pues, probablemente, la vertebración de Aragón se convertirá o seguirá siendo un problema tan importante como el que actualmente tenemos.

Respecto a la atención primaria y las urgencias y los hospitales. Se ha desarrollado mucho la atención primaria, pero, quizás, se ha desarrollado menos la atención continuada, lo que es la atención a la urgencia y a las emergencias, por lo que, quizá, deberíamos incidir un poquito más. Aquí, en el plan, incidimos, pero, en fin, dada la experiencia, a mí me parece que es tal la atracción de las unidades de urgencia en los hospitales para la población que difícilmente conseguiremos que se queden en el centro, en la atención primaria.

Nos pasa lo mismo con los hospitales pequeños y con los centros comarcales: tiene muchísima más atracción para Aragón el Hospital Miguel Servet o el Hospital Clínico que un hospital comarcal, muchísima más atracción, de manera que una parte de la población va y pasea los centros comarcales y acude a los centros grandes, porque les parece que les van a atender muchísimo mejor, cuando en el 95% de las ocasiones los centros pequeños atienden, en tiempo y forma, igual o mejor (mejor sería, simplemente, por el tiempo y por la cercanía, no por la calidad, que supongo que será la misma), que en un hospital terciario, y muchas veces se nos llenan los hospitales terciarios y no tenemos ocupación en los centros pequeños. Es la realidad de la comunidad autónoma: los dos centros grandes, Clínico y Servet, tienen una ocupación importante y, sin embargo, el resto de los hospitales tienen una ocupación que no llega al óptimo, y esto es fruto de la atracción que tienen esos centros y lo mismo de las urgencias.

Con respecto a las urgencias sigue existiendo un problema en el paso de la primaria a la especializada, sigue habiendo un problema para las consultas... Yo, a las listas de espera quirúrgicas siempre les doy mucha menos importancia que a las listas de espera de las consultas, y es ahí donde tenemos uno de los problemas más importantes en Aragón, en la lista de espera de las consultas especializadas. Porque el paso de la atención primaria a las consultas de atención

especializada es un poquito complicado, a veces, en algunas especialidades, porque en otras no hay ningún problema.

Quizá, pudiéramos decir que en el 80% de las especialidades no hay problema, pero hay un 20% de especialidades —tampoco quiero especificarlas— que tienen problemas, y muchas veces los pacientes acuden a urgencias porque saben que de urgencias se sale con un diagnóstico, con una placa, con una analítica y con un tratamiento y, naturalmente, es tal la atracción que hay a los excelentes servicios de urgencias que hay en la comunidad, que a mí me llama muchísimo la atención cuando salen repetidamente algunos jefes de urgencias de hospitales pensando que saliendo a la prensa dando voces pueden solucionar el problema de las urgencias en los hospitales. Es que eso es... Vamos, de hecho, hay alguno que lleva hasta quince años saliendo dos o tres veces al año pensando que va a arreglar el mundo, y el mundo no se arregla dando voces por los periódicos: el mundo se arregla trabajando muy duramente y, además, a lo largo de mucho tiempo, trabajando mucho, se arreglan poquitas cosas en esos aspectos.

O sea, que avanzar un centímetro cuesta verdaderos esfuerzos, y el problema de las urgencias no hace falta que lo expresemos, porque yo creo que en la práctica ya lo conoce toda la comunidad, no digo la comunidad profesional, sino cualquier usuario, lo conocen perfectamente y saben cuáles son las vías a las que tienen que acceder y con qué rapidez y con qué velocidad.

Respecto a la formación de los profesionales, que ha incidido tanto el Partido Socialista como el Partido Popular, yo debo decir que, bueno, a lo mejor... Nosotros le damos la importancia que ambos le dan, y yo creo que el resto de los partidos lo mismo. Si a mí me dieran hoy cuarenta millones para formación para hacer este año, sólo para personal sanitario estos cuarenta millones, estos cuarenta millones son sólo para personal sanitario, porque el resto va por otro camino (en el personal no sanitario tenemos ya convenios hechos), pero si me dieran cuarenta millones hoy, si pusiéramos cuarenta millones, no sé si sería capaz de gestionarlos, porque esto supone, pues, si dejamos..., vamos a dejar el 25% para infraestructuras, que serían desplazamientos de profesores, gastos varios, etcétera. Treinta millones a diez mil pesetas la hora, me parece que serían tres mil horas: tres mil horas de formación sería excelente, a mí me parece una cantidad importantísima, y no sé si más adelante tendremos que incrementarla, pero si hubiera que incrementarla, yo no tendría ningún inconveniente en presionar para que así fuera, porque siempre digo que uno de los problemas de la sanidad en cualquier país, en España y por supuesto en la comunidad autónoma, tiene que ver con la formación de los profesionales.

Si a mí me preguntaran cuál es el problema fundamental de la sanidad en Aragón, en principio, dudaría, pero probablemente la formación de los profesionales sería..., no digo de médicos solamente, digo de médicos, ATS, de todos, uno de los problemas fundamentales es la formación. En el sitio donde hay una buena formación en un equipo de atención primaria, que suele coincidir con gente muy bien formada (los MIR que han trabajado en tal, que han hecho cursos de emergencia...), suele funcionar mejor que un centro en el que falta formación, me refiero de reciclaje y tal. Ustedes saben que los programas de reciclaje de profesionales casi siempre van a parar a los mismos sitios y hay un porcentaje de profesionales a los que les cuesta más acceder, por dos cosas: que, a lo mejor, no ponemos suficientes cursos y otra porque, a lo mejor, tampoco tienen suficiente interés en los reciclajes. Yo creo que cuarenta millones está muy bien, sólo para personal sanitario. Si tuviera que añadirle, como usted decía, otros colectivos, sí que me parecería poco, pero tenemos hechos planes, incluso en marcha ya, como les he comentado, para otros.

En cuanto a ese problema que tenía en el precio del soporte vital básico y el avanzado, la diferencia no estaba entre el básico y el avanzado, es que hemos puesto dos para el básico y dos para el avanzado. En el básico, serían con turnos completos o con turnos en unos sitios en presencia física y en otros localizados, que pueden ser así, y entonces esa sería la diferencia; pero entre el soporte vital básico y el avanzado, hay una diferencia abismal, de dieciocho el más caro a noventa y tres millones. No podía haber esa pequeña diferencia que usted decía, porque son entre básicos y luego entre avanzados los cuatro, así estaba.

Sobre el poner la matriz DAFO, pues me toca usted casi las cosas que a mí más me gustan en la planificación estratégica. La matriz DAFO ya sabe usted que lo pongo en casi todos los documentos, pero como no quiero ser pesado y me parece demasiado técnico, trato de no ser repipí, por eso no lo he puesto. Otro día, si a usted le apetece, yo lo pondré tranquilamente, porque me encanta aplicarlo a cualquier cosa, incluso —alguna vez lo he escrito— se puede aplicar hasta en casa, a lo que uno hace, a decisiones con los hijos, etcétera, se puede hacer, yo lo he hecho en ocasiones, y sale bastante bien. Si uno duda qué decisión tomar con alguna cosa, se aplica una matriz DAFO y... Esto lo he explicado yo en cursos de gestión toda mi vida y entonces estoy enamorado de ello, y me sabe malo que me haya dicho que no lo he puesto, pero, qué le vamos a hacer, aunque lo hemos hecho, por supuesto que sí.

En lo del servicio especial de urgencias, tiene toda la razón, y le pido excusas por haberlo hecho así. Quizá viene de los años que he estado en el Insalud y que, a veces, me salen las cosas del Insalud también.

En cuanto al helicóptero, sí que es interesante lo que me ha comentado. Yo creo que los dispositivos sanitarios que van en los helicóptero(s) médicos, ATS, etcétera) tienen que estar en las unidades de intensivos, porque como es un trabajo muy intermitente, es decir, o están todo el día..., el que se maneja en cosas de emergencias, como son la intubación endotraqueal, las desfibrilaciones, las vías de grandes venas, etcétera, este tiene que hacerlo todos los días, o sea, no puede ser que tengamos un helicóptero que a lo mejor salga a hacer un asunto de estos cada semana o cada dos semanas y que todos los días no lo haga.

Entonces, en el helicóptero de Huesca, el personal, que paga la Diputación General de Aragón, está localizado con la aquiescencia y mediante un pacto que no está escrito, pero que se hizo con la gerencia del hospital, está establecido allí y yo creo que es bueno para el hospital, para los profesionales y, fundamentalmente, para los que atienden. De la misma manera que queremos que a alguien que operan de corazón lo haga un cirujano que hace trescientas intervenciones al año, que eso lo conseguimos en Aragón, cuando me dicen: «¿por qué no abre usted otro servicio de cirugía cardíaca en el Clínico?» —que, por cierto, lo cerré yo cuando era director territorial, el del Clínico—, pues he de contestar: mire usted, porque no podemos tener una demanda de cuatrocientas intervenciones de corazón y que hagan doscientos cada cirujano. No, que un equipo haga cuatrocientas y tendremos mucha más baja mortalidad, morbilidad, etcétera. Entonces, en Aragón es necesario que los de urgencias y emergencias estén todo el día metidos en una unidad de intensivos y tienen la posibilidad de coger vías gruesas, tienen la posibilidad de hacer intubaciones, desfibrilaciones, etcétera, y tienen mucha más facilidad, y por eso están allí, por eso están en San Jorge.

No está el Insalud en ese programa. Si quiere participar, ya saben que yo estoy encantado, siempre pagando: en Dios, confiamos, y en los demás, en metálico, que lo digo siempre. Lo mismo que el helicóptero, ¿eh? Yo ya lo dije la otra vez: yo les doy mi palabra de honor que a mí nadie me

ha propuesto poner dinero en el programa del helicóptero, y les doy mi palabra de honor de que si alguien me propone poner dinero, como es el Insalud, lo aceptaré inmediatamente, porque es una parte que si se pone ahora, no tendré que reclamarla en las transferencias y me evitará una negociación casi siempre vehemente, por lo menos conmigo, siempre vehemente.

No crea que negocio tan bien —no sé quién me decía que negociaba muy bien—, no crea usted, porque en la última negociación con Insalud yo no he salido muy satisfecho; no ha sido una negociación formal y se han quedado unos flecos que espero que negociemos de aquí a finalizar el año, pero, en fin, a veces, no terminamos de hacer las cosas.

Simplemente, terminar diciéndoles que yo les agradezco muchísimo que... Yo creo que ha sido un buen trabajo, y ya no defiendo el mío, que no es mío el trabajo, pero también es de agradecer que haya un acuerdo en un asunto que cuesta mucho dinero, que es un acuerdo que, gobierne quien gobierne, yo creo que lo va a mantener, porque estamos todos de acuerdo, y yo creo que simplemente felicitarnos a los aragoneses, porque en alguna cosa nos solemos poner de acuerdo.

También me gustaría que de vez en cuando el Partido Popular no solamente dijera que le parece todo bien, y ha dado alguna caña, pero, oiga, no se priven ustedes de dar toda la caña, porque si me van a aplaudir siempre, yo me voy a ver en un compromiso terrible, o sea, que me gustaría que alguna cosa pues... Ha habido algún punto en el que no estaban de acuerdo, y yo también le doy la razón en alguno de los puntos que ha criticado, pues, bueno, lo mejoraremos y lo modificaremos, incluso ese programa, porque a mí me gustaría que si lo vamos a elevar a rango, de decreto..., lo tenemos que estudiar legislativamente, pues, que estuvieran ustedes de acuerdo completamente con todo para que no necesitemos modificar nada y sirva para todos, que es de lo que se trata.

Nada más.

Muchas gracias a todos, y gracias al presidente por haberme permitido explicarme tan largamente.

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

Ha sido un placer para nosotros también escucharle y darle la bienvenida, como decíamos al principio, para cuando usted y su equipo, tanto el director general del SAS como el equipo que le acompaña, pues, puedan venir a esta Comisión cuando ustedes lo crean conveniente.

Se suspende la sesión durante cinco minutos, y continuaremos con el orden del día.

El señor presidente (GARCÍA LLOP): Señorías, continuamos con la sesión.

Pasamos a la proposición no de ley número 135/2000, sobre la reforma del Código Penal, presentada por el Grupo Parlamentario del Partido Aragonés.

Tiene la palabra su portavoz para su defensa.

Proposición no de ley núm. 135/00, sobre la reforma del Código Penal.

La señora diputada AULLÓ ALDUNATE: Muchas gracias, señor presidente.

La proposición no de ley que presentamos a debate, yo creo que expresa, una vez más, tantas y tantas situaciones que, desgraciadamente, se están repitiendo ante el estupor de los propios ciudadanos, que no alcanzan a comprender cómo actuaciones tan ruines y despreciables quedan impunes o son revisadas para rebajar la condena impuesta en algunos casos y, a veces, hasta lograr la absolució, incluso incluyendo una indemnización. Y me explicaré.

Recientemente, los medios de comunicación publicaron una noticia que a mí, personalmente, me resultó indignante y hasta, yo diría, que repugnante: una sentencia del Tribunal Supremo sobre la violación. En la noticia que yo oí en televisión y que después vino en un periódico de ámbito regional, se decía que en una sentencia del Tribunal Supremo sobre la violación de una niña deficiente se rebaja la pena de cinco años de cárcel que la Audiencia de Lérida le había impuesto a un violador por el pago de una multa de solo ciento veinte mil pesetas, al entender que «introducir dedos en la vagina no siempre es un acto vejatorio, ya que —se expresaba en la sentencia— son órganos que forman parte de las relaciones sexuales socialmente aceptadas».

Quiero aclarar que con la sentencia que desde los servicios jurídicos se nos ha hecho llegar, hay alguna distorsión entre la noticia y el contenido de la sentencia. Es decir, en la sentencia no hablan de esas ciento veinte mil pesetas, sino que rechazan completamente el recurso, es decir, la sentencia dictada por la Audiencia de Lérida, al entender que no se ha aplicado el artículo debidamente.

Pero seguimos con el hecho. Estábamos hablando de una persona que, parece ser, era una menor y, además, deficiente. En su exposición, el Tribunal manifiesta que «los dedos no pueden ser considerados objetos a los efectos de agravar una pena por agresión sexual», y basaba este argumento en la circular de la Fiscalía General del Estado que dice que «por objetos habrá que entender cosas inanes, excluyendo expresamente penetraciones de órganos que forman parte de las relaciones sexuales socialmente aceptadas».

A nuestro entender, la verdad es que nos parece kafkiano, porque sigo diciendo que estamos hablando de una agresión a una menor, parece ser, pero que era una persona deficiente que tenía con frecuencia ataques epilépticos.

En este caso, esta situación que incluso en los tribunales ha llegado a presentar una controversia y a reconocer la confusión que el Código Penal presta en este tipo de agresiones sexuales o abusos sexuales, es lo que nos ha hecho reflexionar, y no sólo en este caso, sino en otras muchas materias más que regula el Código Penal, donde hemos encontrado unas cuantas deficiencias. En este caso, por no ir pidiendo una por una la reforma de aquello que hemos encontrado, pedíamos una revisión del Código Penal. Porque quiero que conozcan sus señorías que en la jurisprudencia no hay prácticamente doctrina sobre violencia, intimidación ni otras circunstancias que tipifiquen el delito, porque en el Código Penal anterior bastaba el dato de la edad para que se diera la violación, sin tener que estimar ninguna otra circunstancia y, además, el ser una persona con una minusvalía física se consideraba ya en sí un agravante.

Otra de las partes que se comenta en la sentencia del Supremo, y que a nosotros también nos parece absurdo, es que los jueces, en Lérida, entendieron que la conducta del agresor tenía el agravante de producirse contra alguien con un retraso mental apreciable, incluso en su fisonomía, pero el Supremo ha rechazado esta circunstancia al entender que ese retraso no era tan grave como para privarle de su capacidad de decidir sobre su conducta sexual. Yo sigo insistiendo que era una menor y que era una persona deficiente.

Pero, además, es que estos casos, en este caso concreto que a mí, realmente, me indignó, no son casos aislados el de esta sentencia, sino que se están dando con demasiada frecuencia situaciones que el ciudadano de a pie es incapaz de entender, y pongo ejemplos: un parricida queda libre porque sólo quiso acallar a la víctima; un vecino de Tudela que acabó con la vida de su esposa no tuvo intención de asfixiarla, sino de acallar sus gritos (la pobre señora tuvo la poca delicadeza de gritar y eso le condujo a la muerte); un tribunal niega que sea motivo de despido tocar el trasero a una empleada (esto es otra cosa que se está

dando con bastante frecuencia), y les leo textualmente: «la sala de lo social del Tribunal Superior de Justicia de Baleares ha sentenciado que tocar el trasero a una subordinada no es de tanta gravedad como el acoso sexual y, por tanto, no merecedor del despido del que fue objeto el directivo de la empresa Majorica, RGG». El tribunal revoca la sentencia del juez de lo social de Palma de Mallorca, que avaló el despido como procedente y condena a la empresa a readmitir al despedido o a indemnizarle con 24,5 millones de pesetas. O sea que no sé si esto dará barra libre para pedir luego una indemnización, pero a mí es un tema que me parece bochornoso, vergonzoso y, realmente, no sólo como mujer, sino como individuo de una sociedad en la que estamos todos, me parece bochornosa esta sentencia.

Realmente, nuestra idea es tratar de corregir dentro del ámbito de nuestra competencia, y sabemos que esto son cosas que corresponden no aquí, a nuestra comunidad autónoma, porque el Código Penal es una ley que ha de reformarse en el parlamento de Madrid, pero que tienen que tomar conciencia, y es eso lo que queremos hacer. Muchas veces hemos tratado aquí, en esta Comisión, de los malos tratos y de temas que no son exclusivamente de nuestra competencia, pero que sí afectan a las mujeres aragonesas y, por tanto, tiene que ser una preocupación como mujeres y por lo que puede conllevar el que también afecta a nuestra población femenina.

Por tanto, señorías, yo, con lo expuesto, ante situaciones de tanta incongruencia como las que yo les he relatado y algunas otras deficiencias que hemos detectado en el Código Penal, solicitamos que se proceda a la revisión del Código Penal para evitar que actitudes tan indignas como estas puedan repetirse en el futuro. Por eso, solicitamos el apoyo del resto de los diputados que integran esta Comisión, para que podamos, a través de nuestro Gobierno, transmitir al Gobierno central, al Gobierno de la nación, que se tomen en serio estas situaciones y que hagan un análisis exhaustivo del Código Penal, un código que en su momento se creyó que era un código trascendente, pero que con el paso del tiempo hemos visto que aquella reforma famosa, pues, ha tenido sus fallos y, a veces, fallos importantes. Entre la opinión de juristas de gran relieve y compañeros dedicados a ejercer la abogacía, existe la idea de que, efectivamente, esa revisión ha traído bastantes problemas de aplicación.

Por lo tanto, ese es el sentir de nuestra proposición no de ley: solicitar que, a través del Gobierno de nuestra comunidad se llegue al Gobierno central para que se haga un estudio a fondo y se proceda a la revisión del Código Penal.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra la portavoz de Chunta Aragonesista, señora Echeverría.

La señora diputada ECHEVERRÍA GOROSPE: Gracias, señor presidente.

Señorías, yo pienso, para empezar, que se trata de un tema complejo y estamos en esta Comisión de Sanidad hablando de la revisión del Código Penal e interpretando una sentencia judicial, y no me parece de recibo tratar esto en la Comisión de Sanidad, es decir, se hubiese tenido que pasar a la Institucional, porque no me parece que estos temas los tengamos que tratar en esta Comisión de Sanidad.

Por otra parte, me parece casi una frivolidad por parte del Partido Aragonés que a partir de una nota de prensa se pida la revisión del Código Penal, sin saber la sentencia y sin saber absolutamente nada. Y digo también que me gustaría centrar el tema porque en la documentación que se nos pasó ayer, aparte de la sentencia, se adjuntaba el Plan contra la violencia doméstica, y creo que lo que no podemos hacer

aquí es confundir churras con merinas. Estamos hablando de dos supuestos diferentes: uno es el de las agresiones contra las mujeres por parte de maridos o compañeros, muchas veces con maltrato físico, psíquico y que produce la muerte; y estamos tratando también de otro tema que es, en principio, un delito de violación, sin violencia doméstica alrededor. Creo que no hay que confundir una cuestión con otra.

Nos movemos en un terreno resbaladizo y creo que estamos poniendo en duda la sentencia del Supremo, y yo creo que el Supremo no es infalible, lógicamente, porque el Supremo se equivoca y se equivoca muchas veces, y también tengo claro que no se puede generalizar y hablar de la violencia doméstica o de la violación en general, porque si hablamos de la violencia doméstica o de la violación en general, pues, en vez de revisar el Código Penal lo que se debería revisar es la mentalidad de determinados jueces.

Está claro y es cierto que la violación es una invasión contra la libertad personal, contra la libertad individual, que persigue de alguna forma despojar a la persona de su intimidad y yo pienso que es la forma más burda que se tiene de desgarrar lo que es más básico, que es el respeto al ser humano ¿no? Y también creo que el alcance de una violación supera cualquier acción legal, y me da igual que se viole con los dedos o con otra cosa o sin dedos, me da igual. La iniciativa creo que es la que es, y hay que ceñirse y no hacer demasiada demagogia.

Hemos visto los antecedentes y estamos hablando de dos personas: la señora Aulló dice que es una menor, aunque yo en la sentencia no veo que sea así; sí que es una persona con cierto retraso mental. Y el agresor, supuestamente también, es otra persona que tiene cierto retraso mental. A pesar de los antecedentes, la verdad es que no se conocen muy bien las circunstancias, y vemos que la Audiencia de Lérida coincide con el Supremo en que no existe agresión, y cuando existe agresión es cuando no hay consentimiento y la víctima se opone a esa agresión. La Audiencia de Lérida y el Supremo coinciden en que existe abuso, y se entiende por abuso si existe consentimiento, pero viciado, y habla de que existió consentimiento, pero consentimiento obtenido prevaleciendo el responsable de una situación de superioridad.

Repito, me parece una frivolidad. No conocemos las circunstancias, con lo cual no podemos hacer una valoración de por qué el Supremo actuó como actuó, y podríamos pensar que en esta sentencia, tal y como se quede, que el juez sea un machista, con lo cual sí que podría cambiar su mentalidad; puede pasar que sea una sentencia progresista en el sentido de que hubo consentimiento y la mala suerte fue que llegaran los padres de la víctima, y en este caso hablaríamos de dos personas que, a pesar de ser retrasadas, tienen derecho a ejercer su sexualidad libremente; o también podemos pensar que el juez no interpretó que los dedos sean objeto de violación, y esto, bueno, puede que sea grave y, posiblemente, en el Código Penal sí que se deberían especificar lo suficiente. En todo caso, podemos pensar en diversas hipótesis y todas ellas igualmente razonable o irracionales.

De todas formas, creo —ya lo he dicho— que la Comisión de Sanidad no es el lugar más adecuado para interpretar sentencias del Supremo, con lo cual me resulta una iniciativa bastante marciana.

Nada más.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra la portavoz del Partido Socialista, señora Mihi.

La señora diputada MIHI TENEDOR: Gracias, presidente.

Ante la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Aragonés, instando al Gobierno de Aragón

con el objeto de que este se dirija al Gobierno de España en demanda de la revisión del Código Penal en aquellos asuntos que tienen que ver con los atentados a la dignidad e integridad de las mujeres, el Grupo Socialista quiere formular las siguientes consideraciones: la sentencia aludida por el Partido Aragonés en su exposición de motivos para la presentación de esta proposición no de ley, que es la sustitución por una multa de ciento veinte mil pesetas de una condena a cinco años de privación de libertad por introducción de los dedos en la vagina de una niña con retraso mental y su opinión sobre la misma, es totalmente compartida en todos sus términos por los socialistas en esta cámara.

Esta sentencia del Tribunal Supremo no solamente provoca la estupefacción, sino que desprotege a la víctima, a la que infringe un trato increíblemente vejatorio y es generadora de alarma social, por su procedencia del Tribunal Supremo y sus formas y contenidos ya descritos, concertando la más absoluta coincidencia en la indignación y en la necesidad de demandar la reforma del Código Penal entre las asociaciones cívicas, colectivos sociales y aquellos representantes políticos que consideramos fundamental la protección de los derechos de los colectivos más desfavorecidos, derechos para los que de forma directa con esta sentencia retrógrada y denigrante se perpetra una intolerable agresión.

Desde el punto de vista de los socialistas, esta sentencia y otras de idéntico tenor que, desgraciadamente, se producen con una excesiva habitualidad, ponen de manifiesto que la legislación vigente en materia de delitos sexuales y de protección y amparo de las víctimas de los mismos no es ni lo suficientemente clara ni lo suficientemente justa, adecuada y disuasoria, por lo que es necesario adecuar el Código Penal, y además hacerlo de forma expresamente clara, para que el resquicio y la interpretación de lo legal no permitan la evasión de la acción punitiva de la justicia ni una interpretación sesgada y aberrante de la misma.

La consideración de las violaciones como delitos sexuales y no violentos con carácter sexual, la consideración de que la violación no solamente es un ataque físico, sino un delito contra la integridad y la dignidad de la persona, y la comprensión social de que la violación es un acto de agresión en el que la víctima es privada de su autodeterminación, de que es un acto de violencia que, aunque no vaya acompañado de heridas o del asesinato, conlleva en sí mismo una amenaza de muerte, dentro o fuera del matrimonio o de las familias, y de que la conciencia ciudadana, que así lo entiende y lo demanda, sensibilizada por los malos tratos y abusos a las mujeres y contra sentencias como la expuesta, con la que se asegura la impunidad de los verdugos y se arremete contra las víctimas, aunque sean menores de edad y sufran retraso mental, exige la reforma inmediata del Código Penal, exigencia que apoyamos los socialistas, sumándonos y votando afirmativamente la propuesta del Partido Aragonés.

Muchas gracias, señor presidente.

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

Tiene la palabra el portavoz del Grupo del Partido Popular, señor Guedea.

El señor diputado GUEDEA MARTÍN: Señor presidente. Señoras y señores diputados.

Como cuestión preliminar al abordar esta proposición no de ley presentada por el Partido Aragonés, debemos indudablemente referirnos a la gravedad de los hechos y a la repugnancia que nos merecen, pero una vez leída la proposición no de ley y vistas las intervenciones, creo que debemos hacer unas cuantas precisiones sobre el mismo.

Entiendo que el Partido Aragonés, que en estos momentos no tiene representación en el Congreso de los Diputados,

presente en esta cámara una proposición no de ley en este sentido, pero, realmente —y ahí coincido con la portavoz de CHA—, lo lógico, si se está pidiendo una revisión del Código Penal, es llevarlo a la Comisión Institucional y no a esta Comisión.

En segundo lugar, en relación con la intervención del PSOE, me extraña que teniendo un grupo parlamentario en Madrid, el segundo grupo en número de diputados, y teniendo ahora como senador al entonces ministro de Justicia que aprobó el denominado Código Penal de la democracia, modificado en la legislatura del PP para endurecer las penas, pues, realmente, ahora le parezca tan aberrante lo que se presentó como una de las mejores obras legislativas de la democracia. Si bien ya, últimamente, parece ser que no es así, pero lo correcto también entiendo que hubiese sido que el Grupo Parlamentario Socialista en el Congreso de los Diputados o en el Senado (en el Senado sería más difícil, lógicamente), pero que a través además de su portavoz en Justicia, que fue en su momento secretaria de Estado de Justicia, cuando se aprobó este Código Penal, que dijo que también era una maravilla absoluta, entonces, que sea la que, a través de una proposición de ley, tramite la reforma de la Ley Orgánica del Código Penal.

El Partido Popular no estuvo en absoluto de acuerdo en muchos asuntos en el Código Penal de 1995, por lo cual nunca nos podremos oponer a las peticiones que haya allí donde sea de reforma. Otra cosa es cómo planteamos esa petición de reforma.

Realmente, si hacemos llegar el texto tal y como llega, pues, la imagen de las Cortes de Aragón y de la Comunidad Autónoma de Aragón no creo que vaya a quedar especialmente agradecida en ningún sitio. Hablamos de una sentencia del Tribunal Supremo, una sentencia de la Audiencia de Lérida, sentencias que en la proposición no de ley no aparecen ni siquiera la fecha, y cuando se cita una sentencia del Supremo, normalmente no solamente se pone la fecha, sino la referencia de la colección legislativa correspondiente para que podamos consultar.

En la exposición de motivos se habla de una violación, y cuando los servicios de la cámara atentamente nos han hecho llegar la documentación, vemos que ni la Audiencia Provincial de Lérida ni el Tribunal Supremo han condenado por violación, sino por abusos sexuales. Por lo tanto, también nos deja cuando menos perplejos.

Se dice también en la exposición de motivos lo siguiente: «Esta terrible situación —que eso sí que cierto, y sobre todo para las víctimas que se ven en esta situación—, que quizá esté fundamentada en una legislación vigente...», pero como muy bien ha dicho la portavoz de CHA, igual nos encontramos ante... No es un problema de la legislación, sino que es un problema de los que aplican la legislación: jueces y magistrados, en órganos unipersonales (juzgados), o en órganos colegiados (audiencia provincial y Tribunal Supremo), por lo cual entonces no deberíamos decir que se modificase el Código Penal, sino que no estamos de acuerdo con la jurisprudencia menor, la denominada de las audiencias provinciales, o bien de la jurisprudencia del Tribunal Supremo —en este caso, sala de lo penal—, que es muy distinto. A veces, podemos estar de acuerdo con una ley y no podemos estar de acuerdo con la interpretación, que en un Estado de derecho son los juzgados y tribunales los que tienen la competencia para hacerla.

Pero creo que eso también, por propia dignidad de las Cortes, se debería aclarar, y decir si estamos totalmente en desacuerdo o no, ¿estamos en desacuerdo con cierta jurisprudencia del Tribunal Supremo o con jurisprudencia de las audiencias provinciales? Ese sería otro punto a aclarar. Por tanto, eso sí es defecto del Código Penal o de la jurisprudencia.

Supongo que todos, cuando hemos preparado esta proposición no de ley —yo, por lo menos, así lo hice—, hemos

mirado y recogido la última edición de la Editorial Cívitas del Código Penal, y entonces uno, en el preámbulo que hacen de la presentación con las modificaciones que ha habido, dos profesores de Derecho Penal, una de las cosas dice que uno de los problemas que tiene el Código Penal de 1995 es —dice— «clara muestra de la premura con que se aprobó», y dice también: «otras parecen responder más a la nueva tendencia que se ha instaurado en nuestro país consistente en legislar a golpe de telediario», y, a veces, la legislación a golpe de telediario o de nota de prensa nos lleva a situaciones de este tipo, y consideramos que hay que ser más serios.

Si decimos que se modifique el Código Penal, ¿qué queremos?, ¿que se modifique el terrorismo?, ¿que se modifique sólo lo de las cuestiones de la libertad sexual?, ¿todo? Si decimos que se modifique el título VIII, de delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, decimos: ¿se modifican los tipos o las penas?, que también es distinto, y las Cortes de Aragón podríamos decir: «no, queremos que se modifiquen determinados tipos de agresión sexual o de abusos sexuales o de acoso sexual, que son los tres tipos, o bien el tipo básico o bien los agravados o atenuantes», que no queda claro en la proposición.

Tampoco queda claro si lo que queremos, a lo mejor, es que estando de acuerdo con estos tipos que están en el Código Penal ya desde 1995, no estamos de acuerdo con las penas, por lo cual decimos que se impongan penas superiores, con lo cual ya tendríamos que decir: no, una reforma del Código Penal, pero señalando que las penas tienen que ser superiores a las previstas.

También puede ser otra cuestión que ahora está, que es en cuanto a la duración de las penas e incrementar la duración de las penas, porque todas las tertulias radiofónicas de primera hora de la mañana hablaban del tema, de la duración de las penas, y eso ya es Código Penal y es legislación penitenciaria que, indudablemente, en estos momentos, sabemos, además, y por lo que dice el artículo 25 de la Constitución, que nadie está desde luego más de veinte años y, en muchos casos, menos por las reducciones que se pueden recoger, por lo tanto ahí estaríamos en otra cuestión, en la aplicación de las penas. Por lo tanto, realmente, nos parece, cuando menos, muy precipitado.

También, una reforma del Código Penal surgida de la comunidad autónoma, aunque la legislación penal, procesal y penitenciaria sean competencia exclusiva del Estado y lo único que puedan dictar estas Cortes es una legislación procesal civil derivada del Derecho Civil aragonés, realmente, sí que sería interesante que antes de..., en las Cortes y en la Comisión Institucional se hubiese hecho, por lo menos desde parte de las Cortes o desde el Gobierno de Aragón, se hubiese pedido informe al Instituto Aragonés de la Mujer, que tiene sus servicios jurídicos en esta materia y que incluso hay una publicación que nos hacen llegar —yo la veo—, en la cual se recogen trimestralmente materias de este tipo.

Sería también conveniente saber qué opinan los colegios de abogados de Aragón en esta materia, si realmente hay una concordancia entre todos en que es un desastre la regulación de los delitos contra la libertad sexual.

Después, también sería conveniente conocer en esta materia qué dicen —que yo no lo sé, porque tampoco soy un especialista ni mucho menos en Penal—, qué han dicho sobre la actual regulación de los delitos contra la libertad sexual las asociaciones profesionales de jueces y fiscales; qué se dice a lo mejor en la memoria del Tribunal Supremo, si se critica la ley o no se critica en este caso el Código Penal.

También, exactamente igual el informe, la memoria del Consejo General del Poder Judicial.

Tenemos una Universidad en Aragón, con una Facultad de Derecho donde hay también especialistas en la materia

de Derecho Penal, saber qué opinión científica hay —ya no práctica— sobre la actual regulación en esta materia.

Si tenemos todos esos datos, desde luego, el Partido Popular es partidario de decir: «desde las Cortes de Aragón, nos dirigimos al Gobierno de la Nación a través del Gobierno de Aragón pidiendo una modificación del Código Penal», o podemos decir muy fácilmente: «revisión íntegra del Código Penal», pues, muy bien. Yo creo que en esta materia, a lo mejor, hay que concretar y me parece que con más seriedad.

En el texto, tal y como está dado, pues, lógicamente, es que no enlaza ni la pena con lo que se dice en la sentencia, con lo cual me parece que va a ser cuando menos ridículo hacer llegar esto al señor Acebes o al presidente del Tribunal Supremo o al presidente del Consejo General del Poder Judicial, que van a decir: «es que no se han leído los señores diputados ni la sentencia».

Si se retirase por parte del PAR y se presentase otra en otro sentido, nosotros, con otro texto y estudiado, no tendríamos ningún inconveniente en apoyarlo. Lógicamente, en estos términos, lamentándolo, realmente no podemos apoyar esta proposición no de ley —ya digo— por las formas y por el texto en que ha sido presentada. Que sean los servicios jurídicos de la cámara y no el partido que lo propone el que te hace llegar documentación parcialmente útil para este tema, y actuar, además, a instancia de una noticia de prensa... Yo me estaba mirando hace un momento el periódico, y, entonces, podríamos decir: que se modifique toda la legislación sanitaria por el problema de los «mestos» y de los MIR, que aparece hoy, cuando todavía no conocemos —ha sido notificado a una de las partes— la sentencia del Tribunal Supremo sobre el Real Decreto del Gobierno de la nación. O también tenemos el caso de otro penal en Francia que va a repercutir en España sobre el dopaje del ciclismo, pues, también lo ponemos ahora: que se modifique la legislación vigente en materia deportiva de dopaje. Pues habrá que ver si es un problema de la legislación francesa, de la española, de la deportiva o del Código Penal.

Tenemos cinco o seis noticias en *El Periódico de Aragón*, que es el que he visto yo ahora, que hay cuestiones de este tipo, y, después, si de cada sentencia que hay —que, efectivamente, la que ha mencionado la portavoz del PAR no tiene nada que ver con la legislación penal, sino con la legislación social del despido—, pues, cogemos otra proposición y ante esa sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Baleares, por ejemplo, decimos desde las Cortes de Aragón al Gobierno de la nación, mediante el Gobierno de Aragón, que modifique el Estatuto de los Trabajadores y la Ley de procedimiento laboral. Me parece que no es una forma seria, correcta y coherente de actuar, sino que cuando se pide una modificación de legislación competencia exclusiva del Estado, una comunidad autónoma lo tiene que hacer ante, primero, el foro adecuado de las Cortes, que entendemos que es la Comisión Institucional, y segundo, previo un debate y unos argumentos sólidos para que cuando lleguen estos textos por ahí, pues, realmente, la imagen de nuestra asamblea legislativa y de nuestra cámara no quede en entredicho como pasa con esta proposición no de ley.

Nada más.

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

El grupo proponente quiere modificar... Pues, entonces, sometemos a votación.

¿Votos a favor de la proposición no de ley? ¿Votos en contra? ¿Abstenciones? **Con siete abstenciones y ocho votos a favor, queda aprobada la proposición no de ley.**

Explicación de voto.

Tiene la palabra la señora Aulló.

La señora diputada AULLÓ ALDUNATE: Muchas gracias, señor presidente.

Primero de todo, quiero agradecer a los grupos que han apoyado esta proposición, porque, pese a todo lo que se ha dicho, creo que es una iniciativa que después de tanto tiempo que estamos viendo situaciones de este tipo, creo que ser el Pepito Grillo, la conciencia para que esto pueda tomar de verdad cuerpo y se tome en serio todo este tipo de asuntos, creo que es válida perfectamente.

Segundo, sí que entiendo que hubiera sido más acertado haberla debatido en la Comisión Institucional, es real, pero lo que se vote aquí da igual que se vote aquí, en la de Sanidad, que en la Institucional, ya que el resultado creo que podría ser el mismo y, por lo tanto, tampoco hay que hacer una leña excesiva de que se haya debatido en la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales. Pero admito que, a lo mejor, hubiera sido más correcto haber llevado el debate a la Comisión Institucional.

Quería también —siento que se haya ido su portavoz— decirle a la representante de Chunta Aragonesista que no es la primera vez que su grupo parlamentario, apoyándose en una noticia de los medios de comunicación, incluso trayendo su recorte y haciendo alarde de ello, haya hecho propuestas basándose en eso. Todos los grupos, lógicamente —y, si no, para eso están los diarios—, recogemos noticias y vemos cosas que, efectivamente, es lo que llega a la sociedad, a través de los medios de comunicación.

Yo no he juzgado a los jueces, señor Guedea, no he estado juzgando a los jueces. Ellos se limitan a aplicar la ley, que es lo que tienen que hacer. El fallo de esta situación lo aplico a la redacción del Código Penal, que es farragosa y poco clara, que usted también lo ha reconocido, o, al menos, así lo he deducido de su intervención, y estamos de acuerdo en que la redacción del Código Penal es farragosa y poco clara y se dan estas situaciones. Pero no sólo lo hemos reconocido usted y yo: usted sabe también, como jurista, que hay un enorme número de profesionales del derecho que comentan públicamente este mismo asunto, luego no lo estoy inventando yo, es *vox populi*, y creo que es una medida más para dar un toque de atención para procurar que ese Código Penal, que en su momento se hizo con toda su buena intención, pero que, como siempre, en las leyes los fallos se ven una vez que se van aplicando.

He dicho también que existían bastantes deficiencias y que por ello no pedía puntualmente una revisión de este tema concreto ni tampoco de las agresiones sexuales ni de los abusos sexuales, porque hay más: en otras partes del código, hay también deficiencias que se han detectado, y por ello me parece peor el decir, puntualmente, «vayamos a reformar este artículo», «vayamos a reformar este tipo», a que lo hagamos con un estudio, que se haga un estudio profundo y se proceda a esa revisión del Código Penal.

Desde luego creo que todos esos estudios y todos esos argumentos que usted ha dado son más propios de quien tiene que reformar el Código que no de quienes no tenemos competencia para ello; otra cosa es que coadyuemos con informes, con solicitudes o con mesas redondas para hacer completamente pública esa demanda. Pero, desde luego, quien tiene que hacer todos esos estudios y todas esas consultas es aquella instancia que tenga competencia para reformar el Código Penal.

Por otro lado, yo sigo pensando que es una llamada de atención. Sabemos quién tiene la competencia, sabemos de la sensibilidad que cada uno tenemos, y que, quizá, con todos esos fallos que usted ha mantenido y ha presentado aquí, además de todo eso, yo creo que la sensibilidad es algo

importante para que tenga eco el que no estamos de acuerdo con un código que está dando situaciones tan atípicas, tan indeseables y tan trágicas como la que ha dado origen a esta proposición no de ley.

De todas maneras, su actuación ha sido la de la abstinencia, cosa que también agradezco, puesto que realmente, pese a su dilatada intervención, bastante catastrofista y negativa, pues, ha entendido que no podía votar en contra de esta proposición no de ley.

Muchas gracias, señor presidente.

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

Tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista, señora Mihi.

La señora diputada MIHI TENEDOR: Gracias, señor presidente.

En principio, decir que también lamento que se haya marchado la diputada de Chunta Aragonesista, pero solamente quisiera reflejar un hecho que yo creo que es importante, porque no se puede hablar, efectivamente, como ha dicho el diputado del Partido Popular, sin leerse los textos.

Cuando la diputada recogía que eran dos personas (el agresor y la víctima) con retraso mental, no es cierto, porque la sentencia, al hablar del agresor, habla de una persona primaria, desorientada, con carencias educacionales graves, que necesariamente han de afectar sus capacidades intelectivas y evolutivas. Es decir, que habla de una insuficiencia educativa y no estamos hablando de un retraso mental. Por lo tanto, no acepto que se hable en esos términos o, por lo menos, el Grupo Socialista no lo acepta así.

En cuanto a la intervención del señor Guedea, decirle que en ningún momento he hablado de que es una ley aberrante. Lo que he dicho es que la interpretación de esa sentencia del Tribunal Supremo, en este caso, es aberrante y sesgada, y lo que he dicho también es que esta sentencia, al no ser clara, precisamente ha permitido que no sea ni justa, ni adecuada, ni disuasoria, pero en ningún momento he dicho que la ley sea aberrante.

Quiero decirle, señor Guedea, que también leo los textos y que he leído la sentencia, pero antes de entrar a ello, decirle que no es solamente una interpretación del Partido Socialista en esta cámara. El Partido Socialista ha defendido la igualdad de la mujer y defiende todo lo que sean atropellos contra las personas, y en el caso que nos lleva, en mi intervención también he dejado claro que nosotros aquí estamos hablando de actos violentos, delitos violentos con carácter sexual, es decir, no hablamos de delito sexual. Por tanto, entendemos que cabría incluso esa reforma en ese concepto.

El Partido Socialista, lógicamente, no se quedó en 1995, no se lo crea usted, en absoluto. El Partido Socialista legisló hasta 1995, pero eso no significa que nosotros, legislando y sin legislar, no estemos atentos a la demanda social, a lo que los ciudadanos nos piden, y si hay que rectificar gobernando, pues se rectifica, y si hay que rectificar sin gobernar, pues se luchará por conseguirlo.

Aclarado ya que esto no solamente es un tema del Partido Socialista, decirle que ya anteriormente algunos juristas —tengo aquí un recorte de *El Mundo*—, en unas jornadas organizadas por la Guardia Civil sobre la violencia contra las mujeres, ya el ex presidente de la sala segunda del Tribunal Supremo, don José Augusto de Vega, recogía la necesidad de reformar el Código Penal en el artículo 187 e introducir el delito de corrupción, con el fin de que se pueda condenar también por corruptos a los que abusan sexualmente de menores.

También, en la despedida del magistrado presidente del Tribunal Superior de Justicia de Aragón, don José Ramón

San Román, se decía que «los jueces no tenemos la culpa de que los malos tratos cuesten baratos al agresor, porque no aplicamos la ley».

La directora del IAM en el año 1998, doña Cristina San Román, reclamaba mayor sensibilidad a los jueces y calificaba de «honrado y valiente» que el presidente del Tribunal Superior de Justicia de Aragón reconociese que no se aplicaba la ley en los malos tratos.

Y, por último, en cuanto a la sentencia que nos llevaba al caso, pues, se recoge también en los fundamentos de derecho, y se dice en el apartado cuarto; «En efecto, y mientras no se produzca en el futuro un cambio en la doctrina jurisprudencial interpretativa de los subtipos agravados en los artículos 182, respecto al abuso sexual, y 179, respecto a la agresión sexual, la que actualmente subsiste, por ahora, rechaza su apreciación en supuestos de penetración digital, al exigirse además un ánimo especialmente proyectado a la injuria o a la humillación». Refleja perfectamente aquí que en tanto no se produzca ese cambio, esta será la legislación vigente. Y lo que nosotros estamos demandando es que se debe producir, porque si a ustedes les parece que esta sentencia en la que estamos hablando de una criatura..., claro, pues si no les parece, entonces, convendrán con nosotros en que, efectivamente, no es claro y, por tanto, habrá que revisarlo.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el señor Guedea.

El señor diputado GUEDEA MARTÍN: Señor presidente.

En primer lugar, el Partido Popular se ha abstenido porque, lógicamente, no puedes votar en contra de que se diga que se revise el Código Penal, y más cuando todos conocemos los hechos que suceden en materia de delitos contra la libertad sexual, como, indudablemente, si a partir de este momento solicitamos la revisión de legislación estatal, es muy difícil que alguien se pueda oponer. Por ejemplo, mediante una proposición no de ley, solicitar que se revise el Estatuto de los Trabajadores, pues, yo creo que hay algún asunto que habría que revisar; que se revise el Código Civil en materia de usufructo, pues también; que se revise la Ley de enjuiciamiento criminal, también; que se revise la Ley de lo contencioso-administrativo, pues, aunque es del 1998, nadie puede oponerse a que se revise. Pero creo que, en beneficio de esta cámara, hay que decir algo más, no sólo que se revise, que es lo mismo que dice toda persona que llama a las tertulias o escribe una carta al periódico, sino que debemos decir algo más.

Entonces, aquí hemos aprobado —por eso es por lo que nosotros no hemos querido votarlo a favor— que, en virtud de una sentencia que ni siquiera está citada y que no dice lo que se recoge en la exposición de motivos, se revise el Código Penal. Eso es lo que va a llegar, lo que el señor don José Ángel Biel, vicepresidente del Gobierno, remitirá al señor Acebes, supongo: que se revise el Código Penal, y cuando alguien, si lo lee, alguien desde el ministerio lea esto, pues, se va a quedar diciendo: pero ¿cómo es posible que tras un debate se aprobara esto?, no respecto a que se revise el Código Penal, pero dirían: hombre, pues, efectivamente, si el Código Penal, en estos momentos, el Partido Popular en el Gobierno de la nación ha presentado un proyecto de ley de reforma del Código Penal en materia de terrorismo, como todos sabemos, y hay una serie de medidas tomadas, y un proyecto de ley de medidas urgentes de agilización de la Administración de justicia que reforma la Ley Orgánica del Poder Judicial y otras leyes procesales... Si las leyes están sujetas, como toda obra humana, a reforma continua.

Y después, efectivamente, la portavoz del PSOE cita «la doctrina jurisprudencial»: la doctrina jurisprudencial no es el Código Penal. A lo mejor, lo que efectivamente es totalmente erróneo —yo no soy penalista y no me atrevo a decirlo— es la jurisprudencia de la sala segunda del Tribunal Supremo; pues, entonces, también con pleno respeto —yo lo he hecho por escrito y lo hago oralmente y en el ejercicio de mi profesión como letrado de la comunidad autónoma—, criticamos sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Aragón, de los jueces unipersonales de todos los órdenes jurisdiccionales, de sentencias de las audiencias provinciales, del Tribunal Superior de Justicia de Aragón, del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional. ¡Pues estaría bueno!

También está la libertad de expresión para poder criticar, pero entonces eso es un fallo, porque ahora ya, de la última intervención de la portavoz del PSOE, ya no queda claro si es un fallo del Código Penal o de la jurisprudencia, porque, entonces, si hay una declaración, que podemos llegar a la conclusión, que, evidentemente, ya la hizo el parlamento de Extremadura, el señor Rodríguez Ibarra, con lo que pasó con la Ley de reforma agraria de Extremadura, que fue anulada por los jueces, pues, tuvieron serios enfrentamientos el parlamento y el Gobierno de Extremadura con el Tribunal Superior de Justicia, la sala de lo contencioso-administrativo, gravísimos enfrentamientos y con la sala de lo civil y penal, y ahí se discutía la aplicación que el Tribunal Superior de Justicia hacía de una ley de Extremadura, y el señor Rodríguez Ibarra no la cambió y bien que criticó esa sentencia.

Con lo cual yo me quedo, realmente, pues eso, reconociendo la gravedad de los hechos, estupefacto, y por eso no hemos votado a favor esta proposición, para que sea esta

la argumentación que llegue de las Cortes de Aragón al Gobierno de la Nación para reformar el Código Penal.

Con ese principio, pues, lógicamente, a partir de cualquier noticia de prensa —todas las que he citado hoy sirven ya—, pues, pediremos la modificación continua y permanente de toda la legislación estatal, porque en toda encontraremos una razón para modificarla. Pero yo creo que, realmente, se ha abierto aquí un precedente y se ha hecho un flaco favor a esta cámara al votar, como todos hemos visto, una proposición no de ley en la cual no coincide la exposición de motivos con lo que dice una sentencia del Supremo. Está hecha, como ha reconocido la portavoz del PAR, sinceramente, en base a un medio de prensa, pero muchas veces los medios de comunicación no recogen —y más en aspectos judiciales— lo que verdaderamente se debatía en el fondo de la cuestión.

Nada más, señor presidente.

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

Pasamos al punto número uno.

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

Procedemos, pues, a la lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.

¿Aprobada? De acuerdo.

Ruegos y preguntas.

Gracias.

Se levanta la sesión. [*A las dos horas y cinco minutos.*]



DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES DE ARAGÓN

Precio del ejemplar: 242 ptas. (IVA incluido).

Precio de la suscripción para 2000: 15.900 ptas. (IVA incluido).

Precio de la colección 1983-1999, en microficha: 162.334 ptas. (IVA incluido).

Suscripciones en el Servicio de Publicaciones de las Cortes, Palacio de la Aljafería - 50071 ZARAGOZA.

El pago de la suscripción se realizará mediante talón extendido a nombre de las Cortes de Aragón.