



ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

DIARIO DE SESIONES COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

Año 2017

IX Legislatura

Número 22

SESIÓN CELEBRADA
EL DÍA 30 DE MAYO DE 2017

ORDEN DEL DÍA

- I. Moción 363, sobre estudio y toma en consideración del impulso de un proyecto de playas sin tabaco que se extienda posteriormente a otros entornos abiertos de uso público, formulada por el Grupo Parlamentario Popular.
 - II. Moción 362, sobre estudio y toma en consideración de la implantación de una unidad de disfagia infantil en el Hospital Virgen de la Arrixaca y en el Hospital Los Arcos del Mar Menor, y progresivamente en el resto de las áreas de salud, formulada por el Grupo Parlamentario Socialista.
 - III. Moción 360, sobre estudio y toma en consideración de la posible puesta en marcha de un programa específico de calle para la intervención en salud mental de personas sin hogar, formulada por el Grupo Parlamentario Podemos.
 - IV. Moción 361, sobre estudio y toma en consideración de medidas para evitar la discriminación de personas con VIH, y solicitud al Gobierno de España para que puedan acceder a las fuerzas y cuerpos de seguridad, formulada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.
-

SUMARIO

Se abre la sesión a las 9 horas y 45 minutos.

I. Moción 363, sobre estudio y toma en consideración del impulso de un proyecto de playas sin tabaco que se extienda posteriormente a otros entornos abiertos de uso público.

Defiende la moción la señora **Molina López**, del G.P. Popular.....401

En el turno general interviene:

La señora **López Piñero**, del G.P. Socialista.....402

La señora **García Navarro**, del G.P. Podemos.....403

El señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....404

En el turno final interviene la señora **Molina López**.....405

Votación de la Moción 363405

II. Moción 362, sobre estudio y toma en consideración de la implantación de una unidad de disfgia infantil en el Hospital Virgen de la Arrixaca y en el Hospital Los Arcos del Mar Menor, y progresivamente en el resto de las áreas de salud.

Defiende la moción la señora **Cano Hernández**, del G.P. Socialista.....405

En el turno general interviene:

La señora **García Navarro**, del G.P. Podemos.....407

El señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....408

El señor **Coronado Romero**, del G.P. Popular.....408

En el turno final interviene la señora **Cano Hernández**.....409

Votación del texto definitivo de la Moción 362.....410

III. Moción 360, sobre estudio y toma en consideración de la posible puesta en marcha de un programa específico de calle para la intervención en salud mental de personas sin hogar.

Defiende la moción la señora **García Navarro**, del G.P. Podemos.....410

En el turno general interviene:

La señora **Cano Hernández**, del G.P. Socialista.....411

El señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....413

La señora **González Romero**, del G.P. Popular.....413

En el turno final interviene la señora **García Navarro**.....414

Votación de la Moción 360.....415

IV. Moción 361, sobre estudio y toma en consideración de medidas para evitar la discriminación de personas con VIH, y solicitud al Gobierno de España para que puedan acceder a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Defiende la moción el señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....415

El señor **Navarro Jiménez** defiende la enmienda parcial formulada por el G.P. Socialista.....416

En el turno general interviene:

La señora **García Navarro**, del G.P. Podemos.....418

El señor **Iniesta Alcázar**, del G.P. Popular.....419

El señor **Molina Gallardo** fija el texto de la moción.....420

Votación del texto definitivo de la Moción 361.....420

Se levanta la sesión a las 11 horas y 15 minutos.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Buenos días, señorías.

Vamos a pasar a desarrollar la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales convocada para el día de hoy, 30 de mayo de 2017, a la hora en la que estamos hablando, y el orden del día es el siguiente:

El punto número uno es, actas sesiones anteriores, números 20 y 21, de 8 y 24 de mayo de 2017.

¿Algún grupo tiene alguna alegación al acta?

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Yo no he tenido ocasión de verlas. Si no hay ningún inconveniente en retrasarla para la siguiente comisión.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

No hay inconveniente. Por lo tanto, se retrasa la aprobación de las actas para la próxima sesión.

El punto número dos, señorías, es [moción en comisión sobre estudio y toma en consideración del impulso de un proyecto de playas sin tabaco que se extienda posteriormente a otros entornos abiertos de uso público](#), formulada por don Domingo Coronado Romero, don Javier Iniesta Alcázar y don Víctor Manuel Martínez Muñoz, del Grupo Parlamentario Popular.

En el turno de presentación de la moción, por el grupo parlamentario proponente, durante doce minutos, tiene la palabra la señora Molina.

SRA. MOLINA LÓPEZ:

Muchas gracias, señor presidente.

No voy a agotar el tiempo, porque creo que es una moción, una iniciativa conocida, que de lo que trata es de promover el fin del consumo de tabaco y de promocionar la salud y prevenir enfermedades. Se trata, en definitiva, de crear un registro de playas que promuevan el no fumar. No es tanto prohibir sino una promoción del no uso o el no consumo del tabaco en nuestras playas.

Esta iniciativa no es nueva, ya hay muchos municipios en nuestro país. Fue una iniciativa que se inició en Bayona, empezaron en dos playas y se está extendiendo dicha iniciativa a muchas de ellas. Como digo, muchos ayuntamientos españoles ya están habilitando playas sin humo o playas sin tabaco, porque, entre otras cosas, los residuos que genera el tabaco, especialmente las colillas, tardan en torno a diez años en degradarse en el mar y ese periodo se alarga más cuando se acumulan en la arena.

Cuando llega el verano, nuestras playas, fundamentalmente en nuestra comunidad los municipios que rodean el Mar Menor, son municipios que atraen especialmente a familias, a niños, por sus cálidas aguas, por su buena situación de playas, y que niños pequeños jugando en la arena puedan encontrar colillas y metérselas en la boca es una situación que, es verdad, incluso a los fumadores no les resulta del todo agradable.

En ese sentido, queremos promocionar eso, que en algunas playas se prime tener un plus, de cara también al turismo, de atracción para aquellas personas que les molesta el humo del tabaco, que quieren disfrutar de una jornada en un entorno bastante más saludable y hacérselo posible. Desde el punto de vista turístico cada vez se valoran más las playas limpias, las playas sin humo, y, como digo, tienen un valor añadido para nuestros visitantes y habitantes. A la misma vez, esta iniciativa puede servir para concienciar sobre una desnormalización del consumo, para conservar el medio ambiente y, hablando de los niños, para que no asocien el tabaco a un placer en la playa y evitar también ingestiones accidentales.

Se trata también, en definitiva, en el entorno de nuestra comunidad, de promover un turismo de deporte y de salud. Evidentemente, la nicotina, los alquitranes que contienen las colillas, los restos de colillas que van a parar al mar, pueden también causar la muerte de especies que conviven en el en-

torno marítimo en el que nos movemos, y se puede incentivar, evidentemente, haciendo publicidad, folletos de las playas que pudieran adherirse a esta iniciativa, e incluso para alentar y también gestionar con los promotores turísticos, los cafés, los chiringuitos... que a veces están en las propias playas, iniciativas que promuevan que los ciudadanos, si fuman, pueda ser fuera de la playa, o facilitar en algunos sitios ceniceros gratuitos, ceniceros de papel, o hacer que, por ejemplo, los ciudadanos se impliquen activamente. Sé que muchos jóvenes, muchas veces, todos los hemos visto, estamos en la playa y vemos a niños que se dedican a recoger piedras o incluso a ir acumulando colillas, yo personalmente lo he visto. Entonces, a través de los chiringuitos también poder tener iniciativas que puedan promover que la recogida, por ejemplo, de colillas de algún grupo pueda tener su premio en... no sé, en un refresco.

En definitiva, señorías, de lo que se trata es de hacer, en un entorno de disfrute, en un entorno deportivo, un lugar bastante más saludable.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Molina.

En el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Socialista, durante cinco minutos tiene la palabra la señora López.

SRA. LÓPEZ PIÑERO:

Gracias, presidente.

Bueno, por supuesto, el Partido Socialista, en medidas de este estilo, de fomentar la buena salud, los buenos hábitos, y sobre todo evitar el consumo de algo que, si bien es legal, es nocivo para la salud, y en este caso, como estamos viendo con esta moción, también para el medio ambiente, vamos a apoyarla.

Ya fue el Partido Socialista en el Gobierno de España el que inició grandes medidas que han supuesto una revolución y han normalizado un comportamiento, como es coger un cigarrillo y encenderlo, para evitar que, en este caso los fumadores pasivos, estuvieran sufriendo las consecuencias de aspirar un humo que no querían. Y, como digo, en este caso el PSOE, que fue ya en 2005 cuando empezó a poner medidas en este sentido en el caso de los centros de trabajo, por lo que medidas como la que se plantea hoy por parte del Partido Popular la vemos buena.

Por complementar la intervención de la diputada del Partido Popular, ya que me sumo a lo que ha dicho, yo solo quiero aportar algunos datos más para el debate sobre la moción, que, como digo, apoyamos. Para nosotros esta moción tiene dos objetivos muy claros, uno es un objetivo social y otro es medioambiental. El social está claro, y lo exponía la diputada del Partido Popular, es promover el no consumo del tabaco, por una cuestión de salud, pero también para concienciar a los que vienen, a los más jóvenes, de los problemas y de que no es algo normal. Es decir, evitar la normalización del consumo del tabaco como algo lúdico, como algo divertido, como algo relajado, en un entorno como puede ser el de una playa.

En el caso de España, el perfil medio del fumador es hombre, pero la edad comprendida es de entre 16 y 29 años. Yo creo que esto también, para implantar y promover medidas como esta, nos tiene que hacer reaccionar y tenemos que seguir trabajando en la concienciación de lo que supone el consumo de tabaco entre los más jóvenes.

En el caso de la Región de Murcia, una persona se gasta en tabaco 161,94 euros por persona. Nuestra Región está entre las cuatro comunidades autónomas de España que más gasta en tabaco y por tanto que más consume en tabaco.

Y en el caso de los fumadores pasivos, y yo personalmente soy fumadora pasiva toda la vida y soy gran defensora de todo lo que tenga que venir contra el tabaco, una persona que aspira el humo de un cigarrillo durante una hora inhala lo equivalente a dos o tres cigarrillos, y aspira tres veces más nicotina y alquitrán y cinco veces más monóxido de carbono que el propio fumador. Yo creo que son cuestiones que, como digo, nos tienen que hacer reaccionar para promover medidas como esta.

Y el objetivo medioambiental. Efectivamente, un cigarro tarda diez años en degradarse en el mar, deja una huella de miles de componentes químicos que contienen nicotina y alquitrán, y también tóxicos para la vida marina. Una colilla puede contaminar 80 litros de agua de mar, e incluso puede ser ingerida por animales, que la confunden con comida. Hubo un experimento en el que lanzando una colilla en un litro de agua con peces pequeños, la mitad de ellos morían al cabo de 96 horas, debido a las sustancias tóxicas que contiene el tabaco.

En el caso de España, se ha llegado a calcular que se retiran 90 millones de colillas cada día. Es un dato bárbaro, y por tanto, como digo, para actuar y para reaccionar.

Como bien exponía la diputada del Partido Popular, hay muchas playas españolas que a título municipal empezaron a establecer zonas de espacios libres de humo, playas sin tabaco, y después ha habido comunidades autónomas, como el caso de Galicia o Cataluña, que ya a nivel más autonómico han empezado a regular en su conjunto a todos los municipios, para que implanten medidas de este estilo, que, como ven, no solo están en promover que no se fume en las playas sino también toda una campaña de sensibilización.

Fuera de nuestras fronteras han ido más allá, y en Niza —termino ya, señor presidente—, desde 2012, hay una playa, la del Centenario, que es libre de tabaco, y además se multa con 38 euros por fumar o tirar colillas. Yo creo que aquí tenemos que empezar primero por empezar a concienciar y a sensibilizar, y, bueno, ya veremos a dónde nos lleva este tipo de medidas.

Como digo, la vamos a apoyar.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señora López, además por su precisión y su utilización adecuada del tiempo. Y pasamos al Grupo Parlamentario Podemos, que durante cinco minutos, en el turno general de intervenciones, tiene la palabra la señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señor presidente.

Pues nos parece una iniciativa oportuna la que ha traído hoy el Grupo Popular para debatir en torno al consumo del tabaco, ya que mañana, el día 31, es el Día Mundial sin Tabaco. Posiblemente sea una coincidencia, pero nos parece oportuno que se debata en este momento. Mañana es un día para hacer hincapié en los riesgos sanitarios asociados al consumo de tabaco y es el día para abogar por políticas eficaces que contribuyan a reducir dicho consumo, porque en los últimos años ha descendido el tabaquismo, pero aun así su consumo es preocupante. Y señalo lo de preocupante, porque no voy a dudar de la intención del Grupo Popular con esta medida, que tiene una preocupación por el consumo, el aumento de tabaco, o el humo en espacios públicos, pero hay hechos que indican o nos pueden indicar lo contrario. Y hablo de la supresión del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, un órgano de referencia a nivel nacional en la lucha contra la dependencia del tabaco, que en el ámbito de la prevención desarrolló medidas importantes, como fue el cambio en la normativa para ampliar los espacios sin humo, y que a pesar de tener una función fundamental, con la Ley de Racionalización del Sector Público, se suprimió en 2014, después de ocho años funcionando y de haber llevado a cabo medidas fundamentales e importantes en la prevención y en la reducción del consumo de tabaco.

En cuanto a la iniciativa que hoy se nos trae, como decía, la consideramos importante, porque, por un lado, habla de lo que es el tabaquismo y, por otro lado, lo que suponen los residuos en el mar. Entonces es necesario que para abordar el problema del tabaquismo se vaya implementando medidas o planes integrales de prevención en los que se contemple la reducción del consumo en estos espacios públicos (al igual que con esa modificación de la normativa se redujo el consumo en espacios cerrados), y que se promuevan también esos espacios sin humo evitando su consumo, no solamente la reducción sino evitando su consumo. Así que más que la prohibición estamos en el tiempo de hacer estos debates y esa sensibilización en ese sentido.

En cuanto al problema medioambiental que se señalaba, puesto que las colillas son uno de los residuos que se mantienen en los mares a lo largo de años y años, hablamos en torno a unos diez años, esto supone un grave peligro, como también se ha dicho por la interviniente del Grupo Socialista, para los propios peces que los consumen como si fuese comida y les puede causar la muerte.

En este sentido, señalar que, en relación con los residuos en los mares, la Directiva marco sobre la Estrategia Marina de la Unión Europea identifica la basura en el mar como uno de los ámbitos que hay que abordar para conseguir que todas las aguas marinas alcancen un buen estado medioambiental para el 2020.

En las colillas se podría reducir lo que son los residuos y la contaminación que suponen si estas ya estuviesen compuestas por productos biodegradables. Entendemos que no es necesario esperar a que sea vinculante esta Directiva europea en el año 2020 y se podían adoptar ya medidas que hagan que estas colillas sean biodegradables. Reduciríamos bastante esos residuos, junto también con las medidas que se están adoptando en torno a lo que es el uso de los plásticos.

Decir que en este sentido son necesarias también campañas de sensibilización y concienciación de la limpieza de las playas, usted lo decía, señora Molina, el uso de ceniceros ecológicos sería una buena campaña... En definitiva, es necesario hacer un cambio cultural que nos haga asumir que el mar no es un vertedero.

Es evidente que el tabaco es perjudicial para la salud y que la solución pasa por reducir su consumo, por la prevención, la sensibilización y la educación, y en cuanto al medio ambiente dar herramientas a la ciudadanía para que se les eduque en la recuperación de este medio ambiente y se le cuide, como en este caso hoy que hablamos de playas.

Así que apoyamos esta iniciativa en la medida que es para ir sensibilizando para que cada vez tengamos espacios libres sin humos.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

En el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, tiene la palabra durante cinco minutos el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Nosotros no nos vamos a oponer, lógicamente, a esta medida. Sí quería matizar algunas cosas. Nosotros creemos que este proyecto de impulsar playas sin tabaco tiene que ir más, y en eso estoy de acuerdo con la intervención del Grupo de Podemos, hacia sensibilizar a la gente, hacia la cultura de la salud, la cultura del deporte, hacia los hábitos saludables... O sea, que la gente deje de fumar pero por convicción, no por prohibición, y eso es algo que hay que inculcar desde pequeños. Nosotros por eso estamos muy interesados en ese proyecto de enfermería escolar, porque esa es una de las cosas que lleva ese proyecto, inculcar hábitos saludables, y entre ellos, lógicamente, está el no fumar.

Sí que hay que tener cuidado de que finalmente no nos convirtamos en una especie de Santa Inquisición de la prohibición, porque tampoco creo que eso sea el camino. El proyecto tiene que ir, como digo, más hacia ese impulso de esos hábitos saludables, de esos valores, de esa cultura de la salud, que hacia el hecho de prohibir constantemente cosas y hábitos que no son saludables, pero que la gente libremente decide tenerlos porque son lícitos, son legales.

Y al final ustedes comentan aquí una cosa en su moción que me parece bien, puede ser verdad, pero es un arma de doble filo, dicen que, efectivamente, que los niños vean a gente fumar en las playas les puede incitar a fumar, porque lo ven como algo placentero, la gente fuma porque le agrada y tal, pero el problema es que también pueden ver a gente tomando cervezas en las playas y también es algo placentero y podríamos decir que les incita a beber cerveza, y finalmente vamos a tener que, digamos, escudriñar las neveras de los domingueros que van a la playa para saber si llevan cerveza, si llevan tinto de verano, en fin, que vamos a entrar en una espiral de ver qué es lo que baja cada uno a

la playa que puede ser yo diría que peligrosa.

Por lo tanto sí que lo apoyamos, pero siempre con esa dirección de hábitos saludables, de valores, etcétera, y no con un carácter prohibicionista. La gente tiene que dejar de hacer las cosas por convicción, no porque se lo prohibamos, pero, vamos, que lo apoyamos.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

En el turno de intervenciones tiene la palabra la señora Molina. Durante cinco minutos tiene usted la palabra. Muchas gracias.

SRA. MOLINA LÓPEZ:

Voy a ser más breve.

Yo quiero en primer lugar agradecer la intervención de los representantes de los distintos grupos, y solo quería hacer una referencia al señor Molina. Es verdad que los adultos somos agentes educadores, todos somos agentes educadores, pero un pequeño matiz, el consumo moderado de alcohol, por ejemplo, no es malo, sobre todo de determinados alcoholes, y en cambio el consumo moderado de tabaco sí que es malo, sí que genera una adicción. Simplemente eso, es una opinión personal. Y quería agradecer fundamentalmente, como digo, a todos los representantes, a todos los grupos parlamentarios, el apoyo a esta moción que, como digo, trata de promover tanto actividades relacionadas con la salud, prevención de problemas de salud, y luego también actividades y promover la prevención y el deterioro del medio ambiente.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Molina.

Y pasamos a la votación. Votos a favor. Se aprueba por unanimidad. Muchas gracias a los grupos parlamentarios. Muchas gracias, señorías.

Pasamos al punto número 3, que es [moción en comisión sobre estudio y toma en consideración de la implantación de una unidad de disfagia infantil en el Hospital Virgen de la Arrixaca y en el Hospital Los Arcos del Mar Menor, y progresivamente en el resto de las áreas de salud](#), formulada por doña Consuelo Cano Hernández, del Grupo Parlamentario Socialista.

Para la presentación de la moción, por el Grupo Parlamentario Socialista, durante doce minutos tiene la palabra la señora Cano.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señor presidente.

Buenos días, señorías.

La moción que traemos a debate a comisión en el día de hoy desde el Grupo Parlamentario Socialista es la implantación de una unidad de disfagia pediátrica en nuestro hospital de referencia, el Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca. Esta es una unidad especializada, tal y como reza la exposición de motivos de nuestra moción, en el servicio de atención a la infancia, donde se atienden graves problemas de deglución secundaria a diversas, a muy diversas, patologías a niños en edad pediátrica, más frecuentes de lo que en un principio podemos pensar. También realiza un acompañamiento a las familias durante el proceso de tratamiento.

Los niños que son atendidos en estas unidades presentan una incapacidad para poder deglutir alimento sólido o líquido que puede afectar en diferentes grados, llegando incluso a la incapacidad total de alimentación por vía oral. Las consecuencias de estos trastornos deglutorios son diversas y pueden

llegar a dañar gravemente la salud del niño, por mencionar también la desnutrición que suelen presentar estos niños, por la incapacidad de poder ingerir la cantidad de alimento adecuado a su edad, y son niños que debido a su patrón motor necesitan un mayor aporte calórico. También presentan deshidratación, por la incapacidad de ingerir estos líquidos adecuadamente; problemas respiratorios de repetición o enfermedades pulmonares crónicas, debido a aspiraciones por atragantamiento con la comida o los líquidos, pudiendo llegar a la muerte por asfixia.

Con todas estas cuestiones que pueden presentar estos niños se pueden ustedes imaginar, señorías, la ansiedad que estas familias presentan en la atención a los niños.

Se trata de una necesidad básica del ser humano cuyo trastorno puede tener gravísimas consecuencias para su desarrollo, y es necesario poder ofrecer unas acciones concretas por parte de un equipo de profesionales especializados que atiendan al menor, y, por supuesto, a su familia y a su entorno más próximo, que también necesitan de esa ayuda.

Estas acciones están encaminadas a una pronta detección, prevención y tratamiento de trastornos deglutorios, con una duración que varía en función de las variables, como la edad del menor, la patología que presenta, las dificultades y las complicaciones añadidas (el desarrollo psicomotor y un largo etcétera de factores).

Nuestra comunidad autónoma no cuenta con una unidad de este tipo y su apertura se muestra como una necesidad plenamente justificada. De hecho, ya ha habido algún intento que no ha llegado a materializarse, porque en estas unidades... bueno, tenemos referencias de un montón de ellas que han ido implantándose en distintos puntos del país, y en una de las pioneras, en Madrid, se establecía muy bien que la creación de esta unidad se justificaba por un vacío asistencial que había con escasos recursos especializados para atender a estos niños, eran más de 1 millón de niños los que presentan lesiones cerebrales cada año, que son también atendidos en estas unidades, y más de 30.000 de estos niños tienen discapacidades para toda la vida, como resultado de las lesiones cerebrales.

En fin, en estas unidades se especifica cuáles son las patologías que atienden y demás, y, como les decía, señorías, nuestra comunidad no cuenta con este tipo de unidades y su apertura es una necesidad plenamente justificada. De hecho, ha habido algún intento anterior pero este es el momento en el que tiene que materializarse.

La Asociación Murciana de Disfagia Infantil y Botón Gástrico (AMDIB, fue creada precisamente por la enorme necesidad que tienen estas familias de contar con información y con un sistema sanitario que atienda de manera eficaz a sus hijos, ayuda que va más allá de la atención de urgencia. De nuevo, señorías, en esta moción vemos que la clave está en la rehabilitación, porque podemos concluir que estos niños están atendidos, como seguramente ustedes me van a decir, pero de nuevo estamos en el punto de la detección precoz, que es muy importante en estos casos, y también una buena y adecuada rehabilitación que ponga a estos niños de vuelta a una vida lo más normal posible, que es absolutamente posible conseguirlo.

Señorías, nuestra sanidad es buena, lo sabemos todos y así lo avalan los estudios y comparativas con otros sistemas sanitarios. No obstante, los retos planteados nos obligan a proponer nuevas estrategias para poder atender las necesidades sanitarias de una manera global y lo más humana posible. Nuestro sistema está demasiado centrado en la atención de los procesos más agudos, con una visión muy hospitalocentrista, como se ha mencionado aquí en numerosas ocasiones. Es por ello que siempre llegamos a la detección precoz y a la prevención, acompañamiento o rehabilitación.

Las posibilidades que encontramos están ciertamente mermadas o son nulas llegados a este punto, y este precisamente puede ser el camino que empiece a virar este sistema sanitario en la dirección correcta, más detección precoz, más información y, desde luego, mucha más rehabilitación, de la que se ocuparía esta unidad de disfagia infantil en este caso.

La disfagia y los trastornos de deglución son un problema frecuente en la edad pediátrica, y su prevalencia es creciente, causando una merma muy considerable en la calidad de vida de los menores y de sus familias. Les hablaba antes de la profunda inquietud que les produce este tipo de seguimientos y tratamientos cuando los niños ni comen ni beben adecuadamente, con esas desnutriciones y esa deshidratación que van aparejadas, ya que una correcta rehabilitación solo puede hacerse de manera privada, es decir, con recursos económicos holgados y con una amplia información y formación en la materia, como hemos visto en la prensa y tirando de hemeroteca ustedes podrían fácilmente seguir.

En fin, desde AMDIB nos trasladan que los logopedas trabajan la articulación del lenguaje pero no hay casi profesionales especializados en disfagia, ya que hay que trabajar la musculatura que interviene en la deglución. De contar con la ayuda y la información necesarias, conseguiremos una mejora notable en la calidad de vida de estos pequeños, que podrán ir incorporándose a una escolarización normalizada.

Sabemos que las familias de los niños precisan nuestra ayuda, están esperando la creación de las unidades de disfagia infantil y lo están esperando ya, señorías. En nuestra moción pedimos que se empiece por el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y el de Los Arcos del Mar Menor, para que vayan incorporándose las demás áreas de salud, según posibilidades y recursos. En estos dos hospitales ya hay cierto trabajo en ese sentido y también equilibraría un poquito el tema de la equidad en la prestación de servicios en nuestra región.

Con la creación de esta unidad los pediatras de nuestra región contarán con una potente herramienta para poder derivar a los pacientes y contar con esa necesaria detección precoz de la que hablabamos, y una rápida intervención y rehabilitación, con logopedas expertos en deglución y poder tener un seguimiento individualizado e integral con todos los profesionales llamados a formar parte de la unidad, tanto de las distintas especialidades médicas como de logopedia, fisioterapia, nutricionistas, etcétera.

Otras unidades a lo largo y ancho del país, ya les decía, señorías, son hoy una realidad en la que podemos fijarnos, aunque contamos en nuestra región con suficiente experiencia.

Pido a sus señorías que consideren positivamente esta petición que trae el Grupo Parlamentario Socialista esta mañana a esta Comisión y que la realidad de la unidad de disfagia infantil sea un hecho en breve.

Muchísimas gracias, señorías.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Cano.

Y en el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Podemos, durante cinco minutos tiene la palabra la señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Muchas gracias, señor presidente.

La señora Cano ha hecho una descripción de lo que supone la disfagia en menores, en la población infantil, que, como bien ha dicho, es una realidad que preocupa a los familiares de estos menores por las consecuencias que puede tener. Pero la disfagia no solamente la puede padecer la población infantil sino que también se da en población adulta, en personas que han sufrido un ictus, que tienen párkinson, alzhéimer, esclerosis múltiple, pacientes con procesos oncológicos que están en tratamiento de radioterapia y quimioterapia... Entonces, quizás la petición no sería tanto una unidad de disfagia pediátrica sino sería la puesta en marcha de una unidad de atención integral de la disfagia, que pudiera atender todo tipo de disfgias causadas por diversas circunstancias y para todas las edades, porque también es cierto que estos menores llegarán a ser personas adultas.

Y, como bien decía la señora Cano, existen ya dos unidades pediátricas de disfagia en el Hospital de la Arrixaca y en el Hospital Los Arcos, que posiblemente tienen carencias, tienen problemas en su dotación y funcionamiento, pero estas dos unidades ya están atendiendo a estos menores.

Creemos, por tanto, que hay necesidades más acuciantes y necesarias que hay que priorizar en la atención de la población infantil, y por ello creemos que antes de hablar de unidades concretas sería necesario realizar un debate en torno a las necesidades de la población infantil, de la salud infantil, y realizar un mapa de salud comunitaria de la infancia.

Creemos que sin este mapa de necesidades podemos estar todas las semanas hablando de distintas unidades que necesita la población infantil, niños y adolescentes también. Entonces creemos que es necesario definir un plan de atención integral y continuada al niño y al adolescente, con programas

de prevención, de detección precoz, de diagnóstico, de atención, de seguimiento y rehabilitación en los casos de pérdida de la salud y de situaciones de riesgo.

Creemos que es necesario, que la prioridad sería crear un grupo de trabajo multidisciplinar que pueda revisar, actualizar y adaptar el Programa de Salud Infantil, teniendo en cuenta los avances y las evidencias científicas en este momento, y que contemple también las nuevas expectativas y necesidades de atención y que los resultados que se puedan esperar en salud de la población infantil ocupen desde la etapa prenatal hasta la adolescencia.

Creemos que tenemos que ocuparnos fundamentalmente de la salud mental de la población infantil y juvenil, de la patología del adolescente, de la pediatría social y ambiental... En definitiva, tenemos que establecer las necesidades basadas en un análisis profundo de la salud infantil, estableciendo prioridades, y sobre todo con respeto de todas las enfermedades que actualmente sufren estos menores y teniendo en cuenta todos los problemas de salud que vienen sufriendo. Pero creemos fundamental que se haga este plan de atención integral y continuada, que abarque a los niños en su etapa prenatal y que llegue hasta la adolescencia. Y, como decía, si no hacemos este debate en torno a la salud infantil podemos estar todas las semanas hablando de necesidades específicas y de unidades específicas para ellos.

Nada más. Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

En el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, durante cinco minutos tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Voy a ser muy breve. Nos parece preceptiva y adecuada la propuesta del Partido Socialista y por lo tanto la apoyamos.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

Por el Grupo Parlamentario Popular voy a intervenir yo.

SR. INIESTA ALCÁZAR:

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Coronado.

SR. CORONADO ROMERO:

Muchas gracias, señor presidente.

Yo voy a hacer solo algunas precisiones, porque nos vamos a sumar a la propuesta del Partido Socialista, que no inhabilita para nada que nosotros sigamos estudiando toda la patología relacionada con el mundo infantil, no lo imposibilita. Lo que no podemos hacer en determinados momentos es llegar a la parálisis por el análisis.

En este caso, la necesidad que se plantea aquí es una necesidad específica, concreta y detectada. Es decir, hay muchos profesionales desde el punto de vista asistencial que entienden que la puesta en funcionamiento de una unidad de estas características es necesaria, igual que hay otras en España. Ya digo, eso no significa que nosotros dejemos de analizar toda la problemática que afecta al mundo infantil.

De todas formas, seguramente, ustedes se preguntarán y por qué hace falta esta unidad y de qué

estamos hablando. Es que estamos hablando de que la supervivencia en niños con patologías graves, con parálisis cerebral, por ejemplo, que antes era mínima, ahora conseguimos casi cronificarla. Entonces, hay patologías que antes llevaban a la muerte a los niños, a los bebés y a las niñas nada más nacer y ahora siguen viviendo durante mucho tiempo, gracias a Dios, y eso hace que tengan unas necesidades que antes casi no eran detectables.

¿Y por qué en la Arrixaca? Porque aparte de que tiene que ser en principio una unidad de referencia regional, porque los profesionales necesitan tener casos clínicos adecuados para mantener las habilidades, en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca es donde más niños nacen, una cosa tan sencilla como esa, y es donde más especialidades hay.

Yo tuve la oportunidad de debatir la puesta en marcha de la Unidad de Disfagia Infantil del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca con los objetivos específicos de la unidad y quiénes la tenían que componer (un gastroenterólogo, un otorrino, un neumólogo, un neurólogo pediátrico, un psicólogo clínico, un logopeda, dietistas...), y, bueno, a mí me parece que ahora mismo los niños y niñas están atendidos pero de una manera dispersa. Entonces, los profesionales lo que proponían era establecer un circuito que fuese lo más parecido a una unidad posible que hiciese que la atención a esta patología no llevase a que los niños tuviesen que recorrer el hospital cada vez que van.

Yo creo que es oportuno el que nosotros desde la Asamblea impulsemos la creación de esta unidad, y a mí me gustaría que no constase ningún área más y que todas fuesen igual. Aunque yo sé que hay profesionales que han tomado la iniciativa en el Hospital Los Arcos, le aseguro, señora Cano, que estos profesionales existen en todas las áreas de salud y en todos los hospitales. Lo único que pasa es que a veces hay profesionales que ven un caso que les afecta de manera directa y entonces se ponen más las pilas que otros, por así decirlo, pero la necesidad de implementarlo en los distintos hospitales de la Región yo creo que la tenemos que ir consiguiendo poco a poco, pero desde luego, lo básico, yo le pediría a usted que lo dejásemos en unidad de referencia regional y con implantación progresiva en el resto de las áreas, y desde luego nosotros estamos por apoyarlo, porque nos parece que es una unidad sentida, con gente concreta, y además con niños y niñas que son extremadamente débiles, y que ahora, debido a los avances de la medicina, hemos conseguido que vivan durante muchísimos años, y lo que tenemos que ofrecerles es calidad de vida a ellos y a sus familias, a su entorno.

Por lo tanto, nosotros vamos a apoyar la creación de esta unidad, si usted me permite eso, que sea unidad de referencia con implantación progresiva en el resto de las áreas.

Muchísimas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

En el turno final, durante cinco minutos tiene la palabra la proponente de la moción, la señora Cano Hernández.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señor presidente, y gracias, señorías, por compartir con nosotros la necesidad de la creación de esta unidad, unidad que trata a muchísimos niños y con distintas patologías, como les decía antes, desde el daño cerebral secundario con malformaciones del sistema nervioso central, con síndromes genéticos, hay también infecciones cerebrales por meningitis, por encefalitis, tumores, hemorragias y un largo etcétera, también se ocupan de atender a los niños en estimulación temprana, niños de riesgo, prematuros y de bajo peso, sufrimiento perinatal... en fin, dificultades de aprendizaje y alteraciones conductuales y/o emocionales también estarían dentro, amén de otras patologías oncológicas, cardíacas, renales, etcétera.

Estoy de acuerdo que la necesidad de la unidad de disfagia la hemos pedido infantil porque está plenamente justificado, pero también necesitaríamos que se ordenen del mismo modo y se protocolicen las actuaciones para la disfagia en general, como apuntaba la señora Navarro.

Estas unidades, decía, no están funcionando, no hay una unidad de referencia. Sí es cierto que es-

tán siendo atendidos los niños en lo urgente, pero este circuito de rehabilitación y de detección precoz no está definido, y una unidad sería la manera de protocolizar esta atención y rehabilitación que es donde más carencias se presentan.

Señor Coronado, que en nuestra moción pidiésemos también el Hospital Los Arcos, al margen de que estaban interesados en el tema y han estado trabajando, al igual que seguramente lo habrán hecho en otras áreas de salud, sencillamente está ahí y aparece por un criterio de equidad en el territorio, en lo que es la prestación de los servicios sanitarios, pero he de decirle que aceptamos su propuesta de que se convierta el Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca como el hospital de referencia y se incorporen distintas unidades para tratar la disfagia infantil en el resto de las áreas de salud de nuestra región, siempre y cuando sea necesario y se establezcan los parámetros de esta atención, y, por supuesto, no queremos dilapidar ningún dinero público, pero si está justificado estamos seguros de que se estudiará y así se pondrá.

Entonces sí, aceptamos esa enmienda improvisada, estamos todos de acuerdo. La aceptaremos para que así aparezca el Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca como hospital de referencia y la incorporación, que dice también lo que pedimos, del resto de áreas de salud conforme sea posible y justificando siempre su implantación, claro.

Muchísimas gracias, señorías.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Vamos a pedir la pronunciación sobre si aceptamos tal y como va a quedar la moción ahora.

¿Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía está de acuerdo? ¿Podemos? ¿Partido Socialista? Y el proponente. Estamos todos de acuerdo.

Pues pasamos a votar la moción. Votos a favor de la moción. Se aprueba por unanimidad. Muchas gracias.

Volvemos a repetir la votación porque he tenido un lapsus. Vamos a votar, señorías. Votos a favor de la moción. Votos en contra de la moción. Abstenciones. Ocho votos a favor y una abstención. Se aprueba la moción, señorías. Muchas gracias a todos los grupos parlamentarios.

Y pasamos al punto número cuatro, que es [moción en comisión sobre estudio y toma en consideración de la posible puesta en marcha de un programa específico de calle para la intervención en salud mental para personas sin hogar](#), formulada por doña Mari Ángeles García Navarro, del Grupo Parlamentario Podemos.

Para la presentación de la moción, por el grupo parlamentario proponente, durante doce minutos tiene la palabra la señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Muchas gracias, señor presidente.

Bien, señorías, la protección de la salud ha de abarcar a la persona y a las circunstancias de manera global que vive esta persona. La equidad obliga al Gobierno a garantizar el acceso de este derecho a la salud a todos los ciudadanos y ciudadanas, especialmente a los más vulnerables.

Este año 2017 es el año de la salud mental en España y es un año para poder incidir, señalar estas necesidades, ponerlas sobre la agenda política y poder tomar decisiones que sirvan para mejorar la vida de estas personas. En concreto, las personas en situación de sin hogar son, por una parte, las personas con mayor riesgo de padecer tanto un trastorno mental como de iniciar un proceso de adicción, y por tanto donde se dan mayores porcentajes de diagnósticos. De entre las personas sin hogar, un 72% sufre enfermedades mentales, y un 58%, adicciones. Algunas de estas personas sufren su primera crisis de salud mental antes de llegar a la situación de sin hogar, y otras comienzan con la patología mental estando en la calle. dado que se trata de una situación, muy, muy estresante. Si la enfermedad mental no es la causa del proceso, sí que influye en el mantenimiento del “sinhogarismo”.

Cierto es que a lo largo de los últimos años se han incrementado las ayudas específicas a las personas sin hogar, pero estas ayudas no se han dirigido a las bases de la etiología de dicha situación, distribuyéndose la mayor parte entre albergues, comedores sociales y actividades de emergencia. Y a

pesar del aumento de estas ayudas, existen grupos, dentro de este colectivo, que resultan más vulnerables, sobre todo las personas, como decía anteriormente, que tienen enfermedades mentales, sobre las que hay que intervenir de forma diferente.

Treinta años después de la reforma psiquiátrica en nuestro Estado, las personas en situación de sin hogar con trastornos mentales continúan sin encontrar una respuesta integral y especializada. La carencia de redes personales y familiares de estas personas exige que las fórmulas y protocolos de atención contemplen su especificidad en la prevención y tratamiento de trastornos mentales, y a esto hemos de añadir que muchas personas en situación de sin hogar, con trastorno mental, no tienen diagnosticada su enfermedad o su diagnóstico no ha sido actualizado.

Por ello consideramos necesaria la creación de programas de atención específicos, que permitan realizar un seguimiento psiquiátrico, asegurando la continuidad de cuidados, dentro de un marco de verdadera coordinación entre los recursos existentes. Teniendo en cuenta los problemas clínicos, facilitar únicamente alojamiento y servicios sin tratamiento es negativo. Aunque cierto es que muchas de estas personas sin hogar y con trastorno mental o patología dual acuden a hospitales y a otras instituciones, pero buscan más solventar sus necesidades básicas que someterse a tratamiento.

Los servicios que se ofrecen a las personas sin hogar con trastorno mental deberían presentar un clima especial, donde los usuarios recibieran un trato adecuado, mejorando el acceso. Estos servicios deberían ser flexibles y multifacéticos, facilitando tratamientos individualizados adaptados a la cultura de cada usuario de forma continuada. Tendrían que ser prestados por equipos específicos para la atención a estas personas, a las que no alcanzan los servicios de salud habituales, y con cierta frecuencia se hacen visibles como pacientes repetidores o de puerta giratoria en servicios de urgencias y en unidades de agudos. Deben ser servicios de equipos clínicos y sociales que recorran las calles, equipos móviles que mantengan contactos personales con los usuarios, combinando tratamientos psicológicos y sociales con el seguimiento personalizado del caso, y la asistencia, en su caso, en unidades hospitalarias psiquiátricas.

Señorías, ante la complejidad de las enfermedades de las personas en situación de sin hogar y de las condiciones de vida, es necesario que desde la Consejería de Sanidad, junto a la de Familia, se lleve a cabo de manera conjunta un programa específicos de calle para la intervención en salud mental para personas sin hogar, que cambie la metodología asistencial, debiendo para ello dirigirse el equipo multidisciplinar móvil al lugar donde se encuentran las personas, consiguiendo así una verdadera coordinación entre los ámbitos sociales y sanitarios. Un equipo que proporcione atención y seguimiento psiquiátrico, que implemente y mejore la continuidad de cuidados, que acompañe en los procesos y que garantice la atención sanitaria, de manera que se pueda favorecer el enganche al resto de recursos de la red social y sanitaria.

Y esta es nuestra propuesta. Son personas que están en la calle, como decía, que no reciben esa atención continuada, porque no suelen acudir a los centros de referencia para poder recibir esta asistencia acorde a sus necesidades y adaptada a las vivencias que cada uno, según su cultura, tiene en su situación de sin hogar, viviendo en la calle.

Y sobre todo señalar también la vulnerabilidad de las mujeres que viven en la calle, que aparte de estas enfermedades mentales, un deterioro de su salud mental importante, sufren acoso y violencia. Así que entendemos que tienen que ser unos equipos que se dirijan específicamente y atiendan a estas personas en la situación en la que se encuentran, o sea, en la calle.

Y nada más. Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

En el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Socialista, durante cinco minutos tiene la palabra la señora Cano Hernández.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señor presidenta.

La moción que trae a debate el Grupo Parlamentario Podemos pone encima de la mesa una cuestión que tiene múltiples caras y posibilidades de abordaje, y lo hace con la idea que ha sido expuesta en innumerables ocasiones, de aunar las actuaciones sociales y sanitarias para lograr el objetivo de eficacia necesario para tan compleja tarea.

Cuando nos enfrentamos al “sinhogarismo”, fenómeno creciente que azota a nuestros pueblos y ciudades, encontramos seres humanos que han perdido las brújulas de sus vidas y se muestran sobrepasados por una situación de auténtica supervivencia. Tal y como hacen en su exposición de motivos, los usuarios que acuden a hospitales u otras instituciones buscan más solventar sus necesidades básicas que someterse a cualquier tratamiento. Es una obligación de nuestra sociedad dar respuesta a los que más lo necesitan y, en este caso, aunque ellos mismos no sean conscientes o incluso declinen la ayuda en algunos momentos.

El objetivo a perseguir debe ser mejorar su estructura y calidad de vida, aunque persista sintomatología psicótica o cualquiera que sea, según apunta una interesante tesis doctoral del Departamento de Psiquiatría sobre personas sin hogar y salud mental en la ciudad de Murcia, realizada por la psiquiatra doña Amanda Trigo Campoy. Esta tesis hace un estudio en profundidad de esta realidad en la Región de Murcia, por lo que podemos concluir que está lo suficientemente evaluado.

El SEMAS, el Servicio de Emergencia Móvil y Atención Social del Ayuntamiento de Murcia, RAIS, Jesús Abandonado y Traperos de Emaús son los que se ocupan en este momento de dar salida y de dar respuesta a distintas problemáticas conectadas con el tema que estamos debatiendo.

La respuesta desde los centros de salud mental es insuficiente, lo sabemos, así como también lo es la de los equipos de atención asertivo-comunitarios, porque solo hay un equipo en Murcia. Es común la queja en ese sentido, de que la intervención debería ser más y mejor, y desde luego coordinada entre los centros de salud mental, los servicios de urgencia, el SEMAS y las organizaciones del tercer sector, que son las que actualmente están ocupándose también muchísimo.

Sin duda, se debe mejorar la coordinación entre la red asistencial, los servicios sociales y las organizaciones del tercer sector. Compartimos esa preocupación y la apoyamos, desde luego. Habría que discutir en el ámbito profesional cuál es la mejor manera de intervenir, pero no está claro, nos apuntan desde distintos sitios, que la solución sea la creación de esta unidad especializada, pero desde luego, como el tema está sometido a estudio y consideración, confiamos en que ese mejor circuito, se llame unidad especializada o se llame como se llame, llegue a buen fin.

En España los servicios para la inclusión social y de atención sanitaria a las personas sin hogar con enfermedad mental grave están en proceso de creación y desarrollo, por lo que no existe un modelo claramente definido. Estamos pasando de un modelo plenamente asistencial, de coberturas necesarias primarias, como el alojamiento, la comida, la ropa, estructurado alrededor de organizaciones religiosas y de caridad, a unos cambios en este modelo asistencial, a una intervención psicosocial y de salud más activo, personalizado y con claros objetivos de reinserción que deben ser el último fin a perseguir. La dificultad a vencer es la escasa coordinación sociosanitaria en el Estado y también en nuestra Comunidad Autónoma, junto con la dispersión de servicios y prestaciones, tanto públicas como privadas, en la atención a las personas en esta situación, genera disparidad de modelos o propuestas de intervención que deben ser coordinadas y aunadas. Enfoques más modernos proponen considerar el alojamiento de forma más independiente a la estabilidad clínica. En la actualidad Jesús Abandonado también tiene un piso de atención a estas personas.

En todos los estudios sobre pobreza se observa que las personas más pobres acceden peor a los servicios que las personas de un mayor poder económico, por lo que es lógico pensar que las personas sin techo, como paradigma de pobreza, acuden menos a los servicios sociosanitarios que la población en general.

Si vamos a los datos que nos ofrecen también en esta tesis que les decía antes, por ejemplo, el 80% de estas personas acuden a las urgencias hospitalarias, frente al 20% que jamás acudieron a los servicios de atención primaria, bien por el empadronamiento, por la falta de tarjeta, por... en fin, una serie de circunstancias que vienen aparejadas a la realidad de cada persona, pero, desde luego, ese 80% de atención en urgencias hospitalarias sí que podría bajar con una mejor atención.

En fin, nuestra propuesta, no sé si en forma de moción accidental o puede ser sencillamente teni-

da en cuenta, este plan de salud mental, que tenemos pendiente y que aprobamos en esta Asamblea, podría contemplar una medida específica que mejore la continuidad asistencial de estos pacientes, una respuesta ágil de los servicios de salud mental de área y servicios de urgencias en coordinación con los servicios sociales y organizaciones del tercer sector, y también sería interesante pedir que esta medida, cualquiera que sea, se llame unidad o se llame... bueno, lo que sea, en este plan de atención de salud mental, se evalúe a medio plazo. Pensamos que es importante que esta evaluación se haga para saber si está funcionando.

Muchísimas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Cano Hernández.

En el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, durante cinco minutos tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Pues, efectivamente, yo creo que en este tema habría que preguntarse aquello del huevo y la gallina: ¿qué fue antes, la enfermedad mental que te llevó a la calle, o la calle, que te llevó a la enfermedad mental? Es cierto que muchísima gente que está en la calle tiene patologías mentales, y algunos, que a lo mejor no tienen patologías mentales graves sí que tienen una situación de estrés, lógico, porque, claro, estar en la calle solo, sin nada, pues tiene que producir un estrés difícil de llevar, que puede terminar en algún tipo de patología más o menos grave. Por lo tanto, yo diría que casi todo el mundo que está en la calle, sin techo, sin hogar, necesita algún tipo de ayuda psicológica y psiquiátrica.

Estamos de acuerdo en que es necesario ese tratamiento de salud mental y que se cree un equipo específico, un equipo específico multidisciplinar, porque son muchas las cosas en las que hay que ayudar a esta gente, no solo en las de carácter mental, aparte están las materiales, como es lógico, pero no tenemos tan claro, eso sí, que se cree una especie de brigada volante que vaya peinando la ciudad o que vaya puntualmente a un sitio porque le llame la policía para tratar a una persona, que en muchas ocasiones son personas que no quieren ser tratadas, son personas que rechazan incluso la ayuda de ir a un centro para dormir por la noche y tal, porque, bueno, quizá por esas patologías mentales o, simplemente, porque son personas problemáticas que quieren estar solas.

Por lo tanto, no sabemos si esa brigada que va a ir a los sitios va a ser tan operativa o va a ser realista. Nosotros pensamos que es más interesante que sí, que se detecte, por supuesto, a esa gente, y que se les derive a estos grupos específicos, multidisciplinarios, pero más una derivación que un ir allí a ver si se les puede ayudar o no. Eso lo vemos... no sé, poco realista. De todas formas, es como ustedes han decidido hacer la moción, y al final va a ser la cruda realidad la que va a decir si realmente se pone en marcha esta medida, si ir allí es eficaz o no, o si es mejor derivarlos a un sitio donde esté ese equipo multidisciplinar. Nosotros se la vamos a apoyar, pero ya le digo que en ese punto tenemos dudas.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

Señorías, en el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora González Romero.

SRA. GONZÁLEZ ROMERO:

Muchas gracias, señor Coronado.

Todo lo que se ha dicho aquí esta mañana es la pura realidad o la cruda realidad, pero también es de justicia decir que para la atención en salud mental a personas sin hogar la Consejería de Salud cuenta con varios dispositivos asistenciales que actúan coordinadamente. En concreto, los equipos de tratamiento asertivo-comunicativo trabajan exclusivamente en el medio del paciente y están destinados a la identificación, captación y vinculación asistencial del colectivo antes referido, coordinados con los servicios sociales municipales y los programas especializados, como el programa de acompañamiento, que se dirige a personas en exclusión social.

Los equipos de tratamiento asertivo-comunicativo tienen larga experiencia y trayectoria en Murcia, Cartagena y Lorca. Recientemente se ha constituido otro de estos equipos en Yecla, que ha recogido, en coordinación con los servicios municipales del área, veinte casos detectados por los servicios sociales en estos dos meses que lleva funcionando. Caravaca también ha constituido un equipo de seguimiento domiciliario.

En la actualidad, es cierto que no existe ningún equipo de calle para personas sin hogar específicamente constituido, pero sí se ha aprobado ya un protocolo de coordinación sociosanitaria para el trastorno mental grave y la drogodependencia, promovido por las consejerías de Salud y la de Familia, que permite y promueve la coordinación entre los equipos de salud mental, los servicios sociales y el tercer sector.

Yo creo que este protocolo de coordinación, que lleva funcionando relativamente poco, es fundamental y nos podría servir de base para implementar esta propuesta que hace esta mañana Podemos. A modo de ejemplo, en la última jornada de coordinación sociosanitaria celebrada en el área VII, de Murcia, participó Jesús Abandonado, y el tema de las personas sin hogar saldrá en las próximas conclusiones, porque es un tema que no solo debatimos en esta Comisión, sino que las diferentes asociaciones y el Gobierno, en concreto la Consejería de Salud y la Consejería de Familia, ya están abordando este problema.

Como he dicho antes, este problema es una realidad y por lo tanto vamos a aprobar esta iniciativa que trae esta mañana el Grupo Parlamentario Podemos.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora González.

Y en el turno final, durante cinco minutos tiene la palabra a proponente de la moción, la señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señor presidente.

Gracias al resto de los grupos parlamentarios por el apoyo que han manifestado a esta iniciativa, una iniciativa que, como vemos, es necesaria, es necesario ese programa específico de calle, porque, como he dicho en mi intervención y también así por el resto de grupos parlamentarios, es cierto que se están prestando ayudas a las personas que viven en la calle, personas sin hogar, pero son recursos de necesidades básicas, de comida, techo..., ayudas que se establecen entre albergues, comedores sociales o de emergencia, pero estas personas tienen una cultura de calle que en ocasiones dificulta que puedan acceder a estos servicios de salud.

Decía el señor Molina que mucha gente quiere seguir viviendo en la calle. Entonces, esto sería una manera diferente de actuar con estas personas, acercándose a la calle el equipo para poder tratar a estas personas, en función de la cultura que cada uno vive y que les hace en ocasiones mantenerse todavía en situación de calle, para que, una vez conecten con estas personas, de ahí sí puedan trasladarlas y engancharlas, como decía, al resto de recursos de la red social y sanitaria, porque el mantenerse estas personas en la calle lo que hace es llevarlas continuamente a servicios de urgencia y a unidades de agudos, no solucionando su enfermedad.

Y también decía en mi intervención que son personas que en ocasiones no están ni diagnóstica-

das, y si la enfermedad mental está infradiagnosticada en las personas que no estamos en calle, lo mismo ocurre, con una mayor incidencia, en las personas que están en la calle.

Entonces, esta era nuestra propuesta, hacer ese programa específico de calle que cambie la metodología asistencial. Entendemos que el equipo se tiene que dirigir a estas personas, como decía, adaptado a la cultura de cada uno, pero en definitiva serán las personas que pongan en marcha este programa, de la Consejería de Sanidad y de Servicios Sociales, las que definan cómo se ha de llevar a cabo para que tengan estos resultados. Y también que sea un programa evaluable y que, en función de los resultados que se vayan obteniendo, se pueda ir modificando, mejorando o, en todo caso, incluso, como decía la señora Cano, quizás se tenga que integrar en el Plan Integral de Salud Mental, que también aprobamos aquí en esta Asamblea a propuesta nuestra, pero en este caso queremos incidir y señalar la necesidad que tienen estas personas sin hogar con este programa específico de calle.

Muchísimas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

Pasamos a la votación de la moción. Votos a favor. Muchas gracias, señorías, se aprueba por unanimidad.

Pasamos al punto 5 y último del día de hoy, que es la [moción en comisión sobre estudio y toma en consideración de medidas para evitar la discriminación de personas con VIH, y solicitud al Gobierno de España para que puedan acceder a las fuerzas y cuerpos de seguridad](#), formuladas por don Juan José Molina Gallardo, del Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.

Para la presentación de la moción por el grupo parlamentario proponente, durante doce minutos tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Señorías, el virus del sida no se contagia por compartir mesa de trabajo, ni en el servicio en el trabajo, ni porque te tosa o te estornude una persona que está junto a ti, pero sin embargo sigue habiendo discriminación en el ámbito laboral, y probablemente esa discriminación es reflejo de la propia sociedad. De hecho hay un 20% de la sociedad que cree que las personas que tienen sida deberían de ser apartadas en ciertos lugares; imagino que querrían que en los bares hubiera una mesa para la gente con sida o que en los cines hubiera una silla para los sidosos. Y hay un 18% de personas que creen que por ley tenía que publicarse el nombre de las personas que tienen sida como si fueran, por ejemplo, pederastas, que hay algunos países donde se publican las personas que son pederastas.

Por lo tanto, esa discriminación que vemos en el mundo laboral es reflejo de que hay una parte de la sociedad que todavía sigue discriminando a estas personas, y yo estoy seguro de que todos nosotros alguna vez hemos estado en contacto con gente que tiene sida y, lógicamente, no puedes saberlo ni tiene por qué haber ningún problema. De hecho aquí ninguno de nosotros sabemos si alguien tiene sida, cualquiera de nosotros puede tenerlo. ¿Por qué no podemos saberlo? Porque ninguna empresa puede obligar a un trabajador a que se haga la prueba del VIH y menos sin su consentimiento, ni tampoco a que informe si es portador o no del virus o tampoco sobre sus prácticas sexuales. Pero la realidad es que eso existe también, hay empresas y hay organismos oficiales que por desgracia todavía siguen practicando exclusiones con esta enfermedad, y ese es el tema que estamos tratando hoy aquí, en concreto ciertas cláusulas de exclusión que hay en las pruebas de acceso a los cuerpos de seguridad del Estado, cláusulas sobre enfermedades de transmisión sexual.

¿Esto qué es lo que hace? Lógicamente, desincentiva a las personas que tienen sida, los desincentiva para presentarse a esas pruebas y vulnera sus derechos en un aspecto tan vital como es el acceso a un lugar de trabajo.

Ya en 2004 la Audiencia Nacional resolvió a favor del demandante en un caso de exclusión para un puesto de funcionario de Instituciones Penitenciarias, y el juez estimó que la infección del VIH en

sí misma no representa ningún problema como enfermedad transmisible mediante la convivencia del sujeto con otras personas, tanto en el medio familiar como en el laboral o social, y añadió que solo es posible restringir los derechos de las personas seropositivas cuando el desempeño de ese puesto de trabajo suponga la realización de actividades que impliquen riesgos.

El problema, señorías, es que todavía se sigue considerando que este virus es de una transmisión sumamente fácil, vamos, que se transmite por el aire, por decirlo de alguna manera, y eso es absolutamente falso. Todos los informes científicos han dejado muy claro que la transmisión del virus del sida es muy restringida, se transmite en relaciones sexuales con penetración sin preservativo, por compartir jeringuillas, agujas u otro material de inyección o instrumento cortante que haya estado en contacto con la sangre de un infectado, o de madre a hijo en el momento del embarazo, el parto o la lactancia. Está muy claro cuáles son las formas de transmisión de esta enfermedad. Y este estigma y esta discriminación son un obstáculo para esa normalización de las personas que tienen sida, y más cuando ese estigma y esa discriminación provienen de las propias administraciones públicas, como es el caso del que estamos hablando, de esas exclusiones que hay en las pruebas de accesos a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Tenemos que adaptar nuestras normas, que se hicieron hace ya unos años y que son obsoletas, porque en aquel tiempo sí que es verdad que el desconocimiento de la enfermedad era grande, no se sabía claramente cuáles eran las formas de transmisión, y llegó a llamarse “la peste del siglo XX”, pero ahora ya sabemos perfectamente cuáles son sus formas de transmisión, está bastante controlada, y por lo tanto tenemos que adaptar esos reglamentos, sobre todo en las administraciones públicas, para que ese estigma desaparezca, y además seguir las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo sobre este tema, que lo deja muy claro, que hay que acabar con este tipo de exclusiones, de discriminaciones, porque se sabe perfectamente cómo es la transmisión de esta enfermedad y por lo tanto tenemos que adaptarnos. Eso es lo que pedimos en esta moción, esa adaptación siguiendo esas recomendaciones, porque además es de justicia social y sería un avance para la normalización de estas personas que no son apestados.

En cuanto a las enmiendas que nos ha presentado el Partido Socialista, nosotros estamos dispuestos a admitir el punto 1, cambiar la categorización de VIH-Sida como enfermedad infectotransmisible en lugar de enfermedad infectocontagiosa, en eso estamos de acuerdo.

Los siguientes puntos, el 3.2 y 3.3, no, primero porque revisar la necesidad de nuevas prestaciones sanitarias (cirugía y regeneración para la lipodistrofia, reproducción asistida, etcétera) es un tema que nosotros creemos que excede lo que se pide aquí, que es una cuestión de que se quiten unas cláusulas de unos exámenes de ingreso a los Cuerpos de Seguridad.

Y luego la eliminación de los requisitos de las residencias del Imsero y del resto de residencias públicas y concertadas, así como de los centros de día, la cláusula de no padecer enfermedad infectocontagiosa. En fin, nosotros estamos hablando aquí del sida, pero existe otro tipo de enfermedades infectocontagiosas que esas sí que se propagan por el aire, y por lo tanto no vamos a quitar una cláusula que habla de todas en general, estamos hablando nosotros del sida en concreto.

Los otros puntos no los admitiremos, el primero, de cambiar esa categorización, sí.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

En el turno para presentación de la enmienda parcial X-13.403, formulada por el Grupo Parlamentario Socialista, durante cinco minutos tiene la palabra el señor Navarro.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

Gracias, señor presidente.

Más de treinta años después de la aparición del sida las personas VIH positivo no pueden ejercer el derecho a la visibilidad, opción de revelar su situación de seropositivo. Aunque la aparición del virus fue a principios de los 80, se manifestó con especial virulencia y alcanzó su punto álgido en la

década de los 90. La rapidez con que se expandió esta enfermedad y sus terribles consecuencias provocó que parte de los afectados del VIH se convirtieran en apestados y se les aislara socialmente, sufriendo una cruel discriminación que venía a agravar aún más los efectos y el sufrimiento que la enfermedad provocaba en los afectados. Pronto los infectados por VIH y los enfermos del sida fueron apartados de numerosos sectores sociales y laborales, y fueron encontrando cada vez mayores dificultades para el acceso a puestos de trabajo en el sector de la Función Pública. Se desató la serofobia.

No es cierto que todavía pueda afirmarse que el virus VIH/sida sea una enfermedad crónica, pero sí es verdad que los antirretrovirales han traído consigo una mayor esperanza de vida y en la mayoría de los casos han cronificado la enfermedad, y que los afectados pueden tener mayor calidad de vida y realizar su trabajo y su vida cotidiana con total normalidad. Por eso la necesidad de la revisión de los protocolos y de la legislación, que dificultan el cumplimiento de los derechos humanos de las personas seropositivas.

Especial atención merece la categorización del VIH/sida como enfermedad infectocontagiosa, en lugar de infectotransmisible, que provoca que con la legislación en la mano se estén cerrando recursos sociales a personas seropositivas, como son residencias de mayores, centros de día o casas de acogidas de mujeres maltratadas, junto a la posibilidad de participar en oposiciones a determinados cuerpos de la Administración del Estado.

Entre esos puestos a los que no pueden optar este tipo de enfermos se encuentra el Cuerpo de Ayudantes de Instituciones Penitenciarias, la Guardia Civil, militares y Policía Nacional, en cuyas oposiciones las bases de convocatoria de acceso reflejan determinadas exclusiones médicas, que de forma indirecta sirven en muchas ocasiones como excusa para excluir a las personas con VIH, ya que tales bases rechazan a las personas con una enfermedad transmisible, porque se considera, primero, que dicha enfermedad, entre las que se encuentra el VIH, impide a las personas el acceso a poder realizar un determinado trabajo, y, segundo, que no es posible establecer ningún tipo de ajuste o acomodación razonable y proporcional que permita dicho acceso en igualdad de condiciones.

Hace pocos meses, e incluso hoy día, la Dirección General de la Función Pública, el Ministerio de Sanidad y las direcciones generales implicadas basaban y basan esa discriminación en el reconocimiento y protección del derecho a la salud que garantiza el artículo 43.1 de nuestra Constitución, que impone a la Administración la obligación de evitar cualquier circunstancia o situación que pueda significar un riesgo para la salud, por mínimo que este sea, lo que justifica una aplicación rigorista del cuadro de exclusiones médicas. Y como esas administraciones estiman que el trabajo de las Fuerzas Armadas y cuerpos de seguridad del Estado implican un riesgo mayor de contagio, justifican así el que las bases de acceso a tales cuerpos establezcan criterios de acceso diferentes a los que puedan utilizarse en relación a otros cuerpos de la Administración.

Pero todas esas argumentaciones no tienen en cuenta diversas consideraciones que contradicen ese discurso. En primer lugar, es preciso saber que no todos los infectados con VIH desarrollan el sida, ya que los avances producidos en la medicación, los tratamientos y la prevención permiten que muchas personas infectadas con el VIH tengan una vida larga y normal, sin ningún tipo de problemas, e incluso hay muchas personas que tienen VIH y no lo saben, y no les afecta de manera especial durante su vida.

Por otra parte, si bien es cierto que el artículo 43.1 de la Constitución garantiza a todos los ciudadanos el derecho a la salud, no es menos cierto que el artículo 14 de ese mismo código compromete la igualdad de todos los españoles, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Y, además, la igualdad, junto con la libertad, la justicia y el pluralismo aparecen como valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 1: “España se constituye en un Estado social y democrático de derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”. Lo que técnicamente significa que la igualdad es un principio general del Derecho, y cualquier medida o disposición que atente contra ese principio sería *contra legem*.

El presidente del Cesida, la Coordinadora Estatal VIH/sida, Juan Ramón Barrios, ante la negativa respuesta de las administraciones sobre la eliminación de las trabas administrativas en las bases de

las oposiciones de acceso a los cuerpos de seguridad del Estado, explicaba que la justificación que hacía la Administración para mantener esas condiciones discriminatorias no responden a la legislación vigente, las recomendaciones por las que se rigen estas normativas están obsoletas, son de 1995, y aunque existen diferentes referencias normativas a partir de las que se podría limitar el acceso y el desempeño de una persona con VIH en los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, estas hacen referencia a que sea el estadio clínico de la enfermedad el que impida la realización de las tareas habituales de la profesión, pero en ningún caso a la posibilidad de transmisión del VIH a otra persona.

Pero parece ser que las cosas están cambiando, y hace unos pocos días, en la reunión que mantuvieron la Federación de Servicios a la Ciudadanía, de Comisiones Obreras, la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales y la Coordinadora Estatal de VIH/sida con la Secretaría de Estado para Función Pública, se planteó la importancia de que la normativa española, en relación al empleo público, recoja las recomendaciones existentes a nivel internacional, como las de la Organización Internacional del Trabajo, así como los avances científicos que ha habido respecto al tratamiento y la transmisión del VIH, siendo esta una cuestión de derechos...

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Señor Navarro, lo siento, pero tiene que ir concluyendo.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

Voy concluyendo, señor presidente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Navarro.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

...siendo esta una cuestión de derechos que también puede ayudar al control y a la respuesta al VIH en España.

Y el nuevo director general de Función Pública, Javier Pérez Medina, reconoció que el cuadro de exclusiones referidas al VIH estaba desfasado, pues no contemplaba los últimos avances científicos sobre esta enfermedad, y se comprometió a recopilar informes técnicos para cambiar dicho cuadro de exclusiones.

Por eso, porque pensamos que es necesario actualizar el cuadro de exclusiones y aplicar los avances médicos, y porque estamos en contra de cualquier tipo de discriminación que atente contra el derecho de las personas y contra nuestro ordenamiento jurídico, vamos a apoyar estas propuestas, que pueden suponer un paso más en la lucha contra la exclusión social y contra la segregación de las personas con VIH.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Navarro.

En el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Podemos, durante cinco minutos tiene la palabra la señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Muchas gracias, señor presidente.

Creo que ya está casi todo dicho, después de las intervenciones que hemos tenido por parte del señor Molina y del señor Navarro, pero quiero señalar una cuestión, y es que esta exclusión es en el sentido de que las personas que quieran acceder a estos puestos de trabajo puedan ser personas que

tienen sida, pero qué ocurre en sentido contrario, cuál es la relación que establecen estos miembros de los cuerpos y fuerza de seguridad que no tienen sida cuando se relacionan con personas que tienen sida. Porque si la Administración pública justifica esta exclusión en el sentido de que es una obligación evitar circunstancias que puedan poner en riesgo la salud, y entiende que estas personas, por el trabajo que tienen que desempeñar, tienen una posibilidad de un mayor riesgo de contagio en el desempeño de sus funciones, qué ocurre cuando se está relacionando con personas que lo sufren. O sea, deberíamos de preguntarnos qué hacen, cuál es el comportamiento, qué actitud tienen. Lo dejo ahí, porque sería para reflexionarlo, ¿no?

Y no puede ser la Administración la que ponga un obstáculo y que siga estigmatizando y discriminando a estas personas que tienen VIH/sida, y tiene que ser la Administración la que dé el ejemplo en normalizar esta situación, y, sobre todo, como ya se ha dicho también, tiene que ser la Administración la primera que cumpla con las recomendaciones sobre el VIH/sida en el mundo del trabajo que establece la OIT.

Por mi parte nada más que añadir. Creo que las intervenciones anteriores ya lo han dicho todo y apoyaremos esta iniciativa.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señora García Navarro.

En el turno general de intervenciones, por el Grupo Parlamentario Popular, durante cinco minutos tiene la palabra el señor Iniesta Alcázar.

SR. INIESTA ALCÁZAR:

Muchas gracias, señor presidente.

Espero no cumplir los cinco minutos, porque, como bien decía la señora García, prácticamente se ha dicho todo del VIH y de los pacientes que ha sufrido durante estos últimos 30 años esta lacra.

Aportar que el Grupo Popular, por supuesto, va a votar a favor de la moción de Ciudadanos, porque yo creo que basándonos en la equidad y en la no estigmatización de este tipo de pacientes es suficiente criterio para que, afortunadamente, podamos hablar del VIH con más tranquilidad, más sosiego, más seguridad y sobre todo mayor supervivencia de vida, que es lo más importante.

Simplemente, añadirles que siempre hay que mirar el lado positivo de todas las cosas. Es algo que yo siempre sigo, y en este caso del VIH ha traído, en concreto al mundo sanitario, fíjense, al mundo de la prevención en el mundo sanitario, cosas positivas. La aparición del VIH destrozó todos los protocolos de seguridad, los destrozó todos, los tuvo que cambiar absolutamente todos. A los primeros pacientes de los que se sospechaba que tenían VIH, incluso me acuerdo de aquellas peticiones de analíticas en las que se ponía “¡ojo!”, lo poníamos como una cosa normal. Aquello desapareció porque era una discriminación. Hay que tener ojo, perdónenme, con todo el mundo, porque nunca sabes quién puede tener o quién puede padecer algún tipo de enfermedad. A mí, personalmente, me pasó en la puerta de urgencias del Hospital Provincial, cuando un paciente -estamos hablando de hace más de 25 años- que no presentaba ningún síntoma externo, se relacionaba el VIH con la aparición de algunas alteraciones cutáneas, alguna pérdida de peso, etcétera, y me acuerdo que me advirtió él: “póngase usted unos guantes, y tal, que soy paciente VIH seropositivo”. Me refiero a la parte positiva que yo he visto de la aparición del VIH, aparte de, bueno, sobre todo la investigación. Hoy la supervivencia es altísima y eso es muy bueno, demuestra la capacidad que tenemos todos, sobre todo los científicos, de buscar soluciones.

Pero también me quiero quedar hoy con lo que cambió los protocolos de seguridad. Yo creo que hoy, no solo a los pacientes de VIH, sino la praxis en los hospitales de los profesionales sanitarios, sobre todo de los médicos y de los enfermeros, es mucho más segura, gracias a la aparición del VIH. Esa es una de las conclusiones que debemos sacar. Por lo tanto, yo creo que el gran paso que queda es terminar con la estigmatización. Hablaba de un 20% el señor Molina. Sí, es cierto, no lo vamos a

negar, todavía hay cierta estigmatización con este tipo de pacientes. Yo creo que es una parte de la sociedad, que también la tiene con otras cosas, sea de la ideología que sea, pero yo creo que afortunadamente eso va a menos. Por lo tanto, si podemos contribuir a ello, yo creo que hoy podemos dar un paso.

Coincido también, señor Navarro, con la apreciación de Ciudadanos con respecto a su enmienda. Yo creo que en aras de aportar hay cosas que se van un poco de la moción. Yo voy a apoyar la propuesta de incluir solo el punto uno de la transacción, que, por cierto, no sería un punto tercero sino que sería un punto segundo a la moción, porque el segundo de la moción original no está aceptado.

Nosotros vamos a aceptar ese primer punto de la enmienda, pero creemos que los otros dos ya sería enredar un poco el objeto de la moción, y yo creo que en este aspecto, aun no estando muy en desacuerdo con el fondo, porque hay cosas que se hacen... en la lipodistrofia, que es lo que es, muchas se tratan, ¿no?, en ese aspecto. Pero, bueno, no desperdiguemos el objetivo de la moción.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

En el turno para fijar el texto de la moción por parte del ponente, el señor Molina Gallardo tiene la palabra durante cinco minutos.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Gracias por el apoyo y por las intervenciones.

Finalmente el texto queda con nuestro punto uno: “Instar al Consejo de Gobierno de la Región de Murcia para que a su vez inste al Gobierno de España a que realice las acciones necesarias para que las personas con VIH puedan acceder a las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado sin ninguna traba, y por tanto se supriman los requisitos de las bases de estas convocatorias que supongan la eliminación directa de candidatos infectados por el virus de inmunodeficiencia adquirida”.

Y luego, a eso se le sumaría el punto 3.1, de las enmiendas del PSOE, que dice: “Cambiar la categorización del virus sida como enfermedad infectotransmisible, en lugar de enfermedad infectocontagiosa”.

Ese sería el texto final.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Gracias, señor Molina Gallardo.

Pasamos a votar la moción tal y como ha quedado descrita.

Votos a favor. Se aprueba por unanimidad.

Muchas gracias, señorías. Muchas gracias a los representantes de los grupos políticos y muchas gracias a nuestra letrada.

Y, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión. Que tengan ustedes un buen día.