



ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

DIARIO DE SESIONES COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

Año 2006

VI Legislatura

Número 18

SESIÓN CELEBRADA
EL DÍA 28 DE NOVIEMBRE DE 2006

ORDEN DEL DÍA

I. [Comparecencia de la consejera de Sanidad para informar sobre el Plan de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia.](#)

SUMARIO

Se abre la sesión a las 10 horas.

I. Comparecencia de la consejera de Sanidad para informar sobre el Plan de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia.

Para sustanciar el objeto de la comparecencia interviene la señora [Herranz Marín](#), consejera de Sanidad 359

En el turno general interviene:

El señor [Carpena Sánchez](#), del G.P. Socialista 363

El señor [Jaime Moltó](#), del G.P. Mixto 365

La señora [Lorenzo Gabarrón](#), del G.P. Popular 367

Para contestar a los portavoces de los grupos parlamentarios interviene la señora [Herranz Marín](#)..... 369

En el turno final para los grupos interviene:

El señor [Carpena Sánchez](#) 374

El señor [Jaime Moltó](#) 375

La señora [Lorenzo Gabarrón](#)..... 376

En el turno final para la consejera interviene la señora [Herranz Marín](#)..... 377

Se levanta la sesión a las 12 horas y 30 minutos.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

En primer lugar quisiera dar la bienvenida a la consejera y al equipo que le acompaña. Sin más, damos paso al primer punto: aprobación del acta de la sesión anterior. ¿Aprueban sus señorías el acta de la sesión anterior, del 26 de septiembre de 2006, o damos paso a su lectura? Pues dado que hay unanimidad, damos paso al segundo punto: [sesión informativa en Comisión para la comparecencia de la consejera de Sanidad, a petición propia, sobre el Plan de Cuidados Paliativos de la región.](#)

Tiene la palabra la señora consejera.

SRA. HERRANZ MARÍN (CONSEJERA DE SANIDAD):

Señora presidenta, señores y señoras diputados, muy buenos días.

Comparezco esta mañana ante esta Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales para dar cuenta a sus señorías del Plan Regional para la Atención Integral de Cuidados Paliativos, que el Gobierno regional ha diseñado a través de la Consejería de Sanidad y que pretendemos implantar en breve plazo de tiempo.

Con la puesta en marcha de este plan el Gobierno da cumplimiento a uno de los objetivos específicos del vigente Plan de Salud 2003-2007, y, lo que es más importante, atiende una necesidad esencial de nuestra sociedad, que es el derecho a una muerte digna, disminuyendo el sufrimiento que acompaña a la persona enferma y a sus familiares en la fase final de la vida.

Esta es también una de las directrices de la Organización Mundial de la Salud, en el marco de la estrategia “Salud para todos en el siglo XXI”, donde insta a los estados miembros a que, teniendo en cuenta que una parte muy importante de los presupuestos sanitarios se destina a las personas en sus últimos días de vida, se adopten políticas sanitarias que hagan compatibles los recursos económicos con las necesidades de este colectivo, y todo ello bajo el principio de la autonomía de los y las pacientes y su derecho a decidir acerca de una muerte tan libre de dolor y angustia como sea posible.

Para dar respuesta a estas necesidades se ha elaborado este Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia con la intención de conseguir una atención integral para el enfermo terminal y también para su familia, procurando el mayor confort y la mejor calidad posible, atendiendo tanto a sus necesidades físicas como a las emocionales, sociales y espirituales, y con respeto a su dignidad, autonomía y a su capacidad de decisión, y todo ello mediante una atención continuada e individualizada.

Vamos a pasar en un primer término a describir cuál es el marco conceptual, y para ello me voy a apoyar en una presentación de Power Point que les hemos traído.

Empezaremos por definir qué son los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos son aquellos que consisten en la asistencia total, activa y continuada de los

pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa médica ya no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y a su familia, sin intentar alargar la supervivencia de forma superflua. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y de sus familiares, y si fuera necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo, y esta es la definición del Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la Comunidad Económica Europea.

Quiero aclarar que no sólo hablamos de cáncer cuando hablamos de cuidados paliativos, hablamos de enfermedades terminales para cuidados paliativos.

Y enfermedad terminal -es la siguiente diapositiva- es aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la existencia de síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, en familiares y en equipos, con un pronóstico de vida que generalmente es inferior a los seis meses y que genera una gran demanda de atención, en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de su familia, basada en el control de los síntomas, el soporte emocional y la comunicación. Y ésta, así, literalmente, tal cual la he leído, es la definición que se realizó para el Plan Nacional de Cuidados Paliativos en el año 2000, publicado en el 2001, donde se describía cuáles eran las bases para el desarrollo de este plan nacional que nunca se llevó a cabo.

Esta definición, a la que he hecho referencia, abarca por tanto los cuidados de los pacientes con cáncer, pero también de todas aquellas enfermedades crónicas degenerativas que tienen un carácter progresivo e irreversible, como pueden ser enfermedades cardiovasculares o respiratorias, enfermedades neuromusculares, alzheimer, sida, entre otras. Y es que el progreso científico ofrece actualmente la posibilidad de curar muchas enfermedades que antes eran incurables o que eran letales, y esto ha hecho que donde antes teníamos enfermos con una supervivencia más corta tengamos ahora enfermos crónicos. Este progreso de la medicina, unido al impulso económico y social de los países desarrollados, ocasiona una mayor supervivencia de la población y un aumento proporcional de los grupos etarios de más de 65 años, y esto es lo que hemos visto en el análisis de situación previo a la realización del plan con los datos de nuestra región. Si analizamos cuál es la situación de Murcia, vemos que nuestra pirámide poblacional tiene un 14 o un 15% de personas mayores de 65 años. Estamos tres puntos por debajo de la media nacional, y esto es debido sin duda a la presencia de población inmigrante, que baja la edad media de nuestra población. Sin embargo, las previsiones de la Oficina Eurostat, de la Unión Europea, para el año 2050, afirman que donde ahora hay un 14% en nuestra región, un 17% en España, para el año 2050 habrá un 40% de personas mayores de 65 años. Esto va a implicar, como es lógico, que los tipos de enfermedades por

los que la gente sufre y muere también van a cambiar, y el número de personas que se verán afectadas por el sufrimiento que genera una situación terminal ligado a este aumento de enfermedades crónicas y degenerativas será también cada vez mayor. Aunque no está demostrado que este aumento de la esperanza de vida implique mayores períodos de invalidez al final de nuestra existencia, sin embargo es lógico pensar que las enfermedades crónicas se harán cada vez más comunes, y por ello habrá una parte importante de la población que necesitará alguna forma de ayuda hacia el final de la vida.

Esta no es la circunstancia que vemos en estos momentos. Cuando analizamos la tasa bruta de mortalidad de la Región de Murcia, vemos que Murcia tiene una línea estable mientras que en España la tasa es mayor y tiene una curva ascendente, esto es una tasa bruta y por tanto no está analizada según la edad. Si nosotros tenemos más población joven es normal que nuestra tasa esté en una situación más estable, que no tienda a ascender, pero, sin duda, conforme vayamos cumpliendo estas previsiones de la Unión Europea y de todos los analistas demográficos veremos cómo esta tasa irá aumentando en esta fase final, y sobre todo que tendremos ahí más enfermedades susceptibles de necesitar estos apoyos.

El último análisis sobre la mortalidad en la Comunidad Autónoma nos desvela que la principal causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, con un 34% de los casos, seguida de las neoplasias, un 24%, y de las enfermedades del sistema respiratorio, con un 12%, lo cual supone estas tres causas solamente el 70,5% del total de muertes, el resto son 17 causas mucho más diversas.

Además de esto, como análisis de situación de lo que ocurre en nuestra región, tenemos que conocer que hay un cambio radical también en la demanda social no sólo de nuestra región, sino globalmente de España y de todos los países desarrollados, que identifica el desarrollo de los cuidados paliativos como un elemento cualitativo y esencial de los sistemas de salud. Este fenómeno va unido a cambios en la estructura social. Tradicionalmente, como saben ustedes, las mujeres habían asumido el papel de cuidadoras informales en el seno familiar. Este hecho ha ido cambiando con la incorporación de la mujer al mundo laboral y por los cambios en las estructuras familiares, de modo que el número de personas que actualmente pueden asumir el rol de cuidadoras informales ha disminuido sensiblemente.

Por todas estas razones, ahora acentuadas, pero que ya estaban presentes en el momento en que se constituyeron las primeras unidades en el año 1990, en nuestra comunidad autónoma se inició un dispositivo asistencial orientado a la prestación de cuidados paliativos, tanto a nivel de Atención Primaria como de Atención Especializada. Eran dos unidades de uso público, la que se describe para el área de Cartagena, en Atención Primaria, una Unidad de Cuidados Paliativos Especializada, concertada con la Asociación Española contra el Cáncer en la zona de la Arrixaca, del hospital Virgen de la Arrixaca, y otra unidad de ámbito

privado perteneciente a una empresa aseguradora, con provisión de servicios sanitarios, que operaba también en la ciudad de Murcia.

La experiencia acumulada a lo largo de todo este tiempo en la atención a los pacientes en situación terminal permite poner de manifiesto la calidad de los cuidados que se prestan y la satisfacción tanto de los familiares como de los pacientes atendidos y de los propios equipos implicados en la atención. No obstante, la evolución de la población de la Comunidad Autónoma de Murcia y su progresivo envejecimiento, así como la falta de un desarrollo homogéneo de esta atención, aconsejan la conveniencia de establecer un Plan de Cuidados Paliativos para toda la región, cuyo objetivo general es mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes en situación de enfermedad terminal, y también la de sus familias de forma integral e individualizada, garantizando el respeto a su dignidad y el derecho a su autonomía.

Los objetivos específicos del plan son, en primer lugar, mejorar esta atención, y, en segundo lugar, garantizar ese respeto a la dignidad y autonomía, con unos objetivos específicos, que se describen, y que son: en primer lugar, describir cuál es el proceso asistencial; cuáles son los dispositivos que tenemos que poner en marcha y cuáles son los modelos organizativos idóneos para la atención de cuidados paliativos. Además se pretende describir cuáles son los circuitos y los mecanismos de coordinación y comunicación entre los profesionales para la atención en cuidados paliativos, mejorar la accesibilidad de los profesionales, pacientes y familias a equipos de soporte para cuidados paliativos en todos los ámbitos, tanto en atención primaria como en atención hospitalizada, y definir estrategias integrales de formación y de investigación que abarquen a todos los niveles asistenciales e incluya también a la familia y a los cuidadores.

El modelo de servicios que se constituye se articula principalmente en torno a atención primaria, como gestor de la atención al paciente y regulador de los flujos de derivación al nivel especializado.

La inclusión de los pacientes en cuidados paliativos se establecerá por el médico responsable del proceso asistencial, considerando su situación, su evolución clínica y que se han superado ya cuantas alternativas terapéuticas se hubiesen planteado hasta ese momento.

La asistencia sanitaria de estos, como ven, no sólo pacientes oncológicos, como figura en el área positiva, sino otro tipo de pacientes terminales, como pacientes con sida, enfermedades respiratorias, cardiocirculatorias, hepáticas, pacientes con enfermedades neurodegenerativas muy prevalentes (fundamentalmente el alzheimer) en estos momentos.

La asistencia sanitaria dependerá de los equipos de Atención Primaria en lo que a asistencia básica se refiere. Estos equipos actuarán, como lo vienen haciendo hasta ahora, en todas las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, pero serán apoyados, y esta es la novedad,

en esta tarea por una red específica de médicos, enfermeros y auxiliares denominada “equipos de soporte de cuidados paliativos”, con unos recursos que son específicos y de alta resolutivez para estos pacientes. Este nuevo recurso tiene como función la coordinación y la formación del resto de profesionales, y debe actuar como facilitador tanto para la derivación de los pacientes hacia los recursos situados en el nivel de atención especializada como para la solicitud de interconsultas, pruebas y tratamientos urgentes, así como para el suministro de los productos sanitarios y farmacéuticos necesarios para la atención y para la prestación de los cuidados paliativos domiciliarios.

Además, en todos los hospitales de la región se ha designado un responsable de cuidados paliativos de atención hospitalaria, con el objetivo de asegurar y facilitar la derivación y el acceso del paciente a los recursos situados en este nivel.

Se trata en definitiva de una propuesta organizativa que responde a un esfuerzo para acomodar las estructuras asistenciales a las necesidades del paciente en situación de enfermedad terminal, basada en la convergencia y optimización de todos los recursos con un modelo de atención que favorece la integración de niveles asistenciales y la coordinación de los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada a lo largo de todo el proceso.

La propuesta de composición y distribución de estos nuevos equipos es la siguiente. Se crean en total 14 equipos de soporte de cuidados paliativos. Estos equipos estarán situados:

Cinco de ellos en el área 1, área de Murcia, que es un equipo global de soporte, compuesto por 5 médicos, 5 enfermeras y 2 auxiliares de clínica.

En el área 2, de Cartagena, se amplía el equipo de soporte de atención domiciliaria, que dependía exclusivamente de Atención Primaria actualmente, y que está formado por 1 auxiliar administrativos, 2 médicos y 2 enfermeras; se amplía a 1 médico más, 1 enfermera más, y por tanto quedará constituido por 3 médicos, 3 enfermeras y 2 auxiliares.

En el área 3 se crea un equipo compuesto por 2 médicos, 2 enfermeras y 1 auxiliar de clínica. Es el área correspondiente a Lorca.

En el área número 4 se crea un equipo compuesto por 1 médico, 1 enfermera y 1 auxiliar. Es el área de Cartagena.

El área 5, el área del Altiplano, se crea un equipo compuesto también por 1 médico, 1 enfermera y 1 auxiliar.

Y en el área 6 se crea también un equipo que se subdivide en dos, compuestos por 2 médicos, 2 enfermeras y 1 auxiliar.

Además tanto el hospital Virgen de la Arrixaca como el Morales Meseguer, el Reina Sofía, el Rosell, Los Arcos, el Rafael Méndez, el Virgen del Castillo y la Fundación de Cieza tienen designados ya en estos momentos una persona dentro de los equipos, fundamentalmente de Oncología, o de Medicina Interna, responsable de cuidados paliativos.

Por tanto, aclarar, son los equipos de Atención

Primaria los que tienen la atención básica de cada uno de los pacientes, con el soporte y el apoyo coordinador y facilitador de estos equipos de soporte de cuidados paliativos, que se encargan de integrar la atención necesaria entre el hospital, donde hay un responsable que a su vez es el facilitador y coordinador de las actuaciones que se tengan que desarrollar allí, y de puesta en común con lo que desde Atención Primaria se vaya observando.

Esta es la distribución que se ha realizado de las tarjetas sanitarias. Como ven ustedes la ratio de tarjetas sanitarias por cada uno de los equipos de soporte será: para el área 1, de 51.000; para el área 2, de 57.000; para el área 3, de 42.000; para el área 4, de 35; para el área 5, de 29; y el área 6, de 45.000. Las áreas que obviamente quedan con menor número de pacientes, de tarjetas sanitarias, son las áreas del Altiplano, el área del Noroeste, por haber una mayor dispersión en estas zonas.

Las funciones de cada una de las estructuras asistenciales, tanto las ya existentes como las de nueva creación y ampliación se plantean siempre en tres facetas simultáneas: la función clínico-asistencial, la función de coordinación y soporte entre profesionales, y la función de formación, de docencia y de investigación.

Todos ellos van a funcionar bajo un prisma de atención, con un modelo de calidad guiado por la gestión por procesos, siendo esta la metodología que se va a emplear en el curso de la incorporación de los equipos, para que se desarrollen correctamente los mapas de procesos en cada uno de ellos y se determinen entonces los mecanismos de actuación consensuados entre sus protagonistas. Se trata de actuar de una manera específica sobre cada uno de ellos, sobre los equipos de Atención Primaria, los equipos de soporte, los servicios hospitalarios, las familias, los servicios centrales, todos esos son los agentes que intervienen, para que ese paciente terminal que entra en el proceso acabe en una muerte digna, con un paciente confortado, y eso a través de los planes específicos, el plan integral de cuidados, el plan de formación a profesionales, el protocolo que se realiza de cuidados paliativos, y todo el protocolo de coordinación de todas y cada una de las actuaciones.

La estrategia de implantación y cronograma se basa en actuaciones que se van a desarrollar a lo largo del tiempo en tres fases, que son una fase inicial, que incluye desde abril del año 2006 hasta todo el año 2007, incluido una fase intermedia que será el año 2008, y una fase avanzada que es el año 2009. Todas las fases quedan estructuradas en base a objetivos claramente definidos para cada una de ellas. La fase inicial se centra en el reconocimiento e integración de lo que existe y en la creación de equipos básicos de soporte para la atención a domicilio y en el hospital. La fase intermedia es la ampliación de recursos para la atención hospitalaria y la creación de las comisiones de coordinación, y la fase avanzada será la incorporación de todos los recursos psicosociales y de voluntariado, así como de revaloración y reevaluación de su desarrollo e implantación.

La fase inicial es en la que estamos en estos momen-

tos, con formación específica en cuidados paliativos a los profesionales del Servicio Murciano de Salud, fundamentalmente de Atención Primaria, y con la selección de profesionales para la creación y ampliación de los equipos de soporte a todas las áreas de salud.

Se está elaborando además el protocolo específico de desarrollo e implantación de cada una de las actuaciones que se quieren realizar.

El objetivo es tener estos dispositivos funcionando desde primeros del año 2007, momento en el que los profesionales seleccionados serán objeto de una formación específica mucho más detallada y exhaustiva para poner en marcha el plan y poder empezar a actuar.

No les voy a describir cada una de las actuaciones, por ser prolijo lo que se ha preparado. Sí decirles en este cronograma de actuación cuáles son los hitos más importantes. Como decía, el curso de incorporación de los profesionales de los equipos de soporte en enero del 2007, el desarrollo ya de los programas durante todo el año 2007, con el inicio de funcionamiento del equipo a partir de la contratación y del curso... contemos un par de meses después. Empezar a captar voluntariado en el mes de julio de 2007, e iniciar esta primera evaluación a final de año 2007, para poder así mejorar de cara al 2008 cuáles son las actuaciones necesarias.

Esta previsión es para el año 2008. Para el año 2009 se prevé que al final tengamos ya todo un plan perfectamente instalado, perfectamente coordinado y donde podamos ya seguir aumentando todos los recursos a medida que aumenten las necesidades de la población.

El plan contará con una financiación inicial prevista para el año 2007 de 2,6 millones de euros para gastos de personal y para la adquisición de vehículos de transporte para cada uno de los 14 equipos que se incorporan, cada uno de ellos compuestos por médico y enfermera. Tendrán que desplazarse a los domicilios y por tanto cada pareja irá con un vehículo. El total de vehículos, como digo, son 14, y la unidad orgánica a la que están adscritos es la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Finalmente, señalar que el Plan de Cuidados Paliativos que estamos presentando es fruto del trabajo conjunto de profesionales del Servicio Murciano de Salud y de la Consejería de Sanidad, además de representantes de otras instituciones, como la Asociación Española contra el Cáncer, el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia, el Ilustre Colegio de Enfermería de la Región de Murcia. A todos ellos, creo que es obligado en este foro, expresar nuestra más sincera felicitación por la calidad de sus aportaciones, así como el agradecimiento personal y de toda la Consejería por su esfuerzo y dedicación. Pero además este plan ha sido presentado para evaluación y alegaciones al Consejo Regional de Salud, a los principales agentes sociales de la región, a los representantes sindicales con participación en la Mesa Sectorial de Sanidad y a las principales asociaciones de enfermos y asociaciones de

consumidores y usuarios de la región, sin que en ninguno de los casos se realizasen objeciones al planteamiento presentado por la Consejería.

Finalmente, y porque ha sido un tema de alta sensibilidad, estamos hablando de enfermos terminales, con todo el contexto que ello engloba, quiero informarles también que el plan ha sido evaluado y asimismo aprobado por el Comité Asesor Regional de Ética Asistencial.

Estamos en estos momentos inmersos en el que es el objetivo de este último trimestre del año, que es el plan de formación, y quiero decirles que la formación no sólo va dedicada a aspectos técnico científicos, que evidentemente son importantes, pero hay otros aspectos en los que queremos incidir para que nuestros profesionales hagan su labor de la mejor manera posible, y es comunicación con el paciente, atención a la familia, atención al proceso de duelo, aspectos éticos y jurídicos al final de la vida, soporte para el profesional y toda la gestión y coordinación de recursos sociosanitarios, con los que deseablemente también tenemos que conseguir una coordinación en fases más avanzadas del plan.

Habrà un curso básico dirigido a todos los profesionales del Servicio Murciano de Salud, un curso intermedio con un mínimo de cien horas, que estará dirigido a aquellos profesionales que tengan mayor demanda de pacientes, y los profesionales que se incorporen a los equipos de soporte harán un curso avanzado con una duración mínima de 300 horas más prácticas específicas.

Y por último, todo plan que se presente es evidente que necesita una evaluación, y se van a evaluar en este plan, en primer lugar, todos los hitos que les hemos contado en el desarrollo y puesta en marcha, también cuáles son los objetivos asistenciales alcanzados en términos establecidos dentro de los protocolos, cuáles han sido los grados de coordinación que ha sido posible alcanzar, y cuáles han sido los niveles de capacitación obtenidos con la formación que se ha realizado.

Quiero acabar con esta frase, que es una frase que le gusta mucho a la coordinadora del plan, al equipo de Atención Primaria que ha preparado esta presentación, y que se responsabilizó, y es que realmente la esperanza es una orientación del espíritu, es una orientación del corazón. Tenemos la convicción de que lo que estamos haciendo nos saldrá bien, pero, en todo caso, de lo que sí tenemos la certeza es que lo que estamos haciendo tiene sentido.

Esto es lo que brevemente queríamos presentarles, y a continuación estamos abiertos, obviamente, a responder las cuestiones o las alegaciones que quieran realizar a este proyecto.

Muchas gracias.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Muchas gracias, señora consejera.

Vamos a dar paso al turno general de intervenciones, y para ello tiene la palabra el grupo parlamentario Socialis-

ta, el señor Carpena.

SR. CARPENA SÁNCHEZ:

Gracias, señora presidenta.

Gracias, señora consejera. En primer lugar, como no puede ser de otra manera, darle la bienvenida a la Comisión de Sanidad a usted y a todos los señores que le acompañan, a todos los directivos, a todos los miembros de su Consejería. En fin, no pretendo con esto... otra vez nos recriminaron que no saludáramos a los miembros. Por nuestra parte no hay ningún problema.

Vamos a ver. Independientemente, señora consejera, de las recomendaciones de la OMS, a las que usted ha aludido, sobre la necesidad de articular políticas de cuidados paliativos, además del esfuerzo que se ha venido haciendo hasta ahora en las unidades que usted ha mencionado, de los recursos de que disponíamos hasta estos momentos de cuidados paliativos, tanto en Cartagena..., y del esfuerzo que viene tradicionalmente realizando la Asociación Española de la Lucha contra el Cáncer en la unidad que tiene en Murcia concertada, podemos empezar diciendo que cuando se estructuró una política a nivel estatal de cuidados paliativos fue en un acuerdo tomado en el Consejo Interterritorial de Salud, en diciembre del 2000, donde se aprobó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, con las bases para su desarrollo, y en el que se instaba a las comunidades autónomas a que hicieran sus aportaciones y elaborasen sus correspondientes planes integrales de cuidados paliativos.

Tenemos que hacer aquí una pequeña objeción. Entonces todavía no estaba transferido el Insalud, y como es habitual se hacían planes, pero el Ministerio, que entonces me parece que presidía la ínclita doña Celia Villalobos, tampoco aportó ningún dinero a la Región de Murcia para desarrollar este plan.

Es decir, señora consejera, han pasado seis años desde aquel entonces, van a cumplirse ahora en diciembre, y la verdad es que en nuestra región poco se había hecho en esos seis años, poco o casi nada. Es decir, se han tardado seis años y somos de las pocas comunidades autónomas, aún queda alguna, que todavía no habían elaborado el Plan Integral de Cuidados Paliativos.

Nuestro grupo parlamentario presentó al inicio de esta legislatura, hace tres años, por parte de la diputada García Retegui, una moción, que como no se debatía volvimos posteriormente a presentar en abril del año 2005, en la que instábamos al Consejo de Gobierno a elaborar un plan de cuidados paliativos, basándonos en los objetivos que usted ha nombrado del Plan de Salud de la Región de Murcia y en los acuerdos ya referidos del Consejo Interterritorial de Salud.

Efectivamente, el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007, en el área del cáncer, con el objetivo específico número 7, establece mejorar los cuidados paliativos, y las líneas de actuación 2 y 7 llaman la atención

sobre la atención a las familias y la coordinación de atención primaria hospitalaria y de unidades a domicilio. Esa iniciativa parlamentaria, señora consejera, no hemos tenido oportunidad de debatirla -estoy hablando de que la presentamos en abril del año 2005- en esta Cámara, porque lo que queríamos era, en primer lugar, llamar la atención sobre las carencias que en este asunto mostraba y sigue mostrando hasta ahora la sanidad pública regional, la tardanza en dar cumplimiento al acuerdo del Consejo Interterritorial de Salud, y sobre todo centrar el debate en la situación real que atravesaban y siguen atravesando y padecen los enfermos y sus familiares.

En fin, señora consejera, entenderíamos que nuestras iniciativas parlamentarias no se debatieran, porque somos el grupo minoritario, pero es que resulta que el grupo parlamentario Popular, en la persona del señor Pedro Manuel, también presentó una iniciativa parlamentaria en el mismo sentido, si bien seis meses después o cinco meses después, iniciativa parlamentaria que tampoco hemos tenido la oportunidad de debatir.

Además de todo ello, de todo este período de tiempo, hace un par de años, aproximadamente, los cuidados paliativos estuvieron en la primera página de los medios de comunicación, con motivo de la denuncia que puso por lo visto una asociación integrista, por las prácticas de sedación irregular contra un equipo de médicos del hospital Severo Ochoa de Leganés.

En nuestra región, señora consejera, en la que no existían entonces ni existen ahora unidades hospitalarias específicas, unidades hospitalarias específicas para este tipo de enfermos. Ni existían entonces ni existen ahora unidades móviles domiciliarias, como los equipos de soporte que va usted a crear ahora. Ni existía entonces ni existe ahora una formación adecuada y multidisciplinar entre los profesionales. Ni existían ni existen protocolos conjuntos de actuación entre la atención hospitalaria, los servicios de urgencias y atención primaria. Ni existían ni existen protocolos consensuados y homogéneos de tratamientos farmacoterapéuticos y de sedación en todos los hospitales, y que garanticen una actuación integral y continuada de este tipo de enfermos. Ni existían entonces ni existen, hasta que no se ponga en marcha el plan, recursos humanos sociosanitarios para atender psicológicamente a estos enfermos y a sus familiares. No existía, señora consejera, en estos seis años -y parece ser que ahora va a empezar a existir- un verdadero plan integral de cuidados paliativos.

En este punto me gustaría detenerme en denunciar públicamente una cuestión, la situación por la que está pasando la Unidad Oncológica del Hospital Naval de Cartagena, con una falta de recursos humanos absolutamente que está poniendo la situación en parámetros vamos a definirlos como preocupantes, por no ser más alarmantes.

Mire, señora consejera, otras comunidades autónomas, independientemente del color político de su Gobierno, sí que han ido avanzando en la elaboración de los planes y en destinar recursos a la actuación de cuidados paliativos.

Vamos a empezar por Madrid, por ejemplo. En el año 2005, el año pasado, tenía unidades de cuidados paliativos específicas en cuatro hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, con más de cien camas. Eso sin contar los conciertos que tenía con hospitales privados, con un total de 60 camas más, y además disponía de 13 unidades móviles o equipos como el que usted piensa crear. Asturias, que es una comunidad uniprovincial, en el año 2005 tenía unidades de cuidados paliativos en tres hospitales públicos, con 32 camas y 3 unidades móviles de atención domiciliaria. En Cataluña los recursos hospitalarios estaban en 54 hospitales, entre públicos y concertados, y había 44 equipos de atención domiciliaria. En definitiva, señora consejera, parece ser que en este tema no es que vayamos los primeros, sino que nos encontrábamos prácticamente en la cola.

¿Qué es lo que usted nos ha presentado hoy? Yo creo que usted nos ha presentado hoy un plan de buena voluntad, un plan bienintencionado, pero, por lo que diremos a continuación, nos parece un plan con buena voluntad y bien intencionado, pero insuficiente, y me explicaré a continuación. ¿Por qué llama usted integral a este plan? Hay una característica que el propio Plan Nacional de Salud... o sea, perdón, el propio Plan Nacional de Cuidados Paliativos y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos tiene muy a gala decir, que es la siguiente: los enfermos terminales de cáncer, sida, geriatría... Nosotros coincidimos con usted, efectivamente, en que aunque el inicio de los cuidados paliativos tuvo como base el tratamiento de los enfermos cancerígenos o cancerosos en la fase terminal de los mismos, efectivamente, ya no sólo son los enfermos cancerosos, sino que hay otras enfermedades, como puede ser el sida, como pueden ser enfermedades de la motoneurona, como pueden ser insuficiencias específicas orgánicas, insuficiencias renales, insuficiencia hepática, enfermedades neurodegenerativas, como el alzheimer, etcétera, etcétera. Pero, mire, uno de los principios es que los enfermos terminales de cáncer, sida, geriatría u otras causas están ubicados, están situados en muchos recursos del sistema sanitario. Hay enfermos en hospitales, hay enfermos en centros sociosanitarios, hay enfermos en centros residenciales y hay enfermos que están en su propio domicilio.

Por lo tanto, nosotros pensamos que cuando hablamos de una actuación integral, independientemente de lo que usted ha dicho, que nosotros compartimos, pensamos que tendríamos que haber sido más ambiciosos para atribuir o poner en marcha recursos que atendieran a este tipo de enfermos, tanto en hospitales como en centros residenciales, y sobre todo qué ayuda sociosanitaria va a tener este tipo de enfermos.

Por lo tanto, nosotros entendemos que su plan se centra fundamentalmente en la atención primaria, pero tendría que haber sido más ambicioso en poner a disposición de este plan recursos. Dicho de otra manera, unidades de hospitalización en algunos hospitales para algún tipo de enfermo, que por sus dificultades tanto clínicoasistenciales como sociosanitaria tendrían que tener estos recursos, que

fueran más allá de tener un responsable, que nos parece bien, de cuidados paliativos en cada hospital, sino que tendría que tener recursos específicos, camas, unidades de hospitalización para este tipo de enfermos, entendiendo, como le decía, que la coordinación de este tipo de recursos es buena, es necesaria y debe ser imprescindible.

Nosotros partimos de la base de que montar un sistema novedoso de cuidados paliativos, con la escasa... no digo ninguna, pero con la escasa experiencia que tenemos de hospitalización a domicilio no es un paso fácil, yo creo que es un paso complicado, es un paso difícil.

Nosotros pensamos que los equipos interdisciplinares, conforme usted los ha definido, en los equipos y en la coordinación de Atención Primaria está bien, nos parece adecuado, pero de cualquier manera nosotros pensábamos que las actividades específicas del Plan de Cuidados Paliativos debían de centrarse también en la atención hospitalaria, cómo se va a coordinar con los servicios de urgencias extrahospitalarios, cómo se va a articular con los centros concertados, etcétera, etcétera.

Estamos de acuerdo con los equipos de apoyo... no sé cómo se llama, los equipos de soporte de cuidados paliativos. Usted nos ha venido diciendo que cuentan con un médico, una enfermera y un auxiliar. Nosotros pensamos, y usted lo ha dicho públicamente, que se tendría que arbitrar, si es posible dentro del cronograma que usted nos ha presentado, la incorporación de algún psicólogo o de algún psiquiatra para tratar las situaciones de agonía y duelo lo antes posible. Usted me parece que ha dicho en el año 2009, y pensamos que debería ser lo antes posible. En cualquier caso, tiene usted unos recursos en estos momentos que son los equipos de salud mental, que usted, señora consejera, no ha llegado tan siquiera a mencionar. No ha llegado a mencionar pero yo creo que en la atención al duelo y a la agonía de este tipo de pacientes, y fundamentalmente todos los problemas éticos y de soporte a sus familiares, sí que debería haber contado o por lo menos de una manera provisional con los equipos de salud mental, por no incorporar, digo yo, si lo van a incorporar ante los psicólogos, a estos equipos, como ha dicho usted, en el año 2009.

Usted dijo en la prensa, y a mí me gustaría entrar aquí, y utilizó una palabra que para nosotros no es una palabra satisfactoria, usted habló de que no podía recursos hospitalarios específicos en el Plan Integral porque pensaba en crear guetos. Yo no sé, en fin... guetos, sí. Yo no sé si la frase es suya o si se la entrecomilló el periodista. Dice: "No habrá unidades de cuidados paliativos en los hospitales murcianos. Esta posibilidad, defendida por muchos médicos y asociaciones de familiares es rechazada por la Consejería, porque entiende que no sería conveniente psicológicamente ni para el enfermo, porque estas unidades podrían ser consideradas guetos destinados a quienes ya están desahuciados". Esto yo no sé si lo dijo usted.

A nosotros sí que nos preocupa la cuestión. ¿Por qué? Porque resulta que al no introducir unidades específicas de hospitalización en el plan, porque usted consideraba que

estos podían ser guetos, nosotros entendemos con usted, efectivamente, que hay que atender principalmente a los enfermos en su domicilio, no tenemos ninguna duda de ello, pero no se puede olvidar, señora consejera, que habrá casos complejos, habrá casos difíciles, con escaso apoyo familiar, con necesidades sociosanitarias que atender para este tipo de enfermos difíciles y con dificultades sociosanitarias, el verdadero gueto, señora consejera, está en dejarlo en la situación que tienen actualmente.

Prácticamente, y he hecho un recorrido bastante intenso por las páginas de los hospitales de España, en los principales hospitales públicos existen unidades específicas de cuidados paliativos, y desde luego, señora consejera, una unidad de paliativos, donde exista confort, donde exista atención permanente multidisciplinar, donde existan recursos técnicos suficientes, y además participe y colabore la familia de manera flexible, de manera activa, no puede constituir, bajo nuestro punto de vista, ningún gueto, sino que nosotros entendemos que es un recurso necesario, y es un recurso necesario que ustedes pueden considerar o no, pero que desde luego hay especialistas y asociaciones de enfermos que sí lo están reclamando, no como una cosa suficiente pero desde luego necesaria, fundamentalmente para este tipo de enfermos, ya le digo, más complejos, más difíciles de tratar y con más necesidades sociosanitarias. Eso en primer lugar.

En segundo lugar, nosotros creemos, y nos preocupa sinceramente, en la coordinación, señora consejera, entre los equipos de soporte de cuidados paliativos, los servicios de urgencia, la atención primaria y la atención hospitalaria. Se lo digo sinceramente, señora consejera, desde la experiencia. No es fácil hacer esto. Nos preocupa. Usted lo sabe mejor que yo. Nosotros pensamos que hay que extremar... usted ha hablado de planes de formación, nosotros pensamos que los equipos tienen que estar formados muy bien clínicamente y técnicamente, pero desde luego una persona o un equipo de personas que se va a dedicar exclusivamente a ayudar a una muerte digna a una serie de enfermos, debe de tener también, yo no sé si eso lo ha mencionado usted, un apoyo psicológico interno, o unas evaluaciones psicológicas, o unas revisiones..., no sé cómo decirle, para que la personalidad, la estructura funcional de los equipos que trabajan no se resienta de un trabajo muchas veces duro, y en algunas ocasiones que puede afectar incluso psicológicamente a las personas que conforman estos equipos.

De la misma manera, señora consejera, a mí me gustaría que en su contestación ahora nos explicara un poco más, o hiciera usted un poco más de hincapié sobre las líneas estratégicas de todo lo relacionado con la autonomía de los pacientes y al testamento vital.

De la misma manera, nos gustaría también que nos especificara un poco más cómo van a ser, si se van a instaurar o no los protocolos, clínica y sobre todo de tratamientos farmacoterápicos, el manejo de la sedación, si van a ser unos protocolos homogéneos en todos los centros

hospitalarios, qué relación, cómo se va a articular la relación continuada de este tipo de enfermos entre la atención hospitalaria, el equipo de soporte y la atención primaria, etcétera, etcétera.

En definitiva, señora consejera, y voy concluyendo, nosotros creemos que es un plan bienintencionado, creemos que los recursos de 1,6 millones de euros no son suficientes, por lo que le he dicho... -2,6, perdón- 2,6 no son suficientes. Entendemos que deben de ponerse por lo menos alguna unidad de cuidados paliativos con unidades específicas de hospitalización en los hospitales públicos.

Y desde luego, señora consejera, reconociendo la dificultad que tiene todo esto para ponerlo en marcha, tanto por la organización que se intenta seccionar como con los problemas tan especiales y casi siempre dramáticos que plantea este tipo de enfermos, no tenemos más que desearle a usted que tenga suerte en la gestión y que sea ambiciosa con el cronograma y el plan que se ha marcado, para ver si conforme va avanzando esta cuestión somos capaces de tener a nuestros enfermos, a este tipo de enfermos, que, como digo, son siempre un problema dramático y de tratamiento, podemos asignar a estos enfermos los máximos recursos posibles.

Nada más y muchas gracias, señora presidenta.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Por el grupo parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Cayetano Jaime Moltó.

SR. JAIME MOLTÓ:

Gracias, señora presidenta.

Buenos días, señorías. Quiero dar la bienvenida a la señora consejera y a los altos cargos que le acompañan en la mañana de hoy, mañana que yo considero puede ser una mañana provechosa, el asunto que motiva su comparecencia, a petición propia, yo creo que es lo suficientemente importante como para que reflexionemos los diputados de esta Cámara, e incluso podamos plantear algunas consideraciones en relación a lo que ha sido el cuerpo de su intervención. El cuerpo conceptual, digamos, de su intervención es compartido por este diputado, conocida la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, conocida también la propia recomendación 1418, de 1999, del Consejo de Europa, y conocidos aspectos relevantes, que para nuestro punto de vista son muy importantes, en relación a ese concepto maldito casi de la sanidad, del “ya no se puede hacer más”, ¿no?, cuando en realidad todavía quedaba un campo vasto que explorar para dignificar la muerte de personas en situación terminal o en situación de agonía, al que quizá la tradición asocia al concepto de muerte con sufrimiento, que no necesariamente debe de estar asociado.

Digo, conocidos estos aspectos e incluso algo para nosotros muy importante en relación a la seguridad jurídica, no tan sólo a la justa demanda social de la población, la

calidad asistencial y la planificación de los recursos que debemos de comprometer, sino también de la propia seguridad jurídica de los profesionales sanitarios, la pacificación del ejercicio de la profesión en relación al acceso a esa muerte digna. En particular el documento de consenso, que es importante el documento de consenso de los trabajos que se realizaron por parte del Consejo General del Poder Judicial y del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 3 de mayo de 1999, que también dota de una cierta seguridad, de una necesidad de conocimiento por el conjunto de la población para comprender también el papel sanitario y social en el último tramo de la vida.

En primer lugar quisiera que nos trasladáramos a lo que ha sido el ejercicio de descripción por parte de la señora consejera, que, vuelvo a insistir, compartimos. Un primer planteamiento, porque efectivamente yo no meteré el dedo en la llaga de decir que, bueno, que contamos con este documento, el documento del Plan Nacional de Cuidados Paliativos desde diciembre del año 2000, seis años, se podría aquí hacer todo un ejercicio de disertación en relación a si podíamos o no podíamos haber adelantado la presentación del plan regional. Pero sí desde luego una conclusión o una referencia que considero de interés:

Estamos hablando de algo nuevo en la Región de Murcia, un nuevo servicio a la población protegida en la Región de Murcia, y deberíamos de decirle también que esto ya se produce más de cuarenta años en algunos países. En Gran Bretaña ya se experimentó en los años 60 y 70. Quiero decir que andamos con un poquito de retraso respecto a lo que han hecho otros. Lo cual no quiere decir que no debamos de hacerlo.

Primero me gustaría recordar, señora consejera, los principios generales del plan nacional, porque son importantes a la hora de valorar, calibrar qué cosas vemos que no están muy perfiladas en el concepto de plan que usted nos acaba de presentar. El tercer punto de los principios generales del plan nacional nos hablaba de facilitar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales. Es decir, yo creo que la parte más importante, el peso fuerte de este plan debe de recaer básicamente en la instancia sanitaria, eso no tiene discusión, pero considero que hubiese sido bueno que usted misma hubiese podido presentar compromisos también en relación a este plan por parte de otras consejerías, que finalmente, si se quiere dotar a esos equipos de soporte, como un verdadero instrumento de coordinación para que los recursos sanitarios y sociales vayan coordinados y tengan claramente unos protocolos de actuación, deberían de haberse incorporado en los planteamientos de oferta, en primer lugar, oferta de servicios a los que podemos dar respuesta (psicológicos, de trabajadores sociales, etcétera), y, por otra parte, de las pautas de comportamiento de coordinación de esos equipos.

Una primera cuestión que me parece también de interés y de reflexión, señora consejera, es que en el propio plan nacional se hacía en un anexo una diagnosis de situación. Es verdad que en aquel momento todavía no

teníamos transferidas las competencias, pero, bien, uno no deja de mirar en qué situación estábamos en aquel momento, y escuchada en su intervención la situación actual, pues parece que... yo no diría que se ha avanzado, sino tan siquiera, a tenor de lo que es la contabilización de recursos en aquel momento, en 2001, en el cual se significaban cuatro, es verdad que una unidad de oncología en Cartagena se contabilizaba como recurso, al igual que el equipo de soporte de atención domiciliaria en Cartagena, y los dos de atención domiciliaria de la Asociación Española Contra el Cáncer, y el de cuidados paliativos del Hospital Virgen de la Arrixaca. Es decir, se hablaba de cuatro recursos. Hoy usted nos manifestaba tres, nos manifestaba dos unidades en Murcia y una en Cartagena. Valga esto para decir que la preocupación, el conocimiento de la situación era el que conocíamos en aquel momento. Causa envidia, a mí me causaba envidia contemplar, por ejemplo, otras situaciones en comunidades autónomas uniprovinciales, o incluso en provincias de comunidades autónomas pluriprovinciales, en relación a los recursos que tenían ya en el año 2001, que eran bastante superiores a los que seguimos teniendo en la Comunidad Autónoma. Es decir, partimos de una situación yo creo que de desventaja. Siempre habrá alguna referencia de alguna comunidad autónoma que no tiene recurso alguno, siempre se podrá poner un ejemplo peor, pero yo creo que en el plano general estamos en una situación de déficit que supone un lastre a la hora de arrancar en relación a este plan.

En segundo lugar, ha hecho usted un planteamiento en relación a las expectativas de creación de equipos de soporte en los próximos tiempos, y nos ha hablado de cinco en Murcia, en el área 2 nos ha hablado de 3 médicos, 3 enfermeros y 3 auxiliares de clínica, etcétera, etcétera.

Una precisión, me parece que en el área 2 sigue estando descompensada. Es decir, hay un diferencial... creo que eran 57.000 pacientes la ratio que se planteaba en el área 2, que casi dobla la ratio del área 4, casi. Es verdad que tienes que cubrir todas las áreas, y hay algunas que por el tamaño de población..., pero yo creo que hay una situación que corregir en el área 2. Es perfectamente posible incorporar algún efectivo más para intentar que esa ratio se sitúe en una situación no de desventaja permanente en todos los parámetros comparativos.

2,6 millones de euros. Mire, señora consejera, yo no sé decirle si es mucho o es poco, no sé precisarlo en este momento si la cantidad es suficiente o no es suficiente. Yo lo que sí creo es que deberíamos intentar que el *planning* de funcionamiento que usted... no se puede improvisar, podríamos haber hecho de aquí a atrás, en materia formativa sobre todo, trabajos que facilitasen una aplicación en el tiempo más acentuada del plan que usted nos ha presentado. Las cosas no se pueden improvisar, habrá que hacer los trabajos también de formación. Pero en cualquier caso sí intensificar en la medida de lo posible, sin lógicamente cometer torpezas por esa agilidad, pero sí intentar agilizar, para comprimir la puesta en marcha efectiva de todos los

recursos previstos en relación a este plan integral.

Y, bien, yo simplemente también querría decirle que he echado en falta, en relación a lo que se establecía en el plan nacional, como las tres situaciones, ¿no?: la situación de los enfermos crónicos, que puede ser un tratamiento o una perspectiva de tratamiento distinta a la de los enfermos terminales, y distinta también a los enfermos en agonía, a los enfermos que están en una situación agónica. Y algo que dice muy de pasada, pero también viene a significarlo el propio plan nacional, que es en relación a la dignidad de la muerte de estos enfermos en su presencia hospitalaria y en relación a su situación individual dentro de esa propia situación.

Yo creo que también debería de haber un objetivo en relación a ese aspecto que es importante desde el punto de vista de la intimidad de la persona que está atravesando ese momento, como un derecho del paciente, y también, lógicamente, de otros pacientes que se pueden encontrar con situaciones en muchos casos desagradables y de impacto psicológico, que bajo nuestro punto de vista perjudican la propia salud del paciente.

Y yo creo que poco más le puedo decir. Compartimos el objetivo. Queda por ver, lógicamente, que se lleve adelante este plan, y debe también de existir un compromiso de evaluación. El plan nacional también nos hablaba incluso de qué cosas son las que tenemos que evaluar, y son muy concretas. Yo creo que sería asumible que incorporáramos como un elemento también necesario de este plan integral el introducir la evaluación, mirando muy de cerca la determinaciones de evaluación que nos plantea el plan nacional, para poder de algún modo calibrar su funcionamiento y su utilidad.

Señora presidenta, nada más. Me parece que es ocioso seguir opinando sobre un asunto que compartimos y que quedará lógicamente ver la gestión del plan integral.

Nada más.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Por el grupo parlamentario Popular, tiene el turno de intervención para fijar su posición la señora Catalina Lorenzo.

SRA. LORENZO GABARRÓN:

Gracias, señora presidenta.

Desde el grupo parlamentario Popular tenemos que felicitar a la señora consejera de Sanidad por este magnífico Plan de Cuidados Paliativos que nos acaba de presentar en esta Cámara, y que va a suponer una apuesta novedosa por la atención domiciliaria a los pacientes terminales, con una esperanza de vida inferior a seis meses, de toda la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El envejecimiento de la población, el aumento del grado de dependencia, la mayor exigencia y necesidad de cuidados paliativos instaurados precozmente en pacientes

terminales no oncológicos y las necesidades reconocidas de los oncológicos, es lo que se ha tenido en cuenta a la hora de orientar los modelos de provisión de este servicio.

Los cuidados paliativos no son una novedad aparecida en estos últimos años, ya que hasta bien entrado el siglo XX la medicina dedicaba la mayor parte de sus esfuerzos a aliviar el sufrimiento de los pacientes, puesto que la curación era algo difícil, tanto por la escasez de recursos como de conocimientos.

En el año 1967 se sentaron las bases de lo que actualmente conocemos como cuidados paliativos con el propósito de apoyar y cuidar a las personas en las últimas fases de su enfermedad, y con el objetivo de la atención integral del enfermo, es decir, desde un punto de vista holístico, englobando los aspectos físicos, sociales y espirituales, e incorporando a la familia en los cuidados de estos pacientes.

¿Qué antecedentes nos encontramos en el Sistema Nacional de Salud? Pues a partir del año 1984 empiezan a organizarse algunas unidades de cuidados paliativos y equipos de atención domiciliaria por toda la geografía española y con una implantación bastante desigual. El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, reguló las prestaciones sanitarias básicas, incluyendo en las mismas la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales dentro de la cartera de servicios de la Atención Primaria, e incluyendo estos dos servicios y definiendo cuáles eran sus indicadores de cobertura, que expresan el porcentaje de personas incluidas respecto a la población diana del servicio en cuestión, y las normas técnicas que lo sustentaban en base a la correcta atención, y de cuya relevancia y efectividad existe evidencia científica suficiente, por lo que su cumplimiento permitía garantizar la calidad del servicio prestado.

Ante la demanda cada vez mayor de atención domiciliaria compleja de pacientes con patologías crónicas, en el año 1999 se crea el Programa de Atención Domiciliaria con equipo de soporte, desarrollado desde la Atención Primaria, cuyo objetivo general era mejorar la calidad de la atención domiciliaria prestada en el ámbito de la Atención Primaria a los pacientes con enfermedades crónicas, evolutivas, con limitación funcional y/o inmovilizados complejos y terminales, y precisamente al área de Cartagena fue donde se adjudicó uno de estos cinco equipos de soporte de atención domiciliaria en lo que entonces era el territorio Insalud no transferido.

Los aspectos fundamentales para implantar ese programa fueron que se organizara desde la Gerencia de Atención Primaria. Los recursos dependían de la propia Gerencia. Los profesionales del equipo de Atención Primaria eran los principales proveedores de ese servicio. La atención estaba centrada en el domicilio del paciente. Figura del cuidador principal como un elemento imprescindible dentro del marco conceptual de la atención al paciente terminal, y la existencia de un equipo de soporte de apoyo a los profesionales del equipo de Atención Primaria. Y la

Atención Especializada estaba como componente de apoyo a toda esta estructura creada.

En ese mismo año, en el año 1999, el Senado aprueba una moción en la que se solicita que desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se elabore un plan de cuidados paliativos. Y es en diciembre del año 2000 cuando se aprueba el documento que se denomina “Plan de cuidados paliativos: bases para su desarrollo”, y se publica en el año 2001. O sea, no es que tengamos un plan ya hecho en el año 2000, sino que se elabora un documento en el cual se dice cómo se debe desarrollar un plan de cuidados paliativos.

En el año 2002, el Ministerio de Sanidad, en colaboración con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Fundación Avedis Donabedian publica la “Guía de Criterios de Calidad de Cuidados Paliativos”, con la finalidad de facilitar el desarrollo de los cuidados paliativos y su evaluación.

¿Qué marco legal ampara la puesta en marcha del Plan de Cuidados Paliativos? Indudablemente, la Ley 14/86, General de Sanidad; la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; la Ley 42/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Y si nos remitimos a la normativa autonómica, tenemos que recordar la Ley 5/2004, de Voluntariado de la Región de Murcia, y el Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su registro.

Yo entiendo que al señor Carpena le puede parecer que se ha tardado seis años en elaborar este plan, pero lo que sí que es cierto es que tampoco hemos tenido a estos pacientes abandonados. Es que parece como que no se ha prestado este servicio, tanto en Atención Primaria como el equipo de soporte especializado aquí en el área de Cartagena y en los hospitales de la red pública se ha prestado la asistencia, quizá no de una forma coordinada, para eso está este plan, pero desde luego sí se les ha prestado asistencia.

Dice, señor Carpena, que usted presentó una moción de cuidados paliativos para pacientes con cáncer, no para pacientes terminales. Usted hizo esa moción solamente para pacientes con cáncer, y yo le digo que si no se ha debatido en Pleno le tendrá usted que preguntar a su portavoz, que es quien debate en la Mesa qué mociones se traen a Pleno y qué mociones no se traen a Pleno. Seguramente, a lo mejor, no lo consideró oportuno. Desde luego, también nuestro compañero, el señor Hernández, en noviembre de ese mismo año presentó una moción de cuidados paliativos en la que abarcaba todo el concepto de lo que son los cuidados paliativos.

Desde luego lo que sí hace este plan es adelantarse a la estrategia nacional sobre cuidados paliativos que quiere implantar el Ministerio de Sanidad, como consecuencia precisamente del acceso desigual a los cuidados entre las

distintas comunidades autónomas, así como a los fallos que hay en la coordinación y en la organización y diferencias de formación entre los profesionales que se dedican a estos cuidados en el resto de comunidades autónomas. Por ello este plan regional de cuidados paliativos, basado en el respeto a la dignidad y autonomía de las personas en el final de su vida, se va a implantar al mismo tiempo en toda la Región de Murcia y en todos los pacientes que se encuentren en una situación de enfermedad terminal, cuyas características son la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. Clásicamente esta atención se centraba en los enfermos de cáncer en fase terminal, pero también aquí hay que incluir a otro tipo de pacientes, como son pacientes con sida, enfermedades neurológicas degenerativas, demencia, párkinson, enfermedades cerebrovasculares, neumopatías crónicas, cardiopatías, hepatopatías, insuficiencia renal crónica avanzada, inmovilismo irreversible, etcétera, etcétera, pacientes con falta de posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico de su enfermedad, que tengan presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, que tengan un gran impacto emocional en el paciente, en la familia y en el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte, y con un pronóstico de vida inferior a los seis meses.

Pero es que además este plan define un modelo básico organizativo para nuestro sistema sanitario, centrado en la atención de las necesidades del paciente y de la familia, que va a facilitar una atención sanitaria integral, englobando tanto la Atención Primaria como la Atención Especializada junto a equipos específicos en ambos niveles asistenciales, que colaborarán de forma continuada y coordinada en la prestación de los cuidados paliativos.

Yo creo que, como nos ha explicado la señora consejera, en la implementación de este plan se irán sumando otro tipo de recursos, como son los recursos hospitalarios, con la creación de unidades de corta, de media y de larga estancia, así como de otros profesionales sociosanitarios, que así lo manifestaba el plan, pero es que además va a ofrecer a los profesionales sanitarios adecuar sus conocimientos y habilidades en el tratamiento de estos pacientes y va a impulsar la investigación en relación con los cuidados paliativos.

Se asegura el respeto a la autonomía del paciente, garantizando el ejercicio de sus derechos como usuario de la sanidad pública. Se va a fomentar la información y la formación sanitaria del paciente y de sus familiares como forma más eficaz y humana de afrontar la evolución de la enfermedad, se va a apoyar a la familia, que es la que cuida al paciente, y el domicilio será el lugar más apropiado para la atención en fase terminal porque el domicilio del paciente es su hogar, es donde tiene su ambiente, su recuerdo, los objetos que ama y su familia, y es un lugar conocido que él domina y donde se siente seguro, y cuando sea necesario habrá que derivarle a unidades específicas para su atención, cuando el domicilio no pueda garantizar la dignidad de la

atención de las personas.

Por tanto, este plan integra las directrices del Plan Regional de Salud 2003-2007, las estrategias para el desarrollo sostenible de la sanidad de Murcia 2005-2010, continuando la línea de mejora de los servicios sanitarios, que de manera integral se vienen desarrollando desde que el Gobierno regional asumiera las competencias en materia de salud.

Estamos en un momento clave para desarrollar sistemas y servicios de cuidados paliativos, ya que en estos últimos años estamos asistiendo al uso desproporcionado de los servicios de urgencia por parte de enfermos avanzados y terminales, debido sin duda a una falta de recursos más específicos de cuidados paliativos que atiendan a estos enfermos en su domicilio, en el hospital cuando sea necesario, o en el llamado sistema sociosanitario.

En la actualidad la mayoría de las personas mueren en los hospitales, hospitales que están diseñados para diagnosticar y para curar, pero que son mal lugar para llevar a los pacientes terminales, ya que por su definición ya están diagnosticados y tratados.

La atención correcta y apropiada al final de la vida es un derecho de los pacientes y de los familiares reconocido por el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea, que recomiendan la puesta en marcha de servicios de cuidados paliativos.

Además, los sistemas sanitarios que implantan cuidados paliativos racionalizan el gasto sanitario, porque introducen factores de eficiencia en la atención de muchos pacientes crónicos evolutivos, que de otro modo acuden masivamente a los hospitales de agudos y servicios de Urgencias.

Evitaremos el peregrinaje continuo de los pacientes en fase terminal, de su casa hasta las urgencias hospitalarias y de estas a su hogar de nuevo. Este ir y venir se traduce en un dolor no controlado, en un desgaste psicológico personal y familiar y en una actitud ante la muerte bastante lejana de lo que los equipos de cuidados paliativos pretenden, que es ofrecer al paciente la máxima calidad de vida posible.

El modelo de provisión de servicios se va a realizar en base a la creación de una red específica de profesionales que van a actuar como soporte y apoyo a los profesionales que ya desempeñan su labor dentro del sistema sanitario y que simultáneamente asumirán la atención directa de los pacientes que se les deriven por su grado de complejidad. Se van a crear 14 equipos de soporte para cuidados paliativos (compuestos por médico, enfermero y auxiliar), cada uno de ellos con un vehículo propio, lo que va a permitir desplazarse por las distintas áreas de la región. Los estándares recomendados nos dicen que debe haber un equipo de soporte por cada 100.00 habitantes, lo que indica que este plan nace bien dimensionado, con lo cual esa duda se le tiene que quitar al portavoz del grupo Mixto, porque se pone de acuerdo a la población que tenemos en la región, 1.400.000, no llega todavía a ese número, y son 14 los equipos que se van a poner. Por lo tanto está sobradamente

probada la efectividad, la eficiencia y la alta satisfacción de estos servicios.

Desde el grupo parlamentario Popular vemos con satisfacción este Plan de Cuidados Paliativos, que refuerza a la persona como eje de la política sanitaria dentro de un marco de exigencia y de servicio permanente a los cuidados de los ciudadanos de la Región de Murcia.

Muchas gracias.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Muchas gracias, señora Lorenzo.

Turno de contestación de la señora consejera.

SRA. HERRANZ MARÍN (CONSEJERA DE SANIDAD):

Muy bien. Muchas gracias, señora presidenta.

En primer lugar lo que quiero es agradecer el tono. Yo creo que todos hemos interpretado realmente que un plan de cuidados paliativos para la región es una buena noticia para la región. Es un plan que trata enfermos, independientemente de lo que vote cada uno de ellos, y por tanto yo creo que en asuntos como este es muy fácil que nos pongamos de acuerdo. Y de hecho yo estoy de acuerdo con lo que han dicho, desde luego con lo que ha dicho la portavoz del grupo Popular, no podía ser de otra manera, pero también estoy de acuerdo con lo que han dicho los representantes del Partido Socialista y del grupo Mixto. Hay algunas cosas en las que no estoy de acuerdo, pero en lo que no estoy de acuerdo es porque tienen un desconocimiento de algunas cosas que yo no he explicado en mi intervención y que ahora les voy a aclarar, pero en el resto de su intervención yo creo que podríamos los tres firmar hoy lo que hemos dicho cada uno de nosotros.

Quiero empezar aclarando el concepto de plan nacional. Nunca hubo un plan nacional de cuidados paliativos, no lo hubo. En el Consejo Interterritorial de Salud, del día 18 de diciembre del año 2000, se acuerda aprobar el documento "Plan de cuidados paliativos: bases para su desarrollo", y lo que dice el propio Consejo Interterritorial es: "Una vez se ha completado con la información sobre los planes o programas de cuidados paliativos existentes en cada comunidad autónoma, se instará al Gobierno a que, en el marco del Consejo Interterritorial y desde el respeto a las competencias autonómicas establecidas, se elabore el plan nacional con base a estas bases para su desarrollo". Esto fue en el año 2000, fue en diciembre, por tanto en 2001 se editó. Nunca hubo un plan como tal, por tanto nunca hubo un presupuesto como tal para implantación ni hubo una dotación para cada comunidad autónoma con un compromiso de recursos, hubo un compromiso de desarrollarlo, compromiso que es cierto que desde el año 2001, en que se hizo este plan, hasta el año 2004, en el que lamentablemente se pierden las elecciones generales, no se realiza. Pero también hay que decir que desde el año 2004 hasta el año 2006 hay otro Gobierno, hay

otro partido gobernando en el Gobierno de la nación, y tampoco se ha elaborado ningún plan nacional. Por tanto yo creo que no es momento de hacer historia de lo que han hecho o han dejado de hacer en el Gobierno de la nación, es momento de evaluar qué es lo que vamos a hacer en el Gobierno de la región. Y lo que vamos a hacer en el Gobierno de la región..., decía el representante del grupo Mixto: esto ya existe hace 40 años. No, existe desde hace mucho más. Los cuidados paliativos existen desde que en Roma una noble llamada Fabiola, que era discípula de San Jerónimo, fundara los *ostium* en el año 380 después de Cristo, y los *ostium* se dedicaban a atender a enfermos y moribundos, dándoles cobijo y alimentación. O sea, que esto son, evidentemente, cuidados paliativos, paliar al que ya no tiene cura, y por tanto los cuidados paliativos podemos decir que existían desde entonces. Se ha corrido mucho, es evidente, y la realidad es que hay otras comunidades que han avanzado. Yo creo que en esto no se trata de una carrera. Desde luego, si fuera una carrera de obstáculos, como bien ha dicho también el señor Carpena, este asunto es complicado ponerlo en marcha, pero no nos lo hemos tomado en ningún momento como una carrera, sino como un tema delicado que había que tratar con serenidad, con responsabilidad... No es una cortina de humo, no es un programa fantasma lo que les presentamos, es un programa que deriva de la reflexión serena de un grupo de profesionales, conociendo la situación, conociendo las dificultades, conociendo todo lo que vamos a tener que trabajar, y por tanto hecha con los pies en el suelo y con las posibilidades reales que tenemos de implantar algo que se perciba por parte de los ciudadanos como una mejora real y no como una foto. Lo que queremos realmente es mejorar, y por eso los pasos que se han dado es probable que ustedes no los entiendan pero yo pretendo explicarlos en este momento.

No somos de los primeros, tampoco es que vayamos a la cola. En cualquier caso nunca es tarde si la dicha es buena; aquí la dicha considero que es más que buena, y hay veces que el no ser el primero, tampoco es ideal ser el último, pero el que tengas experiencias previas lo que permite es poder comparar, poder ver qué se ha hecho en otras comunidades y por tanto hacer lo que llamamos en gestión el "best marking", y es ir cogiendo lo bueno de cada uno y desechando lo que no se ha hecho bien en otros lugares.

Nosotros hemos hecho esa labor y por lo tanto lo que se ha hecho aquí, independientemente de la historia que ustedes quieran hacer, y yo creo que no es momento de hacer esa historia, tampoco es momento de sacar temas oportunistas. Es muy fácil sacar aquí ahora "cómo van a poner el Plan de Cuidados Paliativos en marcha cuando no pueden contratar un oncólogo en el Hospital Naval". Es evidentemente un argumento demagógico, igual que demagógico es esta declaración que hacía algún representante ciudadano: si no hay oncólogos, que los pinten. Ojalá fuese tan fácil, yo desde luego sería la primera, pincel en mano, para pintarlos. Ojalá fuese tan fácil. Yo creo que

saben ustedes, les consta, que estamos haciendo grandes esfuerzos buscando donde no se pueden imaginar. Ahora me acaban de decir, me acaban de pasar una notita, parece que en Tenerife hay alguno que podría venirse el año que viene, porque no hay oncólogos, y si alguien sabe de alguno, por favor, estamos dispuestos, como sea.

Por tanto, no es momento de hacer valoraciones con temas oportunistas, es momento de valorar el plan, y el plan es un plan realmente integral, hecho, como decía, con responsabilidad. Y les voy a explicar algunos de los conceptos por los que nosotros decimos que es un plan integral, y por lo que nosotros pensamos que realmente este plan aborda gran parte... yo creo que todos los problemas que ustedes nos han planteado en su interpelación.

En primer lugar les diré que cuando hablaban: es que no todos los pacientes son iguales, y ustedes no han tenido en cuenta ese distinto abordaje para distintos tipos de pacientes que necesitan diferentes tipos de coordinación. Está contemplado en el plan, es evidente, hay pacientes no complejos, donde el valor fundamental será el que el paciente esté en su domicilio, atendido por su familia y apoyado por el equipo. Pero luego hay una serie de pacientes complejos, que son aquellos en los que el esfuerzo coordinador va a tener que ser mayúsculo, y son aquellos en situaciones inestables, que tengan escasa respuesta al tratamiento que se les pauta, que tienen crisis de dolor físico, crisis de ansiedad, que tienen complicaciones, que no puede ser atendido por los familiares... En todos esos casos, que también son muy complejos, las complicaciones, las condiciones sociofamiliares pueden hacer que un paciente no pueda ser atendido en su casa, aunque el resto de sus condiciones personales sí indicasen que fuese atendido allí, pero también somos conscientes de que hay condiciones sociales y familiares. Todos esos casos van a ser coordinados de manera específica por estos equipos de soporte, y son estos equipos de soporte los que tienen la responsabilidad de adecuar cuáles son los recursos domiciliarios, sociales, buscar alternativas, hospitales..., en caso de que tengan que ir a los hospitales por qué vía acceden a cada uno de los servicios, quién coordina allí las pruebas que se tengan que hacer al paciente o cuáles son los niveles de asistencia que se le tienen que dar.

Eso se coordina por estos equipos. Esto no quiere decir que estos equipos vayan a ser los que hagan toda la atención en los domicilios de los pacientes, ni quiere decir que estos equipos sean los que se vayan a meter en los hospitales. Estos equipos lo que hacen es coordinar la actuación que hacen los médicos y profesionales de Atención Primaria con sus pacientes de su área, y qué hacen, por otra parte, los profesionales de los hospitales coordinados también por un responsable dentro del hospital. Este equipo lo que hace es esta labor de coordinación, y al mismo tiempo, aunque no esté explícito en la presentación que yo les he hecho, poner en conocimiento de la familia y también de los profesionales cuáles son los recursos sociales de que dispone en el área. Y por tanto, dentro de estas características que les he

dicho, de coordinación, tendrá especial relevancia conocer cada una de las posibilidades que hay en cada una de las áreas.

Es cierto que nosotros no hemos presentado aquí este plan coordinado con la Consejería de Trabajo y Política Social, pero también quiero que entiendan cuáles son las circunstancias. Las circunstancias en estos momentos son de una Ley de Dependencia en la que el espacio sociosanitario se ha borrado, totalmente borrado, no existe para el Ministerio de Trabajo el espacio sociosanitario, sólo existen los pacientes sociales o los pacientes sanitarios, y hay un eslabón, hay un *gap* intermedio que nadie quiere considerar, y por tanto nos parece que en estos momentos no era conveniente entrar a incluirlos dentro del plan sin saber cómo va a ser el desarrollo de esa Ley de Dependencia nacional en nuestra región, y cómo va a ser también el desarrollo de nuestro propio proyecto de coordinación sociosanitaria que estamos abordando en estos momentos.

Por tanto, nos parecía más oportuno abordar el problema desde un punto de vista sanitario, eso sí, con información por parte de los profesionales que se transmite a los otros profesionales del resto del equipo, a las familias y a los pacientes, de cuáles son los recursos, y en este nivel sí que va a haber una coordinación funcional entre ambos estamentos para poder garantizar esto. Todo esto no es que lo diga yo aquí para quedar bien, todo esto está escrito en cada una de las funciones que tienen todos los profesionales que van a trabajar y que viene determinado en este plan.

Además, hablaban, nos faltan ciertas cosas dentro de los hospitales, por ejemplo, qué atención se les va a dar a las familias. Bueno, pues todo eso también está incluido, como también está incluido, y me gustaría que pusieran la diapositiva para poder ilustrar este tema, cuál es el cronograma del plan. Yo no he dicho en ningún momento que nunca vaya a haber unidades hospitalarias, y si se fijan –lamento que se no se vea muy bien, pero yo se lo cuento–, lo que está previsto en la fase inicial, en la puesta en marcha el año 2007, es la formación de los profesionales del equipo de soporte, y lo ven ustedes en la segunda columna, en la parte de abajo, el diseño de los protocolos clínicos y de coordinación, el desarrollo de los programas para cada una de las áreas de salud, el comienzo del funcionamiento del equipo, el desarrollo del plan de formación, la primera evaluación de lo que se hace y el inicio de la captación del voluntariado.

Y si se fijan ustedes en la fase intermedia, que es la que corresponde al año 2008, ampliación de recursos para atención hospitalaria y comisiones de coordinación, ya el propio título define qué es lo que pretendemos hacer. En ese momento lo que pretendemos es crear comisiones de área regional que definan cuáles son las necesidades, y ampliar y desarrollar los equipos de soporte de cuidados paliativos en el ámbito hospitalario, con la creación de unidades de corta estancia y el desarrollo de unidades de media y larga estancia. No sé si lo pueden ver adecuadamente, pero desde luego yo se lo leo, y créanme lo que les digo porque escrito

está, y en cualquier caso se lo podemos hacer llegar.

En esa misma columna y una línea más abajo habla de análisis de recursos sociosanitarios y voluntariado. Nosotros no presentamos aquí un plan cerrado de lo que vamos a hacer en los próximos tres años. Lo que presentamos es un planteamiento de cómo iniciamos el abordaje del tema y una serie de recursos de reevaluación, comisiones de replanteamiento de cuál es la situación que existe en la región para ir adecuando todos los recursos a las necesidades.

Y desde luego que consideramos que debe haber unidades dentro de los hospitales. Lo que no consideramos, y esto, reitero, no sé si en ese momento... probablemente no fue muy oportuno la forma en que se recogió esta manifestación, pero sí reitero, desde el punto de vista de la mayoría de las personas que han elaborado el plan, y también de muchos de los consumidores, usuarios, asociaciones de pacientes, no es desde luego adecuado, y es una primera estimación que podemos hacer, tener unidades bajo el epígrafe “Unidad de Cuidados Paliativos”, donde ya el efecto psicológico del enfermo que entra es muy marcado. De lo que hablamos es de tener unidades, pero unidades integradas en los servicios de Medicina Interna, que no tienen que estar etiquetadas específicamente, sino que tienen que ser puesto a disposición de estos pacientes todo el espacio que sea necesario, y desde luego sí ir hacia esas unidades de media y larga estancia como lugares más apropiados. Probablemente en el hospital hablamos más de corta estancia de agudos para solucionar los problemas puntuales, pero lo que somos conscientes es que hay que desarrollar donde sea necesario y donde podamos, y por esto hay que ir elaborando esta serie de reuniones, de comisiones, unidades de media y larga estancia, porque ahí está el problema. Hablamos de seis meses y hay veces que estos pacientes, muchas veces por condiciones sociales o familiares, tienen que estar hospitalizados durante todo ese tiempo.

Y para los que ya están hospitalizados en estas circunstancias también lo que prevemos es que haya evaluaciones de cuál es la situación actual en estos momentos, y aquellos pacientes que están hospitalizados en estos centros concertados o públicos de larga estancia, porque no han tenido el soporte domiciliario que les permita estar en su casa, desde luego ofrecerles ese soporte para que así sea.

Dentro de nuestra planificación más inmediata y dentro de nuestro plan de abordaje de las urgencias para este invierno y de la gestión de camas para este invierno, desde luego se está realizando una evaluación de cuál es la situación de los enfermos que tenemos ingresados en los hospitales concertados para determinar cuáles de aquellos, cuáles de estos pueden abandonar estos centros con los nuevos mecanismos que podemos poner en marcha para atención domiciliaria o para asegurar otras posibilidades.

Por tanto, como ven, nosotros no hemos abandonado en ningún momento la posibilidad a la que ustedes tanto han hecho referencia, de unidades hospitalarias, y por eso decía

que estoy plenamente de acuerdo con ustedes, porque en lo que más han criticado al plan es precisamente en este punto y este punto está integrado.

La coordinación con las puertas de urgencias, pero no sólo con ellas, sino también con las unidades de dolor, con los servicios de farmacia para facilitar determinados tratamientos, que son tratamientos de uso exclusivo hospitalario, con una serie de dispositivos, es obviamente necesaria, y esa coordinación está también dentro de todos los objetivos que tienen cada uno de los equipos y que se evaluará con indicadores que ahora les voy a nombrar someramente para que tengan una idea.

Y un aspecto muy importante es el apoyo y el cuidado de la familia del paciente terminal. Y en este sentido es en el que quiero responder a otra de las interpelaciones que hacía. Lo que pretendemos es desarrollar todos los protocolos de información y de formación dirigidos específicamente a las familias, con planes personalizados a cada una de las circunstancias del cuidador principal, prestando apoyo sanitario al cuidador, pero también apoyo en otro tipo de intervenciones, como por ejemplo incluir en la historia clínica domiciliaria de cada uno de los pacientes que sean atendidos una relación de todos los servicios y unidades sanitarias y sociales del área, detallando horario de funcionamiento, dirección, número de acceso... para fuera de horario de las unidades de soporte será el 112 el que se encargue en estas franjas de horario donde no están los equipos de Atención Primaria. Facilitar a las familias alternativas asistenciales de descanso, como pueden ser centros de día, ingresos de respiro de fin de semana en centros de camas apropiadas para estos enfermos. Esto es evidente que no son recursos nuestros, son recursos sociales que ya está hablado que vamos a trabajar con ellos y que están plenamente dispuestos a poder hacer actuaciones de este tipo.

Establecer, en coordinación con las unidades de salud mental del área, y esto es otro de los objetivos también a los que hacía referencia el portavoz del Partido Socialista, procedimientos eficaces para el apoyo psicológico a la familia, para la prevención del duelo complicado y de los trastornos adaptativos, con el fin de afrontar el proceso de la enfermedad y del duelo, definiendo los circuitos de activación y de derivación, si bien esta consideramos que en una primera instancia vivienda a ser la vía para los casos que así se requieran, los más complejos, pero no es, consideramos, lo ideal puesto que Salud Mental ya tiene de por sí una gran carga asistencial mejorada de manera ostensible con el Plan de Salud Mental puesto en marcha por el Gobierno regional, con una gran dotación de profesionales y de estructura, previstas y ya realizadas en algunos casos, sino que pensamos que debe haber un equipo de psicólogos específicos destinados a este cometido. Pero de entrada sí que está contemplado el apoyo con los servicios sociales y con los servicios de salud mental, y además, en lo que son aspectos sociosanitarios, les puedo decir que este aspecto de cuidar específicamente a esas

familias que ingresan en los hospitales con este tipo de enfermos está contemplado dentro de las posibilidades que tengan camas individuales, cuando así pueda ser, pero desde luego que haya ese apoyo a la familia en cuanto a poder atenderlos, a que puedan, en estas largas estancias hospitalarias tener ese apoyo que es necesario desde un punto de vista no sanitario sino social.

De cualquier forma, lo que nosotros queremos plantear con el plan es algo que va más allá de lo que son recursos estructurales, va más allá de lo que es la existencia o no de una unidad específica hospitalaria o la existencia o no de un apoyo con camas en media estancia, o la existencia o no de una coordinación con los servicios sociales. Eso es necesario, y será necesario ir poniéndolo en marcha a medida que se vayan viendo las necesidades y a medida que vayan aumentando también los ciudadanos en esta región y los enfermos terminales. Pero lo que implican los cuidados paliativos más que una necesidad de recursos es una necesidad de cambio de actitud de los profesionales sanitarios que atienden a la persona enferma. Yo creo que ese es el punto más crucial y lo que aporta más valor a un plan de cuidados paliativos.

Está claro que hay una nueva situación social y familiar que genera la enfermedad, y el profesional sanitario tiene que hacer ese cambio de actitud y ponerse en el lugar de ese paciente, de esa familia, y ver cuáles son los problemas, no se trata sólo de llegar y atender la enfermedad en sí sino de atender a un paciente en una situación específica y en un entorno familiar y social. Y hay estudios contrastados, de calidad científica, que se han realizado múltiples, que de lo que hablan es de lo que es la efectividad de estos equipos. En lo que respecta, por ejemplo, al control del dolor, a la satisfacción de los pacientes y a la satisfacción de los cuidadores no está en relación con los recursos estructurales. Estos indicadores están en relación con la existencia de estos profesionales con este cambio de actitud, y se ha visto que independientemente de que no se pongan nuevas estructuras, el hecho de que existan se ha visto que, en primer lugar, tienen más probabilidades de ser atendidos en servicios sociales, tienen más probabilidades de que no se realicen encarnecimientos terapéuticos, tienen más posibilidades de que hayan tratamientos destinados exclusivamente a paliar y no tratamientos curativos de última instancia o de rescate, cuando ya está claro que no hay ninguna posibilidad de curación, y tiene además otros datos muy claros: se ha demostrado una mayor proporción de enfermos que fallecen en su domicilio. Les puedo decir, por ejemplo, la unidad del hospital Virgen de la Arrixaca, de todos los pacientes que ha visto durante el año pasado, el 75% han fallecido en su domicilio, no han fallecido en hospitales.

Aclararle también, en cuanto a lo que comentaba, hemos disminuido en recursos: "en el año 2000 había cuatro unidades de paliativos y ahora hay tres". No, depende de lo que se considerase en aquel momento. Hablo de que aquello eran unas directrices, no era un plan en sí, y allí se conside-

raron dos unidades de paliativos públicas, que eran la de Atención Primaria de Cartagena y la de la Asociación contra el Cáncer de la Arrixaca, dos de paliativos, y luego se consideraron las dos unidades de Oncología que había en aquel momento, que es la Unidad de Oncología de la Arrixaca y la Unidad de Oncología del Rosell. Nunca fueron unidades de cuidados paliativos, fue un servicio de Oncología.

En ese sentido, ahora podríamos hablar de que sí hemos crecido, porque también tenemos Oncología en estos momentos, pues hay un oncólogo en Caravaca, hay oncólogo en el Reina Sofía, hay en el Morales Meseguer, hay oncólogo en Cartagena, hay oncólogo en la Arrixaca. O sea que en ese sentido podríamos hablar de que hemos crecido mucho más, pero no estamos hablando de esto, y la realidad es que en la región desde el año 90 había dos unidades de cuidados paliativos pública y una privada, eso es lo que había, nunca ha habido más, y hasta ahora hemos estado con esta situación.

Y les decía además en esta argumentación que les hacía respecto a que no hablamos de más estructuras, que habrá que ponerlas si es necesario, pero que lo fundamental es el cambio de actitud, es que del análisis de todos los estudios que se han hecho, sólo con este cambio de actitud de los profesionales, cuando se hacen estudios de costes se ve que la implantación de estos profesionales es rentable en sí, rentable en términos de coste/efectividad respecto a los cuidados convencionales. Sólo por la asistencia de los equipos se producen menos ingresos hospitalarios, se disminuyen los días de estancia, se disminuye por tanto el coste que suponen las estancias en urgencias, la atención domiciliaria a pacientes que requieren narcóticos en su domicilio disminuye en coste casi a la mitad, en estudios realizados con amplias series. Los cuidados hospitalarios, cuando estos pacientes tienen que ingresar, resulta que son la mitad de costosos que cuando no existen estos equipos. O sea, que sólo por el hecho de este cambio de actitud de estos profesionales, la evidencia científica y todos los estudios que existen a este respecto, demuestran que este es el principal valor que tiene el sistema sanitario.

Cuando usted hablaba, señor Jaime Moltó, de la muerte como el concepto maldito de la sanidad..., yo hablaría no de conceptos malditos en sanidad sino del valor de la sanidad. El valor de la sanidad es que incluso en esos momentos finales, cuando al enfermo se le dice eso terrible de ya no se puede hacer nada, bueno, realmente es una frase mal dicha, porque la sanidad probablemente es el único servicio social que está con el ciudadano desde el mismo momento en que nace hasta el momento en que se muere, acompañándolo durante toda su vida, 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año, e incluso cuando ya no se puede hacer nada hay mucho que el sistema sanitario puede hacer. Ese es el valor que tiene el sistema sanitario.

Y quiero acabar esta parte de mi intervención hablando de un aspecto importantísimo al que también han hecho referencia ustedes, y es el aspecto de los profesionales. No

cabe ninguna duda que si nosotros ponemos el énfasis en que aquí lo importante es el cambio de actitud del profesional, desde luego lo más importante de este plan de cuidados, independientemente de que el objetivo sea el paciente y su familia, lo más importante, lo que va a definir que este sistema funcione o no son nuestros profesionales. Y por ello la formación es algo que va a ser muy cuidadosa, que está siéndolo ya a un nivel más básico, pero muy en concreto para estos profesionales que se van a dedicar en concreto a la atención de estos equipos de soporte va a ser muy cuidadosa. Vamos a formar inicialmente a estos que vamos a contratar. Esto no quiere decir que no haya que ampliar. El hecho de que Cartagena no se haya dotado con más... Cartagena parte con una ventaja inicialmente, y es que ya tiene el equipo funcionando, ya está organizando algo que no van a poder el resto de las áreas. El resto de las áreas, una vez que los profesionales estén ya formados y trabajando, tienen que organizarse, hacerse con cuál es la cartera de servicios, cuál es la población diana, dónde está la cartera de pacientes que tienen que atender..., en fin, tienen un trabajo extra que el equipo de Cartagena ya lo tiene realizado, pero desde luego dentro de toda la evaluación de indicadores que se va a hacer a final de cada año, uno de los indicadores clarísimo es cuál el número de profesionales que están destinados a cada una de las áreas, cuál es el número de enfermos que se ha atendido, cuáles son los protocolos de coordinación que se han realizado, cuáles son los protocolos de asistencia en estos casos concretos tan problemáticos, que tienen aspectos bioéticos, que se han realizado, y todo eso se evaluará, y si se ve que hay una sobrecarga para estos equipos, pues desde luego se incorporarán nuevos profesionales.

Y dentro de los contenidos formativos quiero decirles que van a ser importantísimos no sólo el conocimiento y manejo de los avances para el control de los síntomas de estos enfermos, sino de manera muy importante la comunicación con el paciente, cómo informar al paciente de lo que le está pasando, respetando desde luego su autonomía y su derecho a no querer ser informado, pero sí saber cómo transmitir información, cómo atender a la familia.

Importantísimo otro aspecto también comentado, los aspectos éticos y jurídicos al final de la vida, y dentro de los protocolos que se han realizado hay una línea estratégica que es la línea de bioética, hay una serie de protocolos ya estandarizados que van a ser comunes para todos los centros, son protocolos de consentimiento informado, protocolos de consentimiento, por ejemplo, para algo que no es que fuera nuevo con Leganés, esto existió toda la vida y está incluido dentro de la forma de actuar de los profesionales, que es la sedación paliativa al final de la vida, cuando las circunstancias así lo aconsejan para paliar el sufrimiento del paciente. Pero siempre para todos los casos, todos estos temas muy peculiares, como dolor, hasta dónde llegar, qué tipo de tratamientos, temas de cómo informar, temas de asuntos jurídicos y patrimoniales, y que también hay que abordar en estos aspectos, todo esto requerirá de una

formación específica, todo está contemplado dentro de las funciones que tienen estos profesionales, y por supuesto dotarles de la mejor capacitación para desarrollar esa labor de gestión, de coordinación y de soporte va a ser una labor que se va a hacer por profesionales muy cualificados para ello. Está ya todo diseñado. Podemos si quieren verlo, lo que pasa es que no se ve muy bien, pero está todo diseñado en cada una de las líneas cuál es línea de actuación que se va a hacer concreta, qué aspectos se van a tratar, y es algo que se ha trabajado muy concienzudamente.

Esto es lo que en principio yo quería decirles, y dejo para el final el dinero, que es lo más vulgar. Yo digo lo que dice el señor Jaime Moltó, 2.600.000 no sé si es mucho o es poco, es lo que cuesta lo que se ha decidido poner en primer lugar, que son los profesionales que se ha decidido poner y los catorce coches. Los catorce equipos con un médico, una enfermera y un auxiliar. Los catorce coches y la formación valen 2.600.000. No fue una cifra de “vamos a poner 2.600.000 y a ver con 2.600.000 qué podemos contratar o cuánto podemos comprar”. El proceso fue al contrario, de la planificación razonada, responsable, de cómo empezar derivó que íbamos a contratar a estos profesionales, estos coches y esta formación, y esto vale esto.

Les puedo asegurar que si es necesario ampliar número de profesionales, número de vehículos, número de horas de formación se hará, porque para nosotros desde luego en esta área, como en tantas otras, pero específicamente en estas, les puedo asegurar que lo primero es la asistencia sanitaria a enfermos que necesitan nuestra atención de una manera tan específica y tan acuciante, como son los enfermos terminales y sus familias. Por tanto, en ese aspecto transmitir la seguridad de que el plan va a ir acompañado en todo momento por el apoyo y el esfuerzo económico, como siempre, del Gobierno regional.

Muchas gracias.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ:

Muchas gracias, señora consejera.

Para el turno de intervención final, tiene la palabra el señor Carpena.

SR. CARPENA SÁNCHEZ:

Gracias, señora presidenta.

Un primer apunte a la señora Gabarrón. Mire usted, señora Gabarrón, no es usted maximalista. En ningún caso ha salido de mi boca que los enfermos están o han estado mal atendidos, lo que dije antes y repito ahora es que durante este tiempo no hemos tenido recursos específicos para cuidados paliativos. ¿Cómo se ha atendido a los enfermos? Pues se han atendido de distintas maneras, unas veces por medio de unidades del dolor, otras veces por servicios de medicina interna, otras veces por las propias especialidades donde derivara el problema que tenía la persona. Recursos específicos como cuidados paliativos

hemos tenido los que ha reconocido la consejera en su intervención, dos, uno en Cartagena y otro en Murcia. El de Murcia con colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer.

Por lo tanto, no diga usted lo que yo no he dicho. Y, además, ya le dije una vez a la consejera, la primera vez que debatimos, que no le concedo el privilegio de defender a los profesionales, por lo menos los defendemos como ella. Eso lo primero. Lo segundo, léase usted bien nuestra moción, señora Gabarrón, ¡eh! Efectivamente, nosotros hacemos una introducción hablando del cáncer, pero nosotros lo que pedíamos en nuestra moción era un plan de cuidados paliativos de ámbito regional, en colaboración, como me imagino, como ha dicho la consejera, con la Asociación Española contra el Cáncer, porque eran en aquellos momentos y también en estos los que están trabajando, o una de las asociaciones que más sabían de cuidados paliativos.

Y ahora entraremos con la consejera. Mire usted, consejera, en primer lugar le quiero rectificar una cosa, o por lo menos contestarle una cosa. Ha dicho usted “cuando lamentablemente perdimos las elecciones”. “Lamentablemente” para usted, pero no para los millones de españoles, la mayoría de los españoles, que votaron a José Luis Rodríguez Zapatero, y desde luego no lamentablemente para este diputado que representa a este grupo parlamentario. No sé si para usted y para todos ustedes, “lamentablemente” no para los millones de españoles que votaron a Zapatero.

Mire, en el tema del plan de cuidados paliativos. Efectivamente, hubo un documento aprobado en diciembre del año 2000, tiene usted razón, pero no es menos cierto, señora consejera, que en aquel consejo interterritorial se instaba a las comunidades autónomas a que elaboraran su propio plan de cuidados paliativos. Es verdad, no había un plan... si lo he dicho en mi intervención, había un “Plan Nacional de Cuidados Paliativos: Bases para su Desarrollo” pero también en el acuerdo ese... usted no estaba en ese acuerdo, usted ha leído el acta igual que yo, usted no estaba en ese consejo interterritorial, estaba su antecesor. Entonces se instó a las comunidades autónomas a que elaborasen sus respectivos planes de cuidados paliativos. Eso es lo que yo he empezado reprochándole, que desde el año 2001... desde el 2000 en que se tomó el acuerdo hasta ahora, hemos estado elaborándolo en el año 2006. Efectivamente, han pasado cinco años. Pasarán seis porque no entrará en vigor hasta el año que viene, y para algunas cosas pasará más tiempo lógicamente. Si yo no le estoy diciendo a usted... Ya se lo he reconocido que esto no es fácil.

Pero fíjese usted, y esto me gustaría, señora presidenta, que constara en acta, ya no sé si para las futuras comparecencias de los consejeros, en esta Comisión como en otras, el artículo 184 del Reglamento de esta Asamblea Regional, en su apartado 1 dice que la petición de comparecencia podrá ser planteada que previo a la sesión se remitan para su traslado a la Comisión datos, informes o documentos que

obren en poder del Consejo de Gobierno. Puede usted hacerlo, yo de ahora en adelante solicito ya que en esta Comisión, cada vez que venga usted a comparecer, previamente... puede usted hacerlo sin que yo se lo pida, pero como no lo ha hecho lo solicito formalmente, en acta, que cada vez que venga usted a esta Comisión, porque me ampara el Reglamento de la Cámara, usted nos envíe... no digo con tres días, si quiere con veinticuatro horas, tenemos capacidad suficiente los diputados que nos sentamos aquí para saber cuál es el plan. Entonces yo pido formalmente, que conste en acta, que cuando usted venga, específicamente usted, nos envíe en veinticuatro o cuarenta y ocho horas de lo que nos va usted a hablar. Me defiende el Reglamento y me defiende la lógica. ¿Cómo voy a ir a discutir con usted de un plan de cuidados paliativos que lo único que conocemos es por la prensa? Qué enriquecimiento puede tener un debate que me baso en recortes de periódico. Ahora a lo mejor me dice usted que esto está colgado en la página web; lo habrán colgado esta mañana, porque anoche no estaba. O sea, ¿qué información podemos usted y yo contrastar? Ninguna. Usted viene aquí, suelta su mensaje, y nosotros, en base a los datos que hemos tenido, a lo que hemos leído, en lo que nos hemos metido... Por lo tanto, a partir de este momento, cada vez que debata... No sé si vendrá usted más, pero desde luego el diputado que se siente aquí..., no sé si vendrá usted más en la legislatura, no lo sé...

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Señoría, su tiempo creo que ya ha finalizado.

SR. CARPENA SÁNCHEZ:

Estoy concluyendo, señora presidenta. Permítame usted, si antes me han sobrado dos o tres minutos, permítame usted.

No sé si vendrá usted más, pero si viene, de verdad, que previamente nos mande usted los informes.

Bien, como cuestiones previas, mire, señora consejera, efectivamente, yo me alegro de verdad, yo no lo sabía, que se pretenda crear unidades de hospitalización en el año 2008, o a partir del año 2008, pero sobre todo le quiero decir una cosa. Mire, yo no he hecho demagogia en ninguna parte, podía haberla hecho, porque el tema se presta, podía haber hecho mucha más demagogia, yo no he hecho ninguna. Podía haber hecho sencillamente, señora consejera, por la modalidad de enfermos que tenemos, por la modalidad de asistencia que hay que prestar, pero me va a permitir que exprese por lo menos mi escepticismo. Si toda la base de este plan, en los primeros años al menos, descansa sobre la Atención Primaria, que nosotros compartimos, o sea, nosotros compartimos que debe ser la Atención Primaria, permítame que seamos escépticos, señora consejera, conociendo cómo está ahora mismo la Atención Primaria de saturada, de masificada, de falta de recursos

humanos... ¿le vamos a cargar eso? No es ninguna carga en el sentido de carga. ¿Le vamos a cargar esto? Veremos a ver. Permítame, señora consejera, que sea escéptico, conociendo —y eso también me lo permitirá— como conocemos desde aquí la Atención Primaria. Por lo tanto, y termino, yo no quiero sembrar aquí más debates, termino como le he dicho. Primero, los datos que hemos dado no se nos ha rectificado ninguno. Los datos que hemos dado de otras comunidades autónomas son auténticos, son ciertos. Que estamos en la cola o medio en la cola es verdad. Que se podía haber hecho más, bajo nuestro punto de vista, también es cierto. Pero que a pesar de todo ello, señora consejera, por el bien del tipo de enfermo, porque conocemos íntimamente, si quiere usted, cómo es este tipo de enfermos, cuál es la situación, lo que le deseamos de verdad, señor consejera, es que tenga usted muchísima suerte, y desde luego va a contar con nosotros más con el apoyo que con la crítica. En cualquier caso, con el apoyo crítico.

Muchas gracias.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Muchas gracias.

Por el grupo parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor Cayetano Jaime Moltó.

SR. JAIME MOLTÓ:

Señora consejera, primero quiero manifestarle que no interprete como una descortesía el abandono de la Comisión, porque tengo Junta de Portavoces y no voy a poder escuchar su intervención de cierre. En cualquier caso, lo leeré en el Diario de Sesiones.

Yo no quiero entrar tampoco en un debate de la historia. Posiblemente hasta pudiéramos remontarnos más atrás para encontrar respuestas de tipo individual o de tipo privado. Yo hablaba en el planteamiento de respuesta de gobierno desde la propia Administración en materia sanitaria. Por lo que he tenido oportunidad de investigar, comprenderá que yo no soy docto en esta materia y tiene uno que acudir a beber de las fuentes del conocimiento, a través de lo que está publicado.

Yo creo que deberíamos celebrar hoy, al margen de las discrepancias lógicas que se plantean, que en la Región de Murcia políticamente para abordar este asunto tenemos algo ganado. Considero que el hecho de que los grupos parlamentarios, más allá de la coincidencia o discrepancia en la valoración de cómo se ha gestionado esto en los tiempos pasados y las incertidumbres que pueda haber de cara al futuro, tenemos claro que con la salud de la gente no se juega, y en esto ya llevamos algo andado, porque visto el espectáculo de Madrid, considero que son precedentes muy negativos con relación a algo que es fundamental, que es la confianza. Si no nos ganamos la confianza de los pacientes en la Administración y en particular en los profesionales

sanitarios, en la administración de los momentos difíciles, lógicamente contando con la voluntad del paciente pero también acudiendo a eso inexorable que parece difícil de entender, que a veces puede significar el acortamiento de la vida en una situación agónica, el evitar situaciones de falta de confort o de dolor por parte del paciente.

Yo considero que al margen, señora consejera, de la interpretación que usted haga, de si realmente esto no es un plan porque no tenía un planteamiento de financiación y que son bases para desarrollo, yo creo que la columna vertebral de lo que usted ha presentado aquí esta mañana tiene mucho que ver con el plan nacional. Es decir, en los procedimientos, en la configuración está perfectamente insertado, ha bebido lógicamente de ella, y a mí me parece bien. Yo tampoco voy a entrar aquí en una disquisición de la responsabilidad de si es un plan o no es un plan porque no había financiación en aquel momento. Lo cierto y verdad es que estamos hablando del año 2000-2001, o sea, si queremos buscar responsabilidades tenemos para todos los gustos, pero en cualquier caso considero que han sido las bases para desarrollo de este plan regional, que vienen producto, efectivamente, de aquella moción del grupo Popular en el Senado, y que se aprobó por unanimidad y que ha servido para, bajo mi punto de vista, hacer una buena arquitectura de la respuesta asistencial a este problema.

Hay un planteamiento que sí considero que debería ser también de común aceptación en la mañana de hoy. Efectivamente, yo creo que no es un gasto de 2,6 millones de euros, coincido con el estudio de costes que usted ha mencionado, no sé si físicamente está concretado en el papel, pero yo considero que un buen plan de actuación en este asunto puede significar no costes, sino un superávit en términos económicos en la utilización de las urgencias en muchos casos, en la utilización innecesaria hospitalaria de las intervenciones fútiles que se pueden plantear, que en muchos casos dan más satisfacción de la demanda de la familia que la certeza científica de la actuación... En fin, yo considero que si realmente somos capaces de abordar esto, en términos económicos puede ser rentable, socialmente seguro que lo va a ser, pero también puede tener su rentabilidad en el plano meramente económico.

Ahora bien, en esto sí coincido con el señor Carpena, considero que los recursos adicionales en materia de personal que prevén los presupuestos para el próximo año y que seguro que tendrán continuidad para el futuro, y aquí la reflexión es general, pues lógicamente tiene que significar que en materia de Atención Primaria debe haber recursos adicionales a los actuales en este momento para complementar los objetivos fundamentalmente de atención domiciliaria, que yo creo que va a ser el mayor campo de respuesta en materia paliativa que vamos a dar en los próximos tiempos.

Y nada más, simplemente decir que estamos de acuerdo con el plan y que el próximo año se prevé una evaluación inicial ya de las primeras medidas. Estaremos en

ello. No sabemos a quién le tendremos que pedir ese estudio de evaluación. En cualquier caso lo haremos, porque más allá de la responsabilidad política que pueda tener uno u otro, desde luego nos interesa prestar una asistencia de calidad a la población protegida sanitariamente de nuestra región.

Nada más.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Por el grupo parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Lorenzo Gabarrón.

SRA. LORENZO GABARRÓN:

Gracias.

En la sociedad en la que estamos moviéndonos actualmente el objetivo fundamental del médico siempre es curar la enfermedad, y para ello intenta muchas veces poner tratamientos agresivos para su logro, lo que hace que a veces, al no lograrlo, surja sentimiento de frustración y nos olvidemos de que lo fundamental no es muchas veces curar, sino que cuando no se puede curar el objetivo a seguir es mejorar y cuidar, y que desde la premisa que partimos, de la curación, mejora y cuidado, es de donde surge el concepto de cuidados paliativos, y el objetivo principal de estos cuidados paliativos no es otro que mejorar la calidad de vida del paciente y sobre todo que el paciente sea tratado con la dignidad que le corresponde.

Muchos son los problemas y las dudas que plantea el tema de la atención de los cuidados paliativos a los pacientes terminales, y nosotros pensamos desde el grupo parlamentario Popular que este plan va a disipar todas las incertidumbres que puedan tener los profesionales que trabajan en el Servicio Murciano de Salud, pero que también va a mejorar la asistencia sanitaria a los pacientes terminales en la Región de Murcia, y que los médicos de familia van a desempeñar un papel esencial en la atención al paciente terminal, teniendo en cuenta que estos profesionales son los que atienden en estos momentos a una media de unos cinco pacientes al año que se encuentran en situación de fase terminal, y que están facilitando apoyo psicológico al entorno del paciente y de la familia para ayudar a afrontar el momento de la muerte y el duelo de la mejor manera posible, y evitar luego también que en la familia puedan aparecer enfermedades asociadas a la muerte y al duelo.

Por lo tanto nosotros pensamos que la atención al paciente terminal debe dirigirse a dar respuestas claras, eficaces, a estos pacientes. Y yo quiero terminar con una frase que he leído, que está escrita hace más de cien años y que la hizo Claude Bernard, y que dice de forma clara y concisa lo que son los cuidados paliativos: "Si no podemos dar días a la vida, demos vida a los días". Y yo creo que lo vamos a conseguir.

Muchas gracias.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Yo quisiera agradecer el magnífico desarrollo de esta sesión a todos los grupos y sobre todo a la consejera y a todo su equipo. Y ya, como turno final de intervención y concluyendo la sesión, tiene la palabra la señora consejera.

SRA. HERRANZ MARÍN (CONSEJERA DE SANIDAD):

Gracias, presidenta.

Quiero felicitar a la diputada señora Lorenzo Gabarrón por su intervención y por esa magnífica frase final.

Y al señor Sánchez quería decirle en primer lugar que insiste usted en hablar de historia y en hablar del plan, cosa que me parece fuera de lógica en el momento, porque venimos a hablar de nuestro libro y usted se empeña en hablar del libro de otros, y es evidente... bueno, pues nosotros estamos en cuáles son los problemas, las necesidades y las actuaciones necesarias en la región, y ustedes están en otra cosa, están más en Madrid que aquí en Murcia, y esto que se está viendo aquí en la discusión del Plan Regional de Cuidados Paliativos se ve en otros temas, que ustedes están en los planes nacionales hablando allí.

De cualquier forma, a mí me congratula que ustedes hayan aplaudido y estén dándole todo el peso a un plan que fue un plan de estrategias básicas realizado a instancias del Partido Popular en el Senado, realizado en el Ministerio de Sanidad con una titular miembro de un gobierno del Partido Popular, y que este plan les gustase tanto. Cuando ha llegado el Partido Socialista al Gobierno de la nación lo que ha hecho es transformar el plan en estrategia. Ahora ya la ministra de Sanidad no va a hacer un plan derivado de esas normas básicas o bases para desarrollo, la ministra no hace un plan, ahora la ministra dice que va a hacer una estrategia, y le explico por qué, se lo explico a todos ustedes. Resulta que los planes de salud vienen regulados en el Decreto del Fondo de Cohesión, diciendo que deben ser financiados con fondos de cohesión del Ministerio de Sanidad. Muy fácil, cambiamos el nombre, le quitamos “plan”, ahora le llamamos “estrategia”, y la estrategia ya en ningún sitio dice que tenga que ser financiado. No ocurre nada, los 2,6 millones de euros y lo que sea menester, que es una palabra muy murciana, lo seguirá poniendo el Gobierno de la región, el Gobierno de Ramón Luis Valcárcel, sustentado por el Partido Popular.

Dice usted que me va a pedir información porque le asiste el Reglamento y la lógica, y le asiste la señora García Retegui, evidentemente, que es la que más le asiste en sus intervenciones. De cualquier forma, para todas las actuaciones que sea necesario hacer, nos acogemos al Reglamento, leeremos el Reglamento y haremos lo que el Reglamento diga que hay que hacer, porque somos cumplidores del Reglamento, como somos cumplidores del Plan de Salud, y ustedes están aquí sacando los pies del tiesto diciendo que “es que llevamos seis años, seis años...”. El Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007, que yo sepa no estaba

entonces, como no estaba en el Consejo Interterritorial del año 2000, pero que yo sepa, sin estar yo, lo aprobó también esta Asamblea, y aquí se aprobó que en el plazo de tiempo 2003-2007 se pondría en marcha el Plan de Cuidados Paliativos de la región. Y aquí venimos a dar cumplimiento, entre el año 2003-2007, antes de la finalización de la vigencia del plan, queda todavía un mes y un año entero por delante antes de la finalización de aquello que ustedes también aprobaron, pues aquí está este Plan de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia.

Yo no he venido aquí, es evidente, a rectificar datos de otras comunidades autónomas, no es desde luego mi función, no lo haría nunca. No soy yo quien tiene que hacer esto, pero sí agradezco que usted reconozca que podría haber hecho mucha más demagogia pero no la ha hecho. Yo creo que eso le honra desde luego por dos facetas, como responsable social y representante de los ciudadanos, y también en la que es nuestra profesión, de la que sin duda estoy segura de que ambos nos sentimos orgullosos.

Y yo creo, además, que la apreciación que hace de echarle más carga a la Atención Primaria no se ajusta al conocimiento que usted tiene, seguro, de la Atención Primaria, porque yo creo que no estamos hablando de darle más trabajo a Primaria, todo lo contrario, todo lo contrario, de lo que estamos hablando es de que este trabajo que habitualmente los profesionales de Atención Primaria se encuentran con que el paciente llama continuamente o venga a domicilio, no hay recursos... ahora se va a facilitar con unos equipos de soporte que van a estar permanentemente asistiendo a estos profesionales. Esta es nuestra visión y por eso así lo hemos diseñado, y de cualquier forma no hemos dicho que todo el peso caiga en Atención Primaria, hemos dicho que en este primer año 2007 el programa se inicia con la actuación en Atención Primaria con el soporte de este equipo de cuidados paliativos, el responsable hospitalario, y que al año siguiente se valorarán los recursos hospitalarios para iniciar entonces. O sea, sólo en este primer año no contemplamos cuidados hospitalarios, sólo cuidados de Atención Primaria.

Y ya para acabar, ha hecho referencia a mi alusión de que por desgracia perdimos las elecciones generales, y habla de millones de españoles que se beneficiaron de ello, millones de españoles que, a tenor de los últimos datos de intención de voto del CIES, están reconsiderando su decisión, y por tanto habrá que esperar a que pase un poquillo más de tiempo para ver si aquello de que usted se vanagloria tanto sigue siendo para muchos esa lamentable circunstancia que ocurrió entonces.

La realidad es que ponemos en marcha un plan para los ciudadanos de la región, para atender las necesidades de esa etapa tan sensible como es la de final de la vida, que tanto afecta a muchos ciudadanos, pacientes y familiares, que la región se compromete nuevamente con los murcianos y con las murcianas para atender sus demandas, que la región nuevamente pone recursos sanitarios, que la región entiende nuevamente que la sanidad es una prioridad, que

esto es lo que entiende el Gobierno regional, y que este es el compromiso demostrado con unos presupuestos año tras año y con unas iniciativas que se ponen en marcha año tras año.

Haremos nuestra evaluación de cómo funciona este plan y vendremos a contarla, sin duda. Usted dice: “no sé si vendrá usted”. Lo que debería decir es “no sé si nos veremos más”, que puede significar que no venga yo pero, evidentemente, que no venga usted. Yo desde luego tengo la intención -y espero que así sea- de poder venir a contarles cómo funciona este plan después de al menos el primer año

de funcionamiento, y de venir a seguir dando respuestas a esas necesidades y a seguir atendiendo a los ciudadanos de esta región en este aspecto tan específico, bajo mi punto de vista el más importante para una sociedad, como es su salud.

Muchísimas gracias.

SRA. CARREÑO FERNÁNDEZ (PRESIDENTA):

Se levanta la sesión.

ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA
SUSCRIPCIONES A LAS PUBLICACIONES OFICIALES

* * *

- Suscripción anual al **Boletín Oficial:** 33,28 € (IVA incluido)
- Suscripción anual al **Diario de Sesiones:** 33,28 € (IVA incluido)
- Números sueltos: 1,04 € (IVA incluido)
- El importe de la suscripción se abonará mediante talón nominativo, giro postal o transferencia a la cuenta corriente N.º 33000-4500-3237-6, abierta en Cajamurcia, C/ Angel Bruna, s/n, de Cartagena.

Edita: Servicio de Biblioteca, Archivo, Documentación y Publicaciones de la Asamblea Regional de Murcia
Imprime: Asamblea Regional de Murcia. Dep. Legal MU - 1782 - 2002 ISSN 1695 - 193X