



---

# ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

## DIARIO DE SESIONES COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

---

Año 2017

IX Legislatura

Número 26

---

SESIÓN CELEBRADA  
EL DÍA 2 DE NOVIEMBRE DE 2017

### ORDEN DEL DÍA

I. [Moción 436, sobre medidas contra pseudoterapias y de educación para la salud](#), formulada por el Grupo Parlamentario Popular.

II. [Moción 435, sobre revisión y aplicación de criterios para la constitución de equipos de Atención Primaria en los centros de salud y consultorios](#), formulada por el Grupo Parlamentario Socialista.

III. [Moción 434, sobre puesta en marcha de un plan de inclusión social de la Región de Murcia](#), formulada por el Grupo Parlamentario Podemos.

IV. [Moción 433, sobre mejora de los tratamientos del cáncer de mama](#), formulada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.

---

**SUMARIO**

Se abre la sesión a las 10 horas y 10 minutos.

**I. Moción 436, sobre medidas contra pseudoterapias y de educación para la salud.**

El señor **Coronado Romero**, del G.P. Popular, defiende la moción.....500

El señor **Molina Gallardo** defiende la enmienda a la totalidad formulada por el G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía..... 502

En el turno general de intervenciones, participan:

El señor **Navarro Jiménez**, del G.P. Socialista.....503

La señora **García Navarro**, del G.P. Podemos.....505

El señor **Coronado Romero** interviene en su turno final.....506

Se somete a **votación** la moción transaccionada.....507

En el turno de explicación de voto, intervienen:

El señor **Molina Gallardo**.....507

El señor **Coronado Romero**.....507

**II. Moción 435, sobre revisión y aplicación de criterios para la constitución de equipos de Atención Primaria en los centros de salud y consultorios.**

La señora **Cano Hernández**, del G.P. Socialista, defiende la moción.....508

El señor **Molina Gallardo** defiende la enmienda parcial formulada por el G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....510

En el turno general de intervenciones, participan:

La señora **García Navarro**, del G.P. Podemos.....511

Y la señora **Molina López**, del G.P. Popular.....512

La señora **Cano Hernández** fija el texto de la moción.....513

Se somete a **votación** la moción transaccionada.....514

**III. Moción 434, sobre puesta en marcha de un plan de inclusión social de la Región de Murcia.**

La señora **García Navarro**, del G.P. Podemos, defiende la moción.....514

La señora **González Romero** defiende la enmienda a la totalidad formulada por el G.P. Popular.....516

En el turno general de intervenciones, participan:

La señora **Cano Hernández**, del G.P. Socialista.....516

Y el señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....518

La señora **García Navarro** fija el texto de la moción.....518

Se somete a **votación** la Moción 434.....519

Se somete a **votación** por segunda vez la Moción 434.....519

Se **suspende** la sesión durante dos minutos, tras los cuales se reanuda.....519

Se somete a **votación** por tercera vez la Moción 434.....519

Se somete a **votación** la enmienda a la totalidad del G.P. Popular.....519

La señora **González Romero** explica el voto de su grupo.....519

**IV. Moción 433, sobre mejora de los tratamientos del cáncer de mama.**

El señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, defiende la moción.....520

La señora **Casalduero Jódar** defiende la enmienda parcial formulada por el G.P. Socialista.....521

En el turno general de intervenciones, participan:

La señora [García Navarro](#), del G.P. Podemos.....523

El señor [Coronado Romero](#), del G.P. Popular.....524

El señor [Molina Gallardo](#) fija el texto de la moción.....525

[Votación](#) de la moción transaccionada.....526

Se levanta la sesión a las 12 horas y 10 minutos.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Buenos días, señorías.

Vamos a pasar a desarrollar la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales, convocada al amparo de la legislación vigente, para desarrollar en el día de hoy los siguientes puntos del orden del día.

El primer punto sería aprobación del acta de la sesión anterior anterior, número 25, de 18 de octubre de 2017.

¿Hay algún problema por parte de alguno de los grupos?

Pues se aprueba por asentimiento.

Muchas gracias, señorías.

Si no tienen ustedes inconveniente, les voy a proponer... Perdón, perdón, no les propongo nada.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Pasamos al punto dos del orden del día: [Moción en Comisión sobre solicitud al Gobierno de la nación de impulso de campañas de formación para evitar la manipulación de pseudoterapias sin base científica](#).

Abre el turno para exponer la moción el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, don Domingo Coronado.

SR. CORONADO ROMERO:

Muchas gracias, señora presidenta.

Buenos días a todos y a todas, y voy a empezar por el final en el tema de las pseudoterapias, de la moción que nosotros presentamos, sobre todo de cara a poder después argumentar por qué no vamos a aceptar una de las enmiendas propuestas.

En definitiva, lo que propone el Grupo Parlamentario Popular es que se siga impulsando a nivel general la promoción y educación para la salud, con el objeto de potenciar la cultura de prevención de las enfermedades en nuestra sociedad, impulsar campañas de sensibilización y formación para los pacientes, con el objetivo de evitar posibles fraudes y manipulaciones pseudocientíficas, y promover, en colaboración con las comunidades autónomas, que son las Administraciones competentes en este ámbito, un mayor control y vigilancia sobre centros y personas que no estén oficialmente acreditados y publicitan falsas actividades curativas.

Y justo esto que proponemos en la moción intentamos justificarlo en la exposición de motivos, como hacemos en todas las mociones. Y a veces las exposiciones de motivos son farragosas. Entonces, yo les voy a hacer a ustedes un análisis descriptivo de las pseudoterapias tal y como yo las veo.

Esto no es nuevo. Dicen que seguramente todos ustedes tienen en la cabeza la figura de los sanadores y de los chamanes, y todos, sanadores y chamanes, aunque ustedes no lo crean, tienen componentes de verdad, dicho de alguna manera. Es decir, un chamán o un sanador es una persona que lo primero que tiene que hacer es creer en lo que él hace; el segundo requisito que tiene que tener un chamán o un sanador es que la gente que tiene alrededor también crea que él tiene propiedades curativas, y lo tercero que tiene que tener el sanador o el chamán es que aquellas cosas que dice que va a hacer, de vez en cuando se cumplan. Es decir, cuando dice que va a curar algo, que se cure, porque si no se desprestigiaria y no tendría, dentro de la tribu, la posibilidad de seguir ejerciendo sus funciones.

¿Y por qué los chamanes y los sanadores, los antiguos precursores de los médicos, tenían éxito? Pues porque a veces utilizaban terapéuticas basadas en plantas, que efectivamente tienen poderes medicinales y que, efectivamente, les llevaban a curar muchas enfermedades.

Gracias a Dios, hoy, la evolución de la ciencia, y sobre todo de la medicina, ha hecho que aquello que era bueno, de lo que hacían los chamanes y los sanadores, se haya sistematizado, forme parte de la práctica científica de los que hoy son médicos clínicos de todas las especialidades. Pero, no obstante, todavía sigue quedando en nuestra sociedad determinado tipo de creencias que a veces, de una manera interesada, determinado tipo de personas lo que hacen es potenciar. Es decir, hoy en día

nadie acepta la muerte, hoy en día todos pensamos que todo tiene que tener curación, y desgraciadamente eso no ocurre así, y de eso se aprovechan algunas personas.

Y miren, les voy a poner algunos ejemplos. Seguramente todos hemos tenido algún familiar que ha tenido algún cáncer; el diagnóstico era terminal, por lo que sea, y esa persona ha recorrido todos los curanderos habidos y por haber. Hemos asistido a terapias alternativas basadas en la magnetoterapia, que no tenía nada que ver con ese tipo de cáncer; determinado tipo de tratamientos alimenticios, que no tenían nada que ver con ese tipo de cáncer. Y eso, en general, la sociedad lo acepta, porque todos pensamos que mal no le va a hacer, si ya está desahuciado. El problema está cuando ese tipo de terapias alternativas llevan parejo que se deje de tomar la medicación que los médicos le han mandado.

¿Y qué forma que tenemos de evitar eso? Pues la forma que tenemos de evitar eso es educación, educación y educación desde la base, y luego tenemos que ser conscientes de que antes, por ejemplo, trasladarse de un sitio a otro era complicado, ir en carro o ir andando de un curandero a otro era complicado, hoy las barreras de comunicación son nulas y entonces no basta con que nosotros aquí, en Murcia, en nuestra Región, por ejemplo, hagamos especial hincapié en perseguir ese determinado tipo de prácticas, si se pueden ir después a Alicante, donde no lo hacen, o se pueden ir a Madrid o donde quieran. De manera que por eso nosotros lo que hacemos es que esto se haga, las campañas sean a nivel nacional.

El otro día escribió un artículo Manuel Molina Boix, hasta hace poco diputado del Partido Popular aquí y presidente de la Comisión de Sanidad, y decía: “Controversias, creencias y tergiversaciones de lo que está ocurriendo en determinados aspectos en la sanidad”, y hablaba, por ejemplo, de otro tipo de manipulación que se da con pseudoterapias alternativas en el tema de las vacunas. Es decir, hoy en día seguramente uno de los cánceres más importantes en la mujer es el cáncer de cérvix, y hay una vacuna, que es la vacuna del papiloma, que es capaz de prevenir el cáncer de cérvix y que no ocurra. Bueno, pues hay campañas a nivel mundial en contra de la vacunación del cáncer de cérvix, del papiloma, y a cambio de eso se ofrecen terapias alternativas. Nosotros creemos que esto no puede ser, que esta manipulación no se puede permitir y que hay que perseguirla.

Pero luego hay otro tipo de manipulaciones, que además son propias de España, el fenómeno español, ¿no?, y es el tema de la meningitis. La meningitis C es una vacuna, que además sirve para prevenir la meningitis C, y nosotros nos hemos empeñado en que el fenómeno español es que tenemos que prevenir la meningitis B, que no es prevenible por vacuna. Bueno, pues nos hemos gastado una millonada, porque a ver cuál es la autoridad sanitaria que le dice a la gente que si existe una vacuna y que no se vacune. Pues nos hemos gastado una millonada de dinero en poner una vacuna que no sirve absolutamente para nada.

Es decir, de lo que se trata básicamente es de llevar a cabo campañas de concienciación. Yo diría que tiene que ser local, regional, nacional e incluso internacional, para que las pseudoterapias no se puedan llevar a cabo en ninguno de los ámbitos.

Yo comprendo que es difícil, yo creo que ya me han oído ustedes muchas veces contarle, es difícil por el tema de las redes sociales. Es decir, hasta hace poco, yo cuando estudiaba, cuando uno opinaba de una cosa, lo más bajo que había era la opinión de cualquier persona. Era una opinión que no tenía ninguna validez científica, no tenía ningún soporte. Después ya estaba la opinión del experto, cuando el que opinaba de salud era un médico o un enfermero ya la gente le daba una cierta..., era la opinión de un experto. Luego ya, cuando además eso se basaba en estudios científicos, donde había estudios científicos, donde se había demostrado la efectividad de determinado tipo de tratamiento, eso ya tenía más validez en el mundo de la ciencia; pero luego existían los análisis y los metaanálisis de todas aquellas circunstancias relacionadas con el tratamiento que se hacían a nivel mundial y que todavía le daban más aval a la opinión relacionada con este tipo de tratamiento.

Hoy cualquier opinión, solo una opinión, por las redes sociales tiene tanto peso como el mayor de los metaanálisis que se haya hecho a nivel mundial. Y, claro, compensar eso es muy complicado. Es decir, si yo, que no tengo ni idea de ingeniería naval, a lo que me pongo es a cuestionar cómo está haciendo cualquier ingeniero naval, con el mismo criterio que él, cualquier puerto que pueda hacer, pues no tiene sentido. Pero, bueno, la sociedad que tenemos es esa.

Entonces, por eso, desde el Partido Popular lo que queríamos era acotar mucho. Lo que queremos hacer en la moción es justo lo que hacemos, no queremos hacer más cosas. Es decir, que intentemos entre todos que el tema de las pseudoterapias cada vez, desde el punto de vista de la cultura, sea menos aceptado por la gente, para lo cual, como ya digo, lo que tenemos que hacer son campañas a nivel local, regional, nacional, supranacional, porque eso irá en beneficio de todos, y sobre todo, que es lo peor, evitará muertes, y sobre todo, lo más terrible todavía, es que evitará muertes en muchos niños, porque el problema ya no está en las pseudoterapias cuando es un adulto el que las elige, el problema está en cuando la pseudoterapia la elige el adulto, padre de niños, que porque tiene una filosofía determinada de vida, le dice: no quiero que te vacunes, no quiero que te hagas una transfusión de sangre, no quiero que te pongas este tratamiento.

Entonces, para lo que les pido el apoyo, señorías, es para una cosa tan concreta como esta. Y bueno, yo voy a dejar que intervengan los grupos, y después, en los cinco minutos finales que tengo, volveré a intervenir, para intentar contarles algunas cosas más.

Muchas gracias, señorías.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Coronado.

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

Perdón, en primer lugar, tiene el turno para la presentación de la enmienda a la totalidad, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señora presidenta.

A estas alturas no nos conocemos los nombres.

Bueno, yo en primer lugar quiero decir que con esta enmienda a la totalidad, en realidad yo le ofrezco al ponente de la moción una enmienda de adición, porque es un punto que se puede adicionar, si él lo considera oportuno, a lo que él está proponiendo.

Como él mismo ha dicho, el Partido Popular no ha querido ser muy concreto, lo ha dejado así un poquito todo en el aire, de recomendaciones, y nosotros somos más concretos, más contundentes, y por eso hemos hecho esta enmienda que, como digo, para nosotros es de adición. Por lo tanto, si les parece bien, la pueden tomar.

Estamos de acuerdo en lo básico y en lo principal: educación, indudablemente. Hay que educar a la gente y a los pacientes, para que efectivamente no lleguen charlatanes y les estafen, y les roben, no solo el dinero, que lógicamente estas terapias cuestan dinero, sino que les roben lo más importante, que es la salud, y muchas veces se la roban directamente.

Y luego, control y vigilancia. Por supuesto, hay que vigilar estos centros y a estas personas que llevan a cabo estar terapias, en una cosa tan sensible como es la salud de los ciudadanos.

Pero nosotros añadimos que, dentro de esa vigilancia y ese control, los profesionales sanitarios tienen que ser ese pilar, un pilar muy importante en la detección de este tipo de pseudoterapias pseudocientíficas, que muchas veces son muy perniciosas.

Los médicos y el personal sanitario son la primera línea de batalla contra la enfermedad, y son también, por tanto, los que más facilidad tienen para saber de primera mano qué es lo que pasa con sus pacientes, si están metidos en algún tipo de terapia o si están dejando el tratamiento, o qué es lo que están haciendo. Por lo tanto, son los que más facilidad tienen para saber qué está pasando en este tema que estamos tratando.

Y este tipo de pseudoterapias nosotros no estamos en contra de ellas directamente. De hecho, aquí yo defendí hace poco que las pseudoterapias que son complementarias son buenas. Por ejemplo, defendimos que la gente que tiene cáncer o algún tipo de esclerosis, o enfermedades muy graves, dolorosas, tomen maría, porque se ha comprobado científicamente que la maría ayuda a suavizar los efectos de los tratamientos y los dolores, etcétera. Por lo tanto, no es que estemos en contra; pero sí

en contra de estas que son manifiestamente peligrosas. Y estas pseudoterapias son peligrosas por acción, porque muchas veces dan o hacen que se utilicen productos que interfieren con los tratamientos convencionales, ya sean de quimioterapia o de lo que sea, porque son cosas que se toman, que les dan a los pacientes, y luego también por inacción, porque muchos pacientes, en la creencia de que van a tener una curación milagrosa, o simplemente por desesperación, se dejan en las manos de esta gente, de algunos charlatanes, abandonan los tratamientos, y al final esto trae unos perjuicios tremendos para su salud y también para sus bolsillos.

Entendemos que el personal sanitario ya tiene la obligación por ley de denunciar si detecta, por ejemplo, casos de violencia de género, tienen que denunciarlos, eso es obligado por ley; si detecta lesiones cuando una persona va a un hospital con una herida de arma blanca o con una herida de bala, o detecta que realmente ha habido un acto de violencia, tienen obligación por ley de denunciarlo a las autoridades y a los cuerpos de seguridad; si detectan abuso o violencia en menores. Todo eso ya son cosas que la ley dice que los profesionales tienen que denunciarlo. ¿Nosotros qué estamos diciendo? Pues que creemos que habría que añadir la obligación de que cuando a un médico le venga un paciente, pues qué te digo yo, con un cáncer hasta las orejas, y le pregunte: oiga, y cómo ha llegado usted a este punto, y le diga: no, es que llevo cuatro meses tomando, no sé, un bebedizo de amapolas que me han recetado aquí al lado, en una clínica, y aquí estoy. Hombre, pues eso no se puede permitir, porque primero está el perjuicio de salud de ese paciente, que llega en unas condiciones muy malas, porque se ha dejado llevar por esta pseudoterapia, y después, aparte del perjuicio económico también para el paciente, está el perjuicio para las arcas administrativas, para las arcas del Estado, porque a ese paciente seguramente habrá que administrarle un tratamiento mucho más complejo y más caro, porque ha estado en manos de un charlatán que lo ha llevado a una situación tremenda.

Por otra parte, también la autoridades autonómicas tienen la obligación de velar por las actividades comerciales que se llevan a cabo dentro de sus territorios, y hemos de recordar que en este tipo de negocio, digamos, sanitario de pseudoterapias hay un comercio; incluso se recetan productos que muchas veces no tienen el control adecuado y necesario. En fin, hay ahí unos actos fraudulentos, actos peligrosos para la salud y para las arcas, como he dicho también, de la Administración, y creemos que meter esa necesidad, esa obligación de que cuando uno descubra realmente que aquí ha habido, en fin, una terapia peligrosa, nociva, fraudulenta, pues el médico, igual que tiene que denunciar cuando ve un abuso a un crío o cuando ve un abuso de violencia de género, o un acto violento que lleva a una persona a un hospital, pues que denuncie también que aquí ha habido un acto fraudulento que ha sido pernicioso para la salud de ese paciente, y que es fulanito o menganito que está haciendo estas prescripciones, que lo denuncie, porque creemos que es de recibo que se haga, por el bien de los pacientes y por el bien de la sociedad. Es lo único que nosotros decimos, que haya, no voy a decir que brindis al sol, pero sí esta permisividad, esa suavidad de que hay que educar -sí, claro que hay que educar-, hay que vigilar -claro que hay que vigilar-, pero hay que denunciar, y pensamos que los sanitarios, que están en la primera línea, son lo que más facilidad tienen para denunciar, y eso es lo que nosotros queremos añadir a su propuesta, que nos parece bien, ya digo, más como una enmienda de adición que como una a la totalidad.

Muchas gracias.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Molina.

Ahora sí, tiene la palabra, en el turno general de intervenciones, el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Navarro.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

Gracias, señora presidenta.

El problema de las pseudoterapias es en origen un problema de tipo cultural y educativo. Normalmente, los que desarrollan este tipo de tratamientos sin ninguna base científica se aprovechan de

las personas que no poseen una formación suficiente para discernir el fraude que muchas de este tipo de terapias supone, y también, por supuesto, de las personas que agobiadas por determinadas dolencias recurren a cualquier práctica con tal de encontrar alivio a sus males, aunque realmente la mayoría de las veces el recurso a esa pseudoterapia no da ningún resultado y solo significa una pérdida económica, y más grave aún, tal y como se ha dicho, en muchos casos el abandono del verdadero tratamiento que necesita el paciente para su enfermedad.

Así, las pseudoterapias persiguen casi siempre un beneficio económico, aprovechándose de la ingenuidad de algunas personas. Son muchos los tratamientos de esas pseudoterapias, denominadas también terapias alternativas, complementarias o integristas: biomagnetismo, angeloterapia, dianética, iriología, etcétera, y la mayor parte de ellas tienen en común que no han pasado por el proceso que sigue la medicina basada en la evidencia, la medicina de verdad, que utiliza diversas herramientas para determinar si una tarea propuesta realmente funciona, se realizan experimentos con protocolos escritos y estudios de doble ciego, en donde se comparan los efectos de un medicamento con un placebo. Además, los nuevos descubrimientos son cotejados por científicos de todo el mundo para comprobar su veracidad, y se da por sobreentendido que si se duda sobre la efectividad de la terapia, la misma nunca será empleada en humanos.

En las terapias alternativas no se hace ninguno de esos protocolos necesarios, y generalmente se basan en pruebas repetidas y mal diseñadas, y sobre todo en el poder del convencimiento del que la administra y en los testimonios de los pacientes a los que le ha ido bien dicha pseudoterapia, o más bien a los que se ha convencido de las bondades de ese tratamiento y que son usados como propagandistas.

La Organización Médica Colegial de España considera, en sentido amplio, la pseudoterapia como una propuesta de cura de enfermedades y alivio de síntomas o mejora de salud basada en criterios sin el respaldo de la evidencia disponible y advierte de varios riesgos. Una técnica que se ha mostrado eficaz en un área puede ser considerada pseudoterapia en otra. Son tratamientos que se presentan como validados ante la sociedad sin que se hayan comprobado resultados concluyentes o que gran parte de esas pseudoterapias se basan en la inmersión del paciente en un entorno relajante, donde disfruta de una atención dedicada, etcétera.

Por otra parte, es preciso señalar que muchos de estos tratamientos se aprovechan de algunas prácticas de medicina alternativa que sí han mostrado su eficacia, como puede suceder con la acupuntura o con algunas hierbas que se han mostrado efectivas para algunos tratamientos.

Los peligros que representan las pseudoterapias para el conjunto de la sociedad son evidentes: riesgo de que los pacientes abandonen la terapia efectiva; peligro de que algunos tratamientos de esas terapias sean nocivos para la salud e incluso en algunos casos puedan provocar la muerte de algún paciente; dispendio económico tanto para el Estado como para el particular y daños morales en las personas.

Un estudio de expertos de salud pública de la Universidad de Columbia parece confirmar que las personas enfermas de cáncer de mama que hacen un mayor uso de terapias complementarias hacen un menor uso de los tratamientos de quimioterapia. Además de los riesgos señalados, existe el problema de que estas técnicas de pseudoterapia en muchas ocasiones son practicadas por personas que no tienen la titulación adecuada, lo que va contra la Ley 44/2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias, que en sus artículos 2 y 7 lo establecen así. Además, puesto que las terapias y técnicas no convencionales tienen la consideración de actividades sanitarias destinadas a la preservación, conservación y restauración de la salud de esas personas, esa actividad solo puede ser ejercida por los profesionales sanitarios, y además deben desarrollarse en centros sanitarios autorizados, y es frecuente que ninguna de esas condiciones se cumpla, pues es habitual que las pseudoterapias se apliquen por personal no sanitario o sin la titulación adecuada y en lugares no autorizados, como pueden ser las propias residencias de los pacientes o del falso médico o en clínicas y locales clandestinos.

La Asociación para Proteger a los Enfermos de las Terapias Pseudocientíficas lleva tiempo reclamando a las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas, que son quienes tienen esa responsabilidad, que actúen contra los establecimientos de terapias alternativas en los que no haya un licenciado o diplomado sanitario ejerciendo tales técnicas.

Es cierto que el Ministerio de Sanidad dispuso que cualquier actuación que vaya en contra de lo

establecido en la ley referida debe ser denunciada por los profesionales sanitarios o por cualquier ciudadano, pero como afirma la presidenta de la APETP, Elena Campos, no es conveniente descargar esa responsabilidad en los ciudadanos, pues deben ser las Administraciones quienes se hagan cargo, al menos de manera mayoritaria, preponderante y disuasoria. Deben ser las Administraciones quienes persigan a estos estafadores sanitarios que incumplen con la legislación vigente, ética y económicamente, estafando a los ciudadanos y al Estado.

Yo difiero en algunas apreciaciones que han hecho los grupos, tanto el grupo proponente, pero sobre todo la enmienda que hacía el Grupo de Ciudadanos. No podemos descargar toda la responsabilidad de la denuncia en los usuarios o en los profesionales. Aunque los profesionales deban denunciar y los usuarios denunciar, quien realmente tiene la capacidad de policía es la Administración y es la que la tiene que ejercer.

De cualquier manera, vamos a apoyar esta moción, porque consideramos importante la lucha contra el fraude y engaño, porque creemos necesario incrementar la educación y la cultura de la salud, tal y como decía el proponente, para que el ciudadano tenga un buen conocimiento de la realidad de las pseudoterapias y de los posibles riesgos que tiene su aplicación, y por supuesto, como decía antes, para exigir a las autoridades sanitarias de nuestra Comunidad y del Estado, también a las locales -añado lo que decía el ponente, las locales-, que cumplan con su obligación de control y vigilancia de los centros y de las personas que utilicen estos métodos.

Nuestro voto va a ser favorable porque entendemos que aquí hay una cuestión de educación para la salud, pero también una cuestión de vigilancia y de policía.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Navarro.

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Podemos, la señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señora presidenta.

Bueno, pues con las intervenciones que me han precedido, ya se ha dicho mucho sobre las pseudoterapias y también de las terapias alternativas.

Tengo que decir, que no se ha dicho hasta ahora, que esta iniciativa ya fue debatida en el Congreso de los Diputados el pasado 21 de septiembre, iniciativa que salió aprobada, con unas incorporaciones que se hicieron, unas enmiendas. Entonces, no entiendo por qué debemos seguir debatiendo en el ámbito autonómico, en este Parlamento, sobre esta cuestión, porque entendemos que una vez aprobada en el Congreso se debería de poner en marcha. No creo que sea desconfianza por parte del Grupo Popular que el Gobierno no vaya a atender esta cuestión, porque entendemos que es importante, al menos para nuestro grupo lo es, y, bueno, puesto que, como digo, es importante y nos preocupa, decirle, anticiparle que vamos a apoyar esta iniciativa, porque, como ya se ha dicho, este tipo de terapias, pseudoterapias, aparecen en los lugares más insospechados: en centros de belleza, clínicas alternativas, incluso en consultas médicas.

Suelen ser personas embaucadoras, ya se ha dicho también aquí, que mezclan una terminología médica con una actitud esotérica, que hace que la gente pueda llegar a confundirse.

Normalmente se dirigen a personas que están preocupadas por su salud, y en muchísimas ocasiones a personas que están en situaciones de máxima debilidad y necesidad, porque están pasando procesos importantes de salud, como puede ser el caso de personas oncológicas, en tratamientos oncológicos. Y también ocurre que suelen ser pacientes poco informados. De ahí que estemos de acuerdo en que es necesario seguir educando para la salud y realizando campañas de sensibilización y formación para todos los pacientes.

Se ha dicho también que suponen un grave perjuicio económico y sanitario, por el hecho de que en ocasiones se abandonan los tratamientos que están llevando a cabo estas personas, porque, como decía, personas en una situación de máxima debilidad se agarran a cualquier oferta que se le pueda

hacer, que entiendan que pueda ser una esperanza para superar su situación.

En cuanto a la enmienda que ha presentado Ciudadanos, nosotros entendemos el espíritu de esa propuesta. Ustedes pretenden que los casos más graves de aplicación de estas pseudoterapias no puedan quedar impunes, pero para mi grupo entendemos que esto ya se está haciendo, porque en todas las deontologías sanitarias el profesional debe alertar a su colegio de cualquier mala praxis que observe, y esta comunicación que se hace al propio colegio se podría utilizar como una prueba judicial, en el caso de ser necesario que se presentase una denuncia. Y también existe esa obligación de denunciar por parte de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Por tanto, nosotros vamos a apoyar la iniciativa que ha presentado el Grupo Popular, porque, como digo, entendemos que la que presenta el Grupo Ciudadanos ya se está haciendo.

Y quería, para acabar, hacer una mención al Observatorio contra las Pseudociencias, que se creó recientemente, creado por la Organización Médica Colegial, y que este observatorio debería de trabajar en este sentido y contar con el apoyo de todas las instituciones y todos los profesionales, de manera que los propios colegios pudieran remitirle la información que les llegue de estas malas prácticas, y que de esta manera podamos tener una relación y un mapa de qué es lo que está ocurriendo, así como un listado, unos datos que nos puedan dar la realidad de lo que está ocurriendo no solo en nuestra comunidad sino también en nuestro país, evitando de esta manera ese intrusismo profesional y, en definitiva, intentando seguir mejorando la vida de estos pacientes.

Nada más, muchas gracias.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señora García Navarro.

Tiene la palabra, para la fijación del texto de la moción, el proponente de la misma, el señor Coronado.

SR. CORONADO ROMERO:

Muchas gracias, señora presidenta, y gracias a los grupos por sus aportaciones.

Yo voy a intentar convencer una vez más al compañero de Ciudadanos, al señor Molina Gallardo.

El punto número 3 nuestro dice “promover, en colaboración con las comunidades autónomas, que son las Administraciones competentes en este ámbito, un mayor control y vigilancia sobre centros y personas que no estén oficialmente acreditados y publicitan falsas actividades curativas”. Es decir, nosotros trasladamos la carga de la prueba, por así decirlo, a las Administraciones. Y no estamos de acuerdo en proponer las modificaciones legales oportunas para que los profesionales sanitarios estén obligados a comunicar y denunciar si trabajan con un titulado o no titulado, porque este debate yo creo que es superinteresante, el que plantea el señor Molina Gallardo, pero yo creo que es otro debate, yo creo que es otro debate y que seguramente tendrá que ver con nuestra Ley de Salud y tendrá que ver con más cosas que tenemos que hacer también en nuestra Comunidad.

Y decirle una cosa a la señora García, en realidad nosotros traemos aquí el tema de las pseudoterapias porque nos parece que de vez en cuando hay que dar aldabonazos muy importantes en todos sitios y esto no se puede olvidar, esto no se puede olvidar, esto es un refuerzo a algo que ya está haciendo la Administración, se lo digo de corazón, no se lo digo... Seguramente cuando nosotros planteamos esto, yo había vivido una cosa excesivamente gruesa y dije “la vamos a presentar”, ¿vale?, porque me llegó al alma.

Fíjese lo que le digo, yo creo además que, efectivamente, los colegios profesionales ya persiguen el intrusismo y yo tengo aquí lo que hace nuestro Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica, que, por ejemplo, con respecto a determinado tipo de terapias relacionadas con células madre, se ha denunciado a un centro que decía que resolvía no sé cuántos puntos y que es mentira, y el Servicio de Ordenación y Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial tiene en la actualidad abiertos, porque presentan determinado tipo de servicios para dar determinado tipo de alternativas, 221 denuncias y 28 ya tienen propuesto expediente sancionador.

Es decir, que la Administración sí que actúa. Yo creo de todas maneras que tenemos que seguir potenciando el que esto sea cada vez más visible, y seguramente esa visibilidad con que impida que ocurra alguno de los casos que seguramente alguno de nosotros sabemos, habrá merecido la pena que traigamos aquí esta moción.

Y yo he trabajado de médico de familia y seguramente el señor Navarro habrá visto, una cosa es cuando uno acude con un herpes zóster y le dicen “ve al curandero de no sé cuántos que te va a dar una tinta...” y que luego al final tú le dices “pues, mire, usted siga tomándose aciclovir y vaya, que no va a pasar nada”, y otra cosa es, de verdad, de lo que yo estoy hablando, que son problemas gravísimos relacionados con enfermedades gravísimas y que ocasionan en muchos casos fallecimientos, y, ya digo, en muchos casos desgraciadamente de personas que no tienen posibilidad de decidir por sí mismas, como son los menores porque los padres pertenecen a una ideología determinada.

O sea, que se trata de volver a poner en el escaparate el tema de las pseudoterapias, que yo creo que es importante, señorías, y muchas gracias por su apoyo.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Coronado.

Pasamos directamente a la votación de la moción. Votos a favor. Queda aprobada por unanimidad... No... ¡Ah!, vale. Votos en contra. Abstenciones. Queda aprobada por ocho votos a favor y una abstención.

Tiene la palabra, para explicación de voto, el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Bien, quiero explicar por qué nos hemos abstenido y basándome en una premisa básica: los médicos de la sanidad pública son Administración pública. Por lo tanto, no tiene sentido que digamos que la Administración tiene que perseguir y denunciar y al mismo tiempo digamos que la Administración, los médicos, no tienen obligación de denunciar. Simplemente dejar eso claro.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Tiene la palabra, para explicación de voto también, el señor Coronado.

SR. CORONADO ROMERO:

Bueno, hemos apoyado la moción porque la hemos presentado nosotros, como no podía ser de otra manera, pero yo quiero hacer reflexión muy pequeña: a veces entre compañeros es muy complicado intentar resolver determinado tipo de cosas, y yo intentaba convencer al señor Molina Gallardo con determinado tipo de prácticas que se hacen relacionadas con la medicina estética, relacionadas con el tratamiento de varices, relacionadas con el tratamiento de las alopecias, y no lo he convencido y lo siento.

Yo he apoyado la moción así porque creo que tiene que estar así, y lo otro no tiene sentido.

Muchas gracias, señorías.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Coronado.

Pasamos al siguiente punto del orden del día: [Moción en comisión sobre revisión y aplicación de criterios comunes y equitativos para la constitución de equipos de Atención Primaria en los centros de salud y consultorios](#), formulada por el Grupo Parlamentario Socialista.

Tiene la palabra la ponente de la moción, la señora Cano.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señora Casalduero.

El Decreto 53/1989 recogió el Reglamento general de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Esta norma aún contiene las debidas cautelas que se proyectaron para mantener la coordinación con la Dirección Provincial del entonces Insalud, habida cuenta que las transferencias de sanidad se encontraban en desarrollo y en gran medida aún no se habían recibido por el Gobierno de la región.

No obstante, de su lectura se desprende un proyecto muy acotado por la situación en la que el decreto vio la luz, pero contiene una intención concreta en cuanto a política sanitaria se refiere.

Convendrán conmigo que el obsoleto texto de 1989 afirma con claridad la intención y despliega con igual nitidez las articulaciones precisas para colocar en el centro de la política sanitaria a los equipos de Atención Primaria, en la inteligencia de que su acción es la que está en contacto más directo con la población y le corresponde, en consecuencia, canalizar la acción de la Administración sanitaria.

Sorprende gratamente la previsión de coordinación con los entes locales que prevé a través de la inclusión de trabajadores sociales, la conexión que realiza dicho decreto con los efectos de orientar los tratamientos y medidas sanitarias mediante la actuación de estos especialistas incardinados en los equipos de Atención Primaria. Resulta incluso sorprendente la implicación de estos equipos en las políticas medioambientales, que buena falta nos hacen si atendemos a las bombas de relojería regionales como La Unión, Abanilla, Cartagena, etcétera.

Por lo tanto, recomiendo a sus señorías una lectura curiosa de este escueto documento, si no lo han hecho ya, porque resulta clarificador de cómo en una situación de escasez de medios es posible organizar la política sanitaria cuando existe una intención y un plan.

Señorías, la moción que les plantea mi grupo no tiene más intención que invitarles a pensar un plan para los equipos de Atención Primaria. El Servicio Murciano de Salud es el brazo ejecutor de las políticas sanitarias en la Región de Murcia, pero la Consejería de Salud es quien debe inspirar esas políticas que emanan desde el Gobierno.

En la acción diaria, la gestión es altamente dinámica y acude de forma orgánica a los problemas que surgen a los efectos de dar una solución eficiente, ¿pero quién piensa en la organización de las políticas sanitarias? ¿Quién es el responsable de marcar la intención y dirección para conseguir una buena implantación de los objetivos que se persiguen? ¿Quién define esos objetivos? ¿Siguen siendo los mismos que se desprenden del citado Decreto que les acabo de mencionar, el 53/1989, de 1 de junio, o han cambiado?

Señorías, parece que hayan pasado siglos desde las viejas cartillas de papel enfundado, las de los 30/, pero solo median unos años en los que las modernas tecnologías han incidido, irrumpido, diría yo, en el escenario sanitario, y aun así a todos nos queda siempre la sensación de que son los problemas los que nos llevan por el camino que ellos deciden, sin someterse nunca a la autoridad de los que deben dirigirlos y conducirlos por el camino adecuado.

Si atendiésemos los ejes básicos que deben inspirar una actuación de calado que les propongo, esto es, las personas como inspiración y centro de toda actuación basada en la equidad como criterio rector y superior, y estoy segura de que esto les suena porque se refieren una y otra vez cualquier portavoz de sanidad en la región (lo hemos oído), incluidos los consejeros y gerentes, pero no llega: la transparencia como medio imprescindible para el compromiso de todos los sectores implicados y su correlato evaluativo. Tampoco tenemos evaluaciones de lo que se hace, señorías.

El compromiso con una gestión eficiente y la puerta abierta al futuro que representa la innovación, auténtico desafío de los sistemas sanitarios, y si me apuran, de todo lo demás también.

Con estas ideas generales es posible precisar unos objetivos más específicos, como pueden ser los siguientes:

Impulsar la Atención Primaria como centro de la acción sanitaria y preventiva, otro de los grandes retos.

El incremento de la capacidad de resolución de los equipos de Atención Primaria, tal y como preveía el antiguo reglamento (ya estaba reflejado en él).

Tercero, la promoción de las correlaciones e interacciones de todas las entidades relacionadas con los equipos de Atención Primaria en su zona, como ya intuía también el viejo decreto. Señorías, no estamos inventando nada, estaba todo diseñado.

Cuarto, devolver e impulsar la motivación a los profesionales de los centros de salud. Punto también del todo importante teniendo en cuenta cómo están estos profesionales y lo que dicen de lo que están pasando.

Quinto, fijar, planificar y garantizar las estructuras y los recursos de los equipos de Atención Primaria para ofrecer unas prestaciones equitativas -la otra gran palabra- para todos los ciudadanos de la región. Hoy no es una realidad en nuestra región y debemos encaminarnos a que esto sea posible.

Estos objetivos, a su vez, servirían para impulsar actuaciones en distintos aspectos, como el incremento de la eficiencia de los equipos de Atención Primaria mediante acciones como la organización de las pruebas clínicas; las agendas; los equipos de diagnóstico accesibles a los EAP, como ecógrafos por ejemplo; sistemas clínicos de seguimiento; elementos de diagnóstico rápido; capacidad de gestión en la prioridad de las listas de espera y un larguísimo etcétera que ayudaría sobremanera a nuestra realidad sanitaria regional; recuperar el protagonismo de los equipos de Atención Primaria en sus zonas, como también preveía ya el viejo decreto -que, vuelvo a repetirles, no estamos inventando nada pero hay que hacerlo-, mediante su incardinación en programas para la salud en los colegios (de esto también hemos hablado largo y tendido en esta Asamblea Regional); programas de promoción de hábitos saludables en menores (alcohol, tabaco, cannabis, el VIH y otras de transmisión sexual, embarazos no deseados, obesidad infantil y ese larguísimo etcétera que todos conocemos); programas de promoción de hábitos saludables para el resto de población; intervención en patologías crónicas, etcétera.

Otro punto fundamental sería la gestión de las agendas con asignación real de los tiempos de atención a los pacientes; incorporación de las consultas telemáticas y telefónicas; agenda para la atención en turno de tarde, etcétera; disminución de la burocracia de los EAP (los médicos no paran de quejarse), mediante una gestión racional de la prescripción de recetas, gestión de citas, emisión automática de documentos legales, recetas, etcétera.

También un plan para la gestión del conocimiento, formación en manejo de equipos, sesiones clínicas, protocolos sobre patologías, etcétera; fomento de proyectos de investigación en centros y multicentros. Esto, que debía ser de obligada ejecución, resulta curioso cómo en centros de salud se están llevando a cabo y liderando programas interesantísimos que no tienen una repercusión horizontal en los equipos de Atención Primaria de otras localidades. Esta gestión del conocimiento y compartir experiencias que sirven es fundamental y no lo tenemos coordinado.

Otro punto fundamental sería la fijación de un presupuesto anual para los equipos de Atención Primaria en cada área; planeamiento de las necesidades; planificación de recursos humanos; formación; infraestructuras y necesidades de los equipos de Atención Primaria para períodos preestablecidos, sin que las injerencias púnicas lo engullan todo, como viene siendo la tónica en nuestra región.

Determinación precisa de los equipos de profesionales en los equipos de Atención Primaria para dotación de médicos de familia, pediatras, enfermeros, matronas, enfermeros especialistas en salud mental, fisioterapeutas, trabajadores sociales, técnicos sanitarios y auxiliares de enfermería y personal administrativo. Esta dotación no es una realidad en nuestra región y debería serlo.

No dejan de presentar planes, modificaciones de los planes, que no llegan a ver la luz. En lo que llevamos de legislatura, nos presentaron el PAIMAP, ahora parece que viene una modificación del PAIMAP, nos presentaron... bueno, nos presentaron no, nos presentaron la intención de traer el plan de urgencias y emergencias anunciado también dos años largo y aquí seguimos esperando, no terminan de concretarse, no sabemos si porque no se termina o porque con la sucesiva renovación de gerentes en el Servicio Murciano de Salud o en la Consejería incluso de Salud también en la figura de consejeros y demás *staff*, pues aquí seguimos esperando.

Y esperamos que esta iniciativa que hoy les traemos, el Grupo Parlamentario Socialista, les ponga de nuevo la atención sobre un tema capital sobre el que hay que actuar, y hay que actuar ya y dejar de hacer anuncios y promesas que no se concretan en nada.

Los equipos de Atención Primaria, señorías, les están esperando, nos están esperando a todos, y

necesitan nuestro apoyo, necesitan nuestra consideración y necesitan nuestra ayuda.

En cuanto a la enmienda que ha planteado el Grupo Ciudadanos, pues no termino de entender muy bien, porque se dirige a una parte de una actuación, pero lo que venimos a plantearles hoy es el todo, es la estructura, el apoyo y la coordinación, y dotar de más autonomía a esos equipos de Atención Primaria. Por lo tanto, le propongo al Grupo Ciudadanos que podríamos aceptarla como una adición, en cuanto a que decía que se llevara a cabo una revisión y aplicación de indicadores sanitarios y sociodemográficos, con especial atención a la morbilidad, condiciones de uso del sistema de salud, fragilidad, usuarios, población infantil, etcétera, para la constitución de los equipos de Atención Primaria. Con lo cual, no sé si tiene encaje en esa estructura general que les planteo. Les puedo ofrecer que puede ir como una enmienda de adición, pero no de modificación del texto, porque lo que les venimos a pedir hoy es precisamente esa ayuda y ese intentar organizar de una manera equitativa. El principio de equidad debe regir, no lo hace, y es ese impulso desde aquí que puede necesitar la Consejería de Salud y también el Servicio Murciano de Salud para poner esto en marcha de una vez y que sea una realidad y no una eterna promesa que no termina de ver la luz.

Muchas gracias, señorías.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Cano Hernández.

En el turno para la presentación de la enmienda parcial formulada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, durante cinco minutos tiene la palabra su portavoz, el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Bueno, voy a intentar explicar por qué hacemos esta modificación, que yo creo que tiene cabida, pero, en fin, ahora veremos después del debate.

Nosotros lo que decimos es que en su enmienda, en su moción, mejor dicho, ustedes dicen: “La Asamblea Regional de Murcia insta al Consejo de Gobierno a llevar a cabo una revisión y aplicación de criterios comunes y equitativos”. Nosotros hemos dicho de sustituir ‘comunes’ por ‘indicadores sanitarios y sociodemográficos, con especial atención a la morbilidad, condiciones de uso del sistema de salud, fragilidad usuarios, población infantil, etcétera’

¿Por qué?, ¿por qué hacemos esta modificación? Pues porque, digamos, los criterios comunes a la hora de poner el personal en un centro de salud, por ejemplo, son las cartillas. O sea, según el número de cartillas que tienes, pues así te damos tantos médicos o tantos enfermeros; pero eso es una especie de café para todos, y eso, a nuestro entender, no es una equidad, digamos, justa, porque no es lo mismo un barrio donde haya, por ejemplo, población muy joven, donde hay más embarazos, más niños, más pediatría, gente joven que hace a lo mejor más deporte, más traumatología. No es lo mismo ese barrio que un barrio donde haya población muy envejecida, donde lo que hay es más medicina, patologías propias de esa edad, más visitas al centro de salud.

Es decir, si hacemos los criterios comunes, es decir, como hay tanta gente, tantos médicos te tocan o tantos enfermeros, eso al final no es tan eficiente como ver, según estos criterios, que son más precisos, cuánta gente y qué tipos de médicos o de enfermeros necesitas en ese barrio, dependiendo de la población que tiene el barrio, del tipo de población.

Es decir, estamos de acuerdo en lo que es el fundamento y que efectivamente hay que reforzar, pero haciéndolo con unos criterios, digamos, más propios de lo que es la población de cada barrio, no un café para todos, y como hay tantas cartillas, pues tantos médicos y tantos enfermeros te tocan. Esa es la corrección que nosotros hacemos, sin salirnos de lo que se pretende, pero con más precisión. O sea, que yo creo que la explicación más o menos se entiende. No intentamos hacer nada extraño, sino ser más precisos a la hora de reforzar esos equipos, dependiendo de la población que hay allí, porque las necesidades sanitarias son distintas.

Y simplemente era eso.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Pues muchas gracias, señor Molina Gallardo.

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.

La iniciativa que estamos debatiendo, según aparece en el texto, es sobre la revisión y aplicación de los criterios comunes y equitativos para la constitución de equipos de atención primaria, y la he leído porque por la intervención que ha hecho la señora Cano, ya no sabía si estábamos debatiendo sobre qué Atención Primaria, qué modelo de Atención Primaria queremos, o nos centrábamos en lo que decía la iniciativa sobre la constitución de equipos de Atención Primaria.

En cualquier caso, coincidimos en que, según la exposición de motivos de esta iniciativa, es necesario revisar la constitución de estos equipos, porque, como ya se ha dicho, se establece el funcionamiento de los mismos en el año 89.

Yo, como estamos hablando de Atención Primaria, me voy a retrotraer en el tiempo y voy a irme a la Declaración de Alma-Ata, ya que fue en esta declaración en la que se comenzó la reforma y desarrollo de la atención primaria de salud, y se inició con la aprobación del Real Decreto del 84, de estructuras básicas de salud, que fue el que definió y sentó las bases para la actual red de Atención Primaria. Con la reforma que se hizo en aquel momento se consiguió acercar los servicios básicos sanitarios a toda la población, con la construcción de nuevos centros de salud, incorporación de médicos de familia, pediatras, enfermeras, se implantó el trabajo en equipo, se incrementó el tiempo de consulta, la cartera de servicios, se incorporaron programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades a la actividad asistencial.

Han transcurrido casi 40 años desde esta declaración de Alma-Ata y se puede decir que nuestra Atención Primaria es de las mejores del mundo, y tenemos que seguir trabajando para que esto siga siendo así y no se vaya deteriorando, y sobre todo para que ocupe ahora mismo el lugar protagonista que le corresponde dentro de la asistencia sanitaria.

Para esto hay que tener en cuenta que van apareciendo nuevos retos que hay que atender, y nuestra Región, por supuesto, no es ajena a ello. Retos como el progresivo crecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento de las cargas de trabajo de los profesionales, la necesidad de mejorar la coordinación asistencial, las nuevas tecnologías, etcétera, y un largo etcétera que la señora Cano también ha nombrado en su intervención bastante.

En nuestra Región, para organizar la Atención Primaria, se aprobó el Decreto 62/1986, que delimitaba las zonas básicas de salud, y para realizar una actuación homogénea en los diferentes equipos de Atención Primaria se aprobó el Reglamento de Funcionamiento, el Decreto 53/1989, sobre el que creo que versa esta iniciativa, y por lo tanto tras 28 años de la aprobación de este reglamento, coincidimos, como ya he dicho, en la necesidad de revisarlo.

Desde entonces se ha producido un desarrollo del primer nivel de atención sanitaria, se ha aumentado la capacidad de resolución de diferentes problemas de salud, pero también se ha producido un incremento en la complejidad asistencial y de gestión, y esto obliga a realizar cambios en Atención Primaria para adaptarse a esta realidad, de manera que se pueda mejorar la gestión y garantizar una atención integrada por parte de todos los profesionales que intervienen en la resolución de estos problemas de salud que atienden.

La composición de un equipo de Atención Primaria debe adaptarse a las características, problemas y demandas de la comunidad a la que atiende. La eficacia y eficiencia del equipo se verían mermadas si la composición rígida que se establece en las propias disposiciones legales, como es en este Decreto de 1989, no evoluciona a una composición mucho más flexible, teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población.

Por ejemplo, y en este sentido lo decía el señor Molina, y creo que en este sentido va su enmien-

da, si se atiende a una población mayoritariamente anciana o mayor, pues quizá se debería incorporar a ese equipo de Atención Primaria a un geriatra.

Por eso, como digo, coincidimos en la necesidad de revisar estas normas que regulan estos equipos de Atención Primaria, de manera que se pueda aumentar la eficacia y la eficiencia de los mismos, sobre todo porque esto redundará en una mejora de la Atención Primaria y, como ya también se ha dicho, redundará en una mejora de la asistencia que se presta a los usuarios y un beneficio para su salud.

Nada más. Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

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

SRA. MOLINA LÓPEZ:

Muchas gracias, señor presidente.

Escuchando especialmente a la señora Cano, parece que desde el Decreto 53/1989 no se ha hecho nada en la sanidad murciana. Desde que la Comunidad Autónoma se hizo cargo en enero del año 2002 de las competencias en la gestión sanitaria, se han venido realizando diferentes actuaciones, primero para potenciar la red de Atención Primaria, para adecuarla a las necesidades cambiantes de los ciudadanos (y así hago referencia a lo que planteaba el portavoz de Ciudadanos), y para mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales.

Entre esas actuaciones, y haciendo un breve recorrido histórico, se elaboró en su momento un Plan de Urgencias y Emergencias 2004-2007, con el que se potenció la red de asistencia sanitaria de urgencias de Atención Primaria y se completó la red del 061. Se hizo también una actualización de la cartera de servicios de atención temprana, con una primera revisión en el año 2003 y una segunda revisión, más en profundidad, en el año 2007, que además se editó.

Se ha elaborado el Plan de Cuidados Paliativos 2007-2009, que contribuyó a poner en marcha en Atención Primaria la red de equipos de soporte de cuidados paliativos, que llevaba aparejada su red de soporte de asistencia hospitalaria.

Se llevó a cabo el Plan de Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2006-2010, entre cuyos principales objetivos, avances que trajo, fue la ampliación de las plantillas de las diferentes categorías de Atención Primaria, que supuso el incremento de 182 plazas de médicos de familia, 72 plazas de pediatras, 153 plazas de enfermería y 58 plazas de auxiliares administrativos.

Se redujeron los ratios de tarjetas por cada uno de los profesionales sanitarios y quedaron por debajo de 1500 tarjetas para los médicos de familia, de 1000 tarjetas para los pediatras y de 1800 tarjetas para los enfermeros o enfermeras, con una distribución, además, homogénea por cada punto asistencial.

Se extendió la informatización, mediante la historia clínica electrónica, a la totalidad de los centros de salud y a la gran mayoría de los consultorios periféricos.

Se hizo también la ampliación del catálogo de exploraciones complementarias disponibles desde atención temprana. Más de cien millones de euros se invirtieron en infraestructuras y en equipamiento en atención temprana.

Se implantó la receta electrónica. Todo eso ha pasado desde el año 89 hasta aquí.

Se hizo también la extensión del modelo de integración de peticiones y resultados de pruebas analíticas, que son otros de los dos proyectos puestos en marcha en los últimos años.

En la actualidad, además, el Servicio Murciano de Salud está revisando tanto las competencias como la capacidad resolutoria y operativa de nuestro sistema de Atención Primaria, mediante una planificación que está versando fundamentalmente sobre las necesidades de infraestructuras en los centros de salud y consultorios, las necesidades de profesionales en los equipos de Atención Primaria, según los objetivos y los proyectos de actividad, y teniendo en cuenta los ratios de población atendi-

da por profesional y ajustándolas, tanto por edad, complejidad, por demanda y por tareas existentes.

El objetivo prioritario para 2018 es aprobar e implantar el nuevo reglamento de equipos de atención primaria, que sustituirá al Decreto 53/1989, que está en vigor, pero que desde que está en vigor se han venido haciendo cosas, y en el que se abordarán aspectos, entre otros, de organización y de funciones de los equipos de Atención Primaria.

Ese Plan de Acción para el Impulso y Mejora de la Atención Primaria se presentó, y usted lo ha nombrado, en el año 2016, y que contiene las áreas y líneas de acción estratégica, se ha puesto a disposición de todos los profesionales, que hicieron sus aportaciones. El documento final del Plan de Acción para el Impulso y Mejora de la Atención Primaria (el PAIMAP) 2018-2020 de la Región de Murcia va a contener las acciones concretas a ejecutar, un calendario, los indicadores necesarios para su evaluación y la previsión de los medios necesarios para llevarlos a cabo.

En ese sentido, se ha venido trabajando, no se quedó la Región de Murcia en el Decreto del año 89 y se siguen haciendo cosas. Entonces, ese plan es una realidad, porque se está elaborando, y ha hecho que fundamentalmente la voz de los profesionales de sanidad sea la que se haya escuchado, más que muchas veces la voz de los políticos.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Molina López.

En el turno para fijación del texto de la moción, por la ponente de la misma, durante cinco minutos, tiene la palabra la señora Cano Hernández.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señor presidente.

Señora Molina, o yo no me he expresado bien o usted no ha entendido porque lo llevaba ahí preparado, escrito, antes de la intervención, pero yo en ningún caso he criticado tan abiertamente que no se hayan hecho cosas, en ningún caso he dicho eso. He dicho que ese decreto sentó las bases y que muchos de los principios rectores que deben seguir vigentes están ahí, que no estamos inventando nada. Pero sí que hay que modificar cosas, y en eso creo que después de sus intervenciones tenemos claro que todos los grupos estamos absolutamente de acuerdo. Pero no es menos cierto que esos anuncios de todos esos proyectos (el PAIMAP o el que sea, de los que he mencionado también antes como el plan de urgencias y emergencias) los vemos anunciados una y otra vez, pero llegar no llegan. Estamos en el tercer año de esta legislatura y siguen en anuncios. El PAIMAP se presentó, tiene usted razón, lo criticaron desde foros médicos de Atención Primaria y me consta -o eso hemos oído- que se va a modificar en algunos aspectos, pero seguimos sin tenerlo.

Esta moción no pretende ninguna otra cosa que traerlo a la Asamblea Regional y que la Consejería de Salud y también el Servicio Murciano de Salud tengan desde aquí el impulso en ese sentido para que venga de una vez, porque es que estos equipos de Atención Primaria deben tener unos criterios comunes, añadiendo lo que dice el señor Molina, porque sí es cierto, pero eso tiene que estar como principio rector de cualquier organización que esté trabajando también en esa promoción de la salud y en esa previsión de lo que nos viene encima con el envejecimiento, que es una de las grandes preocupaciones que tiene nuestro sistema sanitario. ¡Claro que debe estar! Y como enmienda de adición yo lo acepto, y se pone una coma y se añade, porque claro que debe estar, necesariamente, esos equipos de Atención Primaria tienen que tener los perfiles profesionales necesarios, incluido lo que decía la señora Navarro del geriatra donde sea necesario, ¡claro que sí! Ese es el momento donde ahora desde el año 89 nos estamos enfrentando a retos sanitarios muchísimo mayores que vemos de una manera clara, como es el envejecimiento, pero tiene que llegar, señora Molina, porque no llega, porque anuncian, anuncian, pero no llega. Y desde que tuvimos las gerencias únicas los presupuestos se iban a los hospitales, los engullían absolutamente, y esa es una de las quejas primeras de los equipos de Atención Primaria.

Pero es que tenemos profesionales muy activos, señora Molina... Bueno, se iban y además no tenemos profesionales, todos los que le he nombrado no están en todos los equipos de Atención Primaria. En Molina de Segura, su pueblo, el pueblo en el que reside y en el que resido yo, porque somos de allí, tenemos el consultorio del Llano y el de la Torrealta sin administrativos, señora Molina. Los médicos tienen que hacer de administrativo y eso no es de recibo, tienen cinco minutos, la burocracia les satura. Usted llega a las tres de la tarde allí y están todavía pasando al ordenador, a eso me refiero. Claro que tiene que llegar ese criterio común, equitativo, para todas las zonas, que todos los consultorios y que todos los centros de salud tengan los profesionales que necesitan y que sus agendas vayan en consonancia para esas consultas telemáticas, para las recetas, para todo lo que hablamos, y también para la formación. Hay equipos haciendo trabajos maravillosos en el mismo pueblo de Molina de Segura, por seguir con el ejemplo, y esos trabajos que hacen, ¿por qué no se comparten, por qué no hay unas buenas prácticas compartidas, que eso es lo que hay que apostar, por el conocimiento? Que lo que funciona en un sitio se traslade a otro, y en red trabajamos mucho mejor y somos mucho más eficientes, de eso se trata, pero de que venga ya.

Y esta moción lo único que persigue es eso, que den ustedes el apoyo y que llegue a la Consejería de Salud diciendo “necesitamos esto y lo necesitamos ya”. Por eso, yo le agradezco el apoyo que creo que va a tener esta moción.

Muchísimas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Señora Cano Hernández, tiene que fijar el texto de la moción, me están diciendo.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Sí, perdón, hemos añadido... no sé cómo lo quiere exactamente el señor Molina, pero ponemos ahí una coma y añadimos lo de “teniendo en cuenta los indicadores sanitarios, demográficos y demás”, ¿no? “... criterios comunes, teniendo en cuenta...” ¿Una coma, señor Molina, y metemos...?

Sí, “La Asamblea Regional de Murcia insta al Consejo de Gobierno a llevar a cabo una revisión y aplicación de criterios comunes, teniendo en cuenta la revisión y aplicación de indicadores sanitarios y sociodemográficos, con especial atención a la morbilidad, condiciones de uso del sistema de salud, fragilidad usuarios (pone aquí), población infantil, etcétera, y equitativos para la constitución de equipos de Atención Primaria en los centros de salud”. ¿Le parece bien, señor Molina? ¿Sí? Pues así quedaría.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Bien, señorías, pasamos a la votación de la moción. Votos a favor. Se aprueba por unanimidad.

Muchas gracias, señorías.

Pasamos a la moción número cuatro, que es: [Moción en comisión sobre estudio y toma en consideración de la puesta en marcha de un plan de inclusión social de la Región de Murcia](#), formulada por doña María Ángeles García Navarro.

Para la presentación de la moción, en nombre del grupo parlamentario proponente, durante doce minutos tiene la palabra la señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señor presidente.

Traemos a debate una iniciativa que consideramos de suma importancia, sobre todo después de haber conocido recientemente los datos relativos a pobreza y exclusión en nuestra región.

La reflexión sobre la problemática de la exclusión social continúa siendo un tema de máxima importancia en la agenda de las políticas sociales de los países europeos, debido a la continuidad en el tiempo del problema de la exclusión. Todo ello nos debe llevar a buscar la mejora del sistema y de

las políticas de inclusión social.

En nuestro Estado, muchas de las competencias en materia de inclusión social recaen sobre comunidades autónomas y ayuntamientos. Así, uno de los aspectos más relevantes de los últimos años es la elaboración e implementación de planes autonómicos y locales de inclusión social, en los que se plantea una estrategia de inclusión adaptada a las singularidades de cada territorio, a fin de lograr altos niveles de efectividad y operatividad.

Sin embargo, en la Región de Murcia ocurre que es una de las pocas comunidades autónomas que carece de un plan de inclusión, aunque cierto es que sí cuenta con documentos sectoriales, es decir, programas o planes en los que se tratan cuestiones relativas a la inclusión, pero de una forma parcial, frente al enfoque integral que debería tener un plan de inclusión social.

Los datos a los que hacía mención en el inicio de mi intervención, relativos a la pobreza y exclusión en nuestra región en el año 2016, es que casi el 35 % de la población murciana, o sea, una de cada tres personas, está en riesgo de pobreza y/o exclusión social, y la tasa de pobreza extrema (es decir, las personas que sobreviven con 342 euros mensuales) se sitúa en un 8 %. Son datos oficiales, aunque recientemente también la consejera de Familia puso en cuestión este 8 % de personas que están en situación de pobreza extrema, puso en duda cómo estaban obteniendo estos datos.

A estas cifras, continúo, hay que añadir que el trabajo ha dejado de ser un antídoto contra la pobreza, las estadísticas salariales de la Agencia Tributaria demuestran que tras la crisis muchas personas han encontrado empleo, pero en condiciones precarias y con salarios que podemos denominar indignos, de manera que hablamos de la existencia de trabajadores pobres, personas que no pueden vivir de su trabajo. En nuestra región, cuatro de cada diez pobres tienen trabajo.

Aunque también hay que reconocer que estas cifras han descendido un poco en relación con el año anterior, hay que señalar que siguen siendo extraordinariamente elevadas, y Murcia se sitúa como la tercera comunidad con las cifras más altas en pobreza y en exclusión social.

Por ello consideramos que es necesario de manera ineludible e inaplazable afrontar y remediar la exclusión que existe en nuestra región a través de un plan para la inclusión social, un plan que debe contemplar el análisis de la trayectoria y evolución de esta exclusión social en nuestra región, que realice el diagnóstico de situación, que defina las problemáticas existentes, así como las consideraciones para la acción, un plan que debe definir las líneas estratégicas, los objetivos generales y en el que se encuentre al menos actuaciones para el fomento del acceso al empleo en personas que se encuentran en situación o en riesgo de exclusión, un plan que garantice el acceso a todos los recursos sociales, a unos recursos económicos mínimos, y que garantice también el acceso a la vivienda para personas en exclusión, que mejore el acceso y el desarrollo de la educación, y que de la misma manera facilite el acceso a la salud, así como que también contemple el apoyo a colectivos especialmente vulnerables, como por ejemplo podría ser el desarrollo de programas para la atención al colectivo de etnia gitana o programas específicos para la mujer, que encontrándose en situaciones de vulnerabilidad social es doblemente golpeada por el hecho de ser mujer.

Este plan debe contar también con indicadores de seguimiento, monitorización y evaluación de resultados, y por supuesto debe venir acompañado de una memoria económica y con dotación presupuestaria para poder ser llevado a cabo. Cualquier plan que no venga con una contemplación presupuestaria se queda, como muchos otros planes, en papel mojado.

Y para nosotros otra cuestión que es fundamental es que este plan debe estar participado por los colectivos sociales durante todo el desarrollo de dicho plan, durante todas las fases de implementación del plan.

Por tanto, señorías, consideramos que es necesario que todas las políticas y acciones incluidas en este plan estén dirigidas a asegurar la integración y la inclusión social de todas las personas en condiciones de justicia e igualdad, y que esta integración se haga desde la convicción y el compromiso con la dignidad de las personas, y porque todas deben disfrutar de los mismos derechos y oportunidades.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

En el turno para la presentación de la enmienda a la totalidad formulada por el Grupo Parlamentario Popular, durante ocho minutos tiene la palabra la señora González Romero.

SRA. GONZÁLEZ ROMERO:

Gracias, presidente.

El Grupo Parlamentario Popular ha presentado una enmienda a la totalidad porque estando de acuerdo en el fondo de la moción que presenta el grupo de Podemos, no voy a entrar en la lucha de datos de la pobreza en la Región de Murcia, pero, como decía, estando de acuerdo en el fondo de la moción que presentaba Podemos, en la necesidad de que la Región de Murcia tenga un plan de inclusión social, estamos de acuerdo en eso, pero no estamos de acuerdo en que sea desde aquí donde se diga el contenido del plan, qué tiene que contener ese plan de inclusión, porque entendemos que para que un plan sea real y efectivo el Gobierno tiene que seguir haciendo su trabajo.

Y digo esto porque el Gobierno, como dice mi enmienda, tiene que finalizar el diagnóstico de la situación real de la Región de Murcia de personas en riesgo de exclusión social que se está realizando en estos momentos junto a la Federación de Municipios y junto a la EAPN. Este estudio se está haciendo en Murcia y en el Guadalentín. Con esto conoceremos las condiciones de vida y los recursos que hacen falta para las personas en exclusión.

Señorías, un plan lleva un trabajo previo, porque no se puede redactar un plan de estas características sin hacer este trabajo y sin conocer realmente la situación de las personas que están en riesgo de exclusión social o directamente están en esa exclusión social.

Digo que es necesario este estudio, este trabajo de campo que está haciendo ahora mismo el Gobierno regional junto a la Federación de Municipios y la EAPN.

Entendemos que un plan no puede ir en la línea que decía el contenido o los acuerdos de la moción de Podemos; por ejemplo, con el desarrollo de programas para la atención del colectivo gitano. Claro que sí, pero tenemos que saber específicamente a qué colectivos, a qué sectores, y para ello tiene que finalizar el estudio de campo que está haciendo el Gobierno regional, junto a la Federación de Municipios, porque la Federación de Municipios, porque los ayuntamientos son los que conocen mejor la realidad de su municipio, la Administración más cercana al ciudadano, y también con la EAPN.

Por lo tanto, estando de acuerdo en que es necesario ese plan de inclusión social en la Región de Murcia, entendemos que tiene que llevar unos pasos, y primero tiene que finalizar ese estudio que está realizando el Gobierno regional.

Nada más y 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 Hernández.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señor presidente.

Señorías, cuando desde la Comisión de la Pobreza dirigimos petición a la consejera Tomás para determinar la situación real de la pobreza en la Región de Murcia, concretamente este hecho tuvo lugar el 4 de julio de 2016, fue el año pasado, recibimos la siguiente respuesta: los datos que manejamos para el análisis de esta situación son fundamentalmente de -decían- la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística, el informe FOESSA de 2016, el de EAPN España sobre el estado de pobreza y, por último, nos mencionaban el informe de UNICEF de 2016 del Estado mundial de la infancia, una oportunidad para cada niño.

El simple reconocimiento de la falta de datos propios, como revelaba esa información, revelaba también a las claras la falta de políticas firmes, decididas y creíbles que estaban en ejecución por par-

te del Gobierno de la Región, de la mera gestión asistencial de unos recursos limitados. Era un repartir los recursos; recursos que no respondían entonces a plan, estrategia, ley o nada que garantizara lo más mínimo, más allá de esa respuesta asistencial que le decía, y desde luego nada que pudiera ser contrastado y muchísimo menos evaluado.

El principio rector, la improvisación, y la falta de previsión a futuro, pues es pura ficción.

Por tanto, desde luego que apoyaremos esta iniciativa, porque sí que estamos de acuerdo en que este plan de inclusión es absolutamente necesario, y yo diría preceptivo. Y me alegro muchísimo del anuncio de que está en marcha ese estudio que ha iniciado la Consejería de Familia e Igualdad, porque desde luego en 2017, con unas cifras de pobreza desde hace muchos años ya bastante alarmantes, desde luego no llega muy acelerado.

Contrasta sobremedida que las fuentes fiables que la misma consejera nos trasladaba en ese requerimiento parlamentario sean puestas en cuestión por ella misma, como anunciaba también la señora Navarro. Por una parte, dice que eran los datos y, por otra parte, se mueve entre esa incredulidad y la negación de los datos, algo absolutamente sorprendente, cuando ella misma nos da como referencia esa información, y los pone en cuestión. Eso fue, la verdad, muy sorprendente. La respuesta de este Gobierno no se puede mover en la incredulidad de las cifras que están revelando informes, que además son internacionales, y desde luego poniendo en duda indicadores europeos en los que afirman basarse para considerar los datos, como les decía. Decir que esos indicadores no responden a la realidad, ¡oiga usted, es que son indicadores europeos altamente contrastados!

Los datos siguen siendo escandalosamente altos, señoría, y lo peor es que el pronóstico no es mucho mejor, si atendemos precisamente también a esos informes, si bien es cierto que se trata de un problema estructural, como la misma consejera lo calificó en esta Asamblea Regional en 2015 a una pregunta de mi grupo. La respuesta tendrá que ser, digo yo, igualmente estructural, con mucha estructura, con mucho plan, con mucha previsión a futuro y, desde luego, con medidas decididas y también dotadas, claro.

Es por ello que para optimizar estos recursos, ganar en eficiencia y en eficacia, conectar recursos, poder controlar y evaluar lo que se diseñe, que esto es importantísimo y no se hace, planificar y ejecutar, es necesario tener un plan, y en este caso el plan de inclusión social es el necesario.

Solo con mucho esfuerzo, tesón y optimización de los recursos, por más limitados que sean, señorías, que sabemos que son finitos, estaremos en disposición de ofrecer a nuestros ciudadanos la ayuda que necesitan, merecen y esperan desde hace ya mucho tiempo.

Lo paradójico de todo esto es tener un problema de la magnitud de este y que el Gobierno vaya a remolque de iniciativas sociales o parlamentarias. Esto debería ser una acción de Gobierno desde hace mucho tiempo y no lo ha sido. Se ha puesto en marcha ahora, en 2017, concretamente con este tema. Pues bienvenido sea, pero desde luego ha desoído durante mucho tiempo todas las voces que le indicaban el camino.

Y como le decía antes, iniciamos el tercer año de la novena legislatura y lo anunciado no llega, ni los planes ni las estrategias ni las leyes, porque el proyecto legislativo del Gobierno tampoco ha concretado en leyes. Todavía está todo en marcha, pero seguimos sin tener novedades. Y así no se prepara el futuro. Esta Región necesita de concreciones muchísimo mayores.

Esta conclusión que les voy a leer es del informe de EAPN de 2017, y es lo que realmente nos preocupa:

“La desigualdad a nivel territorial. La renta media española fue de 10.708 euros en 2016, cifra que, al igual que otros muchos datos que se incluyen en este informe, no es en absoluto representativa de la realidad nacional, que mantiene diferencias de hasta 6000 euros entre algunas regiones. Las más elevadas corresponden, como siempre, al País Vasco y a Navarra, respectivamente, con 14.345 y 13.408 euros de renta media, y Cataluña, Comunidad de Madrid, Baleares y Asturias, con cifras de entre 12.000 y 13.000 euros. Por el lado contrario, las más bajas se registran -¿dónde?- en Murcia y en Andalucía, con rentas medias entorno a los 2400 euros por debajo de la media nacional -es mucho dinero, señorías-, y Castilla-La Mancha, Canarias y Extremadura con rentas medias de casi 2000 euros inferiores”.

Y luego están los que ni siquiera cuentan ahí dentro, los que no tienen absolutamente nada.

Señorías, debemos adelantarnos a ese futuro que nos pintan estos informes internacionales. Las cifras son tozudas. Nos están diciendo que la pobreza se está cronificando, que hay trabajadores pobres, que la brecha se agranda, y que el PIB y la pobreza no van de la mano. Cuando amenaza la crisis, los daños comienzan siempre por la población pobre, y cuando esta se controla, esta es la última en beneficiarse. Es lo que estamos viendo.

Desde el año 2008, el número de personas en riesgo de pobreza se ha incrementado en este país en más de 1.242.000 personas en nuestro país, y ya saben ustedes que esta Región...

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Señora Cano, debe de ir concluyendo.

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Termino, señor presidente.

... anda a la cabeza de las peores cifras. Si las personas son importantes, como afirman desde el Partido Popular, será mejor que trabajen para conseguirlo con estos planes, porque ahora mismo tenemos 8000 murcianos que no tiene nada; 28 de cada cien malviven y no llegan a fin de mes, sufren grandes carencias, y 39 de cada cien murcianos pasan apuros y tienen que hacer muchas cuentas. ¿Creen que la respuesta que esperan oír de nosotros es que son pobres estructurales y sin remedio?

Muchísimas gracias, señorías.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Gracias a usted, señora Cano Hernández.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, en el turno general de intervenciones, durante cinco minutos, tiene la palabra su portavoz, el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Voy a ser muy breve en mi exposición.

Nos encontramos con una moción que pide hacer un plan de inclusión social, y luego con una enmienda a la totalidad que dice que ya se está haciendo.

Yo he pedido que me busquen información de ese plan que supuestamente se está haciendo, y no han sido capaces de encontrarme absolutamente nada. Me han encontrado cosas que está haciendo el tercer sector, pero ellos por su cuenta. Por lo tanto, como digo, brevemente, frente al 'hay que hacer un plan', que nosotros estamos de acuerdo, y un 'se está haciendo', del que no tenemos ninguna constancia, nosotros hoy vamos a apoyar el 'hay que hacer ese plan'. Así que vamos a apoyar la propuesta del Grupo Podemos.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

Tiene usted la palabra, señora García Navarro.

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señor presidente.

Agradecer el apoyo por parte del Grupo Socialista y del Grupo Ciudadanos a esta iniciativa, que consideramos justa y necesaria, que llega un poquito tarde el impulso para la puesta en marcha de un plan de inclusión social, pero bienvenido sea si se tiene en cuenta y se empieza a hacer ya.

Decir que nos alegramos de que el Gobierno se haya puesto a trabajar, que se haya puesto a confeccionar, a hacer este análisis. Era una iniciativa que veníamos demandando desde hace tiempo, pero consideramos que no se nos puede pedir fe en lo que se está haciendo.

Creemos que es necesario que se impulse desde aquí, porque el tema es muy, muy importante, y unos datos muy, muy preocupantes, y entonces, como digo, creemos que es necesario que se impulse, que se haga, y en nuestras medidas, las que nosotros proponemos, decimos que al menos se tengan en cuenta. No decimos exactamente qué tiene que contener este plan, porque, como decimos en el primer punto de nuestra iniciativa, consideramos que es necesario hacer ese análisis para saber la trayectoria y evolución de la exclusión social en la Región de Murcia, de manera que tengamos un diagnóstico de la situación y que podamos hacer las consideraciones necesarias para la acción.

A modo de ejemplo, poníamos distintas medidas que se deberían de contemplar, pero, como digo, no son de obligado cumplimiento, pero nadie creo que se pueda oponer a que se garantice el acceso al empleo, a que se garantice el acceso a todos los recursos sociales, así como a unos recursos mínimos, a que se garantice el desarrollo y el acceso a la educación, porque he de recordarles que en nuestra Región tenemos la tasa más alta de pobreza infantil y que la pobreza en esta Región se hereda.

Por lo tanto, si ayudamos a estos menores a acceder a la educación y que puedan tener igualdad de oportunidades, posiblemente puedan tener un futuro y salir de la pobreza.

Por mi parte, nada más, y, como decía, agradecer el apoyo del resto de los grupos.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora García Navarro.

Pasamos a votar la moción.

Votos a favor de la moción, cuatro. Votos en contra de la moción, cuatro.

Como existe empate, señorías, hay que volver a repetir la votación. En el caso de que se vuelva a producir el empate, hacemos un receso.

Votos a favor de la moción, cuatro. Votos en contra de la moción, cuatro.

Se hace un receso, señorías.

Vamos a pasar a la votación de nuevo.

Votos a favor de la moción, cuatro. Votos en contra de la moción, cuatro.

Bien, decae la moción.

Pasamos a votar la enmienda a la totalidad.

Votos a favor de la enmienda a la totalidad, cuatro. Votos en contra. Abstenciones.

Estamos votando ahora la enmienda a la totalidad. Hemos dicho, votos a favor de la enmienda a la totalidad, cuatro. Votos en contra de la enmienda a la totalidad, dos. Abstenciones, dos.

Por lo tanto, prospera la enmienda a la totalidad.

Muchas gracias.

Tiene usted la palabra, señora González Romero.

SRA. GONZÁLEZ ROMERO:

Gracias, presidente.

Por supuesto, hemos votado a favor de la enmienda a la totalidad que hemos presentado, pero quería hacer un matiz a mi primera intervención, que no se me ha entendido. No se está trabajando en un plan, se está trabajando en el diagnóstico previo a un plan. El plan se empezará a redactar cuando se tengan los datos y se tengan los resultados de ese diagnóstico que está haciendo el Gobierno, junto a la Federación de Municipios y junto a la EAPN. Si no se confía en el Gobierno, que está trabajando ya en este diagnóstico previo a ese plan de inclusión, era tan fácil como llamar al presidente de la EAPN o al presidente de la Federación de Municipios.

Termino dando las gracias porque haya salido esta enmienda, que entendemos que es el principio

de ese futuro plan de inclusión social.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señoría.

Pasamos al punto número 5, que es: [Moción en comisión sobre mejora de los tratamientos de cáncer de mama](#), formulada por don Juan José Molina Gallardo, del Grupo Parlamentario de Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.

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

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Bien, se trata de una enfermedad grave, pero por suerte cada vez tiene un índice de supervivencia mayor, gracias al avance de la medicina.

Sin embargo, las consecuencias que tiene esta enfermedad una vez que se ha superado siguen siendo muy profundas y muy duras en todos los ámbitos de la vida de una mujer.

Tiene repercusiones de carácter físico (porque muchas veces supone la amputación de los pechos), problemas psicológicos de ansiedad, depresión, estrés, sentimientos de pérdida de atractivo físico con las pertinentes consecuencias en lo que es la vida sexual de esas mujeres y de las parejas, y luego otro tipo de consecuencias propias de la enfermedad, como cansancio, dolor, etcétera.

Nosotros hemos observado que existe una variabilidad o diferencia demasiado grande entre las diferentes comunidades a la hora de los tratamientos que se llevan a cabo en el cáncer de mama. Así, por ejemplo, Murcia tiene, digamos, un índice de conservación en la cirugía del cáncer de mama del 54,38, mientras que el índice nacional es de 65, es decir, estamos un 11 % por debajo de lo que es la cirugía conservadora. Y si ya nos comparamos con autonomías como Navarra o el País Vasco, en Navarra, por ejemplo, el índice de conservación es del 79 % (con lo cual tenemos 29 puntos de diferencia), y con el País Vasco, por ejemplo, es del 72% (tenemos 22 puntos de diferencia). Es decir, que una murciana que tenga cáncer de mama tiene un 29 % más de posibilidades de tener una mastectomía, una amputación de los pechos, que una mujer que lo padezca en Navarra, o un 22 % más de posibilidades de perder los pechos que una vasca, o un 11 % más de probabilidades de perder los pechos que el resto de mujeres de toda España, porque estamos 11 puntos por debajo de lo que es la media nacional.

Y es difícil creer que estas diferencias se deban única y exclusivamente a que los cánceres que se padecen en esta región son mucho más agresivos y hay que llevar a cabo una medicina más radical, más de amputación. Nosotros pensamos que no hay unas condiciones sociosanitarias en Murcia que nos hagan pensar que es que aquí los cánceres son más agresivos, simplemente pensamos que lo que hay es unos protocolos a la hora de la prevención y la detección precoz no tan buenos como los que hay en el resto de España, y no digamos ya, por ejemplo, en Navarra o en el País Vasco, que ya he dicho que las diferencias son casi de 30 puntos, y también que las técnicas quirúrgicas de conservación no están tampoco muy equilibradas, y por eso allí se utiliza más.

El Ministerio de Sanidad en su Estrategia del año 2010 contra el cáncer de mama hizo una serie de recomendaciones relativas a la detección precoz que no sabemos si se están aplicando correctamente aquí en nuestra región ni si se están evaluando. Entre esas recomendaciones hablaba del desarrollo de programas de cribado poblacionales (siguiendo las recomendaciones de las guías europeas de control de calidad en mamografía); desarrollo de programas de garantía de calidad total que aborden todas las fases del programa, con especial énfasis en el desarrollo de un sistema de control de calidad de imagen; sistemas de información, que permitan la gestión de área; control de calidad y evaluación periódica; y elaboración de programas de seguimiento específico para mujeres con antecedentes personales de carcinoma lobulillar in situ o hiperplasia epitelial atípica.

Bien, como decía, esas recomendaciones no incluían, sin embargo, recomendaciones sobre lo

que es la cirugía conservadora. Nosotros pensamos que esa cirugía conservadora supone una mejora en la calidad de vida de estas mujeres que sobreviven a la enfermedad -y cada vez son más, por suerte-, que es mucho mayor que aquellas que tienen la amputación de sus pechos, y queremos que siempre que sea posible, lógicamente técnicamente sea posible, tenemos que tender a esa cirugía más conservadora por esos beneficios que tiene para estas mujeres.

Por ello, consideramos que es necesario mejorar esos protocolos de detección precoz, de seguimiento, porque son los que van a permitir que, efectivamente, sea más fácil esa cirugía conservadora. Y luego que se implemente, que se mejore, la formación de los cirujanos en nuestra región para que se lleven a cabo más técnicas conservadoras siempre que sea posible, por supuesto, y no tanta técnica, digamos, de amputación, y de esa manera evitar esas consecuencias biopsicosociales que padecen las mujeres que, como digo, sobreviven, pero tienen estos problemas de que hablaba antes (psicológicos, etcétera).

Así que lo que proponemos es instar al Gobierno de España a trasladar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la alta variabilidad que existe en el tratamiento de cáncer de mama a la hora de realizar las cirugías conservadoras de mama, a fin de evitar mastectomías innecesarias en los servicios de salud autonómicos para mejorar la calidad de vida de estas pacientes tras la enfermedad. Es decir, hay que estudiar por qué hay esas diferencias tan enormes entre unas regiones y otras, que, como decimos, no puede ser o no parece que sea porque en unas haya unos cánceres más agresivos que en otras. Segundo, evaluar y actualizar la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, porque, efectivamente, hay una serie de recomendaciones, pero, por ejemplo, esta de que simplemente la cirugía conservadora no está, por tanto creemos que eso hay que actualizarlo.

Y segundo, instar a la Consejería de Salud a mejorar los protocolos de tratamiento del cáncer de mama y promover la cirugía conservadora de mama basándose en la evidencia científica y reciente y en las buenas prácticas realizadas en otras comunidades autónomas.

Creemos que todo esto, si se lleva a cabo, va a suponer una mejora en la calidad de vida de las mujeres que sobreviven a la enfermedad, que, por suerte, como digo, cada vez son más.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

En el turno para la presentación de enmienda parcial por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Casaldüero Jódar.

SRA. CASALDUERO JÓDAR:

Gracias, señor presidente.

En palabras de una amiga que recientemente sufrió, padeció la enfermedad, ella misma decía que, una vez superados los miedos iniciales (desde luego lo primero para una enferma o un enfermo de cáncer es vivir, lo que quieren es vivir y que les den expectativa de vida), me decía que, una vez superado ese período, el cáncer de mama lo que te hace directamente es hacerte sentir que dejas de ser mujer: desaparece el período, se cae el pelo, a muchas mujeres directamente les dicen que no van a poder tener hijos (los hayan tenido antes o no) y, además, les desaparece uno o los dos pechos en muchísimos casos.

Efectivamente, según los datos que nosotros manejamos, son ya prácticamente 27.000 las mujeres diagnosticadas de cáncer cada año en nuestro país, una enfermedad que desde luego afecta a un alto porcentaje de mujeres, y que además tiene un ciclo de persistencia, como decía al principio, para las mujeres que lo sufren, de décadas o incluso para toda la vida por esos factores que además persisten, después de conseguir acabar o intentar acabar con la enfermedad.

Es innegable también, aparte de todo lo que se ha dicho, que una atención psicológica adecuada a través de los psicólogos oncólogos es también un factor imprescindible a la hora de intentar que las mujeres que sufren cáncer de mama puedan superar mejor o de manera más definitiva la enfermedad

y sus secuelas.

Es cierto que existe esa variabilidad en cuanto a las distintas comunidades autónomas en la aplicación de cirugías conservadoras dentro del territorio. Hemos contrastado con profesionales también y nos dicen precisamente eso, que está algo por debajo de la media nacional. Pero no solamente nos parece importante, que lo es, trasladar al Consejo Interterritorial lo que ya se sabe de esa variabilidad en cuanto a las cirugías conservadoras o no y la puesta en marcha de esa estrategia para identificar el porqué y erradicar o intentar erradicar esas diferencias, sino que también nos parece necesario y fundamental hacer que todas las mujeres que sufren esta enfermedad terrible, que condiciona tanto sus vidas y las de todo su entorno, tengan derecho a tener la misma asistencia sanitaria en condiciones de igualdad con el resto de enfermas de todo el país.

Y eso no se está dando en la actualidad, igual que no se da con las cirugías y ni siquiera se da en nuestra región dependiendo del hospital en el que sean tratadas las enfermas en el que estén recibiendo tratamiento. Por poner un ejemplo, no todos los hospitales de la región cuentan con los mismos recursos, así que el tiempo de tratamiento varía de unas pacientes a otras dependiendo del hospital en el que estén tratadas. Hay técnicas, por ejemplo, que solamente se aplican o se realizan en la Arrixaca, como es la DIEP, la técnica de reconstrucción consistente en la única utilización de piel y grasa del abdomen para la reconstrucción (sin destruir así ningún músculo y sin utilizar materiales ajenos al cuerpo, como implantes mamarios). Es uno de los métodos con más proyección, que con más asiduidad cada vez más profesionales utilizan, y en nuestra región, como decía, solamente se aplica en la Arrixaca, así que pacientes que están siendo tratados en otros hospitales tardan más tiempo en acceder a ese tratamiento o simplemente no tienen esa opción.

Por eso hemos querido enmendar en positivo la moción, intentando que, efectivamente, desde el Sistema Nacional de Salud se pongan en marcha los mecanismos necesarios para garantizar la igualdad en el acceso a tratamientos para el cáncer de mama en lo referente a la utilización de cirugía conservadora, como señala la moción, de tal manera que el menor índice posible quede en manos de profesionales, esa decisión es inevitable que la tomen los profesionales. Nos decían que cuando un profesional abre, pues nunca sabe lo que se va a encontrar realmente, y es a priori bastante difícil determinar qué es lo que se va a hacer definitivamente en la cirugía, nunca son plenamente conscientes, pero sí que creemos que es bueno y beneficioso la existencia de esos protocolos unificados de actuación en todo el territorio español, que a ellos yo creo que incluso también les aliviaría en el sentido de señalarles hasta dónde y cómo pueden llegar.

Y es importante que se dé esa respuesta en la fase de cirugía, pero creemos que también lo es -y también lo explica el cuerpo de la moción- que se asegure el menor sufrimiento a la paciente, y para ello también nos parece necesaria la unificación de esos protocolos referentes a la reconstrucción, garantizando que las mujeres vuelvan a recuperar su pecho o sus pechos en el menor período de tiempo posible.

Ya puestos a unificar criterios para garantizar esa igualdad y también en lo referente a la atención sanitaria de calidad y preventiva también, también hemos propuesto la unificación de los criterios de edad para la realización de las pruebas de cribado en todas las comunidades autónomas. No nos parece justo que mientras que en unas comunidades autónomas se empiezan a realizar a los 45 años, en otras, como en la nuestra, la franja sea de 50 a 69. Según los expertos, esa bajada en la edad de las pruebas de cribado podría evitar el desarrollo de muchos tumores en esa franja de edad.

Creo que voy mal de tiempo, pero, bueno, a nivel regional creemos que también son necesarias muchas cuestiones -acabo ya- relativas a garantizar la reconstrucción temprana, es decir, hasta los dos años, que es lo que se establece en el propio Servicio Murciano de Salud, simplemente gestionando bien las listas de espera del SMS, listas de espera que los propios profesionales se quejan de falta de transparencia porque es imposible saber realmente, cada uno te da una versión porque no es posible con el oscurantismo que existe.

Y por supuesto también en lo relativo a las pruebas diagnósticas, los médicos, muchos médicos, se quejan amargamente de la derivación de determinadas pruebas diagnósticas por la escasa calidad de las mismas, hay algunos que ni siquiera las abren cuando vienen derivadas sino que las vuelven a encargar, porque saben que no son fiables -ya acabo, señor presidente-, lo que supone un sobrecoste para el Servicio Murciano de Salud y también un retraso en el diagnóstico y tratamiento de esas en-

fermedades.

Y ya está. Gracias, señor presidente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted. Ha consumido ocho minutos, pero no importa porque ha merecido la pena, señora Casalduero Jódar.

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

SRA. GARCÍA NAVARRO:

Gracias, señor presidente.

Yo espero ser más breve, porque ya se ha explicado, se ha hablado mucho sobre los tratamientos del cáncer de mama.

Para empezar mi intervención, quería primero hacer un reconocimiento a todas las mujeres que luchan a diario contra esta enfermedad, que la sufren y la padecen y que día a día intentan superarla, porque, como ha dicho la señora Casalduero, sobre todo después del diagnóstico lo que ellas quieren es vivir, y para ello inician esta lucha.

Un reconocimiento también especial para la Asociación Amiga de Murcia, que trabaja desde hace trece años para ayudar a estas afectadas a superar su enfermedad constituyéndose en este momento como su soporte emocional, y sobre todo también un reconocimiento a la gran labor de los profesionales que, con su esfuerzo y dedicación, han hecho que España sea uno de los países con mayor esperanza de vida una vez diagnosticadas de cáncer de mama. La tasa de curación en nuestro país supera el 80 %.

Dicho esto, coincido en las mejoras que se plantean con esta iniciativa, tanto las que propone el Grupo Ciudadanos como las que ha hecho el Grupo Socialista con su enmienda de adición, y señalar también algunas otras mejoras que se vienen demandando por parte de la Federación Española de Cáncer de Mama.

Esta federación, en el manifiesto que hizo este año con motivo del Día de lucha contra el cáncer de mama, pedía mecanismos de coordinación de las políticas sanitarias, un consejo interterritorial operativo y un fondo de cohesión sanitario que garantice realmente la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria pública en todo el territorio español; reivindicación con la que coincidimos plenamente.

Cuestiones que hay que seguir mejorando: una atención homogénea del cáncer de mama en toda España y una cartera de servicios única y común como elemento de equidad, que no dependa de cada comunidad, de cada área de salud, como aquí ya se ha indicado, o incluso de cada hospital.

Es necesario que las mujeres estén en manos de equipos multidisciplinares, que se suministre a la paciente información exhaustiva y rigurosa sobre su cáncer, que se refuerce la investigación para que cada vez más mujeres, no solo las jóvenes, puedan participar en ensayos clínicos y que se individualice el tratamiento para que reciban la terapia más adecuada, según las características de estas mujeres.

Y siguen reivindicando estas pacientes, año tras año, el disponer de una asistencia psicosocial, que en este momento no se contempla por parte del Sistema Nacional de Salud, así como también una gestión eficaz de las listas de espera. En concreto, en nuestra Región las listas de espera de mamografía sitúa que de las 1200 mujeres a las que actualmente se les había prescrito esta prueba, 1190 están en esta lista sin saber cuándo se les va a hacer dicha prueba. Es inadmisibles que solamente se les haya podido realizar a diez personas, a diez mujeres, estas mamografías.

Entendemos que cuando se prescribe esta prueba es porque hay un indicio de sospecha de padecer esta enfermedad y, por lo tanto, no debemos sumarle a la angustia, a la incertidumbre de ese diagnóstico, sumarle la angustia de esta espera. Así que debe ser prioritario que se puedan agilizar estas listas de espera para la realización de las pruebas diagnósticas.

Y otra lista de espera que también hay que mejorar y que tener en cuenta es la de la reconstruc-

ción mamaria, tras la mastectomía, que se sitúa en torno a un año.

Y continuando con las cuestiones que hay que mejorar, es necesario garantizar los cuidados paliativos para pacientes en estadios avanzados, evaluación de los riesgos de mujeres susceptibles de presentar síndrome hereditario, y registros poblacionales homogéneos y actualizados de cáncer.

Además, tal y como llevan reclamando las asociaciones, hay que evitar, sobre todo, que esta enfermedad saque del mercado laboral a las mujeres que la padecen, que sabemos que después de los tratamientos se han incorporado a sus puestos de trabajo e inmediatamente han sido despedidas, o mujeres que tras sufrir la enfermedad no pueden encontrar un puesto de trabajo.

Por lo tanto, como he dicho, vamos a apoyar esta iniciativa para la mejora de los tratamientos, y esperemos que las reivindicaciones que también vienen haciendo los colectivos, asociaciones y la propia Federación de Cáncer de Mama, pues también se tengan en cuenta, porque consideramos que son justas y porque redundan en el beneficio y les garantiza un aumento de vida a las mujeres que padecen esta enfermedad.

Gracias.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señora Navarro.

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

SR. CORONADO ROMERO:

Muchas gracias, señora presidenta.

Por ir al fondo de la cuestión, lo que pide la moción de Ciudadanos, que es que se mejoren los tratamientos del cáncer de mama, a eso es difícil que ninguno de nosotros se oponga. Es evidente que todos queremos que se mejoren los tratamientos del cáncer de mama.

Luego, el final de la moción, a lo que insta, tanto al Gobierno de España como a la Consejería de Salud, también es difícil que nos opongamos, entre otras cosas porque forma parte de la práctica diaria de lo que se hace. No hace falta que lo instemos, ya se hace. No obstante, tampoco vendrá mal, como yo decía antes, dar un aldabonazo en una cuestión tan importante como esta del cáncer de mama.

A veces el problema está en, cuando uno pide cosas justas, el camino que utiliza, y el camino este que uno utiliza, o que utiliza, en este caso, Ciudadanos, daría la sensación de que la actuación de los profesionales en nuestra Región se podría mejorar de manera manifiesta. Y además utiliza datos, datos que nosotros no compartimos. Y ahora yo voy a dar los datos que se tienen en la Consejería de Sanidad y en el servicio que se encarga del tema del control de cáncer de mama.

En primer lugar, lo que tenemos que hacer desde el Grupo Parlamentario Popular es defender a los profesionales que se dedican al tratamiento de cáncer de mama, a todos los profesionales: radioterapeutas, cirujanos generales, oncólogos, cirujanos plásticos, anatomopatólogos, rehabilitadores, enfermería, personal auxiliar, reconocerles porque hacen un trabajo encomiable, y ahora daré un dato a qué conduce este trabajo encomiable.

Y luego, lo que tenemos que hacer también es transmitirles a las usuarias del sistema sanitario público que tenemos un magnífico sistema sanitario público, que lo hacen muy bien y que efectivamente tienen derecho al mejor tratamiento, y en ello está la Consejería de Salud, y yo creo que estamos las consejerías de salud de todas las comunidades autónomas.

Y yo decía, bueno, pues si en el final estamos de acuerdo, aunque yo creo que es obvio, porque no podíamos estar en desacuerdo, porque es que es la obligación de los sistemas de salud, ¿qué pasa entremedias? Porque da la sensación, cuando uno lee la moción de Ciudadanos, que, por ejemplo, tenemos que envidiar a otras comunidades autónomas.

Bueno, yo he estado en dos hospitales, el Hospital Morales Meseguer, donde se acreditó la Unidad de Mama estando yo de gerente, se tardaban 15 días en intervenir a una mujer, desde el diagnóstico de cáncer hasta que se le intervenía, y estuve en la Arrixaca, y además la Arrixaca tiene una de las 25 o 26 unidades acreditadas de mama de España. Es decir, la Arrixaca es un hospital de vanguar-

día en el tratamiento del cáncer de mama.

Y seguimos los estándares que recomienda el Ministerio de Sanidad. Se sigue, igual que se siguen en todas las comunidades autónomas, y, miren, la supervivencia del cáncer de mama en España es de un 85 % a los cinco años, y en Murcia es del 86 %; es decir, estamos por encima de la media. Luego algo bien estaremos haciendo.

Pero es que además yo decía que no sé de dónde saca los datos Ciudadanos. Yo los saco, que seguramente los tendremos que revisar, los estándares recomiendan un porcentaje de mastectomías en torno al 15 % -25 % como un estándar de calidad y nosotros estamos en cirugías conservadoras por encima del 75 %. Eso es lo que dicen los datos de la Consejería de Salud. Y dice don Francisco Pérez Riquelme, técnico responsable en previsión de cáncer y del servicio de promoción y educación para la salud, en la parte introductoria de la moción se afirma que en la Región de Murcia la cirugía conservadora se realiza en el 54,38 % de los casos, y según los datos que tiene este programa la cirugía conservadora se realiza en el 74,3 % de los datos. O sea, que tenemos un... Y yo lo que creo es que este contraste de datos deberíamos de hacerlo seguramente en otros foros, porque yo creo que estamos trasladando, señorías, de nuevo a esta Comisión de Sanidad problemas de gestión clínica, problemas que seguramente tienen otros foros para ser tratados y existen, y además se tratan muy bien. Porque los políticos lo único que deberíamos decir es: démosles los recursos necesarios para que los profesionales lleven a cabo la mejor práctica posible. Eso es lo que tenemos que decir los políticos, y después ellos que se encarguen de hacerlo.

Yo creo que tenemos, ya les digo a ustedes, excelentes profesionales en nuestra Comunidad.

Y bueno, ya digo, el contenido de la moción, el final, lo que se pide, yo estoy de acuerdo. No estoy de acuerdo en el análisis descriptivo que se hace de situación, y sí me gustaría trasladarle toda la tranquilidad a todas las mujeres de nuestra Región. Tenemos servicios de cirugía de mama estupendos. A nadie se le ocurre hacer cirugía que no sea conservadora y que sea más agresiva de lo necesario. No se le ocurriría a ningún profesional, es que iría en contra de la práctica científica, no pueden hacerlo, estaría mal, sería denunciable, y yo estoy seguro de que no lo hacen.

Y, desde luego, mi reconocimiento, el reconocimiento del Grupo Parlamentario Popular, y estoy seguro que el de todos ustedes, señorías, a todos aquellos profesionales que se dedican al tratamiento del cáncer de mama de nuestras mujeres. Y que puede mejorarse, seguro, y que lo vamos a hacer entre todos, seguro.

Muchas gracias, señorías.

**SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):**

Gracias, señor Coronado.

Tiene la palabra, para fijar el texto de la moción, el proponente de la misma, el señor Molina Gallardo.

**SR. MOLINA GALLARDO:**

Gracias, presidenta.

Empezando por la última intervención del señor Coronado, nosotros en ningún momento en la moción cargamos tintas contra los profesionales, simplemente constatamos que estadísticamente hay unos números que usted dice que no está de acuerdo con ellos. Bueno, usted tendrá sus datos, nosotros tenemos los nuestros, y lógicamente nos basamos en los que nosotros tenemos.

Ha hablado de un 87 % de supervivencia en Murcia, un punto más que la media nacional, pero es que, si se da cuenta, esta moción está, digamos, un paso más adelante de lo que es la supervivencia. Ya hemos superado el momento crítico en el que te estás jugando la vida y estamos en la segunda fase de la enfermedad, que ese es el momento en el que tienes una serie de problemas, de los que hemos hablado antes, psicológicos, físicos, de todo tipo, y eso también es parte de la enfermedad, y esa parte también hay que tratarla, y es donde nosotros estamos haciendo hincapié, en esa segunda parte, en la que vienen esos problemas. Es el momento en el que una mujer, como ha comentado la ponente

socialista, no se siente mujer, se siente un ser que anda, que come, que respira, pero no se siente mujer, y eso es calidad de vida, y nuestra obligación, como es lógico, es mejorar en todo lo posible esa segunda fase de la enfermedad, que sigue siendo enfermedad, pues son derivadas de la enfermedad, con este tipo de iniciativas, que es intentar que esa cirugía reparadora sea más normal, más cotidiana, porque si evitamos esa amputación, evitamos luego muchos de esos problemas psicológicos que hemos comentado, sexuales, etcétera.

Por lo tanto, ya hemos pasado el punto de la supervivencia, por suerte, eso está mejorando mucho; vamos al segundo punto, a la segunda fase de la enfermedad, que es la calidad de vida.

En cuanto a la enmienda que presenta el Partido Socialista, nosotros entendemos que de ninguna manera podemos no aceptarla, porque mejora el texto nuestro. Incide de una manera, digamos, más significativa sobre algunos temas; por lo tanto, para nosotros es totalmente aceptable. Y como digo, yo esto lo leí hace mucho tiempo, pero para mí es algo que creo absolutamente, y es que vivir no es durar más, vivir es otra cosa.

Gracias.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Gallardo.

¿Alguna intervención con respecto al texto fijado por el proponente? Pues procedemos a la votación de la moción.

Votos a favor. Queda aprobada por unanimidad.

Y no habiendo más asuntos en el orden del día, levantamos la sesión.