

**El senyor Geffner Sclarsky:**

Gracias.

Veo que ha revisado el tema. Sin embargo, nosotros nos seguiremos manteniendo en la posición de que tenemos que recuperar la alta tecnología que se ha privatizado y, como le he dicho, el 90% de las hemodiálisis en la provincia de Castellón están privatizadas.

Los pacientes que se tienen que desplazar desde el hospital de Vinaròs al hospital general de Castellón son los que tienen un trayecto más largo. Y no nomás ellos, sino los pacientes y los familiares y acompañantes, que tienen que estar muchos días de estancias hospitalarias en el hospital general de Castellón.

Por lo tanto, sé que es complicado, pero yo pienso que es una reivindicación importante, porque la calidad del sistema sanitario y la equidad son dos valores esenciales que nosotros defendemos. Y también pasa por defender el carácter público de la alta tecnología.

Consideramos, por lo tanto, que es una ocasión de oro, como lo dice Acdesa, para planificar esto, que no requería muchos medios materiales, sí una valoración política y una decisión política.

En ese sentido, mejoraríamos la calidad de atención de esto, porque no se tiene que olvidar que hay pacientes que están muchos días, treinta pacientes al año, tienen que bajar al hospital general de Castellón, pasando varios días ingresados en el hospital general de Castellón con sus familiares acompañándolos.

Creo que es una ocasión, porque si no, tendríamos que esperar cuatro años para plantear algún cambio. Este es el momento, esta es la oportunidad.

Gracias. *(Aplaudiments)*

**El senyor vicepresident segon:**

Gracias, señor Geffner.

Honorable *consellera*.

**La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:**

Señor Geffner, es que coincidimos plenamente. El problema yo le he dicho que no es solamente la planificación, sino que también el espacio. Hay hospitales donde no están preparados para incorporar ese espacio de hemodiálisis.

Es más, tenemos departamentos donde ya lo tenemos incorporado y quiero decirle que estamos poniendo en marcha hasta experiencias piloto para que ese tratamiento se lleve a cabo en el domicilio y pueda ser el propio paciente el que pueda, junto con un familiar, hacerse la hemodiálisis en el horario que considere oportuno para no interrumpirle, en cualquier caso, su jornada laboral o cualquier cuestión que tenga que atender esa persona.

Hasta ahí estamos llegando. Es decir, hacer más fácil al paciente un tratamiento que va ser crónico y que, por tanto, lo requiere y lo necesita.

Estamos en eso. Por eso, las próximas versiones que se van a hacer en algunos de los hospitales de esta *comunitat* tienen que ver con la ampliación de esos espacios. Ampliación para poder incorporar dentro ya de los hospitales esa hemodiálisis.

Porque lo que estamos pensando es en el bien del paciente. Cuanto menos se tenga que trasladar, cuantas más facilidades le damos, inclusive que pueda llevarlo en casa, mucho mejor, porque estaremos mejorando la vida de ese paciente y normalizando también su vida.

Gracias. *(Aplaudiments)*

**El senyor vicepresident segon:**

Moltes gràcies, *consellera*.

***Interpel·lació al Consell, que respon la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública, senyora Carmen Montón Giménez, sobre la política general per a disminuir les pràctiques coercitives en pacients amb trastorn de salut mental ingressats en centres sanitaris públics, que formula el diputat Daniel Geffner Sclarsky, del Grup Parlamentari Podemós-Podem (RE número 110.461, BOC 303)***

**El senyor vicepresident segon:**

Finalitzades les preguntes, passem a les interpel·lacions. El punt de l'ordre del dia número 6 decau perquè s'ha justificat l'absència de la vicepresidenta i consellera d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

I passem al punt 7, que és la interpel·lació al Consell sobre la política general per a disminuir les pràctiques coercitives en pacients amb trastorns de salut mental ingressats en centres sanitaris públics, que formula el diputat Daniel Geffner i correspon la resposta a la consellera de sanitat.

Senyor Geffner.

Cuando quiera, señor Geffner. Cuando desee, sí.

**El senyor Geffner Sclarsky:**

*(Inoible)*... escucha? Perfecto.

La interpelación va sobre coerción en salud mental. Un tema de impacto en la vida de muchas personas que han padecido situaciones de aislamiento forzoso, sujeción física o indicaciones de aislamiento, sin contar con su consentimiento.

Un drama para la persona que lo sufre que ve restringida su autonomía personal y el derecho a ser consultado sobre el tratamiento que de recomendado pasa a ser obligado.

Hablamos de situaciones que limitan la libertad de una persona a decidir. El problema que abordamos trata del respeto de derechos humanos, de salvaguarda de la dignidad de las personas. El drama de personas que sienten el uso y abuso de un poder fuera de su control y sin salvaguarda.

Empezaré tratando una experiencia traumática para situar a sus señorías en lo que ocurre todavía hoy a ciertas personas en centros sanitarios. Un caso que, cuando lo leí, me conmovió porque permitió entender y empatizar con una situación de violencia más que probablemente evitable. Un testimonio en primera persona.

Edgar Vinyals tiene diagnosticada bipolaridad. Una noche, este integrador social descolgó el teléfono para pedir ayuda. Al otro lado, su terapeuta le recomendaba ingresar voluntariamente en psiquiatría. Él, resignado, acudió por voluntad propia a urgencias del hospital de Sant Pau en Barcelona.

Allí, al tiempo que sucedía la entrevista, previo al traslado a la planta, pudo ver a través de un ventanuco de la puerta a su mujer, embarazada de tres meses, en la sala de espera. Quiso salir a abrazarla, a disculparse por el desagradable momento, pero los profesionales lo impidieron. Aquella negativa que hoy considera arbitraria lo enfadó.

La psiquiatra de guardia abandonó en silencio el despacho para dar paso al personal de seguridad. Siete corpulentos hombres se ajustaban los guantes sin perder de vista a Vinyals, que siempre, pacífico, paseaba por la estancia para calmar sus ánimos.

«Esto no acabará hasta que me atéis, ¿verdad?» Después se tumbó y las cinchas prietas rodearon su cuerpo estirado en la cama. Durante la noche no le desataron para beber agua, no le desataron para ir al baño. Cuando lo solicitó, obtuvo un (*inintel·ligible*) ... por vía endovenosa. «Tomé conciencia de que estaba siendo secuestrado», afirma.

Vinyals reclamó en el Parlamento de Cataluña una legislación para eliminar las contenciones antes del 2025.

En España ha habido un punto de inflexión en el abordaje del respeto a los derechos humanos en los servicios de salud mental con el Manifiesto de Cartagena, firmado el 3 de junio de 2016 por la AEN –Asociación Española de Neuropsiquiatría–, la Federación –en primera persona– Veus y la confederación de salud mental, que supone el comienzo..., mejor dicho, el refuerzo de un proceso encaminado a terminar con las medidas coercitivas.

La contención, atar al usuario por sus muñecas, tobillos y tórax en la cama, es un ejercicio concebido para evitar autolesionarse o daños a terceros.

Pero este ejemplo ilustrativo, junto a las palabras del presente de la AEN, reflejan que hay un cambio que estamos asistiendo.

Mikel Munárriz, psiquiatra de Castellón y presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, indica que la

mayor parte de las veces la contención podría evitarse. «Con más recursos –señala– se ataría menos».

Munárriz indica que no se trata de que haya profesionales sádicos, pero las limitaciones de recursos dificultan abortar estas situaciones con métodos menos drásticos.

Ya hay países que han fijado el objetivo de contenciones cero y se ha llevado a cabo hasta una prohibición total de las mismas.

Hay experiencias en Suiza, en otros países que han avanzado en un planteamiento integral y que también precisaba de mejorar las ratios de personal sanitario y recursos materiales.

Estamos asistiendo a un cambio importante, no sin problemas ni sin trabas. Lo indica así el informe del relator de la ONU, salud mental junio del 2017, que indica en su punto 36: «Los estados deben utilizar indicadores y puntos de referencia adecuados para evaluar los progresos alcanzados, por ejemplo en cuanto a la reducción y a la eliminación de la coacción médica».

En su punto 65: «Las medidas coercitivas en el ámbito psiquiátrico perpetúan los desequilibrios de poder –indica el relator– entre pacientes, los cuidadores y el personal, causan desconfianza, exacerbaban el estigma y la discriminación, y han provocado que muchas personas hayan rehusado recurrir a dichos servicios, temerosos de buscar ayuda en los servicios generales de salud mental».

Estas ideas, propuestas y movimientos de la sociedad civil y las asociaciones de profesionales han tenido su reflejo en estas Corts.

En la comisión de sanidad de las Corts aprobamos dos PNL. La PNL de Podemos, sobre intervenciones sanitarias contra la voluntad de los pacientes, presentada en febrero y aprobada en junio del 2016, planteaba la necesidad de registrar las intervenciones contra la voluntad de los pacientes ingresados en nuestros hospitales, incorporando información del tipo de intervención que se realizaba, razones para aplicarla, duración de la misma y el resultado de la intervención. Hablamos de ingresos involuntarios, contención mecánica con sujeción, aislamientos terapéuticos y administración de tratamientos médicos contra la voluntad.

También tuvimos la PNL del PSOE, sobre promoción de prácticas no coercitivas en salud mental en julio del 2017, votada en octubre y que se aceptaron dos enmiendas de Podemos que también planteaban la necesidad de hacer un registro.

Lo que hemos pretendido con nuestras propuestas es tener una descripción adecuada de la realidad, más si la queremos cambiar. Para transformar estas violencias que pudieran evitarse sobre las personas debemos saber la extensión del problema para establecer mecanismos de evaluación y mejora de nuestro sistema de salud mental.

Nuestro interés en salvaguardar los derechos hacia a las personas nos llevó a introducir en el año 2018 la enmienda de Podemos en la ley de salud –ya aprobada– que ponía..., indica: «Se respetarán, promoverán y defenderán los derechos de ciudadanía de las personas usuarias de los servicios

de salud mental fomentando la cultura de unos servicios de salud mental libre de coerción y respetando al máximo su dignidad».

Desde Podemos, también a nivel del Congreso de Diputados, se realizaron distintas propuestas en el mismo sentido. En la misma línea, en la comisión de sanidad y servicios sociales se aprobó una PNL presentada en su caso por el PSOE, y la enmienda de modificación presentada por nuestra parlamentaria Rita Bosaho, diputada de Alicante, señalaba: «La estrategia deberá incluir la dignidad de las personas y el respeto de los derechos humanos como uno de los aspectos fundamentales, elaborando actuaciones encaminadas a la eliminación de la práctica de coerción en la asistencia de los dispositivos de salud mental, porque precisamos de unos servicios sanitarios de atención a la salud mental que respeten los derechos y estén libres de coerción».

Porque salvaguardar los derechos de las personas con salud mental ha motivado iniciativas en estas Corts, toca ver qué se ha hecho y qué hemos avanzado. Por lo tanto, necesitamos avanzar, saber la política general del Consell cuál es para disminuir las prácticas coercitivas en pacientes con trastorno de salud mental ingresados en nuestros centros sanitarios.

Gracias. (*Aplaudiments*)

#### **El senyor vicepresident segon:**

Gracias, señor Geffner.

Para dar respuesta a la interpelación tiene la palabra la honorable *consellera* de sanidad.

#### **La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:**

Gracias, presidente.

Señor Geffner, trabajar para las personas es una de las premisas fundamentales que impulsa día a día la tarea política de esta *conselleria*. Trabajar para las personas teniendo en cuenta además sus circunstancias, sus necesidades y sus proyectos y, en especial, para aquellas personas que tienen situaciones de vulnerabilidad derivadas de enfermedades o situaciones complejas desde el punto de vista sanitario o social.

En el caso de salud mental, estas dos cuestiones están perfectamente ligadas. Ya lo ha nombrado usted y lo ha mencionado, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU en 2006 –que ratificó España en el 2008– recoge los derechos de las personas con cualquier tipo de discapacidad: respecto a la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia, la no discriminación, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de diversidad.

El informe de 2017, del Relator Especial de Naciones Unidas, plantea, como usted dice, efectivamente, abogar por un cambio de paradigma en la atención en la salud mental, con

especial hincapié en el respeto de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

Y en este mismo informe reconoce que la reducción y la eliminación de las medidas coercitivas es un proceso difícil que llevará tiempo. Pero nosotros no vamos a cejar en ese intento.

Sin embargo, insiste, como estamos insistiendo desde la *conselleria*, en dar pasos adecuados para acabar con esas prácticas. Y, evidentemente, no cabe utilizar argumentos jurídicos o éticos para justificar esas prácticas; lo que requiere es un esfuerzo para abandonarlas.

Como saben, la Conselleria de Sanidad presentó, en septiembre de 2016, la Estrategia autonómica de salud 2016-2020 como una herramienta de planificación para la mejora de la salud mental. Y la Convención de derechos de las personas con discapacidad de la ONU fue un pilar central para el diseño de esta nueva forma de afrontar los problemas de salud mental.

La Estrategia autonómica de salud 2016-2020, de salud mental, consolida ya un modelo de atención comunitario y se sustenta en tres principios que son estratégicos:

El primero es el modelo comunitario, centrado en las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias, adecuando las actuaciones a los entornos naturales del individuo donde se producen los procesos de interacción social, contando con su participación activa.

El segundo de los principios es el modelo orientado a la recuperación y defensa de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

Y el tercer pilar o principio estratégico es una atención transversal, es decir, dar respuesta integral y coordinada a las necesidades de las personas.

Pues bien, de acuerdo con este modelo, la atención del paciente se entiende como una cuestión de derechos, de recuperación de ciudadanía, que empodere a las personas, no solo para recuperar el control sobre sus vidas, sino también el de participar de una manera activa en la sociedad, donde debe de estar integrada.

De hecho, la Estrategia autonómica de salud mental plantea una serie de objetivos que están basados precisamente en la recuperación sanitaria, pero también social del paciente; y más en concreto propone: promover la excelencia en salud mental a través de servicios de calidad, que respeten los derechos de las personas; potenciar ambientes terapéuticos en los disminuyan las prácticas coercitivas.

Y como usted sabe, dentro de la memoria de actuaciones del presupuesto de La Generalitat del año 2018, en el apartado de salud mental se establecen diferentes líneas de actuación:

La primera línea es crear una comisión de evaluación y seguimiento por unos servicios de salud mental libres de cohesión.

La segunda línea es establecer procedimientos y protocolos en los dispositivos asistenciales.

La tercera línea. Establecer un sistema de registro de las intervenciones coercitivas, ingresos no voluntarios, contención y aislamiento.

Cuarto. Estudiar y proponer las inversiones necesarias para rediseñar los espacios de hospitalización en salud mental que permitan crear un ambiente terapéutico positivo.

Y, por último, elaborar un plan de formación específico para profesionales sanitarios para adquirir conocimientos y habilidades orientadas a la praxis libre de coacción.

Esas son las líneas de actuación, las que se marcaron y las que además apoyaron ustedes a través de las proposiciones no de ley presentadas por el Grupo Podemos y también por el Grupo Socialista, y que son las que tienen que marcarnos también la dirección hacia donde tienen que ir las políticas de salud mental para evitar las coacciones.

No hay salud sin salud mental. Yo creo que eso estamos de acuerdo todos. Y además no podemos avanzar en este sentido sin tener en cuenta los derechos humanos: el derecho a la autonomía del paciente y el gran reto de la inclusión social.

Pues bien, desde la aprobación de la Estrategia autonómica de salud mental 2016-2020 se han desarrollado una serie de acciones. Como seguramente no me dará tiempo a explicarles todas en este primer turno, esperaré a un segundo turno para terminar de explicarlas. Pero empezaré diciéndole que una de las primeras acciones que se han desarrollado es que hemos creado un grupo de trabajo específico con profesionales de las unidades de hospitalización psiquiátrica, pacientes y familiares de diferentes asociaciones para la elaboración de los procedimientos y de los protocolos; y hemos elaborado también el documento de planificación anticipada de decisiones, que en breve será incluido en la historia clínica informatizada.

Gracias. (*Aplaudiments*)

**El señor vicepresidente segon:**

Muchas gracias, señora *consellera*.

Sí, para completar su interpelación, señor Geffner, tiene la palabra.

**El señor Geffner Sclarsky:**

Gracias, *president*.

*Consellera*, llevamos ya dos años desde que Podemos presentó la iniciativa para que pudiéramos evaluar qué es lo que realmente ocurre. Porque para mejorar nuestro servicio sanitario público necesitamos saber qué es lo que ocurre.

Me acuerdo (*inintel·ligible*) ... Comisión de Sanidad una diputada dijo que aquí, en la sanidad pública valenciana, no se ata a ningún paciente, que eso estaba fuera de tono y que era una barbaridad pensar que los profesionales sanitarios lo hacían, eh. Es una práctica extendida, hay protocolos de actuación. Lo que no sabemos es la extensión de eso ni la duración, ni

quien lo indica, ni que supervisión tiene cuando se emplea. El objetivo de contención cero significa dignificar a los pacientes para que no tengan que perder derechos, conserven su dignidad y que podamos evitar esa violencia que, digamos, dificulta su plan de recuperación terapéutico.

Por tanto, a día de hoy, ya le digo, dos años llevamos en donde Podemos, justamente por la intervención que ya tuvimos con colectivos de enfermos y familiares con problemas de salud mental y con colectivos de profesionales interesados en esto, pusimos que necesitábamos registrar lo que ocurre.

Hoy por hoy han pasado dos años y, que sepamos, sí que ha habido experiencias interesantes. Justamente hace dos días me llegó la contestación a una pregunta, la experiencia piloto en el Hospital de Elda, que confirma la experiencia de puertas abiertas –siguiendo un protocolo que no dispongo, pero ya se lo preguntaré, porque primero quería saber en qué consistía eso– ha mejorado la percepción de los pacientes a cómo son atendidos en las unidades de salud mental, ha mejorado la satisfacción del personal y ha reducido el uso de contención mecánica. Ahora bien, no me ponen cuanto había antes y cuanto había después de esto.

Y es una experiencia piloto que ha recibido recursos, eh, y demás. Porque a veces en las experiencias piloto, uno cuando está en la profesión sanitaria ve que hay mucho de voluntarismo, eh, y son servicios que los llevan. El problema es que mantener una práctica así sin coerción necesita, aparte de voluntarismo del personal sanitario, recursos humanos y materiales.

Porque justamente hablar de habitaciones y de prácticas para desinstalar conflictos y evitar agresiones o situaciones conflictivas y demás, se puede prevenir con más medios humanos y materiales.

Y teniendo en cuenta que cada coerción, cada sujeción mecánica es un fracaso, un fracaso que a veces puede ser inevitable, eh, pero tenemos que contemplar eso, describir eso y tendríamos que tener un registro. Y la gente con más experiencia, los centros que han sido... que tienen contención cero, eh, y que ya lo están haciendo, es que cada vez que se produce una sujeción mecánica, después se habla con el paciente, se habla con los familiares y se contempla entre todos los profesionales que han intervenido para mejorar, es decir, una mejora de la intervención, un circuito de calidad.

Y para eso creemos que el sentido de la interpelación no era una crítica al gobierno, sino que era un pinchar al gobierno para que se ponga las pilas y que las buenas intenciones y las buenas declaraciones tienen que concretarse en hechos, en planes, y que tienen que ser desarrollados por el departamento de salud, tienen que sentirse implicados.

Y nosotros creemos que también tendría que reflejarse como objetivos en los nuevos planes de actuación objetivos de estos, eh, una disminución del porcentaje de prácticas en estos procesos.

Gracias. (*Aplaudiments*)

**El señor vicepresidente segon:**

Gracias, señor Geffner.

Señora *consellera*, para completar este turno de respuesta a la interpelación, tiene la palabra.

**La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:**

Gracias, presidente.

Gracias, señor Geffner.

Efectivamente, necesitamos aumentar, y conocer, y saber y tener noticias sobre esos registros para poder luego evaluar todas las políticas que se pongan en marcha.

Y, efectivamente, la unidad de hospitalización psiquiátrica de puertas abiertas en el departamento de salud, tengo que decirle con satisfacción que funciona, y funciona bien. He tenido la oportunidad de visitarla, de estar con los pacientes, en un clima yo creo que extraordinario para que la evolución de la enfermedad que padezcan esté dentro de un entorno que facilite y mejore el hecho de que sea de puertas abiertas, que no hayan habitaciones, que se incorporen a la vida social es ya, en fin, un avance importante. Y creo que esto, esta experiencia piloto de este departamento constata la disminución, evidentemente, de las intervenciones coercitivas y el aumento de la satisfacción.

Puede hablar con algunos de ellos, con los que se puede hablar, mantener una conversación, y creo que la satisfacción es importante, así como la satisfacción de los profesionales que les atienden, porque ven además una cierta evolución, y eso ya es..., bueno, yo creo que eso es un logro importante.

Nos queda mucho por hacer. Esta experiencia piloto demuestra que podemos llegar a esas medidas coercitivas cero, como usted decía.

Se han planificado también cursos de formación en el EVES, específicos de este tema: derechos y empoderamiento y ambiente terapéutico, que se impartirá este año en las tres provincias.

Hemos incluido también contenidos docentes relacionados con la no coerción y los derechos en los planes docentes para todos los profesionales de salud. Importantísimo que también vayamos evolucionando.

Hemos posibilitado la participación de las personas usuarias y sus familias en los diferentes grupos de trabajo, encargados del seguimiento de la estrategia de salud mental, porque ellos son la medida de cómo está funcionando.

Y hemos potenciado la contratación de personas usuarias, como agentes externos de salud mental, a través de subvenciones a ONG destinadas a mejorar la situación, la inclusión de las personas con trastorno mental grave.

Hemos creado también el comité para la evaluación de la calidad de los servicios, de acuerdo al instrumento de evaluación de la Organización Mundial de la Salud.

Y, por último, hemos presentado el documento del Plan autonómico de los servicios de urgencia hospitalaria de la Comunitat Valenciana, que contiene un apartado específico para la mejora de la atención de las personas con problemas de salud mental basada en derechos.

¿Y qué vamos a hacer en este último trimestre que resta del 2018 y primer trimestre de 2019? Pues nos hemos fijado cuatro objetivos:

El primero, elaborar los procedimientos y protocolos por parte del grupo de trabajo, que ya está en funcionamiento.

El segundo objetivo es implantar en los departamentos sanitarios los procedimientos.

El tercer objetivo es implantar el sistema de registro informatizado de los procedimientos y de los protocolos.

Y, en cuarto lugar, establecer los indicadores de evaluación al respecto. Si no tenemos indicadores para poder evaluar, difícilmente podremos implantar nuevas políticas de sanidad mental, de salud mental, o difícilmente podremos evaluar si las experiencias puestas en marcha, las experiencias piloto funcionan, los resultados que se obtienen para poder continuar trabajando en esta senda.

Gracias. (*Aplaudiments*)

***Interpel·lació a la consellera d'Habitatge, Obres Públiques i Vertebració del Territori, senyora María José Salvador Rubert, sobre la política general de la conselleria en matèria de protecció a les víctimes de violència de gènere de la Comunitat Valenciana, que formula la diputada María José García Jiménez, del Grup Parlamentari Ciudadanos (RE número 97.586, BOC 261)***

**El senyor vicepresident segon:**

Moltes gràcies, consellera.

Passem, senyories, a l'últim punt previst per al dia de hui, que és el número 8: Interpel·lació a la consellera d'Habitatge, Obres Públiques i Vertebració del Territori sobre la política general de la conselleria en matèria de protecció a les víctimes de la violència de gènere de la Comunitat Valenciana, que formula la diputada María José García Jiménez, del Grup Parlamentari Ciudadanos, que té la paraula.

Quan vullga, senyoria.

**La senyora García Jiménez:**

Gracias, señor presidente.

Buenas tardes, señora *consellera*.

Señora *consellera*, la violencia de género ya es considerada como un factor de desigualdad e injusticia tanto en el ámbito internacional como en nuestro país.

Nuestra comunidad tiene el lamentable honor de ser la tercera del país en mujeres víctimas de violencia de género. Los últimos datos indican que más de 5.300 mujeres