



ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

DIARIO DE SESIONES COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

Año 2017

IX Legislatura

Número 24

SESIÓN CELEBRADA
EL DÍA 27 DE SEPTIEMBRE DE 2017

ORDEN DEL DÍA

I. [Moción 405, sobre ayudas a los afectados por la enfermedad inflamatoria intestinal](#), formulada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.

II. [Moción 412, sobre técnicas de coerción en el ámbito de la salud mental](#), formulada por el Grupo Parlamentario Podemos.

III. [Moción 406, sobre ampliación del servicio de urgencias en los centros de salud de Águilas](#), formulada por el Grupo Parlamentario Socialista.

IV. [Moción 407, sobre constitución de una comisión sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad](#), formulada por el Grupo Parlamentario Popular.

SUMARIO

Se abre la sesión a las 9 horas y 30 minutos.

I. Moción 405, sobre ayudas a los afectados por la enfermedad inflamatoria intestinal.

El señor [Molina Gallardo](#), del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, defiende la moción.....447

En el turno general de intervenciones, participan:

El señor [Navarro Jiménez](#), del G.P. Socialista.....448

La señora [García Navarro](#), del G.P. Podemos.....450

El señor [Iniesta Alcázar](#), del G.P. Popular.....450

El señor [Molina Gallardo](#) fija el texto de la moción.....452

Se somete a [votación](#) la Moción 405.....452

II. Moción 412, sobre técnicas de coerción en el ámbito de la salud mental.

La señora [García Navarro](#), del G.P. Podemos, defiende la moción.....453

En el turno general de intervenciones, participan:

La señora [Cano Hernández](#), del G.P. Socialista.....454

El señor [Molina Gallardo](#), del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....455

El señor [Coronado Romero](#), del G.P. Popular.....456

La señora [García Navarro](#) fija el texto de la moción.....458

Se somete a [votación](#) la Moción 412.....459

III. Moción 406, sobre ampliación del servicio de urgencias en los centros de salud de Águilas.

La señora [Casalduero Jódar](#), del G.P. Socialista, defiende la moción.....459

En el turno general de intervenciones, participan:

La señora [García Navarro](#), del G.P. Podemos.....460

El señor [Molina Gallardo](#), del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....461

La señora [Molina López](#), del G.P. Popular.....462

La señora [Casalduero Jódar](#) fija el texto de la moción.....463

Se somete a [votación](#) la Moción 406.....463

IV. Moción 407, sobre constitución de una comisión sobre el envejecimiento de las personas con discapacidad.

La señora [González Romero](#), del G.P. Popular, defiende la moción.....464

En el turno general de intervenciones, participan:

La señora [Cano Hernández](#), del G.P. Socialista.....464

La señora [García Navarro](#), del G.P. Podemos.....466

El señor [Molina Gallardo](#), del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....467

La señora [González Romero](#) fija el texto de la moción.....467

Se somete a [votación](#) la Moción 407.....469

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

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Bien, buenos días.

Señorías, va a dar comienzo la Comisión de Sanidad convocada para el día de hoy y que tiene que desarrollar los siguientes puntos del orden del día:

En primer lugar, la aprobación del acta de la sesión anterior, número 23, de 28 de junio de 2017. ¿Algún grupo tiene alguna alegación al acta? ¿Se da por aprobada? Muchas gracias, señorías.

Pasamos al punto número 2, que es: [Moción en comisión sobre estudio y toma en consideración de la adopción de medidas necesarias para ayudar a las personas que padecen la enfermedad inflamatoria intestinal](#), formulada 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.

Bien, lo peor de las enfermedades inflamatorias intestinales es lo inhabilitante que pueden llegar a ser. Tienen muchos síntomas dependiendo de la gravedad y del tipo de enfermedad que sea, pero si hay uno que podríamos destacar es el de la incontinencia de ciertas necesidades fisiológicas.

Salir de casa se convierte en este caso en un suplicio, ya sea para trabajar o simplemente para disfrutar de un día en la calle.

Vivir pendiente de si tienes a mano un servicio al que poder acudir de inmediato, pues se convierte en una especie de obsesión que condiciona prácticamente la vida de estos pacientes tanto física como psicológicamente.

A pesar de que es una enfermedad poco conocida, sin embargo el impacto social que tiene es bastante relevante, ya que se diagnostica en una fase temprana de la vida, en seis de cada diez casos son de personas de entre veinte y treinta y nueve años, o sea, personas que están, digamos, en un momento de su vida que tienen todo por delante a nivel laboral y a nivel personal, y además es una enfermedad de diagnóstico lento y complicado, el 40 % de los casos se diagnostican en un año, pero de ahí en adelante el otro 60 % puede llegar a pasar cinco años mientras se va buscando qué es realmente lo que tienen.

Esa complejidad exige de la colaboración de distintos especialistas, es decir, de equipos multidisciplinares en los que entran gastroenterólogos, enfermeros, cirujanos, reumatólogos, dermatólogos, nutricionistas, psicólogos, oftalmólogos, etcétera.

Además, las ayudas para estos enfermos son escasas, ya que la tabla de enfermedades discapacitantes está muy anticuada y a la hora de pedir el reconocimiento les ponen muchas pegas para conseguirlo.

Por todo ello, nosotros lo que solicitamos es una serie de medidas que faciliten en alguna medida la vida y la calidad de estos pacientes, y entre esas medidas lo que pedimos lo primero lógicamente es el apoyo unánime a estas personas; favorecer también el desarrollo de actividades que impulsen la difusión, divulgación y conocimiento de esta enfermedad, que, como digo, es poco conocida y sin embargo tiene un impacto social grande, porque seis de cada diez casos son personas muy jóvenes, de veinte a treinta y nueve años; apoyar a la asociación ACCU en Murcia, que está desde hace muchos años llevando acciones de coordinación con la Administración con estos pacientes; y luego la expedición de un carné o tarjeta identificativa del paciente intestinal que lógicamente lo pida, para por ejemplo solicitar al conductor de un transporte público que pueda efectuar una parada excepcional si es posible porque tenga necesidad de bajar, para poder utilizar los servicios de edificios públicos, para poder llegar a un acuerdo con los restaurantes, centros comerciales, etcétera, para que se pueda utilizar; incluir en la página oficial de la Asamblea aquellos establecimientos que se adhieran a este proyecto; fomentar el uso de un distintivo oficial que permita identificar fácilmente esos establecimientos que están adheridos; autorizar el aparcamiento en plazas de discapacitados (zona azul) o

carga cuando sea necesario por las características de esta enfermedad; luego la creación de una mesa de seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal; establecimiento e implantación a nivel regional de un protocolo de atención a pacientes con estas enfermedades; atención a los enfermos por parte de equipos multidisciplinares (como he dicho antes); elaboración y mantenimiento de un censo de afectados; instar a las autoridades sanitarias y educativas de la Región de Murcia a promover y favorecer proyectos de investigación para paliar los efectos de esta enfermedad; y apoyar la difusión de campañas informativas del acuerdo de colaboración anteriormente citado.

Es decir, una serie de medidas que, dentro de lo posible, faciliten y mejoren la calidad de vida de estos pacientes que tienen una enfermedad, como he dicho, muy inhabilitante tanto a nivel físico como psicológico cuando la padece.

Muchas gracias, señor presidente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

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

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

Gracias, señor presidente.

Señorías, la enfermedad inflamatoria intestinal, que engloba, como se indica en la moción que debatimos hoy, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, y que comprende además un tercer grupo que reúne características de las otras dos y que se llama colitis indeterminada, es un trastorno producido por causas desconocidas aunque hay expertos que señalan factores genéticos como agentes que estimulan su aparición y que en los últimos años ha experimentado un aumento de casos verdaderamente importante.

Según la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad hay más de 5 millones de personas que padecen esta enfermedad, ya sea del tipo de colitis ulcerosa o de enfermedad de Crohn, y desde 2011 la prevalencia de estas patologías ha aumentado en los cinco países europeos más poblados (Alemania, Reino Unido, Italia, España) en un 2,8 %, y se estima que el crecimiento anual se acentuará hasta 2021 situándose alrededor del 2,9, cifra que equivale a casi 3 millones de casos diagnosticados.

Se observa también que la colitis ulcerosa es más frecuente que las enfermedades de Crohn, con un 67 y 37 % respectivamente, y se espera que la proporción de casos de colitis ulcerosa aumente aún más que los casos de enfermedad de Crohn en los próximos años. Y esta tendencia europea también se da en nuestro país y en nuestra región, y aunque es cierto que la tasa de prevalencia e incidencia se ha incrementado en España desde mediados del siglo pasado con un crecimiento verdaderamente notable, no es menos cierto que ese aumento en nuestro país se mantiene por debajo del experimentado en países del norte de Europa o en Estados Unidos y Canadá.

En España esta enfermedad afecta a más de 150.000 personas y se calcula que se diagnosticarán 2000 nuevos casos cada año. En Murcia son más de 1000 los murcianos afectados por esta patología.

Es, pues, la enfermedad inflamatoria intestinal una dolencia importante y, sin embargo, no se ha planteado de manera específica en los planes de salud como ocurre con otras enfermedades que sí se consideran en estos planes (la diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares...), pues aunque la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn no afectan a un número tan elevado de personas como estas otras dolencias o como el cáncer, sin embargo tiene un elevado impacto tanto social como psicológico para el paciente como económico para el sistema sanitario y el conjunto de la sociedad debido a los costes asociados.

De esta forma, en primer lugar hay que considerar que las enfermedades inflamatorias intestinales tienen un importante impacto social y personal debido en gran parte al gran desconocimiento que la sociedad en general tiene de estas enfermedades, lo que provoca que no exista una verdadera y extendida conciencia social hacia esta problemática, lo que repercute en el aislamiento y el sentimiento

de rechazo de los afectados. Se considera que el 75 % de los pacientes se han sentido deprimidos en algún momento durante el transcurso de su enfermedad, y hace que ese desconocimiento impida saber y comprender las necesidades de este grupo de enfermos.

A nivel personal, el impacto de estas patologías es enorme: son personas que no pueden desarrollar una vida normal, ya que a las necesidades propias de la enfermedad (necesidad de tener un baño cerca, miedo a las complicaciones, estado de debilidad, depresión, etcétera) se une un sentimiento de pudor y un temor a ser rechazados. Ese impacto impide que las personas afectadas puedan desarrollar una vida medianamente normal tanto a nivel familiar como laboral.

Un estudio de la prestigiosa fundación EII señala que en España se estima que más del 40 % de los trabajadores activos con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa se han ausentado alguna vez de su trabajo en los últimos tres meses debido a su enfermedad. Sin embargo y a pesar de tratarse de motivos justificados, uno de cada cinco pacientes declara haber recibido quejas por parte de sus superiores asociadas a la enfermedad. Además, el 10 % de los pacientes dispuestos a tener un trabajo a tiempo completo se encuentra empleado de forma involuntaria a tiempo parcial a causa de padecer la enfermedad inflamatoria intestinal.

Así, la concienciación social, la visibilidad de la enfermedad y la comprensión, junto con otras consideraciones terapéuticas y sociales, son factores fundamentales para ayudar a estos pacientes, y así lo han señalado diversas asociaciones de pacientes como la Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa y otras cuya principal actividad se centra en la concienciación social y en la mejora de la calidad de vida para las personas que padecen alguna de estas enfermedades.

Por otra parte, no creo necesario incidir en el importante impacto económico que esta enfermedad tiene, no ya solo en lo referido a los costes directos de atención al paciente, con diagnósticos, hospitalizaciones, cirugía, farmacología, etcétera (en España se ha calculado unos 12.052 euros de media por paciente, tomando como referencia el coste estándar de una terapia biológica), sino también es preciso resaltar los costes indirectos, los que se producen como consecuencia de la menor productividad provocada por el absentismo laboral o el menor rendimiento de estos enfermos.

Por tanto, todas las medidas que vayan encaminadas a ayudar y a mejorar la situación de estos pacientes son necesarias, y es preciso fomentar todo tipo de acciones en este sentido, como la que está llevando a cabo la Asociación Crohn y Colitis Ulcerosa de Cataluña con el proyecto “No puc esperar”, cuyo objetivo primordial es facilitar la vida diaria de las personas que necesitan utilizar un baño de manera urgente, desarrollado en colaboración con el Hospital Universitario de Gerona y con el apoyo del Departamento de Salud, el Grupo de trabajo en Enfermedades de Crohn y Colitis Ulcerosa y diversas asociaciones de hosteleros y comerciantes.

Desde hace años el Grupo español de trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, la Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa en España, diversas asociaciones, así como diferentes entidades médicas y farmacéuticas y, por supuesto, la Organización Mundial de la Salud vienen insistiendo en la necesidad de que, junto al incremento de la eficacia en los sistemas de salud, mayor colaboración y coordinación entre Atención Primaria y Especializada, desarrollo de unidades específicas, atención telemática, mejora del seguimiento, predicción de brotes, adherencia al tratamiento, etcétera, es imprescindible el desarrollo y fomento de medidas de carácter social.

Por ello vamos a apoyar la moción que presenta Ciudadanos, porque recoge medidas que van encaminadas en ese sentido que creemos que sin duda revertirán en beneficio de todos los afectados por estas enfermedades cuya vida cada vez es más difícil, y es preciso facilitar medios para que su que-hacer diario y su trabajo se puedan hacer de la forma más normal posible.

Por supuesto, también vamos a apoyar la enmienda de Podemos, porque creemos que va en el mismo sentido. Perdón, no sabía que se había rechazado, pero, bueno, el espíritu de la enmienda creo que va en el sentido positivo de aportar a lo que proponía Ciudadanos. En definitiva, vamos a apoyar, pues nos parece una buena propuesta.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchísimas gracias a usted, señor Navarro.

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

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señor presidente.

Seré breve porque creo que ya los intervinientes anteriores han dicho todo lo relativo a esta enfermedad.

Decir que esto es una iniciativa que parte de las asociaciones de enfermos de enfermedades intestinales inflamatorias, de ACCU, ACCU España y ACCU en las distintas comunidades, y que coincidimos en que es necesario aumentar el nivel de concienciación en la sociedad que requiere esta enfermedad, que es, digamos, relativamente nueva y no hay mucho conocimiento. Hay que fomentar una mayor especialización en la atención y el cuidado de estos pacientes, y sobre todo destinar recursos también para la investigación.

Señalar que es importante lo que les ocurre a estos enfermos, al igual que a otras personas que padecen enfermedades crónicas, que por su enfermedad se ve afectado el desarrollo de su actividad laboral, y el absentismo laboral suele ser causa frecuente de despido, y es precisamente aquí donde queremos incidir, porque es necesario que se hagan los cambios normativos dentro del ámbito laboral para que no se puedan ver afectados en el desarrollo de su vida laboral, su actividad laboral, y que no se vean afectados sus derechos.

Y también incidir, y en ese sentido presentábamos nosotros una enmienda que no ha sido aceptada por procedimiento, por un error en el destino de la enmienda, que se presentó dirigida a la Mesa de la Comisión cuando se tenía que presentar a la Mesa de la Asamblea, pero presentábamos esta enmienda porque consideramos que lo más importante que faltaba en esta iniciativa que hoy ha presentado Ciudadanos, cosa que en otras iniciativas que se han presentado en este sentido en otros parlamentos sí se contemplaba, es que se tiene que actualizar el baremo de valoración de las discapacidades y que se tiene que incluir estas enfermedades.

Y, como digo, no se ha admitido por procedimiento, pero si el presidente acepta que pueda hacer una enmienda *in voce* y que se pueda contemplar y se incluya en la iniciativa presentada por Ciudadanos, pues realizo esta enmienda en ese sentido, para que el Gobierno de España adopte las medidas necesarias para la inclusión de la enfermedad inflamatoria intestinal en el listado de enfermedades discapacitantes y se promueva tanto a nivel estatal como autonómico la atención a la cronicidad de manera consensuada con todas las asociaciones implicadas.

Nada más, muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señora García Navarro.

Ahora después tendremos en cuenta las consideraciones que usted ha realizado.

Por el Grupo Parlamentario Popular, en el turno general de intervenciones durante cinco minutos tiene la palabra el señor Iniesta.

SR. INIESTA ALCÁZAR:

Muchas gracias, señor presidente.

Yo creo que es una iniciativa muy interesante la que nos trae hoy el señor Molina. Este tipo de pacientes son unos pacientes que sufren muchas veces las consecuencias de esta enfermedad de una manera que yo llamo silenciosa, ¿no? Hoy en día nuestra sociedad parece que cada día está más preparada cuando incluso los síntomas del cáncer se ven de aceptarlos más, pero aquellas enfermedades silenciosas, que no se ven y que modifican mucho los hábitos de vida de las personas, a veces parece como que cuesta más entender los perjuicios que puedan tener.

Yo creo que todo lo que podamos ayudar a que se busque soluciones a este tipo de pacientes

bienvenido sea, y aquí el Grupo Popular para apoyarlo, señor Molina. Bien es cierto que también se está cada día haciendo más cosas con este colectivo, se está trabajando para reducir los tiempos de diagnóstico, para que las derivaciones, pero a veces quizá el mayor problema de estos pacientes no es el clínico, es el cotidiano, el social que yo le diría, y por eso a mí me gusta especialmente esta iniciativa por la parte social, porque se puede contribuir a cosas.

No obstante, señor Molina, yo tengo algunas dudas con la moción en el sentido simplemente de que va a ser difícil todo lo que propone, por la experiencia le digo, porque la legislatura pasada, cuando era concejal de Tráfico en Murcia y Transportes, tuve algunas reuniones con representantes de este colectivo y después de consultar sus propuestas, que entre ellas por ejemplo era que este tipo de pacientes, que no era nada descabellado, en caso de tener que parar un vehículo en cualquier sitio lo pudieran hacer con un distintivo parecido..., la propuesta era como lo de las personas con discapacidad. Bueno, aquello se estuvo trabajando con Policía Local y con los responsables de Tráfico y al final se llegó a la conclusión de que era inviable, era totalmente inviable que alguien pudiera dejar un coche en segunda fila en un carril, y créanme que se estuvo trabajando. Y luego es como lo del tema del transporte, un autobús no puede... créanme que se estuvo trabajando también y tampoco era viable que el autobús tuviera que parar, con lo que para esa persona supone la vergüenza y la imposibilidad de atenderse a sí mismo si estuviera en un medio que él controla, al estar en la calle él no controla ese medio.

No es pega la que le pongo, señor Molina, sino simplemente le pongo un toque de realidad a esta moción. Ojalá se busquen, se hallen soluciones. Sí es cierto que hay colectivos parecidos a este que también planteaban soluciones, que hoy en día nuestra vida cotidiana, como la tenemos diseñada en las ciudades, hace inviable por ejemplo que puedan entrar a un edificio público a cualquier hora. Lo digo porque también hay que darle a las mociones un toque de realidad. Yo lo sufrí y créanme que estuve por mi vocación sanitaria en intentar echarles una mano. Luego, cuando ellos me decían de poder entrar a cualquier edificio municipal, fíjense que hay más accesibilidad a los edificios municipales que a los autonómicos porque hay más (centros sociales...), pero no siempre están abiertos. Y había dificultad porque los centros sociales muchas veces están cerrados o el Centro de la Mujer la llave la tiene el pedáneo, la llave... Estoy hablándoles de cosas reales que les puedo contar por las reuniones que tuve con ellos.

Otra razón era ya no la imposibilidad física de tener una llave o en una pedanía donde les pasa algo, sino, por ejemplo, en los centros públicos por motivos de seguridad.

¿Que esta moción ayuda a que se avance y que se busque algún tipo de solución? Yo creo que afortunadamente todos los locales públicos tienen la obligación de poder tener que dejar a las personas que entren a un aseo, eso es por ley, mucha gente lo desconoce que no te pueden prohibir la entrada en un restaurante o en un tal al aseo, eso es algo que la gente desconoce, y la gente puede entrar a cualquier aseo porque son aseos públicos aunque estén en un sitio privado y, afortunadamente, pueden hacer ese uso.

Me parece muy interesante el punto de la investigación, yo creo que también es cierto que aunque creo que clínicamente esta enfermedad está siendo tratada cada día, yo creo que ha habido avances importantes sobre todo en el control, en la coordinación multidisciplinar sobre todo a nivel de Atención Primaria, que es donde se detecta este tipo de enfermedades, y su derivación pronta a la Especializada para que sea adecuada.

En definitiva, va a tener nuestro apoyo total porque creemos que cualquier iniciativa es buena. Simplemente con esos toques de realidad que le he dado, que ojalá tengamos que dentro de unos meses decir que se cumplen y que afortunadamente este tipo de enfermos tiene un poquito más de ayuda.

Muchas gracias, señor presidente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Iniesta.

Ahora voy a hacer una consideración sobre la enmienda de Podemos. No es objeto, y ustedes lo

saben, de la Presidencia de la Comisión de Sanidad o de cualquier comisión el cuestionar las decisiones de la Mesa de la Asamblea. La Mesa de la Asamblea fue la que decidió que la enmienda no procedía con el argumento que la Mesa considerase oportuno.

No obstante, no obstante, yo leo cuál era la propuesta que hacía Podemos y si no hay ningún grupo..., si aceptamos por unanimidad y sin que sirva de precedente que lo podemos adicionar, lo adicionamos, pero tienen que ser conscientes de que en ningún caso podemos enmendar nunca a la Mesa de la Asamblea, que seguramente esta enmienda de adición podría ser interesante, y yo la voy a leer. Si los grupos están de acuerdo, la incluimos, y si hay algún grupo por lo que sea... Bueno, vale, si el proponente está de acuerdo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Yo no tengo inconveniente en que se pueda votar, pero no la voy a aceptar y ahora daré las explicaciones.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

De acuerdo, vale.

Una vez que no está admitida, por lo tanto no procede la lectura y pasamos a la votación tal y como estaba la moción en su momento.

Votos a favor de la moción... Ah, es verdad. Perdón, señor Molina Gallardo, tenía usted... perdóneme, durante cinco minutos tenía el turno final el proponente de la moción.

El señor Molina Gallardo tiene la palabra.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Bueno, primero agradecer a todos los grupos el apoyo a la moción. Yo creo que esto es un paso pequeño, pero un paso necesario para intentar mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Y, efectivamente, como ha dicho el señor Iniesta, hay cosas que son complicadas, es decir, parar un autobús en una necesidad de urgencia... bueno, la propia moción dice “en caso de que fuera absolutamente posible”, o poder entrar a un baño, lógicamente si está cerrado un centro público no vas a entrar, pero que haya esa posibilidad, al menos que se la demos, y seguro que en muchas ocasiones sí que es posible.

Y luego en cuanto a la enmienda que ha presentado Podemos no es que se nos haya olvidado, es que ese punto lo teníamos y lo quitamos (ese punto nos lo trajo también la asociación) porque nuestra Comisión Nacional de Sanidad nos dijo que eso se está trabajando en Madrid en el Congreso en la ley de enfermedades crónicas y que no lo tocáramos aquí porque ellos están trabajando sobre ese tema. Entonces simplemente lo quitamos, no se nos ha olvidado porque lo están trabajando ahí, y, efectivamente, lo que quieren hacer va en la línea que tú has comentado de actualizar esa lista que hay de enfermedades porque está anticuada y hay problemas y tal, pero lo hemos quitado, no se nos ha olvidado porque se nos pidió desde la comisión nacional de nuestro partido que lo están trabajando allí y que no lo metamos de momento en lo que pedimos aquí.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchísimas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

Pasamos a la votación. Votos a favor de la moción. Se aprueba por unanimidad.

Muchas gracias a los grupos parlamentarios.

Y pasamos a la siguiente moción, que es la número tres: [Moción en comisión sobre estudio del empleo de las técnicas de coerción en el ámbito de la salud mental](#), formulada por doña María 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:

Gracias, señor presidente.

Bien, la atención en el ámbito de la salud mental debería ser uno de los marcadores más importantes del desempeño de un sistema sanitario y, en general, de las políticas públicas de un Estado.

La reforma psiquiátrica y el posterior impulso a la salud mental comunitaria pretendieron acabar con prácticas institucionales contrarias a los derechos humanos, poniendo los derechos y la dignidad de las personas diagnosticadas de trastorno mental en el centro de la planificación de las estructuras organizativas en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, el papel marginal a nivel presupuestario y de relevancia política que la salud mental ha ocupado y ocupa en los programas de salud ha hecho que tengamos presupuestos escasos, equipos de profesionales deficitarios y una red de atención fragmentada.

Esta situación de fragmentación de la asistencia e insuficiencia de medios ha favorecido que se haya continuado con el uso de medidas de control y coerción, aspecto especialmente flagrante si hablamos del uso de sujeciones y contenciones mecánicas. El abordaje de las técnicas de coerción tiene que tener como objetivo su erradicación, dado que suponen un sufrimiento psíquico traumático y pueden llegar a constituir una forma de violencia que además puede debilitar y romper los vínculos terapéuticos previamente establecidos, comprometiendo los procesos de recuperación.

Si bien el discurso por la erradicación de las técnicas de coerción ha de estar basado en el respeto a los derechos humanos, el abordaje práctico para su erradicación ha de partir de una realidad en la que es preciso no solo dotar de recursos suficientes para la práctica libre de técnicas de coerción sino que además se ha de conjugar con un cambio organizativo y cultural en la práctica de la atención en el ámbito de la salud mental.

Existen experiencias en diversos lugares acerca de cómo reducir hasta eliminar la utilización de técnicas de contención mecánica en la práctica de la psiquiatría. Un buen ejemplo es el realizado en el cantón suizo de Ticino, donde a partir de los principios de, primero, apoyo de las políticas públicas para disminuir las contenciones; segundo, incremento de las ratios de profesionales por paciente; tercero, reestructuración de los equipos de salud mental existentes; cuarto, educación y entrenamiento de los profesionales, y en quinto lugar, utilización de experiencias piloto, se logró eliminar por completo entre 2010 y 2015 las contenciones mecánicas, obteniéndose una mejora en los parámetros relacionados con la práctica clínica, la seguridad de los usuarios y usuarias y la seguridad de trabajadores.

Actuación desde las políticas públicas para poner fin a las contenciones mecánicas como técnica de coerción es un tema de total vigencia en la escena político-sanitaria actual, existiendo un marco de abordaje anterior como es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que debería ser de obligado cumplimiento.

En el “Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción”, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y otros colectivos implicados, además de aludir a la Convención de Derechos Humanos como uno de los aspectos fundamentales que justifican la necesidad de luchar contra el uso de técnicas de contención mecánica, también se hacía alusión a que el estado actual de la red asistencial no favorece la eliminación de las situaciones de coerción. Este compromiso por la defensa del bienestar de los pacientes llega a ser un compromiso fundamental por la defensa de los derechos humanos y la dignidad de las personas, y para llegar a ello hay tres aspectos fundamentales: primero, medir la magnitud epidemiológica de estas sujeciones en los servicios de salud donde se practican; segundo, fomentar la formación y el cambio de cultura de la práctica clínica para que se ponga en el centro de dicha práctica la necesidad de eliminar las contenciones mecánicas; y tercero, dotar de recursos y contexto material favorable a los entornos de desarrollo de la práctica clínica, es decir, incrementando los recursos de personal y readequando los entornos para favorecer que estas prácticas dejen de ser precisas.

España es uno de los países de la Unión Europea que más las emplea, según el último informe del Comité de Bioética, con el 40 % de los casos, frente a los vecinos europeos como Francia, Italia o Noruega, donde apenas llegan a aplicarse en un 15 % a los pacientes.

Señorías, espero que este tema sea de consenso. Es necesario acabar con estas prácticas y dar una respuesta política a una exigencia de muchos colectivos de pacientes y colectivos de profesionales que precisan de un apoyo institucional para poder acabar con estas prácticas de coerción de contención mecánica.

Muchísimas 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.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señor presidente.

La restricción física es una medida terapéutica utilizada para controlar a pacientes, como ya se ha dicho, que presentan un riesgo de lesión para ellos mismos o para terceras personas. Dado que son técnicas que coartan la libertad de movimientos, algunos derechos de los pacientes pueden ser vulnerados. Para evitar esto, existen distintos protocolos a nivel nacional y una amplia base legal y preceptos éticos que respetar.

Como reflexión principal, se hace imperativo que los profesionales conozcan las bases legales y las implicaciones éticas de estas medidas terapéuticas, así como las técnicas y los protocolos existentes, para lo cual se hace imprescindible la formación e información de los profesionales, ya que la restricción física o contención mecánica es una medida terapéutica susceptible de vulnerar potencialmente algunos derechos fundamentales de pacientes si no se utiliza correctamente.

Al revisar las distintas normativas y protocolos, encontramos a nivel nacional una importante homogeneidad en la descripción teórica de las técnicas y protocolos que guían estas prácticas, así como de sus indicaciones y contraindicaciones. Asimismo, nos encontramos ante un marco legal estatal amplio que protege los derechos de los pacientes en materia de libertad y seguridad, respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, derecho a la información sanitaria y consentimiento informado.

Consultadas distintas fuentes, podemos concluir que el consenso es total en lo que a limitación y medidas de coerción se refiere. En la actualidad, es un tema que desde el ámbito hospitalario público está más garantizado y protocolizado su cumplimiento. Es por ello que desde las Administraciones públicas responsables se ha de ejercer un control más riguroso y exhaustivo de aquellas entidades donde se prestan servicios tanto de hospitalización o residenciales tanto para la discapacidad como para centros de mayores, para encaminar la atención y el tratamiento en este sentido y que las técnicas se conozcan muy bien y se controlen.

Las implicaciones éticas de estas técnicas son amplias si se obvian los protocolos establecidos en la normativa legal anteriormente mencionada. Por lo tanto, es imperativo realizar una indicación justificada, y las técnicas deben ser escrupulosamente correctas para que estos derechos no sean transgredidos. Hay literatura diciendo que no siempre se conoce cuáles son las técnicas, y la mala utilización es lo que da lugar a esos titulares de prensa que vemos de vez en cuando, y también por la falta de personal, claro.

Para alcanzar este objetivo, señorías, es fundamental que todos los profesionales encargados de indicarla y llevarla a cabo estén familiarizados tanto con su práctica como con sus aspectos teóricos, así como los aspectos éticos y legales que se derivan. Asimismo, es fundamental que los profesionales conozcan el manejo del paciente que comienza a agitarse para poder llevar a cabo las actuaciones previas y reducir de esta manera las restricciones físicas a las mínimas inevitables.

Es por ello que la moción que nos presenta Podemos es pertinente y apropiada en todos sus pun-

tos y así la vamos a apoyar. A lo largo de este pasado año hemos leído terribles noticias sobre mayores que han sufrido daños precisamente por estas medidas de coerción, como les decía, aplicadas, pero no vigiladas por la falta de personal en los centros en los que residían. Planteaba en un debate un director de residencia si alguien había analizado si muchas de las caídas con graves lesiones (incluyendo la muerte), que son vividas como accidentes cotidianos, podrían haberse evitado con conenciones, es decir, que es un tema que está en el sector y que preocupa.

Esta cuestión introduce precisamente el dilema y, desde luego, nos confirma la labor de control que ha de hacerse en todos los órdenes (formación, aplicación, personal, protocolos y cualquier otro que proceda). Estas prácticas están extendidas por prácticamente todo el mundo, pero el nivel de información, formación e intensidad en su aplicación desde luego sí que varía, por no hablar de Suiza.

Los documentos imprescindibles que hay que tener en cuenta para la no vulneración de los derechos de pacientes sometidos a restricción física los vamos a encontrar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (el derecho a la vida, libertad y seguridad), en la propia Constitución española del 78 (el derecho a la libertad y a la seguridad), en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que regula el internamiento no voluntario, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, la Ley General de Sanidad, respecto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula el derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado.

También, señorías, algunas comunidades autónomas cuentan con regulación específica, por ejemplo la Ley de Cantabria, la Ley 2/2007, de derechos...

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Como no me mira, señora Cano...

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Me falta aquí un poquito... bueno, termino.

Quiero decir que las leyes de servicios sociales de otras comunidades también lo recogen. Claro, la nuestra, nuestra Ley de Servicios Sociales de 2003, en espera de otra nueva, debería contemplar todas estas cosas. También hay códigos deontológicos que lo contemplan también.

Algunas conclusiones son absolutamente claras y están documentadas en un montón de estudios. Esperamos un aumento lógico de la población susceptible también de vivir en residencias. Con esta inversión de la pirámide de población es una cuestión que las Administraciones tienen que adelantar-se, porque desde luego esperamos avances médicos en salud que nos van a poner a muchos ciudadanos en situación de dependencia.

En fin, nos tenemos que adelantar tanto en la regulación como en el diseño de estrategias porque este panorama va a cambiar notablemente de aquí a 2050 y es nuestra obligación adelantarnos y, sobre todo, el de las Administraciones que tienen la responsabilidad.

Muchísimas gracias, señorías.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Cano.

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.

Respecto a esta moción que presenta Podemos, nosotros creemos que la sujeción mecánica o quí-

mica de pacientes con enfermedades ya sean mentales o neurodegenerativas o demencia senil, alzheimer, etcétera, tiene que ser una medida absolutamente excepcional, que solo debe ser tomada en casos de riesgo de integridad para el propio paciente o para terceros. Sin embargo, por desgracia en nuestro país tenemos un porcentaje de estas prácticas significativamente superior al de países que están en nuestro entorno. Estas prácticas, además de ser contrarias a la dignidad de las personas, son potencialmente lesivas y atrofiantes, porque tener a una persona durante días atada a una cama o a una silla lógicamente va atrofiando la propia musculatura de esa persona.

Como demuestran las experiencias de otros países, por ejemplo en Japón están prohibidas estas prácticas, no se puede hacer este tipo de sujeciones, y en Estados Unidos están muy, muy restringidas, demuestra que es posible minimizar el uso de ellas y que se puede al mismo tiempo incrementar la seguridad y el bienestar de estos pacientes sin tener que llegar a este tipo de prácticas.

Existe además un conflicto legal de derechos que precisa también de una mejor regulación, ya que afecta a derechos fundamentales como son la libertad física y moral, derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, la libertad de movimientos y a los principios de dignidad y de libre desarrollo de la persona.

Nosotros además tenemos presentada una moción aquí y ya registrada en la Asamblea sobre eliminación de sujeciones en centros de mayores. Por lo tanto, con todo esto queda claro que nosotros apoyamos sin ambages la propuesta de Podemos.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchísimas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

En el turno general de intervenciones, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Coronado.

SR. CORONADO ROMERO:

Muchas gracias, señora presidenta.

Voy a intentar explicarles dónde he puesto yo el foco, y lo he puesto justo en el título de la moción. La moción es sobre técnicas de coerción en el ámbito de la salud mental y les voy a contar a ustedes lo que son las técnicas de coerción, que no son solo la contención mecánica, que es en lo que se han centrado todos ustedes, se lo voy a contar, ya verán, y les voy a contar además lo que dicen los profesionales que están todos los días trabajando con pacientes de este tipo.

Se consideran técnicas coercitivas en el tratamiento psiquiátrico el ingreso involuntario, la retención tras un ingreso voluntario, la contención mecánica, el aislamiento y la administración forzosa de medicación. Estas son las medidas de mayor visibilidad, pero existen otras que tampoco pueden obviarse como la persuasión, la influencia interpersonal, la inducción e incluso la amenaza. De eso es de lo que estamos hablando, señorías, no estamos hablando solo de cuándo se ata a una persona a una cama o a una silla, estamos hablando... Esa es la moción que yo entendía que presentaba Podemos.

Y, miren, nosotros nos vamos a abstener, y ya se lo digo, porque todo se resuelve en sanidad y en todos sitios con más medios y más formación, eso es una obviedad, y que prioricen otros, que nosotros no tenemos nada que priorizar, en el tema de la salud en concreto no tenemos que ver dónde es el recurso más necesario, no, nosotros lo que tenemos que hacer es “yo necesito servicios de 24 horas en todos sitios, lo que necesito es más médicos, lo que necesito es más enfermeros siempre...”, pero eso va a ser siempre, esa no es la salida.

¿Qué es lo que dicen los profesionales y qué es lo que se hace fuera y qué es lo que se hace dentro en este sentido? Miren, hay una revista española de Enfermería en Salud Mental que se dedica a estudiar las medidas coercitivas en salud mental, en un grupo focal, y ellos sacan una serie de conclusiones que les voy a contar, señorías. Además es que son... En opinión de los profesionales, la utilización

de medidas coercitivas, de todas, de todas, parece estar plenamente justificada por la dificultad en el manejo de episodios de auto o heterodegeneración como recurso para amparar la seguridad clínica y, en definitiva, como método para salvaguardar el estado de salud de los usuarios.

Todos coinciden en señalar la necesidad de inversión en salud mental, ya no solo financiera, lo cual mejoraría el desarrollo, sino también de personas. Eso lo dicen los profesionales. Es decir, los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental consideran totalmente imprescindibles las medidas coercitivas que se ejercen en la actualidad, que son todas esas que yo he enumerado.

¿Pero qué es lo que se hace fuera? Pues lo que se hace en Andalucía en concreto es esto, es analizar de manera permanente cuáles son las necesidades que tienen los ciudadanos relacionadas con la salud mental y con el tema de la gente especialmente vulnerable, que es la gente que necesita una medicación para tranquilizarla, etcétera. Ahora, si tengo tiempo, les contaré una experiencia que yo creo que ustedes tienen que conocer.

¿Y qué es lo que se hace en la Región de Murcia, aparte del Manifiesto de Cartagena y todo eso que se dedica solamente a unas técnicas de coerción? Pues, mire, yo creo que los profesionales, según el estado del..., aquí en la región cumplen con la legislación vigente, cumplen con la legalidad, por supuesto, y cumplen con todos los protocolos habidos y por haber, es decir, los profesionales sanitarios de la Región de Murcia, independientemente del tipo de técnica, lo hacen bien, lo hacen muy bien. Es posible que se podría mejorar con más recursos y con más formación, yo eso no lo dudo, pero eso es todo, eso es todo en sanidad.

Mire, desde hace algunos años se está llevando a cabo iniciativas en este sentido de terminar con las técnicas de coerción mecánica, tratando de implementar acciones que contribuyan a la minimización de este uso. Se revisan protocolos en las unidades de hospitalización, se registra en la historia clínica (que es lo que usted pide) cuándo se llevan a cabo esas medidas, se hace formación en desaceleración verbal con todos los profesionales y con todos los usuarios (eso se hace en el psiquiátrico), se mejora el ambiente terapéutico de las unidades de hospitalización, se programan para los MIR, para los FIR, para los PIR, actividades relacionadas con todos los temas que usted dice. Es decir, sí que se hace cosas; es decir, con lo que tenemos nosotros actuamos.

¿Eso es mejorable? Pues claro que es mejorable, claro que es mejorable, y en eso estamos. Pero dicen los profesionales al final: “Consideramos que la reducción del uso de las técnicas de contención mecánica debe englobarse en una línea estratégica más amplia”.

Y ahora yo les voy a hacer una propuesta, señorías, para avanzar. Yo creo que lo que se hace fuera de nuestra Comunidad está bien; yo creo que lo que se hace dentro, en nuestra Comunidad, también está bien. Y yo, para avanzar en la Comisión de Sanidad, les haría la propuesta de que seguramente para el análisis descriptivo de determinado tipo de situaciones sería bueno que viniesen expertos a nuestra Comisión de Sanidad, que viniese gente que de verdad esté viviendo el problema y que nos cuenten cómo lo hacen, por qué lo hacen y cuáles son sus líneas de actuación. Y en este sentido saben ustedes que se está reorganizando la salud mental en nuestra Comunidad, saben ustedes que estamos pendientes del nuevo plan de salud en el que va a tener un peso muy importante, no solamente por el informe del CES, sino porque es un problema real, el tema de la salud mental va a tener un peso muy importante en nuestro plan de salud, y por lo tanto yo creo que estamos en disposición entre todos no de pedir más profesionales y más formación, que sí, sino de saber cuál es la situación real y cuáles son las líneas estratégicas que nos permitirían minimizar no solamente las técnicas de coerción mecánica sino el resto de técnicas.

Y, miren, yo fui médico (ya hace tiempo que no lo soy) y me encontré una mañana a las nueve de la mañana en mi consulta que me llamaron, y acudí a una urgencia, y la urgencia era un señor con un hacha que había partido una puerta y que quería matar a su madre. Le aseguro que con la Policía Local, con un enfermero, cogimos un colchón, lo metimos contra la pared, que era lo que había que hacer, le pinchamos..., tuvimos que utilizar la fuerza porque no hay más remedio. Todos los profesionales utilizamos la fuerza cuando no hay más remedio, jamás queremos conculcar los derechos humanos de nadie, señora García, y quiero que usted sea consciente de eso, nunca verá ningún sanitario que actúe en contra de ningún paciente, en ningún caso.

Y, bueno, nos vamos a abstener porque es que yo creo que es fácil eso de decir que necesitamos

más profesionales y más formación. Yo creo que necesitamos conocer cuál es la situación de la salud mental, vamos a ver si invitamos aquí a expertos y conseguimos entre todos mejorar lo que hacemos en la actualidad, que seguramente es mejorable.

Muchas gracias, señorías.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (PRESIDENTA):

Gracias, señor Coronado.

Tiene la palabra para el turno final de intervención la proponente de la moción, la señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Pues agradezco todas las intervenciones de los grupos e incluso la suya, señor Coronado, aunque no cuente con el apoyo favorable, la abstención solamente, en esta iniciativa.

Con esta iniciativa el Grupo Parlamentario Podemos pretende seguir trabajando, impulsando, el desarrollo de la salud mental. No es la primera iniciativa que presentamos en torno al desarrollo de la salud mental porque nos importa y nos preocupa, y es cierto que no ha venido siendo una prioridad para los gobiernos que hemos tenido del Partido Popular, por eso seguimos insistiendo en el desarrollo de la salud mental comunitaria en este caso.

Y no voy a dudar de que no sea intención del Grupo Popular vulnerar los derechos humanos de las personas, pero sí es cierto que hay en determinados aspectos dentro del ámbito sanitario una vulneración de derechos cuando no se ponen en marcha todas las medidas que se necesitan.

Le voy a leer una noticia de hoy que sale en prensa. En el hospital psiquiátrico de Ramón Alberca los trabajadores están pidiendo un plan contra las agresiones. Exactamente. Hay pacientes con problemas de salud mental que tienen un nivel de agresividad que descargan con los propios trabajadores, pero la demanda de estos trabajadores en el propio centro es el aumento de la plantilla de profesionales, porque no pueden atender a todos los internos que hay, a todos los pacientes que hay ingresados en el hospital. Ante una situación así, entiendo que en ocasiones los propios facultativos se vean desbordados y actúen de esta manera poniendo en marcha medidas de contención mecánica para poder controlar a esos pacientes. Habrá centros seguramente en los que no ocurra eso, pero, como he dicho en mi intervención, en España hay un 40 % de uso de contenciones mecánicas, frente a otros países que solamente es un 15 %.

La estrategia de abordaje tiene que ser la erradicación. De acuerdo con usted en que tiene que ser dentro de un ámbito global en el que se tenga en cuenta todas las necesidades de los pacientes en salud mental, pero tenemos que tender a esa erradicación y a eliminar, a reducir este 40% presente en nuestro país.

Y en ese sentido presentábamos esta iniciativa, para que se respeten los derechos de estos pacientes y por supuesto que se siga desarrollando dentro de ese plan de salud mental que se está impulsando y, como digo, desde nuestro grupo es para nosotros una prioridad el desarrollo de la salud mental, que con la dotación presupuestaria que se ha venido destinando por parte del Partido Popular en los distintos presupuestos, como digo, no ha sido una prioridad. Si en adelante va a ser una prioridad, agradecemos que sea así.

Y nada más. Como decía, agradecer el apoyo del resto de los grupos.

En cuanto a la enmienda que ha presentado Ciudadanos, viene a ser más o menos lo que nosotros pedimos, lo que ocurre es que detalla un poquito más, por ejemplo, lo de la creación del registro...

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

No hay enmienda, señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

¡Ah! ¿Tampoco? ¿Esta tampoco se ha admitido?

O sea, que tampoco hay enmienda. Digo, vale, que era lo mismo que nosotros presentábamos pero un poquito más detallado. Bien, pues entonces nada, como al final queda la que hemos presentado muy bien.

Nada más, señor presidente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

Votos a favor de la moción, cinco. Votos en contra, cero. Abstenciones, cuatro. Pues prospera, se acepta la moción.

Señorías, pasamos al punto número cuatro, que es: [Moción en comisión sobre estudio y toma en consideración de la ampliación del servicio de urgencias del centro de salud de Águilas](#), formulada por doña Isabel María Casalduero Jódar, del Grupo Parlamentario Socialista.

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

SRA. CASALDUERO JÓDAR:

Gracias, señor presidente.

Doce minutos, pero desde luego creo que no hace falta tanto tiempo para explicar una cuestión que yo creo que es algo que se cae por su propio peso por la necesidad.

El municipio de Águilas cuenta en la actualidad con una población cercana ya a los 36.000 habitantes. Forma parte del Área III de Salud, con un hospital de referencia, el Rafael Méndez de Lorca, que se encuentra aproximadamente a media hora de trayecto en coche. Es decir, para empezar ya podemos señalar como propias del municipio las graves carencias que acarrea el propio hospital de referencia del Área III, el Rafael Méndez, en cuanto a listas de espera. De hecho, este hospital se encuentra a la cola de los hospitales regionales con los peores indicadores y los mayores tiempos de espera.

Si no fuera suficiente con esta discriminación que ya sufren los ciudadanos y ciudadanas de Águilas, junto al resto de usuarios del Área III, la situación de la atención de urgencias en la localidad se ha vuelto insostenible en los últimos años. Por todos y todas es conocido que Águilas es, sin lugar a dudas, uno de los puntos negros de la sanidad regional debido al abandono al que en esta materia la tiene sometida el Partido Popular desde hace demasiado tiempo: falta de especialidades, falta de servicios y una población cada vez mayor, con un incremento paralelo de la demanda, sin contar con esa población flotante de los meses de verano, que hace que se triplique el número de personas que residen allí en el municipio, más las personas indocumentadas que, por supuesto, también son atendidas, todo ello hace de Águilas un municipio en claras condiciones de inferioridad con respecto a la atención sanitaria que se presta en el conjunto de la Región.

Podemos imaginar que el nivel de demanda de atención de urgencias en una población de 36.000 habitantes como la que estamos hablando es brutal. Sin embargo, esa necesidad no se ve compensada en tanto que el Servicio de Urgencias de Águilas es cerrado en horario de consultas, con lo que ello supone tanto para los profesionales que desarrollan allí su actividad como para los propios usuarios. Estamos hablando de que los médicos de Atención Primaria se tienen que dejar la consulta programada para atender esas urgencias de ocho a tres de la tarde, unas urgencias que tienen que estar asistidas, como todos sabemos, por médico y enfermero o enfermera. Esta situación desemboca en el caos de las consultas de Atención Primaria, cuyos pacientes ven cómo tiene que ser interrumpida esa consulta por el médico para atender esas urgencias, sin contar con que no se puede dar en estas condiciones a los pacientes de urgencias la atención especializada que precisan, ello a pesar de los esfuerzos de los y las profesionales que se encuentran con situaciones que sencillamente les superan.

Pongamos algún ejemplo además reciente: hace pocos días un médico de primaria de Águilas es avisado de un paciente turista con cardiopatía con dolor torácico. Atender, dicen los profesionales,

una sintomatología de esta naturaleza supone al menos media hora y además estar pendiente en todo momento del paciente, y aunque se llame al 061 hay ocasiones en las que si se está atendiendo otra urgencia la ambulancia puede tardar media hora o más. Todo ese tiempo el médico tiene la obligación de permanecer con ese paciente, abandonando la consulta y dejando sin atender a los pacientes de esa consulta. Es decir, los pacientes se ven obligados a competir entre sí; los pacientes de consultas con los pacientes de urgencias compiten por ser atendidos por un médico, y creemos que esto, en un sistema público que pagamos entre todos y todas, es sencillamente inadmisibile. Es tan sencillo como reconocer que a día de hoy hay demasiada población en Águilas como para que se den estas circunstancias.

La medicina de urgencias necesita especialización, hay que dedicarse a eso y estar además en el lugar apropiado para eso. El médico o la médica de urgencias debe dedicarse a ver a los pacientes de urgencias en un lugar acomodado para esa función. La vía del paciente urgente debe ir a urgencias y la vía del paciente normal debe ir a la consulta normal.

Pero no solo se origina una situación perjudicial en cuanto a la atención médica, los enfermeros y enfermeras también tienen que redoblar sus esfuerzos con el consiguiente perjuicio para los pacientes programados y para los propios pacientes de urgencias. Para que el paciente urgente sea atendido en la sala de curas tiene que hacer cola en ocasiones con los pacientes programados.

Otro ejemplo de hace también muy pocos días: un paciente con cólico nefrítico al que el médico le manda una medicación para calmarle el dolor hace cola en la sala de curas a la espera de ser atendido con los pacientes programados. Seguramente estas situaciones no se darían, seguro, si el médico no tuviera la presión de tener que volver a su consulta a atender a los pacientes que llevan todo el tiempo esperando. Las urgencias, como hemos dicho, precisan que se esté encima de ellas de una manera continua, y esa falta de urgencias 24 horas origina estas situaciones que no se pueden achacar ni al médico ni al enfermero o enfermera, que además se enfrentan a situaciones de estrés y tensión que les pueden llevar al límite con una presión asistencial brutal y no, desde luego, por falta de ganas de atender a los pacientes y de hacer bien su trabajo.

La población de Águilas además tiene la característica de que es una población en la que se dan muchísimos casos de urgencias, llegando a atenderse algunos días a más de 250 y 300 pacientes entre adultos, niños, pacientes de enfermería, etcétera.

Por tanto, creemos que no es de recibo que se tenga que estar viviendo estas situaciones, que los vecinos y vecinas de Águilas no puedan recibir esa asistencia sanitaria acorde con sus necesidades y su población, y por lo tanto hemos presentado esta moción en la que pedimos que el Gobierno regional habilite los mecanismos para que se autorice la ampliación del servicio de urgencias en los centros de salud de Águilas, que actualmente vienen prestando servicio de tres de la tarde a ocho de la mañana las veinticuatro horas del día como medida para cubrir las necesidades reales de la población en este municipio.

Gracias, señor presidente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Casaldueiro.

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.

Poco más que añadir a la intervención de la señora Casaldueiro, porque ya hemos debatido en varias ocasiones aquí en esta Asamblea, tanto en comisión como en el pleno, sobre los planes de urgencias y emergencias, y es otro tema que a mi grupo también le preocupa y por eso presentamos en su momento un Plan de Urgencias y Emergencias que salió aprobado.

Y lo que ha relatado la señora Casaldueiro es la realidad que nos venimos encontrando en muchísimos centros de salud, y es que la población va envejeciendo, cada vez hay más pacientes crónicos

complejos que tienen un deterioro importante de su estado de salud, tienen pluripatologías, son pacientes hiperfrecuentadores de las urgencias, y se convierten en pacientes vulnerables y frágiles que necesitan una atención domiciliaria de más calidad en Atención Primaria, y esto les llevaría a recurrir menos a los servicios de urgencias, que también hay que tenerlo en cuenta. Aparte de esa necesidad de cubrir esos horarios para garantizar la continuidad asistencial, creemos que lo importante sería que se hiciese una reestructuración general de las urgencias, una reorganización dentro del Servicio Murciano de Salud, pero que no se perdiese la visión integral de la persona y esa continuidad asistencial incidiendo en una visión global que empieza por la Atención Primaria. ¿Esto qué significa? Pues que hay que aumentar más la plantilla en Atención Primaria y disponer de un tiempo de atención para atender a estos pacientes, que actualmente los facultativos no disponen. Y si esto fuese así de esta manera, quizá se necesitaría también recurrir menos a esos servicios de urgencias.

Sí que es necesaria esa ampliación, como decía, para continuar con la asistencia, pero si tampoco se les dota de medios, pues poco van a poder hacer esos médicos, porque por el simple hecho de que esté presente físicamente un médico, si no dispone de una ambulancia, por ejemplo, para hacer una asistencia domiciliaria o incluso para hacer una prueba rápida en el propio centro de salud, poco vamos a ir avanzando en este sentido.

Apoyamos, por supuesto, esta iniciativa pero entendemos que también hay que seguir englobando estas medidas dentro de ese Plan de Urgencias y Emergencias que tiene que seguir desarrollando el Servicio Murciano de Salud, e incidir, como he dicho, en una visión global de reestructuración que englobe desde el inicio la Atención Primaria.

Muchísimas 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, su portavoz.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Bien, nosotros no nos vamos a oponer a que, efectivamente, se mejore el servicio de urgencias por la mañana. Hay un servicio de urgencias que es el 061. Aunque lo que a mí me comentan es que quizás la moción no está enfocada al menos de la manera que nosotros creemos que se debería enfocar, y lo que me cuenta la gente que vive allí es que hay dos centros de salud que trabajan de ocho a quince, con veinte equipos médicos que atienden, efectivamente, a una población de 35.000 fija, más unos 10.000-20.000 desplazados en la época baja y hasta 150.000 en verano, y por la tarde, de tres de la tarde a ocho de la mañana, hay dos equipos de emergencias, o sea, que son dos médicos, dos enfermeros, un conductor y un celador para atender a la misma cantidad de población. Claro, el problema es que tienen una media de visitas, como hemos comentado, en la época baja de 150-200 y en la época alta hasta 300 y pico, cuando lo normal en un servicio de urgencias en el resto de la región son 80 más o menos. Claro, ya es una media enorme, pero el gran problema es que por la tarde si de esos dos equipos, que ya es muy poco, se va uno porque hay una urgencia y tienen que salir con la ambulancia, pues se queda uno solo para atender a esos 150 en época baja o 300 en época alta, y hay gente que se ha tirado seis horas allí esperando.

Por lo tanto, el problema no es tanto que haya más urgencia por la mañana, que al fin y al cabo sería sumar un equipo nuevo a los veinte que ya hay, sino que por la tarde hay muy poco equipo para atender las urgencias. En todo caso, lo que nosotros creemos es que habría que reforzar la tarde, si hay dos equipos por lo menos que haya tres. Que no nos oponemos, como digo, a que se refuerce la mañana, pero el problema está más bien en la tarde, en los equipos que hay de atención por la tarde. Por lo tanto, pensamos que va enfocada quizás no en el camino correcto, pero no nos vamos a oponer lógicamente, pero a mí me dice la gente que vive allí que el problema está por la tarde con esos dos

equipos solos, de los cuales si uno sale se queda solo uno, o sea, un médico y un enfermero, para atender una media de visitas enorme.

Pero, bueno, no vamos a oponernos, pero creemos que quizá habría que enfocarlo de otra manera. Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

Por el turno general de intervenciones, representando al Grupo Parlamentario Popular, durante cinco minutos, tiene la palabra la señora Molina.

SRA. MOLINA LÓPEZ:

Vamos a ver, no cabe duda de que los servicios sanitarios son además de los que más se usan, también los que suscitan muchas veces muchas quejas. La situación en Águilas aquí ya se ha comentado, cuenta con dos equipos de Atención Primaria que tiene veintiún médicos y seis pediatras, un SUAP de doble equipo y una UME.

Es verdad que durante los meses de verano la población de Águilas crece exponencialmente, como en casi todos los municipios turísticos. Desde luego, esa organización de la actividad asistencial se realiza en los equipos de Atención Primaria del SMS normalmente a demanda programada y urgente, sabemos cómo funciona un centro de salud por las mañanas, incluyendo los dos centros que hay en Águilas.

La reordenación de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (los SUAP) en el SMS ha supuesto ampliar la prestación asistencial de ocho a tres para todos los SUAP de la región, para la atención de avisos a domicilio y vía pública, en jornadas de ocho a quince, en todos los centros de nuestra Comunidad.

Es verdad que la actividad de las consultas atendidas en urgencias en los períodos estivales se incrementa muchísimo y hace que los equipos de Atención Primaria de los dos consultorios médicos sean distintos: durante el período estival se incrementa mucho la población en la zona de Águilas, como decimos, y se tienen que reforzar esos SUAP. La atención, por ejemplo, el año pasado, las estadísticas del año pasado fueron:

La UME en el total del año fueron 1133 asistencias; de ellas, fueron 121 en julio y 26 en agosto. Los SUAP hacen al año 3090 asistencias, de ellas 302 en julio y 333 en agosto. Todo esto son atenciones en domicilios y en vía pública. Por esos motivos se reforzaron los SUAP los sábados y los festivos. Este año ese refuerzo además se ha mantenido hasta el 17 de septiembre, porque existe esa necesidad fundamentalmente en los meses estivales.

Es necesario que se haga también una educación, que se hace a través también de los propios centros de salud y de las comisiones de sanidad y de los ayuntamientos, una insistencia en la educación sanitaria, fundamentalmente a través de las escuelas de salud que en muchos ayuntamientos existen, para saber también muchas veces el uso que la ciudadanía hace de los servicios sanitarios, porque es verdad que si uno puede desplazarse al centro de salud no se debe de solicitar la atención domiciliaria, y en muchas ocasiones (no digo que sea en la mayoría) por parte de los sanitarios se sale cuando esa persona podría desplazarse al centro de salud.

Y si un problema de salud mental ocurre fuera del horario del centro de salud, lo primero es conveniente llamar a los servicios de urgencias, que son los que deben de valorar, en vez de acudir a los servicios de Atención Primaria o a un hospital, porque esos servicios valoran cuál pueden ser el sitio donde más se debe incidir o donde se debe de llevar al paciente.

En ese sentido, nosotros entendemos que todos los ayuntamientos tienen una preocupación por sus servicios de atención básicos (bien sean los sanitarios, bien sean los educativos), pero entendemos que actualmente con la distribución que hay tanto de los servicios que se prestan en la población de Águilas en verano y en los meses fuera del período estival, pues habría que estudiarlo por parte de los profesionales, independientemente de las demandas que todos recogemos políticas.

En ese sentido, no vamos a votar en contra pero nos abstendremos en esta moción.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señora Molina.

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

SRA. CASALDUERO JÓDAR:

Gracias, señor presidente.

Me sorprende, me sorprenden ustedes porque además esta es una moción que se debatió en el Ayuntamiento de Águilas, que el grupo proponente, el Grupo Socialista, retiró de tal manera que pudiera ser presentada conjunta por todos los grupos representados en el Ayuntamiento de Águilas, incluido el Partido Popular, incluido Ciudadanos.

Bueno, ustedes dicen que son el partido de la coherencia, que votan y dicen lo mismo en todos sitios, pero en este caso lamentablemente no es así. Porque, vamos a ver, yo creo que lo hemos expuesto claramente, Águilas es un punto negro de la sanidad en nuestra región. Podríamos haber traído mil problemas sanitarios de Águilas, pero hemos traído el problema con el que se encuentran usuarios y profesionales de ocho a tres de la mañana cuando las urgencias están cerradas y los propios médicos de Atención Primaria tienen que hacer frente a las mismas.

No hemos traído el problema de las tardes, que podríamos traerlo, por supuesto que sí, señor Molina. ¿Cómo no va a pasar, cómo no van a estar saturados los servicios de urgencias por las tardes? Quizá si el Partido Popular no hubiera cerrado las consultas de tardes de Atención Primaria esa situación estaría mucho más mitigada, y llevamos también mucho tiempo pidiendo que se vuelvan a abrir las consultas de Atención Primaria por la tarde.

Si hay mil cuestiones que se pueden mejorar, pero aquí hemos reflejado una que conocen todos los aguileños y las aguileñas, que conocen todos los profesionales que se ven sometidos a esa presión brutal, y que además ustedes mismos han presentado de forma conjunta con el equipo de gobierno en Águilas, con Ciudadanos, con el Partido de Podemos, con Izquierda Unida, con todos los grupos representados allí, así que no entendemos esa abstención simplemente. Quizá ahora sí que entiendo por qué ustedes mismos no han presentado una moción similar para que el Gobierno regional, que es de su mismo partido, la ponga en marcha. Un poco de coherencia creo que vendría bien y más en estas cuestiones que tocan profundamente a la población.

También se han centrado ustedes, creo que demasiado, en la época estival. Sí, se refuerzan los SUAP y todo lo que ustedes quieran, y esto es peor en época estival, pero es que estamos hablando de acciones insostenibles el resto del año, es que son 36.000 habitantes los que hay en Águilas y estos ejemplos de los que hemos hablado se dan con demasiada frecuencia, con demasiada frecuencia. No estábamos hablando de otras cosas, y hablaremos, seguro que hablaremos y mi compañera ha traído mil cosas, estábamos hablando de intentar instar a que el Gobierno regional ponga fin a esa situación de que los médicos de Primaria tengan que atender las urgencias en esas situaciones tan tensas y tan perjudiciales, creo, para ellos mismos y para los usuarios de los centros de salud.

En cualquier caso, nuestra satisfacción mostrarla porque la moción vaya a salir adelante y sea aprobada. Dar las gracias a Ciudadanos y a Podemos.

Gracias, señor presidente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Casalduero.

Pasamos a votar la moción. Votos a favor de la moción, cinco. Votos en contra, cero. Abstenciones, cuatro. Por lo tanto, prospera la moción.

Muchas gracias, señorías.

Pasamos al punto número cinco: [Moción en comisión sobre constitución de una comisión en la que se trate el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual](#), formulada por doña In-

maculada González Romero, doña María Adoración Molina López y don Víctor Manuel Martínez Muñoz.

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

SRA. GONZÁLEZ ROMERO:

Gracias, señor presidente.

Son muchos los años que asociaciones como FUNDOWN llevan trabajando por la autonomía de las personas con discapacidad, en especial las personas con discapacidad intelectual.

Debido a los diferentes avances, avances médicos, la esperanza de vida de estas personas ha aumentado en los últimos años, por lo que se hace necesario disponer de servicios que permitan atenderlos adecuadamente cuando superan los 40 o 45 años.

Por todo ello, se hace necesario estudiar en profundidad qué prestaciones serían necesarias para que las personas con discapacidad puedan mantener su autonomía y, a su vez, cuáles serían los servicios correctos y adecuados para hacer posible la conservación de su independencia.

En la actualidad, una persona con discapacidad que se hace mayor en realidad no es tan mayor, porque con 40 o 45 años una persona sin discapacidad está en la mejor etapa de su vida; en cambio, una persona con discapacidad intelectual es diferente, y tampoco es justo que estas personas que llevan años trabajando su independencia terminen en una residencia de mayores. Por ello hemos presentado esta iniciativa.

En Murcia se anunció hace unas semanas que vamos a tener uno de los primeros centros de envejecimiento activo para personas con discapacidad, pero entendemos que se hace necesario que se cree una comisión, una mesa, no sé qué forma sería la adecuada, si una comisión o una mesa de trabajo, para que se trate el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual para que se estudie la adopción de las prestaciones y los servicios necesarios, porque, como decía, no es de justicia que una persona con discapacidad intelectual con 40 o 45 años el único recurso que tenga o la única salida que tenga sea una residencia de mayores, por eso hemos presentado esta iniciativa y espero que cuente con el apoyo de todos los grupos, porque entendemos que es una moción y un tema de justicia.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora González Romero.

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

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señor presidente.

Del cuerpo expositivo de su moción, de la moción que nos trae hoy el grupo Popular, se desprende en su literalidad que la preocupación de las organizaciones dedicadas al cuidado y atención de personas con discapacidad en la materia que presentan es una cuestión reciente.

Es cierto que en la Comisión de Discapacidad de 21 de noviembre de 2016 el señor Martínez López, de FUNDOWN, nos trasladó los esfuerzos y el trabajo que desarrollan desde su entidad para llevar a cabo el programa de envejecimiento activo tanto en la investigación, importante cuestión, como en la búsqueda de nuevas fórmulas. Nos hizo hincapié en la absoluta necesidad de recursos, recursos es lo que necesitan, es decir, medios económicos.

Todos los grupos parlamentarios de esta y de las anteriores legislaturas hemos alabado el trabajo que han desarrollado las distintas entidades y ONG de esta región en materia de servicios sociales. Nada habría sido posible sin su colaboración, esto está clarísimo. De hecho, todos ellos surgieron de la necesidad de atender unas necesidades a las que la Administración o no llegaba o no hacía esfuer-

zos por llegar, de tal manera que aparece con total nitidez en estos desarrollos que las políticas sociales de esta región de unos años aquí, porque antes sí eran más potentes, han ido a remolque, ni han planificado a largo plazo ni han construido una estructura sólida ni eficiente, y a veces hasta poco eficaz a pesar de los medios empleados.

La necesaria planificación de los recursos, prestaciones, etcétera, más la interconexión de consejerías, todavía no es lamentablemente a día de hoy una realidad en esta región.

Señorías, en esta Asamblea se aprobó la creación de un observatorio regional para la discapacidad en 2003, quizá sea el marco necesario. Usted decía que no sabía cuál era la forma más adecuada, comisión o mesa; bien, este observatorio se creó en 2003, esta región tuvo un plan, un primer plan integral de discapacidad que acabó en 2004, también un marco ideal para tratar no solamente el envejecimiento activo sino todas las cuestiones que tengan que ver y que entiendan de la discapacidad.

Se habló y se prometió un segundo plan, pero ese nunca llegó. En su lugar, nos dejaron otra promesa -esto es un rosario de promesas que ustedes pueden rastrear fácilmente (y yo les diré dónde están)-, otra promesa incumplida, esta vez en boca del presidente Valcárcel, que en 2007 anunció la ley integral de protección a las personas con discapacidad, que seguramente no les suena porque nada más se oyó después de aquello.

La oposición no crean que no impulsó interpelaciones, solicitudes de información y todas las iniciativas posibles, lo hicieron. En 2004, aun así y de la entonces diputada Rosa Peñalver, un año después de aprobar la creación del observatorio, la respuesta de la consejera fue la siguiente: una dirección web y añadía que las tareas realizadas hasta esa fecha no habían producido documentos concretos. La web, tan solo un germen, decían, de lo que habría de ser el sistema de información virtual del observatorio regional de discapacidad. ¡Estaba creado, señorías! Si ustedes buscan hoy, encontrarán esta página, la van a volver a encontrar, y nada más que catorce años después aún no ha germinado, pero, sin embargo, si ustedes clican, sí que hay un observatorio de discapacidad creado sin actividad aparente. Hemos registrado una iniciativa para que nos cuenten, aparte de las que registró Rosa Peñalver en 2004 y en 2005, qué actividad ha tenido la creación de algo que está ahí, que era una herramienta muy útil y que se aprobó en esta Comisión. Las respuestas a doña Rosa Peñalver, también las tienen en esta Cámara: no hay actividad, tan solo una web. Y, como les digo, ahí está.

Allá por 2012 la consejera Palacios, en comparecencia en la Comisión de Discapacidad, manifestaba lo siguiente... hay fragmentos que no tienen desperdicio, les invito a leer la comparecencia porque se darán cuenta de la cantidad de planes, estrategias, todo prometido que no ha llegado. La planificación estaba en marcha, incluso estaban trabajando en la ley de servicios sociales, en una nueva, no la de 2003, que ustedes no han hecho ni reglamento sino en una nueva, estaba todo el germen ahí y, sin embargo, nos hemos plantado en 2017 con lo mismo. Decía -no les voy a leer todo, pero alguna cosilla sí-: “Son necesarias actuaciones de carácter multisectorial que contemplen de un modo global las necesidades de las personas con discapacidad. Requiere trabajo coordinado entre distintos departamentos...”, decía entonces, “...de la Administración regional, y de estos con el resto de las Administraciones, más la iniciativa social”. Todo esto estaba ya, estaba hablando de la iniciativa social, las distintas Administraciones y demás. Y fíjense, ponían como un punto estupendo la fusión de las dos grandes materias, sanidad y política Social, que ustedes han vuelto a separar. Incluso la diputada González Romero, que estaba aquí, alababa a la consejera porque esa fusión de consejerías iba a poder favorecer esa interconexión necesaria de la cuestión social y de la cuestión política.

¡Me queda muchísimo! Bueno, pues entonces no les voy a seguir leyendo, pero aquí no se pueden imaginar la cantidad: en 2014, la otra consejera, Lorenzo, también hablaba de un montón de cosas.

Miren, el Grupo Parlamentario Socialista está de acuerdo y estará de acuerdo con las propuestas que avancen, pero lo que ustedes nos plantean hoy es un retroceso, es una atomización de nuevo de estrategias, de planes, de comisiones... Usted misma decía que no sabía cuál era la fórmula más adecuada. Pues sí, sí lo es, el observatorio. Hemos registrado una iniciativa también para impulsar ese observatorio, porque desde luego las estructuras están creadas y la responsabilidad de la Administración es crear esa supraestructura que contemple todo esto en su globalidad, tal y como decían sus consejeras en 2012 y ustedes aplaudían entonces aquí.

Me queda muchísimo y el señor presidente me está riñendo ya. Les digo que nos vamos a absten-
ner, no porque no estemos de acuerdo en que hay que hacer estas actuaciones sino que tenemos las
estructuras creadas, vamos a impulsirlas y desde luego a trabajar en serio con una planificación a fu-
turo integral, global, donde todos los actores tengan voz.

Vamos a dejarnos de fotos, y a trabajar.

Muchísimas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Cano.

Por el Grupo Parlamentario Podemos, en el turno general de intervenciones durante cinco minu-
tos tiene la palabra la señora García Navarro.

SRA GARCÍA NAVARRO:

Muchas gracias, señor presidente.

Nos parece positivo que se hable de discapacidad en este Parlamento, de hecho nos preocupa y
nos importa porque hay una Comisión Especial de Discapacidad, y es una labor de todos, responsabi-
lidad de todos, mejorar la vida de estas personas, pero nos sorprende que esta iniciativa la traiga el
Grupo Popular porque, además de lo que ha comentado la señora Cano en su intervención, no vemos
la necesidad de la creación de esa mesa, esa comisión, que no termina de saber el formato adecuado
la señora González según ha dicho en su intervención, pues no creemos que sea necesario que se
ponga en marcha para poder prestar, cubrir, las necesidades de estas personas con discapacidad y
para poder impulsar su autonomía en ese proceso de envejecimiento, porque hay una Ley de Depen-
dencia que ya contempla los servicios, las prestaciones, que se les pueden dar a estas personas, una
ley que tampoco se ha desarrollado en su contenido y que también prevé la autonomía de las perso-
nas.

Por lo tanto, creemos que no es necesaria esta comisión sino desarrollar esta propia Ley de De-
pendencia, que triste es que tras más de diez años de continuo incumplimiento por parte del Partido
Popular se tenga que seguir insistiendo en la necesidad de unos nuevos recursos o prestaciones. El
Partido Popular se ha dedicado a gobernar a golpe de decreto mermando los derechos de los benefi-
ciarios de esta ley.

El recorte acumulado del Gobierno Rajoy en dependencia tras el Real Decreto 20/2012 asciende
a más de 2800 millones de euros, tal y como se reconoce en el propio Plan de Estabilidad y en los
planes de reforma remitidos a Bruselas.

Ustedes, señorías del Grupo Popular, nos van a decir que la dependencia o la discapacidad no
tienen ningún color y no son ni de derechas ni de izquierdas. Efectivamente, no es ni de derechas ni
de izquierdas, pero en los hechos sí se demuestra con esta cifra que acabo de dar este recorte presu-
puestario cuál es el interés del Gobierno del Partido Popular en el tema de la dependencia.

Es penoso que cada día mueran 90 enfermos dependientes sin recibir prestaciones y que 368.000
personas dependientes no reciban todavía ninguna atención, y que solamente sean atendidos por sus
familiares, que en la mayoría de las ocasiones suelen ser mujeres.

Nos encontramos con estas personas que tienen un doble padecimiento, el de la enfermedad y el
del menosprecio de sus derechos, y aquí en concreto, en nuestra región, a pesar de que ha habido una
ligera evolución favorable (también hay que reconocerlo, porque como no se hacía nada ahora en la
mejora que ha habido hay que reconocer que hay una evolución favorable), pues aun así sigue ha-
biendo retraso en la tramitación de los expedientes, copago en los servicios, pago de tasas, falta y re-
ducción de plazas en residencias públicas, derivando a los beneficiarios a residencias privadas, au-
mentando, por tanto, la cuantía del servicio que tienen que pagar estas personas que acuden a estas
residencias. Y en su gran mayoría se siguen resolviendo las solicitudes en favor de una prestación
económica insuficiente para la atención del dependiente en su domicilio.

Hoy conocemos también una noticia en la que hay una nueva condena al IMAS por el retraso del
reconocimiento del derecho de una plaza de residencia a una persona que, tras dos años esperando

este ingreso en la residencia, ha fallecido. Y digo hoy una noticia más de una condena desde el juzgado al IMAS, pero no es la única ni la primera, ha habido muchísimas en este sentido.

Y hablando de plan y de estrategia de discapacidad, hay una Estrategia española de Discapacidad 2012-2020, de obligado cumplimiento, pero que no se ha llegado a cumplir, que también contempla en algunas de sus medidas el que se desarrolle la propia Ley de Dependencia. No sé a qué esperan.

Por eso nosotros también habíamos presentado una enmienda que mejoraba la petición que hacía el Grupo Popular, pero, como digo, por trámites puramente administrativos, tampoco ha podido ser admitida, pero entendíamos que la prioridad es desarrollar la Ley de Dependencia y atender a las personas en este proceso de envejecimiento, en general a todas las personas con discapacidad, reconociéndoles los derechos y las prestaciones que vienen contempladas en la propia Ley de Dependencia.

Nada más. Muchísimas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchísimas gracias a usted, señora García.

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.

Bueno, nosotros tenemos claro que si hay algo que hace sufrir a los padres de personas con discapacidad intelectual es saber quién va a cuidar de ellos cuando ellos no puedan, la carga que también pueden dejar a los hermanos que tengan, porque al final es una carga grave que puede crear distorsiones en las propias familias de esos hermanos, o, peor todavía, si no tiene hermanos el sufrimiento de pensar quién se va a cuidar de este chaval o de esta chica cuando nosotros faltemos. Entonces todo lo que se haga para buscar formas de paliar este sufrimiento que tienen esos padres es bueno y nosotros, desde luego, lo vamos a aprobar, y que se busquen políticas para una vejez activa y no vegetativa, no ya solo para discapacitados intelectuales, por desgracia lo vemos en personas que son completamente normales y que tienen una vejez más vegetativa que activa, por lo tanto tiene que ser no solo para ellos. Pero, bueno, todo lo que sea buscar soluciones para esto nosotros lo vamos a apoyar.

Yo no voy a entrar aquí en el tema de si esta mesa es para marear la perdiz o para hacerse fotos, no lo sé, ustedes son el Gobierno, ustedes son los que tienen que buscar estas soluciones, ustedes son los que tienen que luego dar la cara frente a la ciudadanía, y si van a dedicarse a marear la perdiz, pues luego se darán cuenta de que la gente les exigirá por no haber cumplido con sus obligaciones. Si van a hacer las cosas bien, ya sea a través de esta mesa o de esas leyes que hay que desarrollar, etcétera, háganlo, háganlo a través de esta mesa, háganlo a través del desarrollo de las leyes, pero háganlo porque esto es necesario, es bueno, y el sufrimiento que tienen esos padres es tremendo porque no saben qué va a pasar con sus hijos en el momento en que ellos no puedan y son personas que necesitan que tengan una tutela.

Por lo tanto, nosotros simplemente les decimos que trabajen en el tema y que lo vamos a apoyar.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchísimas gracias, señor Molina Gallardo.

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

SRA. GONZÁLEZ ROMERO:

Gracias, presidente.

He dicho en mi intervención -no sé cómo se ha podido malinterpretar de esa manera- que ya sea a través de una mesa, de una comisión, como el Gobierno entienda que es operativo y es fácil de funcionar y sacar propuestas, y que se puedan adoptar las necesidades que necesitan estas personas.

Lo he dicho así porque es el Gobierno quien lo tiene que poner en marcha, no lo tengo que poner en marcha yo ni lo tiene que poner en marcha el Grupo Podemos ni el del PSOE ni el de Ciudadanos. Por eso he dicho que no sé si a través de una mesa o de una comisión, si se puede tratar este tema en algún organismo, en alguna comisión que ya esté constituida, no lo sé, que lo vea el Gobierno porque nosotros le pedimos al Gobierno que esto lo ponga en marcha, por eso he dicho que no sé si a través de una mesa o de una comisión, porque, repito, no somos nosotros quienes lo tenemos que poner en marcha sino el Gobierno, y por eso nosotros desde el Parlamento presentamos y registramos iniciativas que debatimos en esta Comisión o en el Pleno.

Han leído muchos, sobre todo la señora Cano, Diarios de Sesiones, interpelaciones de hace años, pero poco han profundizado en el tema, poco han profundizado en el tema de la moción, y si indagan un poco, solo un poco, verán que el tema que plantea el grupo parlamentario en esta iniciativa no es solo un problema y una preocupación de las familias que tienen personas con discapacidad intelectual en la Región de Murcia, si indagan un poco verán que es un tema que lleva tratando relativamente poco el CERMI y diferentes asociaciones en el resto de España, porque, como he dicho en mi primera intervención, es un tema que deriva de los avances médicos, y las personas con discapacidad intelectual su esperanza de vida ha aumentado en los últimos años, no hace tanto tiempo.

Por lo tanto, como decía, si indagan un poco en el tema que hoy nos ocupaba esta iniciativa, verán que no es un problema único y exclusivo de la Región de Murcia, ni único y exclusivo de las personas con discapacidad en nuestra región, sino de todas las organizaciones que hay en el territorio español. Y si indagan un poco más, verán que en ningún país de Europa hay una salida y un estudio serio que digan qué se tiene que hacer con las personas con discapacidad intelectual que van cumpliendo años y que superan en vida a los padres, cosa que hace unos años no pasaba. Si indagan un poco, verán que en algún país nórdico hay algún estudio, pero que todavía no se ha puesto en marcha. Por lo tanto, yo creo que tenemos que ser rigurosos cuando tratamos una iniciativa, centrarnos en el tema que nos ocupa.

Aquí se ha hablado de Ley de Dependencia. La Ley de Dependencia, aprobada por un Gobierno socialista, que fue, hay que decirlo, apoyada por el Partido Popular con más de 200 enmiendas que presentó el Grupo Popular en el Congreso de los Diputados, hay que recordar que fue una ley socialista que nació, que se puso en marcha sin presupuesto y que cada comunidad autónoma ha ido haciendo encajes de bolillos para ponerla en marcha.

El Partido Popular, el Gobierno del Partido Popular siempre ha creído en esta ley, pero también hemos dicho siempre que tenía que ser una ley que estuviera dotada presupuestariamente en condiciones por quien hizo esta ley, que fue el Congreso de los Diputados, un Gobierno, como decía antes, del Partido Socialista.

Dicho esto y a renglón seguido, hay que decir que recortes en dependencia el Gobierno de Mariano Rajoy, yo creo que hay que leer un poco más y sacar recortes o no recortes de periódico de hace unos años y no tantos, por ejemplo la púa que dejó el Partido Socialista con la Seguridad Social de las personas que cuidaban a los dependientes, a nuestros dependientes. Yo creo que tenemos que ser rigurosos cuando hablamos de dependencia y, sobre todo, cuando hablamos de discapacidad.

Por lo tanto, he entendido que esta iniciativa va a salir adelante, y en eso nos tenemos que ocupar y preocupar, que se cumpla, que se trabaje por mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en nuestra región.

Y yo creo que si conseguimos poner en marcha esta comisión, si el Gobierno consigue poner en marcha esta comisión y tratar el envejecimiento de las personas con discapacidad, estaremos haciendo una buena labor.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora González Romero.

Pasamos a la votación de la moción. Votos a favor, cinco. Votos en contra, cero. Abstenciones, tres.

Muchas gracias, señorías. Prospera la moción.

Y no teniendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

Que tengan ustedes un buen día. Muchas gracias, señorías.