



ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

DIARIO DE SESIONES COMISIÓN DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

Año 2017

IX Legislatura

Número 27

SESIÓN CELEBRADA
EL DÍA 22 DE NOVIEMBRE DE 2017

ORDEN DEL DÍA

I. [Moción 464, sobre control del uso de antibióticos](#), formulada por el Grupo Parlamentario Popular.

II. [Moción 463, sobre apoyo a la construcción de un centro de alta resolución médica en Mazarrón](#), formulada por el Grupo Parlamentario Socialista.

III. [Moción 461, sobre eliminación de sujeciones en centros de mayores](#), formulada por el G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.

IV. [Moción 462, sobre medidas en relación a las autopsias de personas fallecidas por patología respiratoria relacionada con el amianto](#), formulada por el Grupo Parlamentario Podemos.

SUMARIO

Se abre la sesión a las 11 horas y 50 minutos.

I. Moción 464, sobre control del uso de antibióticos.

El señor **Coronado Romero**, del G.P. Popular, defiende la moción.....529

En el turno general de intervenciones, participan:

La señora **Cano Hernández**, del G.P. Socialista.....531

El señor **Pedreño Cánovas**, del G.P. Podemos.....532

El señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....533

El señor **Coronado Romero** interviene en el turno final.....534

Se somete a **votación** la Moción 464.....534

II. Moción 463, sobre apoyo a la construcción de un centro de alta resolución médica en Mazarrón.

La señora **Casalduero Jódar**, del G.P. Socialista, defiende la moción.....535

En el turno general de intervenciones, participan:

El señor **Pedreño Cánovas**, del G.P. Podemos.....536

El señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....536

La señora **Molina López**, del G.P. Popular.....537

La señora **Casalduero Jódar** interviene en el turno final.....538

Se somete a **votación** la Moción 463.....539

III. Moción 461, sobre eliminación de sujeciones en centros de mayores.

El señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, defiende la moción.....539

En el turno general de intervenciones, participan:

La señora **Cano Hernández**, del G.P. Socialista.....541

El señor **Pedreño Cánovas**, del G.P. Podemos.....542

La señora **Montero Rodríguez**, del G.P. Popular.....543

El señor **Molina Gallardo** interviene en el turno final.....544

Se somete a **votación** la Moción 461.....544

IV. Moción 462, sobre medidas en relación a las autopsias de personas fallecidas por patología respiratoria relacionada con el amianto.

El señor **Pedreño Cánovas**, del G.P. Podemos, defiende la moción.....545

El señor **Iniesta Alcázar** defiende la enmienda a la totalidad formulada por el G.P. Popular.....546

En el turno general de intervenciones, participan:

El señor **Navarro Jiménez**, del G.P. Socialista.....548

El señor **Molina Gallardo**, del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....550

El señor **Pedreño Cánovas** fija el texto de la moción.....550

Se somete a **votación** la Moción 462.....551

Se somete a **votación** la enmienda a la totalidad del G.P. Popular.....551

Se levanta la sesión a las 13 horas y 30 minutos.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Señorías, buenos días.

Vamos a dar comienzo a la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales programada para el día de hoy al amparo de la legislación vigente.

Y antes de pasar al punto número uno, les voy a proponer a los grupos parlamentarios, si no tienen inconveniente, que, por operatividad de los propios miembros de la comisión, alteremos un poco el orden del día, y que después del punto número uno venga el punto número cinco, después el punto número cuatro, después el dos y después el tres.

Si algún grupo tiene algún inconveniente, que lo manifieste, y si no pasamos al desarrollo de los puntos. ¿Hay algún grupo que tenga algún inconveniente? Vamos a hacer la moción número cinco, que va a ser la primera. La cinco, sobre los antibióticos. Luego, la siguiente moción sería el punto número cuatro, la moción 463, que es sobre el Centro de Alta Resolución de Mazarrón. Y después pasaríamos al punto número dos, que es sobre sujeciones mecánicas. Y después al punto número tres, que sería envío al Hospital Vall d'Hebron de Barcelona de las muestras de tejidos en autopsias.

Si no hay inconveniente, señorías, empezamos por el punto número uno.

El punto número uno es aprobar el acta de la sesión anterior número 26, de 2 de noviembre de 2017. ¿Algún grupo tiene alguna alegación? Pues se da por aprobada, señorías. Muchas gracias.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

Debate de la [Moción 464, moción en comisión sobre solicitud al Gobierno de la nación de implementación de campañas para el uso responsable de antibióticos](#).

Tiene la palabra para la exposición de la moción el señor Coronado, por el Grupo Parlamentario Popular.

SR. CORONADO ROMERO:

Muchas gracias, señora presidenta.

Buenos días, señorías.

Miren, voy a empezar por el final y luego les voy a contar a ustedes por qué hemos llegado a este final.

La moción es que instemos al Gobierno de la nación, por parte del Consejo de Gobierno, a que se implementen campañas para el uso responsable de antibióticos por parte de la población.

¿Y por qué? ¿Y por qué es necesario poner en el escaparate esa implementación de campañas sobre el uso responsable de los antibióticos? Voy a intentar explicárselo, señorías.

Miren, en el año 1929 Fleming descubrió la penicilina y tardó tiempo en poner en marcha la era antibiótica, que tantas expectativas de vida ha mejorado en la población mundial. En el año 45 le dieron el Nobel a Fleming por el descubrimiento de la penicilina y él desde el minuto uno advirtió que el problema más importante que tenían los antibióticos era la generación de resistencias, la generación de resistencias que puede llevar a que todas las infecciones que nosotros tratamos en todos los ámbitos lleguen en un momento determinado a no ser posible que las combatamos con los antibióticos actuales.

Miren si será este un problema de relevancia mundial, que no hay ningún congreso científico que se organice hoy en día relacionado con el mundo de la sanidad, con el mundo sanitario, que no lleve dentro de sus programas las resistencias a los antibióticos, no hay ningún programa en el mundo. Algo que parece, no sé, que ya tendríamos que estar todos mentalizados.

Les voy a contar cómo se comportan los profesionales y cómo se comporta la ciudadanía de una manera que nos entienda la población en general, que es a quien va dirigida en realidad esta moción.

Miren, los profesionales, que somos conscientes de que hay que utilizar de manera comedida, precisa y concreta los antibióticos, en las primeras edades de la vida, hasta los 3 años, se producen

las mayor parte de las infecciones que pasamos las personas. El 80 % de esas infecciones son víricas, señorías. Bien, pues el 50 % de los niños y niñas desde que nacen hasta los 3 años son tratados con antibióticos. ¿Y eso por qué, si todos sabemos que se generan muchas resistencias y que además los problemas, cuando se siembran desde la infancia, van a estar creciendo hasta la edad adulta? Bien, cada vez se intenta acompañar más el diagnóstico con los tratamientos, pero a veces no hemos sido capaces, desde el punto de vista científico, de precisar el diagnóstico, y los médicos han actuado de manera empírica, y hemos tratado con antibióticos cosas que no teníamos que tratar con antibióticos.

Y hay estudios de todas clases, si ustedes se meten en la literatura científica, que les hablan de la utilización de los antibióticos por parte de los profesionales, una oportunidad de mejora. Hay aquí, en la Región de Murcia, ya se han hecho estudios donde en épocas, yo me acuerdo del profesor Saturno, que presentó que se podían ahorrar 500 millones de las antiguas pesetas si el tratamiento de los antibióticos fuese el adecuado; es decir, que estábamos tirando a la basura, por así decirlo, 500 millones. Y los médicos intentamos hacerlo bien, les aseguro que intentamos hacerlo bien.

Ahora hay un estudio del Instituto de Investigación de la Comunidad Valenciana, donde también han puesto en el escaparate cuál es el comportamiento de los profesionales, sobre todo en el ámbito hospitalario, en la utilización de antibióticos, y también es una finca manifiestamente mejorable.

Pero fíjense, señorías, con preocuparnos mucho el comportamiento de los profesionales, que ya digo que es mejorable, el comportamiento de los profesionales está muy acotado. Las infecciones vuelven a los profesionales y ellos son capaces de mejorar de manera empírica la utilización de esos tratamientos antibióticos.

¿Pero qué pasa con la ciudadanía? Miren, la ciudadanía, en primer lugar, los antibióticos se utilizan mal: uno, porque no se dan las dosis adecuadas; dos, porque no se mantienen las dosis en el tiempo, y tres, por la automedicación. Suele ocurrir que un médico te ponga un tratamiento, el tratamiento sea correcto, y el ciudadano o la ciudadana se lo tome, o puede ocurrir que en mitad del tratamiento se encuentre bien, deje de tomárselo y acumule esos antibióticos en su propia botica. Aparte de que solamente se ha decapitado la infección, luego, el problema siguiente es que esos antibióticos que se quedan en la casa, en cuanto uno tiene el menor síntoma, se utilizan.

Miren que también llevamos campañas, si se acuerdan ustedes, que pusimos en marcha los puntos SIGRE, que es el Sistema Integral de Gestión de Residuos, en todas las farmacias. Tenemos 567 oficinas de farmacia que están colaborando activamente con nosotros. Señorías, si desde el Gobierno de la nación, si desde el Ministerio de Sanidad, desde todas las Administraciones regionales no ponemos en marcha campañas de concienciación de la población, esto es un problema que se va a seguir agravando y que tiene pocas soluciones. Porque ustedes se preguntarán: ¿es que no hay planes mundiales del control para el tratamiento de antibióticos? Hay. ¿Es que no hay planes europeos para el control de tratamientos antibióticos? Hay. ¿Es que no hay planes en el Ministerio de Sanidad para el control del tratamiento de antibióticos? Hay. ¿Es que no hay planes regionales para el control del tratamiento de antibióticos? Hay. Bueno, pues entonces, si hay, ¿qué es lo que pasa? No solamente hay, sino que ahora se les da formación.

A veces, yo decía antes que los médicos actuábamos de forma empírica a la hora de empezar a tratar, cuando alguien tenía fiebre, creíamos que tenía síntomas relacionados con una infección y, bueno, dabas el antibiótico, pero ahora se están poniendo en marcha, hay unos kit para el diagnóstico inmediato del estreptococo beta hemolítico, que es uno de los principales agentes de infección que son tratados en nuestras consultas.

Bien. Yo creo que estamos mejorando a pasos agigantados, desde el punto de vista clínico, el tratamiento por parte de los profesionales de los antibióticos, pero la moción viene, señorías, y espero que la apoyen, porque nosotros tenemos que intentar llegar a la ciudadanía y tenemos que intentar generar hábitos culturales. Esto es un problema cultural, esto es un problema de que tú tienes que saber que el 80 % de tus infecciones son víricas, y un tratamiento sintomático con cualquier antitérmico es más que suficiente, pero en general nos dejamos llevar por la ansiedad, nos dejamos llevar por lo que ha hecho mi vecina o lo que ha hecho mi vecino, y no hemos conseguido desde las Administraciones poner en marcha mecanismos adecuados para convencer a la ciudadanía, primero, de que no se deben acumular en ningún caso antibióticos; segundo, de que hay que seguir al prescripción facultativa desde el inicio hasta el final; y luego, después, que no se pueden tirar, además, antibióticos,

porque, fíjense, señorías, ya no hablamos solamente de sanidad de las personas, el problema se agrava mucho más cuando hablamos de la sanidad animal. El problema es que los animales también se tratan con antibióticos. Esos animales si luego no son sometidos a determinado tipo de tiempos antes de llegar al mercado, esos antibióticos nosotros los ingerimos. Quiero decir, aunque parezca que la moción es una moción como muy genérica, les aseguro, señorías, que es total y absolutamente imprescindible que lo pongamos en el escaparate, que instemos a todas las autoridades, y vuelvo a jerarquizar, mundiales, europeas, nacionales, regionales y locales, a que seamos capaces de llegar a la ciudadanía y convencerlos de que el tema de los antibióticos es un tema muy, muy grave, y que nos vamos a meter en un embrollo muy grande si no conseguimos llevar sentido común a la utilización, en el día a día, de los antibióticos dentro de nuestra ciudadanía.

Y ya no les cuento más cosas, señorías, porque la verdad es tan alarmante, que cualquier cosa que yo pueda añadir... Da igual que se mueran 25.000 europeos o que se mueran..., el problema no está en lo que tenemos ahora, el problema está, señorías, en el futuro, y el futuro lo tenemos en nuestras manos, lo tenemos en la educación y lo tenemos en el comportamiento cultural de nosotros.

Muchas gracias, señorías.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Coronado.

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

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señora Casaldueiro.

Señor Coronado, sin duda, esta moción es de vital importancia, y así lo acreditan todos los epidemiólogos, que están diciendo que este va a ser realmente el problema de la humanidad al que nos vamos a enfrentar, que va a matar a más personas de las que pudo matar la peste negra en su día o cualquiera de las pandemias que ustedes puedan pensar.

Sin duda ninguna, usted mismo ha hecho un repaso bastante en profundidad de lo que ha supuesto la historia de esta problemática, porque sin duda que hay campañas. Esto no es nuevo. La OMS empezó hace muchísimo tiempo; campañas del Ministerio de Sanidad desde 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, así hasta 2017; campañas de la Organización Mundial de la Salud tiene usted varias; de hecho, son ellos los que se dirigen a los estados para decir que tenemos un problema.

Y fíjese usted si tenemos un problema, que España además lo tiene más añadido, porque, como siempre, estamos arriba en los *rankings* negativos. ¿Y en qué *ranking* negativo estamos? En la prescripción: se consume más antibiótico en España que en el resto de Europa, solo nos adelanta Malta. ¿Por qué prescribimos más? ¿Qué está funcionando en otros países que aquí no está funcionando? Eso es lo que nos tendríamos que preguntar.

Su moción, sin duda ninguna, señor Coronado, es genérica. Es genérica, y usted mismo lo sabe, porque se dirige al Gobierno de España, para que sea el ministerio el que ponga en marcha campañas que ya pone. La última de 2017, está por aquí, va con unos medios estupendos, con vídeos, con todo. Está perfectamente detallado, en una campaña muy amplia y muy en profundidad.

En ese sentido, sí que le podemos decir que, por supuesto, vamos a apoyar esta moción, pero entendemos que es genérica, porque es algo que el ministerio ya está haciendo. Cuando esta moción llegue, si es que llega, al Gobierno de España, dirán: qué nos piden desde Murcia, que esto sin duda lo estamos haciendo.

La pregunta sería qué podemos hacer nosotros aquí. El 18 de noviembre se reunió el Colegio de Farmacia, el Colegio de Médicos, el Colegio de Veterinarios, el Colegio de Podólogos, también para, precisamente, poner encima de la mesa todo lo que está diciendo, y citaban la misma cita de Fleming que citaba el señor Coronado para iniciar su intervención. Efectivamente, esto se sabía; se sabe desde hace mucho tiempo, y lo que tenemos que poner en marcha son las medidas.

¿Qué hace la Región de Murcia para luchar contra esto que ya sabemos? Usted mismo ha dicho que desde la pediatría y desde la Atención Primaria es donde tenemos esa prescripción, porque también debemos recordar que las farmacias hoy por hoy, en teoría, no pueden vender antibióticos sin receta, pero de hecho todos los hemos conseguido sin receta. Ahí tenemos vías para un mayor control. También será verdad que te conocen o dices, pero es verdad que si ustedes preguntan a conocidos, en un momento determinado -me está diciendo la señora Molina: a mí también, a mí también- nos han dado los antibióticos en la farmacia porque nos conocen y saben que vamos a devolverlos. Pero ahí quizá también tendría que ser.

Pero sin duda ninguna, una Atención Primaria y una pediatría con la formación adecuada, con los medios, con los tiempos, ahí es donde la Región de Murcia tiene mucho que hacer en la lucha contra el uso y la prescripción de los antibióticos. Y ahí es donde tenemos que ir, señor Coronado, a ver qué podemos hacer desde la Región de Murcia, porque pedirle al Gobierno de España, que se lo vamos a pedir y le vamos a apoyar, que haga más campañas, pues la verdad que no sé si tiene mucho sentido, cuando ya las están haciendo. Es que están en marcha y están ahí, públicas. Ustedes hacen la búsqueda y seguro que las van a encontrar.

¿Entonces, dónde tenemos que ir? Pues quizá al diagnóstico y a saber por qué en España y por qué en Murcia hay un uso y un abuso del consumo del medicamento. Es cierto todo lo que usted ha dicho de las dosis adecuadas, de tratamientos que se interrumpen, porque eso nos lo dicen en la calle, y por mucho que tú les recomiendes a tus amigos “no hagas eso, eso no está bien”, pero es cierto que se hace, y la automedicación, que eso no tiene precio, en este país es el antibiótico y es casi todo.

Usted ha apuntado directamente a donde hay que ir, señor Coronado, que es a una mayor información al paciente. ¿Las campañas llegan? Pues llegan como llegan. ¿Pero desde dónde tienen que llegar? Pues desde el ámbito sanitario también, en la relación directa con nuestros médicos de Atención Primaria y nuestros pediatras, y también en educación. De ahí sale todo, señor Coronado. Y si ayudamos a nuestros menores a crecer sabiendo que la resistencia, y además se puede hacer con unidades didácticas, esto es muy fácil de organizar si se mete en los currículos, y saber que la resistencia a las bacterias nos va a traer el problema de la humanidad. Y eso, si un niño lo aprende, igual que se ha hecho con el tabaco, que hoy un niño ve a su mamá o a su papá con un cigarro en la boca y lo primero que les dicen es: apaga el cigarro; pues lo mismo, no tomes un antibiótico: no mamá, no me puedes dar un antibiótico si no me has llevado al médico.

Eso tan sencillo es un cambio de paradigma que cambiaría por completo lo que estamos hablando, si alguna posibilidad tiene, porque desde luego la resistencia a las bacterias es algo que ya está en marcha y en Estados Unidos está dando verdaderos quebraderos de cabeza, con unos porcentajes de muerte muy altos, precisamente por la resistencia a las bacterias.

Fleming no se equivocó, no era un agorero, pero no se equivocó, porque sabía dónde estaba el problema de lo que estaba creando, a pequeñas dosis esto causaba lo que causaba.

Pues yo creo que con esto va bien. ¿Qué podemos hacer en la Región de Murcia, señor Coronado?, esa es la historia. Usted ha dicho que hay planes, pero los planes no deben funcionar cuando vienen a pedir que sea el Gobierno de España el que nos ponga más campañas. ¿Campaña sobre campaña, ahora que viene la Navidad? No tiene sentido. Ya hay campañas, no hagamos campañas sobre campañas.

Muchas gracias.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señora Cano.

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Podemos, el señor Pedreño.

SR. PEDREÑO CÁNOVAS:

Muchas gracias, presidenta.

Básicamente estamos de acuerdo con el diagnóstico que ha realizado el señor Coronado y estamos de acuerdo con el veredicto de que, efectivamente, hay un progresivo aumento de las resisten-

cias. Es un grave problema de salud pública, las superbacterias. Estamos también de acuerdo con que en España ese problema es especialmente acuciante. Tenemos una de las tasas de consumo de antibióticos más altas de Europa y más altas del mundo. España es el país del mundo con un mayor consumo de antibióticos y uno de los primeros en cuanto a problemas de resistencias bacterianas, por cuestiones culturales, falta de información, como se ha dicho.

En España tenemos un plan nacional, estratégico, para luchar contra este problema. El problema es que tiene una asignación presupuestaria de cero euros. Sacar un plan o una estrategia nacional sin financiación y esperar obtener resultados es encomendarse a los milagros, al cielo, no sé cómo denominarlo.

Lo que necesitamos, efectivamente, es planificación, regulación, control del sistema de salud y esa planificación que esté convenientemente financiada por el Estado; si no, los grupos profesionales estarán muy expuestos a los intereses de los *lobbies* farmacéuticos.

Necesitamos hacer una vigilancia más estrecha de la venta de antibióticos y que se cumplan estrictamente leyes que cambien la forma en la que adquieren medicamentos aquellas personas que no llevan receta. Necesitamos formación de los profesionales sanitarios de una forma intensiva para evitar que el problema siga creciendo, y necesitamos que esté dirigida por la Administración pública y no por la industria farmacéutica, que, en definitiva, su interés es seguir vendiendo antibióticos.

Es un problema grave y que sigue creciendo. Apoyamos la moción, vamos a apoyar la moción. Pongamos coto al uso indiscriminado de los antibióticos y a otros problemas que van asociados, y tomémonos en serio esa estrategia, ese plan nacional para luchar contra el problema, que tan bien se ha diagnosticado en la moción.

Muchas gracias.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Pedreño Cánovas.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, presidenta.

Bien, nosotros respecto a la iniciativa no tenemos nada que objetar, somos seguramente el país con los botiquines más grandes de Europa y además tenemos la insana costumbre de automedicarnos cada vez que se nos ocurre, y yo reconozco que en mi casa se hace constantemente. Es más, tenemos la costumbre de poner en las cajas “para la tos, para el dolor de estómago” escrito ya con boli, de manera que, cuando llegas, solo tienes que coger y decir “esto para esto”. ¿Y quién no ha cogido un jarabe del que te han sobrado dos dedos y es para la tos? Pues te lo tomas. Es verdad, es que somos así, son hábitos, malos hábitos que tenemos y además no llevamos los medicamentos a los puntos de recogida porque es que los medicamentos son como una especie de botín, son nuestros, y como son nuestros, “¿cómo es que los voy a dar?”

De manera que sí que tenemos que hacer mucha cultura y mucha educación, pero quizás también incentivos, hay que incentivar a la gente a que devuelva esos medicamentos, que no los vea como algo suyo, como una propiedad privada que “me los quedo porque son míos, y aunque he pagado poco, pero he pagado”. Efectivamente, nos estamos haciendo resistentes a las bacterias por ese mal uso que hacemos.

Y se ha comentado aquí el tema de que Malta nos gana, pero yo creo que Malta nos gana porque es el sitio preferido de los Erasmus españoles, con lo cual probablemente hemos contribuido a subir el nivel de toma de antibióticos en Malta.

Nosotros, como digo, creemos que hay que hacer mucho, tenemos que cambiar, es una cuestión de educación, de cultura, de hábitos, y va a ser difícil porque es que lo tenemos metido dentro, esto de los botiquines grandes no hay casa que no lo tenga, así que apoyamos y ojalá que lo consigamos entre todos.

Gracias.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Molina.

Tiene la palabra en el turno final el proponente de la moción, el señor Coronado.

SR. CORONADO ROMERO:

Gracias a los grupos parlamentarios por el apoyo a la moción.

Voy a intentar, por si alguien escucha lo que estamos diciendo aquí, se graba y alguien lo escucha, voy a intentar explicar... Estamos hablando de gestión de sentimientos, estamos hablando del comportamiento de las personas, estamos hablando de cómo gestionamos las inseguridades que uno tiene ante la salud, nos creemos que somos inmortales, y luego estamos gestionando nuestro comportamiento de cara a un sistema sanitario público tan potente como el que tenemos, que nos facilita el tener acceso a determinado tipo de medicación que sí que tiene control, sí que tiene control en un 90 % de los casos, sí que tiene control en un 90 % de los casos, pero estamos hablando de... todos ustedes lo decían, nos supera Malta, somos el segundo país de Europa que más antibióticos consume, y además somos el primer país del mundo generador de resistencias en algunos casos por encima de Estados Unidos.

Y, mire, señora Cano, todos lo decíamos, hay un plan nacional frente a la resistencia de los antibióticos. ¿Y aquí qué estamos haciendo? Pues, mire, aquí estamos haciendo un programa de uso responsable de antibióticos en Atención Primaria, un programa Happy-Audit destinado a utilizar el test que yo le he dicho del estreptococo beta hemolítico, un programa de uso racional de antibióticos en infecciones prevalentes en urgencias de Atención Primaria. Esto se está haciendo, y esto sí que está dotado y se está haciendo en nuestra región.

Y yo traigo aquí un mensaje, es como una llamada de desesperación, una llamada de alarma, una llamada de atención: cumplamos las indicaciones estrictas de los clínicos, utilicemos el antibiótico que nos prescriben, utilicémoslo el tiempo que nos lo prescriben, no nos automediquemos e informemos a la gente de lo peligroso que es generar resistencias. Y si el Ministerio de Sanidad o de salud o el que sea lo que tiene que hacer es invertir mucho dinero y formar a la gente en los colegios o formar a la gente en las guarderías o en los centros de atención a menores o a mayores..., yo no sé lo que habrá que hacer, pero que lo tenemos que hacer de una manera urgente e imprescindible y que lo tiene que liderar el Ministerio de Sanidad, eso es seguro. Y, ya digo, estamos hablando de gestión de emociones y lo tenemos muy complicado porque nuestra cultura, como todos ustedes reconocen y yo también, es una cultura que sobre todo en lo que afecta a la población el tema de la automedicación lo tenemos interiorizado, y cuando llega el invierno, sobre todo en el mes de enero, el consumo de antibióticos se dispara.

Y, miren, cosas que podemos hacer los políticos, creo que este sábado algunos de ustedes van a las "II Jornadas: Abarán, Capital de la Farmacia Asistencial". Bueno, pues ahí es donde podremos otra vez poner en el escaparate el tema de los antibióticos.

Muchísimas gracias, señorías, y gracias por su apoyo.

SRA. CASALDUERO JÓDAR (VICEPRESIDENTA):

Gracias, señor Coronado.

Pasamos a la votación de la moción. Votos a favor, queda aprobada por unanimidad.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Bien, señorías, vamos a pasar a tratar la [Moción sobre estudio y posible puesta en marcha de la construcción de un centro de alta resolución en Mazarrón](#), formulada por doña Isabel Casalduero Jódar y don Alfonso Martínez Baños, del Grupo Parlamentario Socialista.

Para presentar la moción en nombre del grupo parlamentario proponente, durante doce minutos, tiene la palabra la señora Casalduero Jódar.

SRA. CASALDUERO JÓDAR:

Gracias, señor presidente.

Señorías, los hospitales de alta resolución son hospitales de proximidad ubicados en zonas alejadas de grandes núcleos o en áreas con gran crecimiento de la población, creados con el fin de lograr un acceso equitativo a los recursos sanitarios, mejorar la calidad de los servicios y satisfacer las demandas de los usuarios y usuarias de la sanidad.

La población de Mazarrón ha sufrido cambios profundos en las últimas décadas, con un incremento importante, de tal manera que en la actualidad supera los 33.000 habitantes y que además ese número se eleva ostensiblemente en los meses de verano, llegando a alcanzar los 100.000. Sin embargo, ese desarrollo de la localidad de Mazarrón unido al incremento de su población no se ha visto acompañado en una mejora e incremento proporcional de los servicios sanitarios, servicios que presentan graves carencias, y más si tenemos en cuenta que el hospital de referencia, Santa María del Rosell, en Cartagena, se encuentra a más de 40 kilómetros, lo que hace que los habitantes de Mazarrón tengan que trasladarse hasta allí para recibir cualquier asistencia por mínima que sea, con el agravante de que tienen que hacerlo a través de una autopista de peaje, con el consiguiente pago del mismo, o bien por una complicada y peligrosa carretera secundaria.

Y no nos quedamos ahí, en los últimos años encontramos centros de salud que penden de un hilo, cierre de servicios de urgencias, falta de servicios de analíticas y radiografías, cierre de las consultas de tarde y demás recortes sanitarios que se han venido generalizando en nuestra región en los últimos años.

Pero no es solo eso. A las ya conocidas listas de espera en toda la región, se suman las listas de espera para los vecinos y vecinas de Mazarrón, algo que el Partido Socialista ha denunciado de manera reiterada, pero no solamente además para la Atención Especializada sino también para la Atención Primaria, llegando a tener que esperar estos vecinos y vecinas entre siete y diez días en algunos casos para ser atendidos en Atención Primaria.

La situación es, por tanto, de una evidente discriminación para este vecindario de Mazarrón, que no solamente no tiene las infraestructuras y servicios necesarios en su localidad, sino que para recibirlas o bien tiene que pagar o bien tiene que jugarse la vida por una carretera que no reúne las condiciones necesarias en muchas ocasiones en situación de emergencia sanitaria.

Creemos, por tanto, que ofrecer una asistencia sanitaria especializada a los mazarroneros y mazarroneras debería ser una prioridad para el Gobierno regional, y perfectamente podría hacerse a través de la construcción de un centro de las características del que hoy pedimos aquí, una estructura sanitaria que ofrezca los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios, que potencie las consultas de acto único, que dé alternativas a la hospitalización tradicional con cirugía sin ingreso y contribuya a la reducción de los tiempos de espera, agilizando los circuitos de consultas y exploraciones, y potenciando la cooperación asistencial entre Atención Primaria y Asistencia Especializada.

No se trata de garantizar el derecho en sí a la cobertura sanitaria, que, por suerte, la tenemos garantizada, sino a la extensión y mejora de dicha atención para que los mazarroneros y mazarroneras no sigan sumidos en una situación de discriminación tan histórica como evidente.

Es por eso por lo que hoy pedimos el apoyo de esta comisión a la petición al Gobierno regional para la construcción de un centro de alta resolución en Mazarrón, dotado con especialidades médicas, servicio de rayos 24 horas, tres quirófanos para cirugía mayor y dos para cirugía menor, unidad de diálisis, consultas de atención especializada, unidad del dolor, de cuidados paliativos, unidad de terapias grupales, laboratorio de análisis y camas de hospitalización corta.

Gracias, señorías.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Casalduero.

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

SR. PEDREÑO CÁNOVAS:

Muchas gracias, señor presidente.

Esta es una moción que habla de desigualdad y de desigualdad específicamente en el campo de la sanidad.

Las diferencias entre las diferentes áreas de salud regionales son una de las insatisfacciones constantes que tienen los usuarios de la sanidad pública.

Los cierres de consultorios médicos con motivo de las vacaciones de verano, la reducción de horarios en centros de salud, se castiga dificultando su atención a aquellos que peor lo pasan en esta época, a las personas mayores con enfermedades crónicas, a aquellos que no se pueden permitir unos días de vacaciones y a los que viven en las zonas rurales más alejadas y que se ven con menos servicios incluso durante todo el año.

Y muestra de esta sanidad desigual es el Área II, donde se encuentra, efectivamente, Mazarrón, un área en la que existe un grave problema en cuanto a la accesibilidad a las prestaciones sanitarias, cuando se compara con otras áreas de salud. De hecho, esta denuncia ha aparecido en diferentes ocasiones por parte de organizaciones independientes, medios de comunicación, etcétera. Son los vecinos de esta área, junto a la III, los que han de esperar entre un 15 y un 50 % más que la media de la región para que les sea realizada la mayoría de pruebas.

Y, lejos de ir mejorando, las políticas que se han seguido durante esta legislatura han incrementado la discriminación que sufre esta comarca: los problemas de las listas de espera siguen agravándose. Podríamos hablar del Rosell en este punto, que todavía no se encuentra al 100 %, como exige la ley aprobada en esta Cámara.

A los problemas que ya tiene el Área II de salud, se une el hecho de que municipios costeros como Mazarrón triplican su población en verano. ¿Dónde están los refuerzos costeros para estas fechas, como se plantea en la moción? Para paliar estas desigualdades, en otros ejercicios presupuestarios se destinaron partidas para la puesta en marcha de centros de alta resolución como el que hoy discutimos en la región, demandas casi históricas de municipios como Mazarrón o Águilas, y justificadas tanto por el crecimiento poblacional como por la distancia al hospital de referencia.

Un centro de alta resolución permitiría una mejora de la accesibilidad y de la gestión tanto en los medios diagnósticos como terapéuticos, permitiría alternativas a la hospitalización tradicional, disminuiría los tiempos de respuesta y agilizaría las consultas, potenciando la cooperación asistencial entre Atención Primaria y Asistencia Especializada, de forma que garantizaría el mayor nivel de continuidad en la atención sanitaria y facilitaría mayor capacidad de resolución a los centros de salud.

Por estas razones, desde el Grupo Parlamentario Podemos apoyamos y apoyaremos esta moción. Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Pedreño Cánovas.

Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, durante cinco minutos tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Bien, en Mazarrón se dan las características necesarias para que una ciudad tenga un hospital de alta resolución. Tiene más de 25.000 habitantes, no tiene ningún centro hospitalario y además tiene un pico estacional que cuadruplica a los habitantes del pueblo, y tiene un hospital de referencia en un radio de unos 50 kilómetros (que imagino que será el Santa Lucía o el Rosell), es decir, tiene las mis-

mas características prácticamente que tiene Águilas.

En Águilas, como sus señorías saben, nosotros hemos promovido la construcción del hospital de alta resolución, ya, por suerte, se ha licitado el proyecto, con lo cual no tendría sentido que si, defendiéndolo en una ciudad como Águilas, en otra como es Mazarrón con las mismas características no dijéramos que, efectivamente, se merece o necesita tener un hospital de alta resolución.

Si queremos una sanidad de proximidad y de mejor calidad, acercar la sanidad a los ciudadanos es elevar la calidad por la cercanía y porque se sienten más seguros. Cuando los ciudadanos tienen un hospital en su ciudad, lógicamente se sienten más seguros que tener que desplazarse cuando se encuentran con una urgencia a 40 o 50 kilómetros, con la angustia que eso lleva.

Y también hay que tener en cuenta que si descongestionamos los macrohospitales, porque esa población ya va a tener un hospital allí en su pueblo que al menos de manera inicial les va a atender (aunque luego los casos más graves se puedan derivar al macrohospital), si descongestionamos los macrohospitales, mejoramos la calidad de la gente que usa esos hospitales porque hay menos usuarios. Y también, aunque esto es una cuestión de dinero, nosotros entendemos que es una cuestión económica, pero es verdad que parte de esos recursos que se están utilizando en esos macrohospitales algunos, al menos, sí que se pueden destinar a estos hospitales de alta resolución porque se les va a descongestionar. Si tienen 25.000 o 100.000 usuarios menos en los picos de verano, pues lógicamente esos recursos que antes tenían que ponerse en ese macrohospital pueden estar en esos hospitales de alta resolución de ciudades como Mazarrón o como Águilas.

Entendemos que es difícil porque es una cuestión económica, pero la filosofía de proximidad y de mejora de calidad nosotros sí que la compartimos y, por tanto, apoyamos la moción que han presentado.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchísimas gracias, señor Molina Gallardo.

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.

Está claro que todas las cuestiones que afectan a la sanidad preocupan a los ciudadanos en general y por supuesto a esta Comisión, pero muchas veces hay que analizar realmente con qué recursos se cuenta para poder decidir qué es lo que es necesario, porque evidentemente, y aquí lo hemos dicho varias veces, cualquier ciudadano de nuestra región, cualquier ciudadano de cualquiera de las comunidades autónomas que conforman nuestro país, en cuestión sanitaria y en cuestión educativa muchas veces todo nos parece poco, y es verdad que hay necesidades, pero otras veces es verdad que es una mera cuestión de gestionar bien los recursos.

La zona básica de salud de Mazarrón, que está adscrita al Área de Salud II, comprende tanto a Mazarrón como Puerto de Mazarrón, y luego en algunas pedanías. Estamos hablando de unas infraestructuras que son dos centros de salud, tres consultorios médicos y un SUAP. A priori, durante la mayoría del año se puede cubrir bien. Es verdad que cuando llega el periodo estival esa población se multiplica por dos, por tres, lo concurrida que esté. Además, también tienen un SUAP. Y los días festivos, que también hay una previsión porque es una zona turística, los días festivos, que casi siempre se prevé que hay mayor asistencia de ciudadanos murcianos o de ciudadanos extranjeros para visitar, son dos equipos completos los que están dispuestos en Mazarrón. Además, también hay una base de UME, que completa la asistencia de urgencias y emergencias.

La construcción de centros hospitalarios debe de formar parte (creo que entendemos todos) del conjunto de la estructura organizativa del Servicio de Salud y de sus estrategias globales y de desarrollo. El modelo de centro hospitalario de alta resolución, existente en otras comunidades autóno-

mas, se ha completado habitualmente teniendo en cuenta su gran complejidad organizativa y la alta inversión de recursos humanos y materiales que supone, para asistir a zonas de salud con una base poblacional un poco más amplia que la que tiene Mazarrón, o bien con una dispersión poblacional y una distancia a los centros hospitalarios de referencia que se han considerado excesivas.

En el caso de Mazarrón, el llegar al Hospital Santa Lucía es verdad que son 40 kilómetros, pero en el caso de los tiempos está en torno a 35 minutos (del Puerto de Mazarrón un poco más, de Isla Plana en un área intermedia).

El análisis de la actividad hospitalaria precisada por los habitantes de Mazarrón en Santa Lucía no garantizaría en muchos casos actividad asistencial suficiente para la dotación estable de una plantilla de profesionales sanitarios que un centro de este tipo precisa. Asimismo, habría que ver si se cuestionaría la eficiencia de este centro en términos de resultados de salud, inversión y gasto sanitario.

Al margen de lo anterior, es posible valorar modalidades de acercamiento de la asistencia especializada a los usuarios, basada un poco en cambios de modelos organizativos por parte de las gerencias de área, como pueden ser los desplazamientos de profesionales del hospital al municipio o desarrollo de estrategias de telemedicina.

Asimismo, del estudio de las necesidades sanitarias de Mazarrón se deberá considerar la conveniencia de alguna de las acciones o servicios solicitados de modo específico, porque es verdad que tienen también demandas de radiología y de servicios de urgencias fundamentalmente, como digo, en los meses de verano.

En ese sentido, estamos viendo que en esa comisión se corre un riesgo, y es que todos los municipios, los cuarenta y cinco municipios de nuestra región, entendemos que son importantes. Hay caústicas que, como digo, son distintas en el mismo municipio en diferentes temporadas, pero casi todos los municipios de nuestra región van a querer tener más instalaciones sanitarias, tener mejores dotaciones en sus municipios, y los recursos en ese sentido pensemos que, aparte hay que generar ese tipo de recursos, son limitados y se tiene que hacer desde luego con una priorización adecuada, independientemente de luego las posibles diferencias que pueda haber para entender, por parte ya no solo de los responsables médicos, sino también de los responsables políticos en cada caso de cada uno de los municipios, cuáles son las prioridades que se deben de poner sobre la mesa.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Molina López.

En el turno final por la ponente de la moción durante cinco minutos, tiene la señora Casaldiero Jódar la palabra.

SRA. CASALDUERO JÓDAR:

Gracias, señor Coronado.

Agradecer a Ciudadanos y a Podemos el apoyo incondicional a esta cuestión que yo creo que es una cuestión de justicia, y lamentar que una vez más el Partido Popular se remita a los estudios... bueno, ahora lo explicaré, ahora lo explicaré brevemente, sí, la parte seria, desde hace más de nueve años es la parte seria.

Bien, bueno, como decía usted, en Mazarrón hay tres centros de Atención Primaria, uno en Camposol, que más bien es un consultorio que funciona todo el año de ocho a tres, solo con consultas de médico de cabecera, uno en Puerto de Mazarrón, que funciona durante todo el año de ocho a tres y solo en los meses de verano tiene urgencias, por lo que el resto del año las urgencias tienen que ser atendidas en Mazarrón para después ser derivadas en Cartagena. Por eso no entendemos que usted nos hable de que está lejos pero se accede pronto. Se accede relativamente pronto, si tenemos una urgencia, pagando un peaje o por una carretera, como hemos dicho antes, en la que estás jugándote la vida. Por lo tanto, no creemos que sea un argumento válido porque creo que ningún murciano ni murciana para acceder a hacerse una prueba diagnóstica o para tener un hijo o para ir a urgencias en

Cartagena tiene que pagar un peaje, y eso sí tienen que hacerlo los vecinos y vecinas de Mazarrón.

No hay camas en ningún centro para hacer ingresos de corta duración, y a partir de las tres de la tarde -viene usted con mucha fuerza y yo me alegro mucho-, pese a tener la maquinaria de rayos X, se deriva a Cartagena para hacer una simple placa.

El hospital de referencia, que creo que he cometido un error, es el Santa Lucía, y las vías de comunicación, como le he dicho antes, desde luego no garantizan esa igualdad en el acceso a la sanidad.

Es el municipio que más lejos tiene de toda la región el hospital de referencia y, en contra, el que menos servicios sanitarios tiene. Por poner solamente un ejemplo, creo que les puede interesar, para que a un mazarronero o mazarronera le vea un especialista como un dermatólogo hay que ir a Cartagena, o a un oftalmólogo, pero no para una intervención sino para que te vean en consulta y te manden la pruebas que, por supuesto, has de volver a hacerte en Cartagena, para después volver al especialista, sin contar lo que sucede en muchos sitios de la región, que en muchos casos las agendas están cerradas y tienen que acudir al hospital de Cartagena ya para el simple hecho de pedir la cita. Podemos imaginar el calvario por el que tienen que pasar en ocasiones los vecinos y vecinas de esta localidad.

Y por lo que usted decía de “los estudios, los estudios”, vamos a ver, yo le puedo sacar aquí un anuncio en el Boletín Oficial de la Región de Murcia en el año 2009 de la Consejería de Sanidad en el que se sacan las bases de licitación por un importe de 185.600 euros para la construcción de centros de similares características en Águilas y Mazarrón. Por lo tanto, si ya esas bases de licitación se publicaron (que no estamos diciendo, no estamos hablando de oídas) en el Boletín Oficial de la Región de Murcia hace nueve años, creemos que la Consejería tendría suficientemente estudiadas las necesidades y las carencias del municipio de Mazarrón, así como del municipio de Águilas. Pero es que vamos más allá, es que lo han anunciado ustedes en prensa, anunciaron ustedes en prensa esa licitación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, titular del Partido Popular, que no del Partido Socialista: “Sanidad planea un minihospital en Mazarrón”, y se remiten dentro de la nota de prensa a las referencias de los hospitales de alta resolución construidos en Andalucía, que no nos lo inventamos nosotros, se remiten ustedes a esos hospitales y a ese tipo de gestión sanitaria, eso sí, y creó la consiguiente alarma social y del resto de partidos políticos, de gestión privada. En esa fiebre privatizadora que hubo en la gestión sanitaria por parte del Partido Popular en todas las comunidades autónomas en aquellos años en los que todavía no se había producido esta pluralidad, sumieron a la sanidad pública en el intento de hacerla privada. Pero ustedes sacaron ese anuncio en el BORM y además anunciaron el hecho de que se iba a construir ese minihospital.

Creemos que más estudios, desde luego, no son necesarios, y que las necesidades de los vecinos y vecinas de Mazarrón están y necesitan una respuesta por parte de la Administración.

Gracias, señor presidente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Casalduero Jódar.

Vamos a pasar a votar la iniciativa. Votos a favor, cinco. Votos en contra, ninguno. Abstenciones, cuatro.

Muchas gracias, señorías. Por lo tanto, prospera la moción.

Pasamos a desarrollar la [Moción 461](#), que es moción en comisión [sobre estudio y toma en consideración de cambios normativos para eliminación de sujeciones mecánicas en centros de mayores](#), formulada por don Juan José Molina Gallardo, del Grupo Parlamentario 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.

“La dignidad humana es inviolable y será respetada y protegida”, esto lo dice la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

Voy a hablar de contención mecánica. No estamos pidiendo en esta moción que se suprima, entendemos que hay casos en los que no hay más remedio que utilizarla, pero sí que se limite a lo más estricto, justo y necesario.

Nuestro país, por desgracia, tanto en el medio sanitario, en el medio hospitalario, como en el residencial geriátrico, está significativamente superior o por encima de la media de los países de nivel socioeconómico que tenemos a nuestro alrededor. Nosotros utilizamos esta contención mecánica alrededor del 40 %, cuando, por ejemplo, Francia o Italia la usan en un 15 %, Suiza, Dinamarca o Finlandia en un 10 %, y no digamos ya Japón, donde está prohibido este método de contención mecánica.

Por lo tanto, ¿esto qué significa, estas diferencias en estas estadísticas? Que hay otra forma de afrontar estas situaciones, que se puede hacer de otra manera. Y además este tipo de métodos, que son coactivos, plantean conflictos legales, plantean conflictos éticos y, además, en algunos casos pueden ser incluso nocivos y peligrosos para la salud de los pacientes.

¿Por qué plantean conflictos legales? Porque conculcan derechos fundamentales protegidos en la Constitución española, en la Carta de Derechos de la Unión Europea, de la cual he leído hace un momento una frase, en la Declaración Internacional de Derechos Humanos, y en todas ellas se habla de la dignidad humana, del trato digno a las personas, así como el derecho a la libertad física, a la libertad de movimiento, a la integridad física y moral, y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes. También entra en colisión con la Ley 41/2002, de Autonomía del paciente, que desarrolla las bases legales del respeto a la autonomía del paciente, otorgando el derecho al libre y voluntario consentimiento de cualquier actuación en el ámbito de su salud, ya sea directamente porque lo dice el paciente o por algún familiar si este no tiene capacidad para hacerlo. De manera que también tiene esos conflictos legales, los conflictos éticos que he nombrado, porque provocan al final inquietud entre los profesionales sanitarios y profesionales que trabajan en las residencias, que se cuestionan si estos métodos son la mejor forma de actuar, porque no se trata solo de una actuación técnicamente correcta sino de si tales acciones son coherentes con el tipo de vida que nos hemos dado, si es coherente o si es aceptable el tener a una persona atada a una cama cuando a lo mejor no es absolutamente necesario.

Y este conflicto básicamente es hacer compatible la obligación de promover la salud y la seguridad de los pacientes, que no se causen daño a sí mismos y de que no causen daño a terceros, con el deber también de respetar esa voluntad que hemos dicho de la autonomía del paciente y de no limitar su libertad. Tenemos ahí también conflictos éticos y conflictos de salud, porque la aplicación de este tipo de medidas, que son coercitivas, pues si está mal indicada o se realiza de manera incorrecta, pues tiene efectos traumáticos y potencialmente lesivos, pueden llegar incluso a ser mortales. De hecho, ha ocurrido: pacientes que se sienten humillados, que se sienten avergonzados y que en muchas ocasiones se resisten y empeoran, porque no entienden por qué están atados a una cama o a una silla.

Esto, lógicamente, también trae problemas con los familiares. Los familiares entienden que sus allegados están siendo maltratados físicamente, maltratados psicológicamente. ¿Y qué trae esto a su vez? Pues incomodidad e inquietud en los trabajadores, como he dicho antes, porque ante esta situación en la que ven tensión, piensan que a lo mejor esta no es la mejor forma de actuar, y volvemos a esos conflictos éticos que yo he comentado hace un momento.

Junto a la contención mecánica, existe también la contención farmacológica, que es más difícil de detectar, porque es menos escandalosa, pero no por ello es menos peligrosa y degradante, sobre todo si se hace de una manera poco controlada o si se abusa de ello. Se mantiene muchas veces a los pacientes en un estado de semiinconsciencia, o incluso en estado zombi, para que, digamos, no molesten.

La contención mecánica es, por tanto, restrictiva, tiene que ser usada solo cuando no hay más remedio y, por supuesto, con el máximo respeto a las personas, nunca como un castigo o por conveniencia de los cuidadores, nunca para paliar la falta de personal, siempre como último recurso, de una manera excepcional y de una manera proporcionada, tanto en el tiempo como en el respeto a la intimidad: no es de recibo que haya personas que estén atadas a una silla o a una cama y que estén allí

expuestas, y la gente pasando, gente que no es de su familia ni conocidos, y viéndolos, porque eso es una falta absoluta de intimidad; y, por supuesto, con el máximo respeto a la autonomía, siempre con el consentimiento, si es posible, de los familiares si no es posible del paciente, e información, mucha información de por qué es necesario en algunos casos utilizar este tipo de métodos.

Hay alternativas, que es lo que comentaba antes, que tenemos esas estadísticas muy altas con respecto a otros países, porque hay otras formas de actuar antes de llegar a esto. La primera es la contención emocional, que son estrategias emocionales; la segunda sería, antes de llegar a lo que es la contención mecánica, la contención ambiental y conductual, esos cambios en el ambiente, de manera que se relaje a los pacientes, cambios de hábitos, las conductas, buscando siempre, pues eso, que el paciente se relaje y que sea posible no tener que llegar a lo último. Contención farmacológica, que sería el paso previo, y ya por último, como digo, pero siempre de una manera estricta y ajustadísima y en casos excepcionales, la contención mecánica, que es el último paso.

Lo que presentamos aquí hoy ya se ha aprobado por unanimidad en el Congreso, se aprobó en mayo, lo aprobamos todos los grupos que estamos aquí, y lo que pedimos simplemente son cambios normativos para que se haga un registro que incluya al menos los siguientes conceptos: número total de pacientes, estado mental de los pacientes, número de pacientes con sujeción mecánica, causa que motiva la necesidad de la misma, medicación que reciben los pacientes y fecha y motivos de instauración, caídas sufridas por los pacientes, número de fracturas, heridas y úlceras por decúbito, y necesidad de alimentación forzada. Es decir, un registro de la situación real y médica de esos pacientes que están con sujeción mecánica.

Pedimos también los cambios normativos para hacer obligatoria la revisión periódica de la necesidad o no de sujeción mecánica por parte de un facultativo del Sistema Nacional de Salud ajeno al centro y sin relación alguna con personal o propietarios que pudieran suponer conflictos de intereses. O sea, una revisión por una persona ajena, de manera que esto no sea una cosa que se alargue en el tiempo, sino que sea revisado, y que estas situaciones sean eso, lo más estrictas posible.

Un programa de instauración progresiva de eliminación de las sujeciones mecánicas mediante la adopción de incentivos para aquellas residencias o centros que se inclinen por un sistema libre de sujeciones.

Cambios en la normativa de edificación, para disminuir las necesidades de sujeción. Y luego, con el tiempo, progresivamente eliminar de los conciertos a entidades que no se hayan adherido a un programa de eliminación de sujeciones, así como a la evaluación de las medidas adoptadas. Es decir, aquellos centros que no quieran trabajar por este sistema, por ir eliminando estas sujeciones coercitivas, que también vayan perdiendo posibilidades a la hora de conseguir conciertos, de manera que todos caminemos hacia ese uso absolutamente limitado de estas sujeciones mecánicas, que al final son eso, coacción y falta de dignidad para las personas que las reciben.

Esto es lo que proponemos y esperamos que sea apoyado.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

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

SRA. CANO HERNÁNDEZ:

Gracias, señor presidente.

Señor Molina, le adelanto que vamos a apoyar esta iniciativa que ustedes traen hoy, parecida a otra que aprobamos recientemente también en esta misma Comisión, respecto a salud mental. Y por las mismas razones vamos a apoyarla, porque entendemos que en ese marco normativo que usted también ha recordado, que está en nuestra Constitución, en uno de sus artículos, como un precepto, y también todas esas normativas internacionales, de cartas y demás, de protección a los pacientes, al

igual que la normativa que tenemos a nivel nacional, desde la misma Ley de Sanidad hasta la 41/2002, que usted también ha mencionado como la básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula precisamente ese derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado. Es más, algunas comunidades autónomas cuentan con normativa propia, como es la ley de Cantabria al respecto.

Es por eso que, sin duda, pensamos también que es una tarea que debe hacerse desde el mismo Gobierno de la nación, como así entendemos de la lectura de lo que ustedes piden en su iniciativa, y que todas esas medidas sean establecidas a nivel nacional, aunque no se nos queda muy claro si los cambios normativos se refieren al Gobierno regional o al nacional, porque al hilo de pedir al Gobierno nacional que vaya a esa comisión interterritorial, que es por donde pensamos que ustedes se están refiriendo al Gobierno de la nación, los cambios los dirigen a la normativa regional. Pero, en cualquier caso, pensamos que es necesario que esto se aborde, y desde luego ese lleve a cabo, porque en cualquier caso nosotros entendemos que de su moción lo que se está pidiendo establecer son los controles necesarios para tener la seguridad de que los pacientes en residencias de mayores no se vean sometidos a esas sujeciones, bien físicas o químicas, como usted también ha mencionado, y que estas puedan ser evitadas. Y, desde luego, esa petición va al hilo de las últimas cuestiones que han saltado a la prensa nacional en los últimos meses, como el año pasado leímos terribles noticias sobre los mayores que habían sufrido daños precisamente por estas medidas de coerción, como les decía, aplicadas pero no vigiladas, por la falta de ese personal en los centros en los que residían, y así se decía en las noticias que saltaban a la prensa. Y planteaba en un debate un director de una residencia, si alguien había analizado en este país si muchas de las caídas con graves lesiones, incluyendo la muerte, se habían producido precisamente, pudiendo evitarse, en función de esas contenciones, que a veces se aplican sin la debida formación y sin el debido control.

Estamos de acuerdo en que esto tiene que ser ejercido, y desde luego ese mayor control no solamente en la prestación de servicios propios de la Administración, sino también de los muchísimos que tenemos por contratos con empresas, en los que debe ejercerse el control por parte de las Administraciones en ese sentido.

Por lo tanto, tampoco me voy a extender porque desde luego el sentido de la moción yo entiendo que ese mayor control. Lo hemos defendido en cada una de las posiciones que adoptamos en la prestación de servicios y de servicios sociales en nuestras Administraciones regionales, que debe establecerse ese control, que es la única garantía de que los usuarios, de que los pacientes, en este caso los más débiles, no puedan o no vean vulnerados sus derechos que la propia Constitución avala. O sea, que absolutamente de acuerdo en ese control.

Muchísimas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchísimas gracias a usted, señora Cano Hernández.

En el turno general de intervenciones, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Podemos, durante cinco minutos, el señor Pedreño Cánovas.

SR. PEDREÑO CÁNOVAS:

Muchas gracias, presidente.

La cuestión del uso de sujeciones y otras contenciones mecánicas similares y su progresiva abolición tuvo un gran consenso en el ámbito de la salud mental, hubo un gran consenso en apostar por eliminar progresivamente estas técnicas. Desgraciadamente, los presupuestos escasos, los equipos de profesionales deficitarios, una red de atención fragmentada han hecho que estas técnicas, desgraciadamente, hayan continuado y que continúen en otros ámbitos, como el referido en la moción.

Cuando hablamos de este tipo de técnicas, que son técnicas de control y coerción, debemos tener como objetivo, efectivamente, su erradicación, y en ese sentido vamos a apoyar la moción.

¿Erradicarlas por qué? Pues porque es una cuestión básica de respeto a los derechos humanos, una cuestión básica de apostar por disminuir el sufrimiento que ocasionan este tipo de técnicas, etcé-

tera.

Hay ya experiencias que muestran que es posible. Siempre se cita, cuando se habla de este tipo de problemática, el cantón suizo de Ticino. ¿Allí qué se vino a demostrar? La importancia de las políticas públicas para hacer posible la erradicación de estas contenciones mecánicas.

¿Cómo conseguir un compromiso en torno a este objetivo de erradicación de las contenciones, de las coerciones mecánicas? A nuestro modo de ver, hay tres aspectos fundamentales. El primero, medir la magnitud epidemiológica de estas sujeciones en los servicios de salud donde se practiquen. En segundo lugar, fomentar la formación y el cambio de cultura de la práctica clínica, para que se ponga en el centro de dicha práctica la necesidad de eliminar las contenciones mecánicas. Y en tercer lugar, dotar de recursos y contexto material favorable a los entornos de desarrollo de la práctica clínica, es decir, incrementando los recursos de personal y readecuando los entornos, para favorecer que estas prácticas dejen de ser precisas.

España, señorías, es uno de los países de la Unión Europea que más emplea este tipo de técnicas, según el último informe del Comité de Bioética, con el 40 % de los casos, frente a sus vecinos europeos, como Francia, Italia o Noruega, donde apenas se aplica a un 15 % de los pacientes.

Apoyaremos, reitero, esta moción, porque, como saben, además registramos, discutimos y aprobamos entre todos una iniciativa muy similar, hace apenas menos de dos meses, con un contenido muy similar a la que debatimos hoy.

La apoyaremos también para que salga adelante con el consenso necesario y para dar una respuesta política a una exigencia que parte de muchos colectivos de pacientes y de una parte importante de los colectivos profesionales.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Pedreño Cánovas.

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

SRA. MONTERO RODRÍGUEZ:

Muchas gracias, señor presidente.

Bueno, pues actualmente, en la práctica profesional, para atender a personas que presentan graves problemas de conducta, contamos con una guía de actuaciones y protocolos de abordaje de los trastornos de conducta. El objetivo de esta guía es dotar a los profesionales de instrumentos válidos para resolver las situaciones en las que se presentan alteraciones graves de conducta, con riesgo tanto para la integridad física de la persona que la provoca como para las que la rodean. Y esta guía de trastornos de conducta conlleva tres niveles: el primero es el abordaje psicopedagógico; luego está el abordaje psicofarmacológico y, por último, cuando las actuaciones anteriores no son efectivas, y siempre como último recurso, se utiliza la contención mecánica, solo y exclusivamente cuando la integridad de la persona o de aquellos que la rodean se encuentra en riesgo.

La decisión de la utilización de una contención mecánica corresponde al médico, y se realizará con el consentimiento y autorización de los familiares de la persona a la que se deba contener, a excepción de las situaciones de urgencia, en las que se podrá prescindir de dicha autorización, pero que en un plazo máximo de 24 horas se tendrá que producir la consiguiente posterior comunicación a la familia y al Ministerio Fiscal. Y luego, cada seis meses se enviará informe al Ministerio Fiscal de la situación y evolución de las personas que estén sujetas a algún tipo de contención mecánica.

El interés de los profesionales que trabajan en este ámbito hace que este tema sea de un interés constante. ¿Y qué es lo que hacemos aquí, en la Región de Murcia? Bueno, pues aquí los profesionales cumplen con la legislación vigente, cumplen con la legalidad y cumplen con todos los protocolos que hay establecidos para este problema.

Desde hace algunos años se están llevando a cabo iniciativas en este sentido, para poder terminar

con las técnicas de coerción mecánica, tratando de implementar acciones que contribuyan a la minimización de este uso, y se revisan los protocolos en las unidades de hospitalización, se registra en la historia clínica cuando se llevan a cabo esas medidas, y también se hace formación con todos los profesionales y con todos los usuarios, se mejora el ambiente terapéutico, se programan actuaciones para los MIR, para los FIR, para los PIR, en actividades relacionadas con todos estos temas.

Saben ustedes que se está reorganizando la salud mental en nuestra Comunidad. Saben ustedes que estamos pendientes del nuevo plan de salud. Para nosotros es clave saber cuál es la situación real y cuáles son las líneas estratégicas que nos permitirían minimizar no solamente las técnicas de coerción mecánica sino también el resto de técnicas.

Por lo tanto, tengo que decir que apoyamos plenamente la moción del señor Molina Gallardo, puesto que estamos trabajando desde hace tiempo también en esa eliminación de técnicas coercitivas, que nos parece que debemos abordar. Quizá esté con el señor Molina Gallardo en que a lo mejor no se podrán quitar del todo, porque habrá algunos casos muy específicos en los que a lo mejor en algún momento dado se tengan que utilizar estas técnicas de coerción mecánica; pero, desde luego, lo que sí vamos a hacer es minimizarlas para que el enfermo pueda tener una vida digna y los familiares no sientan que su familiar, valga la redundancia, está siendo maltratado en el sitio donde está residiendo.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señora Montero Rodríguez.

En el turno final, por el proponente de la moción, durante cinco minutos tiene la palabra el señor Molina Gallardo.

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Bueno, empiezo diciendo que estoy de acuerdo con lo que ha expresado el ponente de Podemos. Hace falta formación en los trabajadores, porque al final, esos puntos que he dicho yo que deberían ir antes de la contención mecánica, como es la contención emocional es una alianza con el paciente, un diálogo continuo; la contención ambiental es crear ese ambiente relajante, tranquilo, favorable, y las medidas conductuales son crear hábitos y rutinas que sean, digamos, relajantes para los pacientes. Todo eso necesita de una preparación y una formación, para que los trabajadores sean capaces de hacerlo. Por lo tanto, efectivamente, hace falta formación.

Y también se ha comentado antes el tema de que hemos nombrado al Consejo Interterritorial. Lo hemos hecho por una razón sencilla. Efectivamente, puede haber incluso capacidad de que nosotros hagamos nuestras propias normas, y de hecho se pueden hacer, Navarra las tiene hechas, pero también entendemos que esto debería ser lo más común posible de manera que no tuviéramos, porque no sería aceptable que hubiera comunidades donde se atara a la gente y comunidades donde no se atara a la gente; por lo tanto, tiene que ser lo más común posible, de manera que todos adoptemos medidas muy parecidas y sea generalizado para todo el país.

Nada más. Muchas gracias por el apoyo.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchísimas gracias a usted, señor Molina Gallardo.

Votos a favor de la iniciativa. La iniciativa prospera por unanimidad.

Muchas gracias a los grupos parlamentarios.

Pasamos, señorías, al desarrollo de la [Moción en comisión sobre envío al Hospital Valle D'Hebrón, de Barcelona, de las muestras de tejido en autopsias de trabajadores expuestos al amianto, según recomendación de la Sociedad Española de Anatomía Patológica](#), formulada por don Óscar Urralburu Arza, del Grupo Parlamentario Podemos.

Para la presentación de la moción, en nombre del grupo parlamentario proponente, durante doce

minutos tiene la palabra el señor Pedreño Cánovas.

SR. PEDREÑO CÁNOVAS:

Muchas gracias, señor presidente.

Voy a tratar de obtener el respaldo a esta moción por parte de sus señorías, argumentando a través de una historia real, una pequeña historia real, la de Juan Vera Benito, que es un nombre real y cuento con el respaldo de la familia para nombrarlo aquí, esta mañana.

Esta persona, Juan Vera Benito, murió en el mes de enero del presente año. Tenía 64 años y once meses. Toda su vida trabajó en Bazán, ahora Navantia, desde que con 14 años entró en la Escuela de Aprendices. Es otro más de los cientos de trabajadores expuestos al amianto en Cartagena que han fallecido por cáncer de pulmón.

Su familia desconocía esta relación entre el amianto y el cáncer, por lo que no solicitó la autopsia clínica. Ningún médico la practicó de oficio, pues consideraron que su cáncer tenía origen en el tabaco. Este trabajador nunca vio reconocido su cáncer como enfermedad profesional. Son muchos los trabajadores afectados por el amianto a quienes se les niega este derecho.

La Región de Murcia es, entre los años 2000-2015, la séptima provincia de España con mayor número de muertes por mesoteliomas, un cáncer específico que se vincula claramente con el amianto, un total de 169. Entre estos casos están también el de 44 mujeres, amas de casa, que murieron por estar expuestas al lavar la ropa de sus maridos. Tres de cada cuatro mesoteliomas en la Región se producen en Cartagena. Se estima que en la Región otras 338 personas han muerto por otras patologías asociadas al amianto, como cánceres broncopulmonares, asbestosis, laringe, esófago, etcétera. Un total de 507 casos, de los cuales solamente diez han conseguido reconocimiento en los tribunales de fallecimiento por enfermedad profesional. Por lo tanto, 497 personas fallecidas por el asbesto han sido enterradas sin derechos y sin justicia, como Juan Vera Benito.

Según el médico anatomopatólogo, doctor José Miguel Sanz Anquela, del hospital de Alcalá de Henares, las autopsias clínicas para detectar la causa de fallecimiento por exposición al amianto deben practicarse de oficio, en función de tres criterios jerarquizados: el primero, el más importante, por la historia laboral que constate exposición al amianto (en qué empresa o industria ha desarrollado su vida laboral es un indicador de esto); segundo, por la existencia de marcadores de exposición, esto es, la propia patología, y tercero, encontrar fibras de amianto.

Juan Vera Benito cumplía con los dos primeros criterios: una historia laboral de exposición al amianto y una patología de placas pleurales calcificadas, que es un claro marcador de exposición al amianto.

Según este médico, el citado doctor José Miguel Sanz Anquela, las manifestaciones pleurales son las asociadas con más frecuencia con la exposición al amianto, y las placas pleurales, así como el engrosamiento pleural difuso, se detectan hasta en el 50 % de los casos de asbestosis. Aproximadamente, en el 60 % de los trabajadores expuestos al amianto se detectan placas pleurales con la tomografía de baja radiación, 60 %.

Sin embargo, en el Hospital Santa Lucía nadie le practicó a Juan Vera Benito una autopsia clínica, por lo que no se determinó que su cáncer tenía un origen laboral, aun teniendo criterios suficientes para que esta posibilidad existiera. La familia desconocía que el cáncer de Juan Vera podía tener relación con el amianto, por lo que tampoco la pidió. Con la autopsia, de haberse practicado, podrían haberle encontrado fibras de asbesto, pero no fue así. Murió sin reconocimiento de una enfermedad contraída durante su vida laboral.

Este caso es prototípico de algo que suele denunciar la Asociación de Perjudicados y Afectados por el Amianto, APENA. Y es que muchos trabajadores y sus familias desconocen qué es el amianto; ni siquiera saben que han estado expuestos. Por tanto, dada esa carencia de información, no pedirán esa prueba de la autopsia, y a los que lo conozcan les obligará a una torturante y humillante odisea por los juzgados para solicitar necropsias, que en el resto de España las piden y son realizadas con permiso de la familia en el mismo hospital por su servicio de anatomía patológica.

¿Por qué en los hospitales de la Región, y concretamente en el Santa Lucía, de Cartagena...? Car-

tagena, digo y repito, es la ciudad donde más afectados por el amianto hay. ¿Por qué en los hospitales de la Región, y en Cartagena particularmente, los médicos del Servicio de Anatomía Patológica no practican de oficio la autopsia clínica a trabajadores fallecidos que, como Juan Vera Benito, cumplen con los criterios de exposición al amianto o al menos con los dos criterios que señala el citado doctor de exposición al amianto?

Esta es una reivindicación de los afectados por el amianto que hemos traído ya aquí en varias ocasiones a la Asamblea Regional e inclusive ya en anteriores legislaturas una diputada del Partido Socialista también trajo en reiteradas ocasiones a esta Asamblea.

El pasado 27 de octubre, el Boletín Oficial de la Región de Murcia publicó el convenio de colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y el Ministerio de Justicia en materia de investigación sobre estudio histopatológico de pulmón (asbestosis). En este convenio se dice que “con el consenso tanto del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario Santa Lucía como de la Dirección Gerencia del Área de Salud II de Cartagena, se ha contactado con el Instituto Anatómico Forense de Cartagena, en concreto con la subdirección del citado organismo, acordando que las autopsias y la toma de las muestras para cuantificación de las fibras de asbesto las asuman los forenses, y el envío de las muestras al hospital de referencia Valle D’Hebrón de Barcelona”, etcétera.

Este convenio es un absoluto error y está siendo muy criticado por los afectados por el amianto. Los médicos forenses son competentes para las muertes violentas, pero no para las muertes por enfermedad profesional, que operan de una forma más invisible y silenciosa.

Dos consideraciones quisiera dejar encima de la mesa al respecto. La primera, el convenio contraviene las recomendaciones de la Sociedad Española de Anatomía Patológica, sociedad a la que pertenece el citado doctor, José Miguel Sanz Anquela, la cual, en su Libro Blanco editado en 2015, distingue dos tipos de autopsia: la clínica y la médico-legal, la forense.

Dicha sociedad científica afirma con rotundidad que el accidente de trabajo como muerte violenta está bajo el ámbito de la medicina forense; en cambio, el fallecimiento por enfermedad profesional, como es el caso de los fallecidos por asbesto o amianto, está incluido dentro del ámbito de la anatomía patológica.

Además, este convenio podría incluso contravenir las propias indicaciones del Real Decreto 220/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas.

La segunda consideración es que las autopsias clínicas son practicadas de oficio por el Servicio de Neumopatología en cuanto existen evidencias de exposición al amianto del fallecido, según los criterios que ya he expuesto. Por el contrario, las autopsias forenses se practican cuando así lo solicita la familia. Esto significa presuponer que la familia conoce que el cáncer que ha provocado el fallecimiento de su allegado está vinculado al amianto, y esto es mucho presuponer, como lo demuestra el caso descrito de Juan Vera Benito.

El convenio firmado va a continuar invisibilizando la tragedia de las muertes por amianto, quienes serán enterrados sin reconocimiento de su enfermedad profesional.

Es por lo que, en definitiva, presentamos esta moción, en la que solicitamos que en todos los hospitales de la Región de Murcia las autopsias de personas fallecidas por patología respiratoria y que hayan estado expuestas durante su vida laboral al amianto, se realicen dentro del ámbito de la anatomía patológica, tal y como recomienda la Sociedad Española de Anatomía Patológica, y las muestras del tejido pulmonar sean enviadas para su análisis al Hospital Valle D’Hebrón.

Muchísimas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Pedreño Cánovas.

En el turno para la presentación de la enmienda a la totalidad 16.044, formulada por el Grupo Parlamentario Popular, durante ocho minutos tiene la palabra el señor Iniesta Alcázar.

SR. INIESTA ALCÁZAR:

Muchas gracias, señor presidente.

Señor Pedreño, yo creo que este tema lo hemos tratado, y creo que la sensibilidad de todos los grupos en cuanto a estos afectados yo creo que ha quedado demostrada, porque además son un grupo de personas cuya enfermedad se ha demostrado al pasar los años y las condiciones en que estaban trabajando, lo cual ha originado un poquito más de atención dada la dificultad, como usted bien dice, al final de determinar el origen de sus enfermedades.

Escúcheme porque es muy importante que entienda la postura del Grupo Popular aquí. El gran objetivo nuestro de esta enmienda a la totalidad no es ni sacar rédito político ni tumbar su iniciativa, es simplemente garantía, garantía de que en caso de que se pueda probar esa lesión, judicialmente esas familias reciban sus indemnizaciones o reciban las ayudas o reciban... La palabra clave es garantía, señor Pedreño, porque, mire, la Sociedad Española de Anatomía Patológica, a la cual respeto, dice que haga la autopsia un anatomopatólogo; vale, de acuerdo. Mire, le voy a leer lo que dice el Real Decreto 2230/1982, que habla sobre las autopsias clínicas. Dice en su artículo 5, punto 4: “Las autopsias clínicas podrán realizarse siempre que no intervenga la autoridad judicial”. ¿Entonces para qué queremos una autopsia clínica? Porque luego está el proceso posterior: ¿le queremos dar garantías a esa familia de que si existe esa prueba que vamos a tener...? Afortunadamente los familiares están más informados, más sensibilizados, saben que en el momento en que tienen a una persona que ha trabajado aquí en Bazán o que ha trabajado en algunos sitios y que tiene un cáncer ya enseguida lo dicen, pues como ya existe más información, démosles garantías, ese es el gran objetivo.

Dice usted que el convenio es un error. No, señor Pedreño, el cauce adecuado es el convenio con el Ministerio de Justicia, porque, mire, la Recomendación del Consejo de Europa, la Recomendación 99, que habla sobre la legislación sobre autopsias clínicas, es muy clara; en el artículo 2 del Consejo de Europa de recomendaciones dice que “se debe practicar autopsia médico-legal en todas las muertes no naturales obvias o sospechosas y particularmente en casos de enfermedad profesional”. Si usted lo que busca, como nosotros y como seguro que el resto de los grupos parlamentarios, es que ese tipo de afectados tengan garantías de que luego al realizarse bien el proceso de la autopsia tengan sus garantías jurídicas de reclamaciones, de ayudas, de cualquier tipo de capítulo que les pueda venir (no solo económico, sino de especial asistencia, como ahora voy a hablar de eso), porque quizá el problema sea, como yo he intentado en el punto 2 de la moción, que a lo mejor el problema es otro, a lo mejor el problema no es el convenio o la autopsia quién la tiene que hacer. Mire usted, la autopsia es mejor que la haga Medicina Legal en casos como estos en los que interviene un agente externo, que son las fibras de amianto, que hay que demostrar. Y entonces, como hay que demostrarlo es un proceso que, con todos mis respetos a Anatomía Patológica, autopsias clínicas en los hospitales se hacen así, garantías jurídicas mire lo que dice el Real Decreto, háganse las autopsias clínicas (el Real Decreto nuestro) pero siempre que no intervenga la autoridad judicial. ¡Pues para qué quiero yo entonces una autopsia clínica!

Nosotros queremos ir más allá, señor Pedreño, créanos, porque ¿el objetivo cuál es? El objetivo es ayudar a los familiares. En el segundo punto, yo le digo cuál es el problema: el problema es lo que usted define de una manera un poco exagerada, pero es verdad que al final tienen que ir por los pasillos judiciales, tienen problemas. Mire, esa es la primera cuestión que yo le planteé en la Consejería de Sanidad, y me consta que hace unas semanas se han reunido apenas con la Consejería de Sanidad, y por eso es ese punto número 2, que se elaboren cauces, que se les asesore, que se les ayude entre los profesionales del Área II (porque es donde principalmente están) y los técnicos de la Consejería de Sanidad. Si el problema es la ayuda, la asesoría, hagámosla, pero démosle garantía, señor Pedreño, porque es que, si no, el problema que tenemos al final es qué queremos hacer con este tipo de familiares, ¿reconocerles...? Yo creo que este tipo de familiares no necesita una metopa, ningún reconocimiento ni ningún abrazo, este tipo de familiares cuando muere un familiar por un cáncer provocado por el amianto y es una enfermedad profesional, yo creo que tienen derecho a una compensación del tipo que sea.

Y esa compensación, señor Pedreño, las normas son las que están, los reales decretos, las normas jurídicas. Hoy en día legalmente, judicialmente, créame, la tiene que hacer un médico forense. Anatomía Patológica toma muestras, hace autopsias clínicas, pero ya ve lo que le he contestado.

O sea, créame, de verdad, que hemos querido dar un paso más, por eso le presenté la enmienda a

la totalidad, porque era incompatible. A mí no me hubiera gustado, quería mejorar su moción, pero es que usted ha recogido la reivindicación de APENA, muy legítima, la conozco porque también me la hicieron llegar, porque están enfadados. Por cierto, ahora están menos enfadados, porque se han reunido con la Consejería y van a trabajar precisamente en el segundo punto, en el segundo punto, donde está el problema. ¿El problema cuál es? Que se ven solos, y el problema está en que hay que facilitarles la labor, y se pierden por los pasillos judiciales, como he dicho anteriormente. Pues solucionémoslo, solucionémoslo, pero démosles garantías, señor Pedreño, porque si no, no les vamos a beneficiar en nada. Ese es el objeto, de verdad créame, de la enmienda a la totalidad que le he presentado con ese sentido: en primer lugar, creemos que el cauce es el convenio de justicia, creemos que es el sitio, las autopsias tienen que realizarlas los médicos forenses, y, tercero, facilitémosles, asesorémosles y ayudemos a los familiares, y así yo creo que daremos un paso.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Iniesta Alcázar.

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

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

Gracias, señor presidente.

Señorías, las enfermedades producidas por el asbesto o amianto, amosita, crisolita, tremolita, etcétera, son numerosas, aunque las más conocidas son la asbestosis (cicatrización del pulmón), el cáncer de pulmón y el mesotelioma, tipo extraño de cáncer que afecta al pulmón, al pecho, al abdomen y, más raramente, también al corazón.

Y aunque los productos de asbesto no sean usados en la construcción desde aproximadamente 1975, los que ya han sido utilizados representan un claro riesgo para los individuos que han trabajado en la reparación y en la demolición de estructuras que contienen asbesto, y aún hoy día los encontramos en aislamientos, tejados, baldosas, masillas, etcétera, poniendo en riesgo la salud de más de 125 millones de personas, según datos de la Organización Mundial de la Salud, a la que la Asamblea de la Salud en su Resolución WHA58.22 le pidió que llevase a cabo campañas mundiales para eliminar las enfermedades relacionadas con el asbesto.

Y en nuestro país en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, se incluyen las enfermedades producidas por el amianto dentro de ese cuadro de enfermedades.

Así pues, al ser considerada como enfermedad profesional, las muertes producidas como consecuencia de la manipulación del asbesto están dentro de la relación aprobada por el Consejo de Europa, suscrito íntegramente por España como de fallecimientos a los que se debe aplicar una autopsia médico-legal que pretende establecer un diagnóstico etiológico, patogénico y anatomopatológico, pero no con una finalidad clínica primordial sino en relación con una cuestión de derecho.

Hasta hace poco solo se permitía realizar autopsias a fallecidos cuando el juez estimaba la petición realizada por los familiares para exhumar los cuerpos y tomar restos de sus pulmones, que tienen que llevar aparejado un informe médico que vincule la muerte con las dolencias relacionadas con el amianto, como el cáncer de pulmón, enfisema, etcétera, y tras el convenio suscrito hace unas fechas entre el Servicio Murciano de Salud y el Ministerio de Justicia, la Comunidad podría hacer autopsias a través de forenses a los trabajadores que hayan fallecido por la exposición al amianto, y la Dirección General de Asistencia Sanitaria ha determinado que la realización de estas autopsias quedará en manos de los forenses y no de los especialistas en anatomía patológica.

Habría que analizar el ambiente legal sobre si este procedimiento pertenece al ámbito clínico o al médico legal. Así, se ha determinado que estas autopsias queden en manos de los forenses y que sean ellos los que tomen las muestras para cuantificar las fibras de asbestos en los fallecidos, muestras que

se enviarán al hospital Vall d'Hebron, que es el centro de referencia.

Este procedimiento no es el habitual en otras muchas comunidades, ya que no es lo más normal el que se designe a un forense cuando lo usual es que en estos casos la autopsia se haga en el mismo hospital por su servicio de Anatomía Patológica, con el permiso de los familiares del fallecido y tras haber sido solicitado por ellos.

De esta manera, con este convenio se ponen más trabas a los familiares, ya que ahora no será suficiente con que dicho familiar del fallecido por contaminación con amianto solicite la autopsia para que la realice el mismo hospital donde ha fallecido y por los servicios del mismo, y por tanto se complica aún más la situación de muchos de los familiares de estos enfermos, cuya patología, según la Consejería de Salud de nuestra Comunidad, es un problema sanitario importante en la Región de Murcia, dado el número de empresas que lo han manipulado durante años tanto en la industria naval de Cartagena como en otros ambientes industriales de la Comunidad.

Y aunque la Dirección General de Salud Pública del Servicio Murciano de Salud ha cifrado en unos 2250 los pacientes que en la Región podrían haber estado expuestos al asbesto en su vida laboral, lo que puede suponer un problema de gran repercusión tanto clínica como laboral y judicial, hay serias dudas de que esta cifra sea real, ya que algunas empresas no han facilitado datos suficientes sobre sus trabajadores afectados y las asociaciones de pacientes estiman que el número de personas afectadas puede superar los 8000 individuos.

Por otra parte, el Real Decreto 220/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas, establece claramente que los hospitales con servicios plenamente dotados de Anatomía Patológica reúnen las condiciones necesarias y suficientes para realizar los estudios autopsícos clínicos, y que tales autopsias se realizarán por médicos anatomopatólogos adecuadamente titulados, con la presencia y colaboración, en su caso, de otros médicos especialistas interesados y solicitado en el estudio autopsíco, así como personal auxiliar especialmente cualificado, y por su parte la Asociación de Perjudicados y Afectados por el Amianto (APENA) ha impugnado el convenio firmado por la Consejería de Salud con el Ministerio de Justicia por el que se deriva la demostración de enfermedad profesional a la medicina forense, y han exigido el reconocimiento de sus derechos como enfermedad laboral, y manifiesta en su protesta que sean los familiares de los pacientes fallecidos postexpuestos al asbesto los que tengan que solicitar la autopsia en los juzgados para el recuento de fibras de amianto.

Resulta incongruente que estas autopsias las realicen los forenses, que son expertos en muertes violentas, y no los especialistas en anatomía patológica, que son los expertos en cánceres laborales.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Señor Navarro Jiménez, tiene que concluir.

SR. NAVARRO JIMÉNEZ:

Voy concluyendo, señor presidente.

Por tanto, creemos que el convenio firmado entre la Consejería de Sanidad y el Ministerio de Justicia perjudica de forma evidente a los familiares de los fallecidos por las patologías derivadas de la exposición al asbesto, y por eso vamos a apoyar esta moción que presenta el Grupo Podemos, para dar cumplimiento a lo dispuesto en los decretos legales señalados, para dar validez a las recomendaciones de las asociaciones de Anatomía Patológica y para que, como señala la moción y ha declarado la mencionada Asociación de Perjudicados y Afectados por el Amianto, se tenga en cuenta también el aspecto humano, ya que muchos de los trabajadores y familiares desconocen qué es el amianto, ni siquiera saben que han estado expuestos, y por tanto de esa carencia de información no pedirán esa prueba forense, y a los que la conozcan se les obliga a una torturante y humillante odisea por los juzgados para solicitar las necropsias.

Estaríamos dispuestos, si el ponente asume el punto número 2... lo que pasa es que no se presenta como una enmienda de adición sino enmienda a la totalidad, que se pudiera añadir... no, la número 2 no es opuesta, la número 2, que se pudiera incluir la número 2 en la propuesta que ha hecho el

ponente.

Si él la admite, nosotros la votaremos a favor. Si no, no obstante nosotros votaremos a favor de la enmienda del grupo proponente.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Navarro Jiménez.

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

SR. MOLINA GALLARDO:

Gracias, señor presidente.

Voy a leer la definición de forense: médico que está adscrito a un juzgado, actúa como perito en causas criminales y civiles, y se encarga de determinar las causas que han provocado la muerte de una persona.

Cualquiera que vaya a un juzgado con una cuestión de salud tiene que pasar por fuerza por un forense porque el forense es el médico competente. Es la medicina legal, es el notario médico que certifica en un accidente las lesiones que tiene una persona, o por desgracia en causas de muerte (como es esta) si realmente el amianto es la causa de esa muerte.

Por lo tanto, si lo que queremos es garantizar que esas personas que, efectivamente, han tenido un familiar que se ha muerto por causa del amianto, necesitamos que ese informe lo haga el médico competente. Si vamos con el informe de nuestro médico de cabecera o del especialista de riñón, no nos vale. Nos vale solo ese informe y además es que es lo que dice la ley. Por lo tanto, a veces queremos ayudar, pero al final no ayudamos, porque en lo que vamos a meter a esas familias es en una odisea una vez que llegan allí y el juez les diga “traíganme ustedes un informe del forense” y tengan que volver a empezar a hacer un informe del forense.

Así que entendemos que la garantía es lo que tenemos que darles a esas familias, la garantía de que esos informes y en este caso el amianto es la causa, pero certificado por el médico notario de medicina, de medicina legal, que es el que tiene que hacerlo, que es el forense.

Otra cuestión es el asesoramiento, que entendemos que, efectivamente, está mal y por desgracia hay gente que se muere sin saber por qué se ha muerto o que le achacan, como ha dicho usted, que se ha muerto por el tabaco y resulta que se han muerto por el amianto, eso indudablemente hay que mejorarlo y hay que asesorar a las familias, pero garanticemos de verdad que si esa causa existe esté certificada por el medio competente, que es el forense. Así es como son las cosas.

Gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Molina Gallardo.

Para el turno de fijación del texto de la moción por parte del ponente, durante cinco minutos tiene la palabra el señor Pedreño Cánovas.

SR. PEDREÑO CÁNOVAS:

Muchas gracias.

Muchas gracias por sus intervenciones. Yo no voy a dudar, por supuesto, de la sensibilidad que este tema debe tener en los grupos parlamentarios de una comisión como esta, por supuesto; pero sí creo que debemos tomar conciencia de que tenemos un problema con la invisibilidad de las enfermedades profesionales, y concretamente con la invisibilidad de las enfermedades profesionales vinculadas al amianto. Tenemos un problema, no en esta Región, en este país.

En ese sentido, ¿qué mayor garantía que el informe de una autopsia clínica para certificar médicamente las causas del fallecimiento de una persona, en este caso de personas como las que le he

contado en la moción?

El Real Decreto de Autopsias Clínicas, que usted ha citado el artículo 5, pero es que el artículo 6 dice: “La autopsia clínica, cuando sea técnicamente posible y exista un interés médico, en base a alguno de los siguientes supuestos:

a) Que un estudio clínico completo no haya bastado para caracterizar suficientemente la enfermedad.”

Es decir, si una persona como Juan Vera Benito cumple con el criterio de exposición durante su vida laboral al amianto, cumple con el criterio de un marcador de exposición, como son las placas pleurales, qué menos que hacerle una autopsia clínica para terminar detectando las fibras de amianto que potencialmente pueden haberle ocasionado el cáncer pulmonar.

También dice el Real Decreto “que un estudio clínico haya bastado para caracterizar la enfermedad suficientemente, pero exista un interés científico, definido en conocer aspectos de la morfología o de la extensión del proceso”. (*Voces*)

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Que el señor Pedreño fije el texto.

SR. PEDREÑO CÁNOVAS:

En tercer lugar, “que un estudio clínico incompleto haga suponer la existencia de lesiones no demostradas que pudieran tener un interés social, familiar o científico”.

Esto lo dice el Real Decreto de Autopsias Clínicas.

Lo que dice en la Recomendación del Consejo de Ministros de los estados miembros de la Unión Europea para la armonización metodológica de las autopsias médico-legales, de las del médico forense, dice que hay toda una serie de casos que los recoge en su apéndice, que es cuando interviene la médica forense. En ninguno están las enfermedades profesionales: constricciones cervicales por ahorcamientos, estrangulamientos, sumersión o inmersión, homicidios con móvil sexual, muertes por maltrato violento, infanticidios, muerte súbita, etcétera, muertes violentas, esa es la competencia de la medicina forense.

Finalmente, no vamos a aceptar su enmienda. En definitiva, ustedes lo que pretenden es seguir responsabilizando a las familias de que sean conscientes de algo en lo que a menudo no tienen el suficiente conocimiento, como le ocurrió hace no menos de ocho meses a Juan Vera Benito.

Y decirle que los afectados por el amianto, lejos de lo que usted presupone, están muy enfadados con el convenio, hasta tal punto que lo van a impugnar.

Efectivamente, en el consejo de Salud han encontrado un interlocutor, y ese consejero de Salud les ha garantizado que se va a crear una comisión de seguimiento en la Consejería de Salud sobre el amianto; pero en concreto este convenio lo van a impugnar en la justicia.

Aquí podemos o no apoyar a los afectados por el amianto, pero este convenio va a ser impugnado.

Muchas gracias.

SR. CORONADO ROMERO (PRESIDENTE):

Muchas gracias a usted, señor Pedreño Cánovas.

Como yo creo que las posturas están claras, pasamos a votar, en primer lugar, la moción tal y como está, y a continuación, en función del resultado, pasaremos a votar la enmienda a la totalidad.

Votos a favor de la moción presentada por el Grupo Parlamentario Podemos, tres. Votos en contra de la moción, cuatro. Abstenciones.

Vale, pues entonces hay tres votos a favor, una abstención, cuatro en contra.

Pasamos a votar la enmienda a la totalidad.

Votos a favor de la enmienda a la totalidad presentada por el Grupo Parlamentario Popular, cin-

co. Votos en contra, uno. Abstenciones, dos.

Por lo tanto, prospera la enmienda a la totalidad presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Y no teniendo más asuntos que tratar, señorías, se levanta la sesión de esta Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales que hemos celebrado el día 22 de noviembre del 2017.

Muchas gracias, señorías.