



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2018

XII LEGISLATURA

Núm. 637

Pág. 1

## SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 30

celebrada el jueves 25 de octubre de 2018

Página

### ORDEN DEL DÍA:

#### Comparecencias:

- Del señor Cano Vindel (presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés), para presentar propuestas y sugerencias en materia de lucha contra el estrés y la ansiedad. A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente 219/000984) ..... 2
- Del señor Lorenzo Garmendia (presidente de la Federación Española de Diabetes, FEDE), para explicar la situación de la diabetes en España y sus propuestas. A petición del Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente 219/000331) .... 12

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 2

Se abre la sesión a la una y diez minutos de la tarde.

### COMPARENCIAS:

— **DEL SEÑOR CANO VINDEL (PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS), PARA PRESENTAR PROPUESTAS Y SUGERENCIAS EN MATERIA DE LUCHA CONTRA EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente 219/000984).**

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días. Después de esperar un tiempo más que prudencial de cortesía, se abre la sesión.

Antes de proceder a tramitar el orden del día, para ordenar mejor el debate quiero recordar que en primer lugar va a intervenir el compareciente por un tiempo recomendado de veinte minutos —eso le habíamos dicho, pero seguro que será algo más— y después intervendrán los grupos parlamentarios, empezando por el que ha propuesto la comparecencia, que tendrán un tiempo de intervención de siete minutos, como hemos hecho en otras sesiones de comparecencias. Después el compareciente intervendrá para responder a las preguntas formuladas y con eso concluiremos ese punto del orden del día.

Comparece en primer lugar don Antonio Cano Vindel, que es el presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, para presentar propuestas y sugerencias en materia de lucha contra el estrés y la ansiedad, a petición del Grupo Parlamentario Popular. Señor Cano, le damos la bienvenida y le cedemos la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS** (Cano Vindel): Muchas gracias por la invitación. Intervendré lo más brevemente posible.

Comenzaré diciendo que vivimos en una época en la que el mundo está cambiando permanentemente. Este es literalmente el lema de la Organización Mundial de la Salud para celebrar el Día de la Salud Mental en este año. Un mundo cambiante significa que las demandas que tenemos cambian, que lo que ayer sabíamos hacer hoy no nos sirve y tenemos que aprender nuevas cosas, y eso se llama estrés porque tenemos que atender más demandas. El estrés es algo que todos vivimos de manera cotidiana, todos los seres vivos, incluso las plantas. En el caso de los humanos, estrés significa activación, significa tener que pensar deprisa y que nuestro cuerpo reaccione para poder actuar, y nuestra conducta a veces tiene que ser más ágil, a veces más prudente, a veces hemos de guardarnos una respuesta emocional. Porque el estrés va acompañado de emociones, como la ansiedad, donde anticipamos que puede haber un resultado negativo; como la irritabilidad o la ira, cuando algo se cruza en nuestro camino y nos entorpece, o como la tristeza, cuando hemos perdido algo realmente importante. Son reacciones emocionales que están en nuestro código genético, reacciones que vamos a tener siempre en la vida y que además nos sirven para adaptarnos.

Sin embargo, ante un mundo cambiante como en el que estamos viviendo, el estrés se acentúa, a veces tenemos que estar en dos sitios a la vez y no podemos atender todas las demandas, por mucho que nos activemos. Cuanto más nos activamos, más respuestas emocionales va a haber: más ansiedad, más irritabilidad, etcétera. Eso, en principio, es normal y produce cansancio. Podemos llegar a estar agotados al final del día, pero con el sueño y con el descanso nos recuperamos. Sin embargo, cuando la intensidad es muy grande, cuando no tenemos tiempo para descansar, cuando ocurren sucesos vitales estresantes que nos desbordan, comienza a haber más síntomas: empezamos a dormir peor y cambian otras funciones vitales, no solo el sueño, sino también la alimentación, el deseo, los procesos cognitivos, la deambulación, y es cuando notamos que una persona comienza a estar con un estado de ánimo más deprimido o está atacada de los nervios, muy nerviosa.

Hasta ahí también puede ser normal, pero empieza a haber síntomas cada vez más preocupantes, y si esos síntomas llegan a cumplir los criterios de un trastorno de ansiedad o de depresión, ya tenemos un diagnóstico de un trastorno emocional que, efectivamente, todos podemos llegar a tener y que va a ser atendido preferentemente en las consultas de atención primaria. Así ocurre en Europa y en España, más de dos tercios de estos casos son atendidos en consultas de atención primaria, donde el médico tiene cinco minutos para cada paciente. Pero estos problemas no se resuelven en cinco minutos con un tranquilizante, un somnífero o un antidepresivo. Eso puede ayudar a paliar los síntomas, pero problemas como el acoso escolar no se resuelven dando pastillas a los niños, problemas como la violencia de género no se resuelven dando una pastilla a la víctima, sino que tenemos otros mecanismos, como el apoyo

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 3

social, como la concienciación y la sensibilización de la sociedad para tomar medidas que ayuden a esas personas. Hay profesionales especializados en ayudar a esas personas, y las guías de práctica clínica nos dicen que lo mejor que se puede hacer en todos esos casos es, primero, dar información y, si es necesario, entrenar en alguna habilidad, por ejemplo, la habilidad para relajarse, la habilidad para decir no, la habilidad para manejar el estrés o para manejar las emociones.

Cuando se hace una radiografía en una encuesta y preguntamos a la sociedad cuál es su nivel de estrés percibido nos encontramos con que más del 42% de la población dice que está estresada frecuente o continuamente; en el caso de las mujeres alcanza casi el 50%, es decir, es aún mayor.

La prevalencia de los trastornos emocionales, especialmente la ansiedad y la depresión, es alta. Si miramos en las consultas de atención primaria, que es donde llegan estos casos, vemos que la depresión se encuentra en más del 38% de los casos, la ansiedad en más del 25%, las somatizaciones, como los dolores de cabeza y otros, en más del 28%, y todo eso suma un 49,2% de pacientes que están en la sala de espera del médico de atención primaria. Si hay tantas personas y se las atiende paliando solo los síntomas sin darles información, ya podemos imaginar cuál es el resultado, las consecuencias de esta situación. El resultado es que año tras año se incrementa el consumo de psicofármacos, esas personas no mejoran y la tendencia, si el tratamiento no es adecuado, es la cronicidad. Es decir, esos síntomas van a permanecer durante tiempo, se van a ir incrementando en intensidad y en frecuencia y van a aparecer nuevos trastornos, como la comorbilidad. Hay una comorbilidad del 70% entre algunos trastornos de ansiedad, como la ansiedad generalizada, y la depresión, y quien tiene uno es muy probable que tenga otro; lo raro es tener solo uno. Todo eso, al final, tiene unos costes económicos, aunque no solo, pero vamos a empezar a hablar por ellos.

Los costes económicos derivados de estos trastornos emocionales, sumando solo la ansiedad, la depresión y las somatizaciones, suponen 23000 millones de euros —es la mitad de los costes de los trastornos mentales— y el 2,2% del PIB. Todos los años gastamos el 2,2% de nuestro PIB en atender, como estoy describiendo, la depresión, los trastornos de ansiedad y las somatizaciones asociadas al estrés. Se podría hacer mejor, con lo que ahorraríamos parte de esos costes. Además, todo eso va produciendo discapacidad. La Organización Mundial de la Salud señala que el 7,5% de los años vividos con discapacidad es debido a la depresión; en nuestro país es más alto, un 8,4. Discapacidad significa declarar a una persona inhábil permanentemente para el trabajo —discapacidad permanente para el trabajo—, a la que le tenemos que asignar unos recursos para que viva, pero ni el Estado podrá soportar esa carga de aquí a unos años ni las personas están conformes con no ser capaces de valerse por sí mismas.

Esta es la radiografía de los trastornos emocionales de acuerdo con su tratamiento habitual que básicamente consiste en dar fármacos. Por dar una cifra, que está publicada en la página de la OCDE, España es el segundo país del mundo en consumo de benzodiacepinas, uno de los principios activos de los psicofármacos. Estos fármacos no deberíamos usarlos más allá de tres semanas, pero hay personas que llevan diecisiete años haciéndolo, lo cual conlleva efectos: tiene efectos sobre la seguridad, en la carretera, sobre la seguridad en el trabajo; tiene efectos por la cronicidad del trastorno, etcétera. La alternativa es tan fácil como dar información adecuada y poner a un especialista a dirigir un entrenamiento simple por el que en solo siete sesiones consigue recuperar el 70% de los casos. La otra alternativa, el tratamiento habitual, es la cronicidad, la comorbilidad y la discapacidad.

Lo que vengo a plantear creo que está muy claro y así quiero que quede desde el principio: estamos haciéndolo mal. Eso significa un derroche y, aunque existen tratamientos eficaces, es decir, que presentan una buena relación coste-efectividad y coste-utilidad, no los estamos utilizando. Cuando una sociedad investiga —porque la verdad es que España tiene un nivel de investigación similar al de otros países en cuanto a nuestro PIB— pero luego no se aplican los resultados de la investigación, el resultado no puede ser bueno ni para su economía ni para su bienestar. En cuestiones como el acoso escolar empezamos a tomar conciencia ahora; en cuestiones como la violencia de género llevamos años intentando concienciar, pero a lo mejor hay que hacer algo más y de forma más temprana. Todo eso entra dentro del capítulo de las emociones, del estrés y de cómo podemos ayudar desde la psicología, desde la información, desde la investigación científica a paliar todas esas cuestiones y cómo podemos sensibilizar a la sociedad de que esos problemas no se resuelven dopándonos.

¿Qué se está haciendo en este sentido? Yo estoy dirigiendo el ensayo clínico PsicAP, cuyos resultados preliminares se presentaron en el Ministerio de Sanidad hace un año. Se señalaba que el 70% de los casos que habían estado con psicólogo durante doce semanas remitían, dejaban de tener trastorno de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 4

ansiedad o trastorno depresivo, frente al 25 o 28% de casos que remitían con psicofármacos. Los resultados se siguen confirmando un año después y se sigue manteniendo a lo largo del tiempo. Estamos haciendo ahora estudios de coste-efectividad y los primeros resultados indican que al hacerlo en grupo esa intervención psicológica presenta coste-efectividad y coste-utilidad. Estamos no solamente ayudando a mejorar la calidad de vida de esas personas, estamos ayudando también a que no empeore su estilo de vida en el sentido de llevar un estilo de vida menos saludable, porque el estrés nos lleva a eso, el estrés altera la alimentación, está relacionado con la obesidad, está relacionado con diabetes tipo 2 —de la que luego se hablará en esta sala—, etcétera, y estamos reduciendo trastornos emocionales que nos suponen 23000 millones de euros al año.

Es todo un ejemplo, pero no somos pioneros; esto lo llevan haciendo en el Reino Unido desde el año 2008. Hace ya algunos años que dicen: como esto nos ahorra recursos, ahora lo vamos a hacer con la cronicidad, con las enfermedades o condiciones físicas crónicas como infarto, cáncer, diabetes. Porque los pacientes que tienen depresión tienen muchos sobrecostes frente al paciente que también tiene esa misma condición crónica, esa misma enfermedad física crónica y no está deprimido. Sacar de la depresión a esos pacientes cuesta menos que las 2000 libras de sobrecostes que supone para el Reino Unido. Es decir, que lo van a ampliar a trastornos de salud física y a continuación lo van a ampliar a infancia, un gran capítulo. Porque resulta que el 50% de estos trastornos están ya establecidos a la edad de catorce años y a los veinticinco tenemos ya el 75% de las depresiones y de los trastornos de ansiedad, y hoy en día se consideran jóvenes hasta los veinticinco.

No tiene sentido que la investigación se quede ahí, que cada grupo de investigación trabaje de manera dispersa. Hemos creado la Red Proem que son las siglas de una red de investigadores, de sociedades científicas, de sociedades de pacientes dedicadas a promover la salud y el bienestar emocional de los niños y de los jóvenes, sobre todo. Hay una serie de propuestas que hemos adjuntado a la documentación que envié ayer. ¿Qué propuestas son? Sensibilizar a la sociedad. ¿Dónde hay que hacerlo? Como esto es algo transversal, es algo que afecta a todos los seres humanos a lo largo de toda su vida, se puede hacer en la escuela, en la empresa o en atención primaria, que es adonde van más de dos tercios de estos casos. Las propuestas que hemos recogido por escrito señalan que si este ensayo clínico ha demostrado eficacia, si está demostrando coste-efectividad, coste-utilidad, debe aplicarse. En la Comunidad Autónoma de Madrid ha comenzado a aplicarse desde hace muy poco, desde hace unos meses, pero los resultados están en la línea de lo esperado, en la línea de lo que se ha alcanzado ya en este ensayo clínico. Por tanto, ahora lo que cabe es consolidar esa experiencia y ampliarla, como se está haciendo en los países anglosajones, como el Reino Unido o Australia.

Existen iniciativas para hacer prevención y promoción de la salud, pues conozcámoslas mejor y hagamos campañas para difundirlas. El Ministerio de Sanidad nos pidió a la sociedad que presido, la Sociedad de la Ansiedad y el Estrés, que diéramos contenidos para una web sobre bienestar emocional. Está en la web del ministerio, pero se usa muy poco. Se podría hacer una campaña a favor de que se utilice más, porque es una web dirigida a la población para darle la primera herramienta con la que manejar el estrés y las emociones, la de la información y el chequeo, la información y ver cómo se encuentra. Eso ya existe y cuesta poco promocionarlo; además, es una inversión que merece la pena, como señala la Organización Mundial de la Salud, porque por cada euro que se invierte en este sentido se recuperan, como mínimo, cuatro. Pues hágase. Sin embargo, la mayoría de campañas de promoción que vemos siguen siendo de enfermedades de transmisión, de enfermedades infecciosas. Pero es que ya no morimos de eso. En España y en Occidente la mortandad no se debe a las enfermedades infecciosas, se debe más bien al estrés y a los trastornos cardiovasculares o a otras enfermedades que, a veces, están relacionadas con el estilo de vida, como es el cáncer. La probabilidad de morir hoy en día en nuestra sociedad en el 60% de los casos está muy relacionada con el estilo de vida, y el estrés y las emociones están muy relacionados con esto. Por tanto, hagamos prevención y promoción de la salud.

El Consejo General de la Psicología ha ofrecido a las comunidades autónomas que se haga algo similar a lo que ha hecho la Comunidad de Madrid. No ha tenido mucho eco, pero el psicólogo clínico en atención primaria podría no solamente atender los casos de ansiedad y depresión en grupo, como está haciendo ya la Comunidad de Madrid, sino que podría hacer cosas añadidas; por ejemplo, ir dando talleres para esos pacientes que tienen enfermedades crónicas y que llegan a deprimirse o para mejorar la adherencia al tratamiento, para que esos pacientes se comporten como unos pacientes ejemplares haciendo lo que les prescribe su médico y manejando bien su ansiedad, su depresión y no añadiendo otros problemas a los problemas físicos que ya tienen.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 5

Es erróneo pensar que si no hacemos esto vamos a ahorrar. No, no se ahorra, la evidencia científica así lo señala. Hay una cifra importante de dinero, hay unas cifras importantes de discapacidad. Lo que tenemos ahora no mejora la calidad de vida de las personas a las que tratamos con el tratamiento habitual. Lo mismo sucede con el estrés laboral. El estrés laboral está relacionado con ansiedad cuando es intenso, cuando no es controlable, está relacionado con depresión, está relacionado con consumo de psicofármacos. Las estimaciones de la Agencia Europea de Seguridad y Salud, que está en Bilbao —tenemos la suerte de tenerla en nuestro país—, nos dice que los costes en forma de absentismo y discapacidad del estrés laboral suponen también el 1 o el 2% del PIB.

Existen soluciones eficaces, existe una legislación desde hace veinte años, europea y española, que obliga a que se haga prevención; y se hace, pero solo en el 25% de las empresas, señala la propia agencia. Pues lo mismo que se han conseguido mejoras en la reducción de algunos riesgos físicos o químicos, se deberían conseguir con la prevención de riesgos psicosociales, que es nuestra asignatura pendiente en materia de estrés laboral.

Las propuestas y sugerencias que vengo dibujando a lo largo de esta charla tienen que ver con formar a los maestros de infantil para que les expliquen a los niños qué son las emociones. Si las emociones no son algo trivial sino que forman parte de la vida y forman parte esencial de lo que es el sueño, la alimentación y de todas esas funciones vitales, entonces ¿cómo es que no les enseñamos eso a los niños? Un compañero decía: eso es como pretender aprender el ruso sin que nadie te explique el ruso; habrá quien lo aprenda y habrá quien no. Eso es lo que sucede con las emociones; hay quien tiene habilidad porque la ha desarrollado, no porque se la hayan enseñado, y otras personas no han desarrollado esa habilidad y cuando vienen los problemas vitales no saben resolverlos de la manera que podrían resolverlos.

En la adolescencia quizá ya no sean los profesores quienes tienen que intervenir, sino más bien los psicólogos educativos. Pero si hay psicólogos educativos en los puestos de orientador, el psicólogo educativo puede ayudar a detectar problemas emocionales como la ansiedad, la depresión o los trastornos de la alimentación. Detectarlos a tiempo y derivarlos, en su caso, cuando se producen a esas edades, en la secundaria, sería avanzar mucho. Así no se llegaría a esa discapacidad permanente para el trabajo por depresión, que alcanza una media de los 49 años. ¿Por qué? Porque la primera vez que se atienden muchos de estos problemas se hace diez años después de que se inicien. Es como si ante un problema físico que con una intervención quirúrgica se pudiera resolver, dejáramos pasar diez años sin atenderlo. Tratar el apéndice después de diez años no es una buena solución. Con la depresión ocurre lo mismo.

En el nivel educativo, la Red Proem intenta concienciar a las autoridades e intenta poner de acuerdo a los grupos de investigación y que contacten los grupos de investigación con las asociaciones de pacientes y otras entidades sociales. Tenemos ya clínicas universitarias de psicología en todas las universidades que pueden utilizarse para hacer prevención, detección y promoción de la salud en estos ámbitos. A nivel laboral, si ya hemos dicho que existe una legislación desde hace veinte años, solo toca cumplirla. Y si ahora solo se llega al 25% de empresas que hacen prevención de riesgos psicosociales, procuremos mejorar esa cifra.

En cuanto a la prevención y promoción de la salud o el tratamiento de la población general allá donde acude, que es a las consultas de atención primaria, tener psicólogos clínicos especializados en estos problemas son la mejor forma de resolver y prevenir estos temas. Y no se trata solo de prevenir los trastornos mentales comunes como la ansiedad, la depresión o las somatizaciones, sino que se pueden dar talleres psicoeducativos para prevenir la enfermedad cardiovascular o las enfermedades respiratorias; o para que las personas aprendan habilidades básicas en el manejo del dolor, en lugar de utilizar siempre nada más que analgésicos; talleres psicoeducativos para la mujer embarazada y el posparto; talleres psicoeducativos para la persona mayor o para otros colectivos, como los cuidadores de enfermos de dependencia que sufren mucho estrés y lo sufren a solas, con poco apoyo social muchas veces; o intervenciones comunitarias para la promoción de la salud con el propósito de mejorar la calidad de vida y el bienestar, potenciando la calidad de vida de esas personas en grupo para el abordaje de sus propios problemas, de sus demandas y de sus necesidades. A su vez, ese psicólogo clínico puede asistir a la escuela, puede asistir a centros culturales, puede asistir a centros del ayuntamiento o de las asociaciones de padres y madres para ofertar información, prevención y promoción de la salud global. Esto es lo que se puede hacer y algunas cosas ya se están llevando a cabo. Sería bueno comenzar a hacer ya todo lo que esté en la mano de esta Comisión para sensibilizar a la sociedad. Eso es todo por mi parte.

Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 6

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Cano Vindel.

Ahora es el turno de los grupos parlamentarios, empezando por el que ha solicitado esta comparecencia, el Grupo Parlamentario Popular. Para cumplimentar este turno, tiene la palabra la señora Navarro.

La señora **NAVARRO LACOPA**: Muchas gracias, señor presidente.

Profesor Cano, bienvenido al Congreso de los Diputados, y muy especialmente a la Comisión de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, y felicidades por la magnífica ponencia que esta tarde nos ha expuesto aquí a los diputados en la Comisión. Seguro —y al menos así lo digo en nombre del Grupo Parlamentario Popular— que ha superado con creces las expectativas que teníamos. Quería poner también en su conocimiento que la comparecencia de esta tarde a propuesta del Grupo Parlamentario Popular tuvo el beneplácito de todos los grupos políticos aquí representados; desde luego me alegro infinito por ello y se lo agradezco a todos los compañeros de los distintos grupos políticos, porque demostramos con ello que la ansiedad y el estrés nos preocupan. Me aventuro casi a asegurar que todos los que estamos aquí presentes en mayor o menor medida hemos atravesado un episodio de ansiedad o estrés.

Pues bien, esa aceptación tácita de la propuesta de su comparecencia por parte del Grupo Parlamentario Popular, sumado a la gravedad de este problema, que es patente y notorio, y a las propuestas de solución que como experto en la materia nos ha hecho esta tarde, permítame que sea la semilla del consenso político con el que tenemos que abordar los trastornos de ansiedad y estrés en España de aquí al futuro. Que sea la primera causa de incapacidad en el año 2020, que invirtamos más de 23000 millones de euros para atender los trastornos de ansiedad, estrés y depresión, que constituye el 2,3% del producto interior bruto, que casi el 50% de las consultas de atención primaria tengan su origen en esta causa, que afecte en su mayoría a mujeres, que se tarde en atender estos problemas más de diez años desde la aparición de los primeros síntomas y que en dos terceras partes de los casos estos se incuben en la niñez, así como que España sea el primer país de la OCDE en consumo de psicofármacos por renta per cápita y que España sea el segundo país de la OCDE en consumo de tranquilizantes, que la primera causa de mortalidad de los adolescentes sea el suicidio y que solo el 0,9% de los pacientes afectados por trastornos de ansiedad reciban tratamiento psicológico y que todavía exista en España un 39% de los afectados por trastornos de ansiedad y estrés que no reciben tratamiento psicológico ni farmacológico es sin duda la radiografía de España ante la epidemia del siglo XXI, que evidencia el retraso infinito que nuestro sistema de salud lleva en materia de salud mental, la estigmatización de aquellos que lo sufren y, sobre todo y lo más importante, la analfabetización que los españoles tenemos sobre el control y el manejo de nuestras emociones. Llevamos años de retraso con otros países europeos y más allá si cruzamos el océano Atlántico. Pero coincidiremos en que no es un problema de dinero, hay una inversión de más de 23000 millones de euros, es un problema de voluntad por cambiar el modelo de atención y el abordaje del trastorno desde atención primaria, y también, como muy bien ha dicho usted, desde la educación, de educación desde edades tempranas en los colegios para tener un control emocional, una inteligencia emocional que sepa abordar el manejo de nuestras propias emociones. También es un problema de sensibilización y de concienciación entre la población de los trastornos de ansiedad y estrés para que detecten los síntomas y no los retarden en el tiempo hasta que acuden a la puerta del especialista adecuado.

En el ámbito que nos compete en esta Comisión, la apuesta tiene que ser la atención psicológica, lo ha dicho usted, por razones de coste-utilidad y también por razones de coste-eficiencia, y una programación desde salud pública de bienestar emocional. Dos ejemplos de ello se han llevado a cabo entre los años 2012 y 2018 por el Gobierno del Partido Popular. A partir de la Estrategia de promoción de salud y prevención de la diabetes en el Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud el 18 de diciembre de 2013, se puso en marcha la web Estilo de Vida Saludable con un apartado específico sobre bienestar emocional y su relación con la salud. También dentro de la Red de Escuelas para la Ciudadanía, puesta en marcha en 2012 en coordinación con las comunidades autónomas, hay un apartado relativo a la ansiedad. Con ello quiero celebrar, señorías, que entre los planes que la ministra del ramo nos presentó aquí el pasado día 10 está poner en marcha la nueva estrategia de salud mental, y a la vista de la celeridad con la que la quiere sacar adelante, permítanme que diga que será fruto de un trabajo que dejó bien hecho el anterior Gobierno del Partido Popular, que la tenía previamente consensuada con asociaciones de pacientes, especialistas e investigadores y que quiso que fuera

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 7

aprobada por el Consejo Interterritorial de Sanidad en el año 2016, cosa que la beligerancia de algunas comunidades autónomas gobernadas por el Grupo Socialista no permitió. Pero si hoy esto sirve para mejorar el bienestar emocional de los españoles y sacar adelante la estrategia de salud mental, bienvenida sea, sin duda porque el Partido Popular sí ha sido pionero, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid —como muy bien ha dicho el profesor Cano— con su Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020, que incluye la atención psicológica en atención primaria.

Por eso ha puesto en marcha un grupo de profesionales para atender con terapia de grupo a población mayor de dieciocho años diagnosticada de depresión, de ansiedad y somatizaciones, grupo que incorpora a veintiún psicólogos clínicos considerando los centros de salud los dispositivos asistenciales más cercanos al ciudadano y más adecuados para poder desmedicalizar muchos de estos casos. De hecho, muchas personas se sometieron a un programa piloto de intervención psicológica en atención primaria realizado en años precedentes, por ejemplo, en la localidad de Fuenlabrada, cuya efectividad fue sometida al ensayo clínico para demostrar que para problemas leves de ansiedad y depresión la psicoterapia fundada en la evidencia científica es mucho más eficaz que la prescripción de fármacos.

Ya que como usted, profesor Cano, ha dicho en muchas entrevistas que ha otorgado a medios especializados, las cornadas de la vida no se pueden evitar, este Grupo Parlamentario Popular quiere preguntarle concretamente en esta materia qué porcentaje de recaídas evita la psicología y qué medidas proponen ustedes para evitar el abandono de la terapia y por supuesto la adherencia al tratamiento psicológico, porque si esto se pone en marcha habría que sensibilizar a la población al respecto y adherirles al tratamiento. Otra pregunta también muy concreta se refiere a la reincorporación parcial al trabajo en el caso de depresión cuando esta causa baja laboral desde su visión profesional y sobre todo investigadora. Sabe que ahora este es un tema que los expertos recomiendan y que también supondría no solo un alivio económico al sistema, sino también un gran efecto recuperador para el paciente que padece depresión.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Navarro.

Es ahora el turno del Grupo Parlamentario Ciudadanos. Tiene la palabra el señor Clemente.

El señor **CLEMENTE GIMÉNEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Ante todo, quiero darle las gracias al profesor don Antonio Cano Vindel por su exposición y por su presencia aquí como presidente al frente de esta organización sin ánimo de lucro. También quiero agradecer la labor de todos los compañeros, psicólogos, psiquiatras, médicos, psicopedagogos, pedagogos, sociólogos e investigadores en general y profesionales de este campo. Creo, además, que este año celebran su aniversario como asociación.

Mi grupo parlamentario y especialmente quien les habla somos mucho de indicadores y datos, nos interesan la investigación y la divulgación científica, y desde su organización en temas relacionados con el estrés y la ansiedad hacen una excelentísima labor. Ustedes han hecho un montón de cosas, entre las que me gustaría destacar la publicación de tres estudios diferentes: *Relación entre la inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios*; *Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP* o *Estrategias de afrontamiento en relación con los eventos estresantes que ocurren al envejecer*. El estrés y la ansiedad aparecen en múltiples áreas y etapas de la vida. Me quedo con una frase de la anterior ponente y compañera que decía que es la epidemia del siglo XXI, quizás junto con la obesidad, y no le prestamos toda la atención necesaria.

En Ciudadanos hemos presentado iniciativas en varios de estos ámbitos. Tenemos especial interés en conocer si tienen datos sobre cómo la falta de políticas y medidas que promuevan la conciliación influyen en el estrés y en la ansiedad de las personas. También queremos saber si disponen de información concreta sobre la evolución epidemiológica de patologías relacionadas con el estrés y la ansiedad en los últimos años. Es decir, si han aumentado los pacientes con estos signos o síntomas en el conjunto del país y las principales causas, por aquello que le decía de que nuestro grupo parlamentario es mucho de datos e indicadores.

Sería interesante también que explicase, si puede, la relación que el estrés y la ansiedad poseen con los casos de violencia machista, cómo afecta este a la hora de desencadenar episodios violentos y qué medidas se podrían llevar a cabo para disminuirlo. En general, tanto en el diagnóstico de su comparecencia como en el del anterior ponente, que es quien la ha solicitado, en el diagnóstico general de los costes y

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 8

de los tratamientos y de la importancia de la atención primaria, totalmente de acuerdo. Impacta saber que España es el segundo país del mundo en usar fármacos como las benzodiazepinas, como ha dicho usted antes, y que el entrenamiento, la asistencia correcta y la prevención podrían llegar a paliar muchos de los casos. Nosotros estamos muy por la labor del tratamiento coste/utilidad para gastar mejor y no entrar en el derroche. Me quedo con las palabras coste/efectividad, coste/utilidad, para mejorar la calidad de vida de las personas y, sobre todo, esto de gastar mejor y no gastar más. Ya no es solo el coste de los 23000 millones de euros sino que el objetivo de esta Cámara debe ser hacer todo lo posible para mejorar la vida de las personas porque realmente es preocupante. Hay que darle visibilidad porque es verdad que, si no la mayor, sí es una de las grandes epidemias del siglo XXI. Yo mismo soy sufridor de ello.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Clemente.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea tiene la palabra la señora De la Concha.

La señora **DE LA CONCHA GARCÍA-MAURIÑO**: Buenas tardes.

Muchas gracias por su comparecencia. Efectivamente, ha venido a visitar a un colectivo afectado por todos estos síntomas, y no es casual. Quizás estamos tan enfermos porque vivimos en una sociedad tan enferma. Vivimos en una sociedad enferma y el hábitat en el que desarrollamos nuestras actividades es una naturaleza agonizante. Hay encuestas, aparte de los estudios que usted ha mencionado, que relacionan directamente la felicidad con la equidad social y con el sentido de pertenencia, con pertenecer a una red de apoyo familiar y social que en la sociedad actual de consumo, individualista y neoliberal, está rompiéndose. Dice usted que el 50% de las personas que tienen alteraciones emocionales o enfermedades mentales pertenecen al grupo ansiedad/estrés/somatización; somatización, de nuevo, de un montón de situaciones. Es decir, no estamos tomando la salud como un tema holístico, en absoluto. El modelo de vida, el modelo productivo que tenemos es especialmente estresante, más ahora donde tener un puesto de trabajo es una cuestión casi de azar, de suerte. Las sobrecargas familiares que tiene el modelo actual son tremendas, sobre todo para las mujeres que se quedan solas en casa con ancianos, con personas enfermas o con niños a cargo. La falta de contacto con la naturaleza; dicho contacto es otra cosa que se ha demostrado que baja los niveles de ansiedad y de estrés enormemente. La situación con la vivienda, la cantidad de personas que piensan que pueden perder su hogar, incluso sin acudir al tema de los desahucios, simplemente porque tienen una casa en alquiler y no saben si van a poder seguir en ella. La situación económica: entre las causas de suicidio las deudas económicas, el estrés económico siempre aparece como un dato muy importante. La pérdida de capacidad para gestionar la muerte y la enfermedad que tenemos en la sociedad moderna. La soledad, por supuesto. El descontento de muchas personas jóvenes con su imagen física o con su imagen social, precisamente también como consecuencia del modelo de sociedad que tenemos. Usted nos dice que el infarto, el cáncer o la diabetes están relacionadas con todo esto, y desde luego también el suicidio. Las cifras de suicidio en España son tan escandalosas como ese dato que usted ha dado de que somos el segundo país del mundo en utilizar fármacos.

El otro día estuvimos en otra comparecencia en la que se hablaba de las adicciones en jóvenes, concretamente del tabaquismo, y se ponía como ejemplo a Islandia, un país que en vez de prohibir o medicar optó por establecer espacios de ocio, espacios donde los jóvenes pudieran reunirse, pudieran charlar, pudieran hacer vida social, pudieran tener contacto con la naturaleza y donde todas estas adicciones han bajado radicalmente. A veces las soluciones son tan sencillas como imposibles porque entran en contradicción con el modelo actual que se tiene.

Se hacen investigaciones, los estudios que usted ha mencionado y he leído algún otro, pero luego no se tienen en cuenta. Aquí le quiero preguntar a qué atribuye usted este divorcio que hay entre la ciencia y las decisiones políticas, por ejemplo. ¿Por qué no se hace todo eso? ¿Es por falta de recursos? ¿Es por falta de interés? ¿Es por beneficiar a una industria farmacéutica que en España se ve que es boyante? ¿Es porque se quiere incentivar lo privado, como pasa con la atención dental, por ejemplo, que es otra asignatura muy pendiente? La gente rica va al psiquiatra, está claro, pero los demás van a la atención primaria y a menudo lo único que les dan es una receta.

Hablan de tener psicólogos en atención primaria y le hago otra pregunta: ¿Le parece más eficaz tener psicólogos en atención primaria o tener equipos de salud mental coordinados con atención primaria? Desde luego, psicólogos tenemos un montón en este país, mujeres y hombres psicólogos sin trabajo, seguramente muy estresados y no sé si ellos mismos se pueden autotratar, habría que preguntarlo.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 9

Habría menos bajas también. Aquí alguien propone que las personas que tienen depresión, por ejemplo, pudieran compatibilizar su baja laboral con un trabajo. No sé si se propone que trabajen la jornada completa o unas horas y quería saber su opinión. Quizá en algunos casos estaría bien, pero a mí me suena de nuevo a 'nos vamos a ahorrar hasta las bajas'.

Tenemos profesionales y tenemos datos. ¿Qué es lo que nos falta? ¿Por qué esto no se saca adelante?

Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora De La Concha.

Por el Grupo Parlamentario Socialista la señora Martín tiene la palabra.

La señora **MARTÍN GONZÁLEZ**: Muchas gracias, presidente.

Doctor Cano Vindel, muchas gracias por su comparecencia, muchísimas gracias por todas las aportaciones que hoy nos ha expresado aquí y muchas gracias por el trabajo que desarrollan que nos viene muy bien para completar también nuestra labor aquí, pero, desde el punto de vista social y personal, creo que hay que poner en valor el buen trabajo que hacen.

Como bien dice el documento que usted nos ha enviado y por el que ha empezado, vivimos en un mundo cambiante y no deja de ser una frase que forma parte del lema que se ha utilizado este año para celebrar el día mundial de la salud mental, pero en ese mundo cambiante nos vemos inmersos todos, con mayor o menor éxito, y ese mundo cambiante también conduce en muchas ocasiones a llegar a esa falta de aprendizaje en el desarrollo de habilidades personales para afrontar las dificultades y para regular nuestras propias emociones. Creo que confluyen muchísimos factores en el desarrollo personal de cualquiera de nuestros chicos, de nuestros jóvenes y, desde luego, las dificultades que se dan en la vida de adultos conducen precisamente a que aparecen este tipo de patologías más, que no podemos tildar solamente de patologías sociales sino que muchas veces conducen a otro tipo de dificultades añadidas.

Ha tenido especial énfasis en recalcar que hace falta el reconocimiento de la psicología clínica en el lugar que se merece, algo que, desde luego, el grupo parlamentario socialista comparte desde hace muchísimo tiempo porque somos conscientes de que se ha avanzado, sí, pero no se ha avanzado lo suficiente. Nosotros como grupo parlamentario hemos presentado diferentes iniciativas en esta Comisión en la que hemos pedido un aumento irremediable ya de convocatoria de las plazas para la formación de profesionales que estudian psicología y que buscan una salida profesional en el ámbito sanitario. Somos conscientes de que hace falta dar un paso más en el reconocimiento de la psicología clínica y, de hecho, se va avanzando en ese sentido. Ya se ha reunido el consejo de decanos, parece que va por buen camino ese reconocimiento y no dudo de que por fin la psicología se verá reconocida en su justa medida.

El Grupo Parlamentario Socialista también ha registrado iniciativas para incluir la psicología en atención primaria. Creo que ya es imprescindible que los profesionales de la psicología estén incluidos en los equipos de atención primaria y aprovecho para mencionar las conclusiones del ensayo PsicAP que hemos puesto en valor en esta Comisión y que hemos tenido la posibilidad de estudiarlas. También es imprescindible la incorporación de nuevas figuras profesionales; de psicólogos y también de otras figuras. La dificultad añadida a esto es el límite presupuestario, porque las necesidades son infinitas pero el presupuesto es finito. Desgraciadamente esto es así, pero eso no significa que yo diga que esa es la excusa. No quiero que se interprete eso, ni muchísimo menos. Creo que es imprescindible la incorporación de los psicólogos y mi grupo parlamentario lo apoya y lo ha venido demostrando durante mucho tiempo.

Doctor Cano, me gustaría incidir en un aspecto que no ha abordado en su exposición y por eso quiero dirigir mi pregunta a ese contenido. Según la experiencia profesional, y evidentemente por la influencia de otras disciplinas, se ha llegado a un momento en el que se dan muchísimos falsos diagnósticos de patologías o trastornos emocionales. Se engloban en el mismo cajón el estrés, la ansiedad y la depresión cuando todas tienen matices concretos sobre si existe patología o no existe patología. Entiendo que no es lo mismo la ansiedad que una preocupación, y tampoco es lo mismo la depresión que la tristeza. Muchas veces un proceso de tristeza, que puede ser un proceso natural al que hay que plantar cara y superar, se convierte en una mal diagnosticada depresión. Por mi ejercicio profesional —ya le digo que yo soy médico de profesión— he visto muchas depresiones no suficientemente bien identificadas y también muchas mal diagnosticadas que no dejaban de ser procesos naturales que había que afrontar. Precisamente para eso es para lo que hay que estar bien formado, para afrontarlos. No todos son procesos patológicos, de la misma forma que no todos son procesos naturales. Por eso, me gustaría que matizara un poco esa diferencia.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 10

Otra pregunta que quería hacerle es cómo se puede incidir en un mejor abordaje de los casos de trastornos emocionales mal diagnosticados y que podrían evitar la medicalización excesiva. Soy consciente de que hay una excesiva medicalización de muchos procesos que no tendrían por qué necesitar tratamiento farmacológico. Es imprescindible abordar la formación de profesionales que puedan trabajar de forma paralela y coordinada con los psicólogos. Mi pregunta va dirigida en ese sentido. ¿Qué acciones vienen desarrollando ya, como sociedad española, para la coordinación con otros profesionales que trabajan en distintos ámbitos, como el ámbito educativo, el ámbito sanitario y el ámbito social? No hay que dejar a voluntad de los profesionales la coordinación, sino que creo que hay que ir un paso más allá.

Esas serían en síntesis mis preguntas. Le agradezco su comparecencia y tomamos nota de sus propuestas. Agradezco nuevamente en nombre del Grupo Parlamentario Socialista que haya venido hoy a esta Comisión, porque nos merecemos una mejor estrategia de salud mental y un mejor abordaje de la patología mental, muy especialmente de la salud infanto-juvenil.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Martín.

Ahora es el turno del señor Cano Vindel para responder a aquellas cuestiones que crea que puede responder. Si no, puede incluso reenviar información sobre algunas cuestiones concretas.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS** (Cano Vindel): Intentaré ser breve porque son muchas las intervenciones y estamos con muchas demandas de darnos prisa.

La prevención de recaídas a la que se ha aludido aquí está incluida en el protocolo de tratamiento PsicAP. Es previsible que haya recaídas tras una intervención, además especialmente breve, de tan solo siete sesiones, pues la séptima está dedicada a enseñar qué es lo que habría que hacer cuando se produzca una recaída, si se produce. Las instrucciones son simples, no magnificar el problema, porque a veces una recaída se corrige con muy poca ayuda posterior, aunque la persona que ha sufrido la recaída lo viva como una tragedia. Eso hay que trabajarlo antes de acabar el tratamiento.

¿Qué se puede hacer para reincorporar a las personas al trabajo o incluso cuando estén de baja? Pues a lo mejor preguntarles si quieren mantenerse activas, porque en algunas bajas es bueno un poco de actividad y en otras no, ni quiere ni puede tener esa actividad. Pero sí puede haber personas a las que les favorezca alguna actividad durante la baja y entonces tratar de facilitar la reincorporación al trabajo puede ser bueno.

En cuanto a la conciliación, es un tema sobre el que se viene preguntando en las encuestas sobre prevención de seguridad y salud en el trabajo, de calidad de vida en el trabajo, y los resultados indican que tenemos problemas de conciliación, más la mujer —mucho más— que el hombre y que avanzamos poco en cambio de horarios, en flexibilidad de horarios o en cosas parecidas. Hoy en día se avanza más bien, por ejemplo, en que los jóvenes están teniendo unos contratos muy precarios no solamente en cuanto a la remuneración, sino en cuanto al exceso de horas que no les permiten nada más que estar volcados en ese trabajo con el que no se sienten realizados y a veces con el que ni siquiera van a aprender ni van a desarrollar una carrera laboral.

El Grupo Parlamentario Ciudadanos me preguntaba sobre la evolución de la prevalencia. Como ha señalado la Organización Mundial de la Salud, la evolución desde 1992 hasta el año 2015 de la depresión, por ejemplo, es que ha aumentado un 18,5% según sus estimaciones, que vendría a ser como un 1,5% al año. La segunda cuestión, sobre si la ansiedad y el estrés guardan alguna relación con la violencia de género, pues sin duda. La violencia es una conducta y antes que conducta física hay muchas veces una conducta verbal y antes que ésta hay una actitud y antes de una actitud muchas veces hay emociones. Hay más cosas, hay valores, hay educación, pero también emociones y el pobre manejo de las emociones desde luego no ayuda a mejorar la lucha contra la violencia de género.

En cuanto a las preguntas del Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, efectivamente, los factores psicosociales son en gran parte responsables de todos los problemas que estamos debatiendo hoy aquí. La mayor parte de los trastornos emocionales están asociados con factores psicosociales como la pérdida de empleo, el exceso de trabajo, el exceso de actividad, la soledad. Efectivamente, en un modelo social como el que tenemos, si no se corrigen algunos aspectos que inciden negativamente en el estrés, en la salud y el bienestar, el efecto es negativo. Yo no he dado la cifra de 800000 personas que se suicidan al año, aunque estaba en mi documentación, y en torno a 3000 personas en España. Quiero llamar la atención sobre un dato. Es bueno que haya la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 11

sensibilización que está habiendo sobre violencia de género, sobre las víctimas que deberíamos poder erradicar, a ser posible, pero estamos hablando de que mueren cincuenta y tantas personas al cabo de un año. En España están muriendo casi 3000 por causa del suicidio y no oímos nada, estamos de espaldas a ese fenómeno y ese fenómeno se debería mirar de frente, lo mismo que estamos mirando de frente otros temas tan importantes como la violencia de género. Esta es una llamada que quiero hacer aquí. El suicidio se puede prevenir y se puede reducir, como se puede reducir el consumo de sustancias y las adicciones, como ha hecho Finlandia. Si Finlandia lo ha conseguido, ¿por qué no imitar el modelo, que es un modelo basado en la evidencia? Lo que han hecho ha sido ver que existe evidencia a favor de un modelo que puede ayudar a disminuir los problemas de adicción de los jóvenes y lo han aplicado. Lo han aplicado y se ha reducido. Es decir, así se reduce la brecha que hay entre la investigación y la aplicación. Esa brecha que existe en todos los países puede ser mayor o menor, ahora en Finlandia es menor en el tema de las adicciones de los jóvenes. Tenemos también problemas de adicciones que están muy relacionados con las emociones en jóvenes en España, hagamos lo mismo, imitemos lo que funciona, recurramos a la investigación y se reducirá esa brecha entre la investigación y la aplicación.

A la pregunta de si es mejor que haya psicólogos clínicos en atención primaria o en salud mental, puedo decirle que en Madrid los hay ahora mismo en los dos ámbitos, en salud mental y en atención primaria. La experiencia en salud mental es que ahora mismo, en algunas zonas, hay una lista de espera de once meses. No se puede esperar once meses para tratar un problema de suicidio, por poner un ejemplo. Salud mental tiene que tratar los problemas más graves —quizás el suicidio—, pero entonces tiene que descargarse para que no tenga esos once meses de retardo en atención primaria, donde van casos más fáciles que el suicidio, donde van esos casos que hemos atendido en el ensayo clínico PsicAP con buenos resultados, en grupo. Creo que deben existir las dos cosas y creo que efectivamente debe haber más plazas, porque solamente hay 110, 120 o 130 cada año y eso es muy poco para atender la salud mental, cuando estamos viendo que tiene unas cifras por ejemplo de discapacidad mayores que las enfermedades físicas. No es de recibo que se le dediquen tan pocos recursos a la investigación o la clínica de salud mental. En cuanto a compatibilizar la baja y la actividad, he respondido previamente a las dos intervenciones.

Por último, voy a contestar las preguntas del Grupo Socialista. Los problemas presupuestarios claro que existen, pero también existen los gastos en ese presupuesto por ejemplo de 23000 millones de euros. Si estamos consiguiendo —entre comillas lo de conseguir— que las personas con cuarenta y nueve años que tenían remedio, que tenían tratamientos eficaces, al final no tengan nada más que la opción de no poder trabajar en nada y vivir de una prestación social, si estamos consiguiendo eso con ese presupuesto, a lo mejor hay que cambiar ese presupuesto, porque eso no es deseable. Repito, a lo mejor no hay que aumentar el presupuesto, hay que cambiarlo.

En cuanto a los problemas de diagnóstico, sin duda existen. La evidencia científica dice que en atención primaria —recuerdo un estudio concreto ahora— cuando se hace una constatación de aquellos casos en los que a un paciente se le ha dicho que tiene una depresión y tiene que tomar una medicación y aquellos otros casos en los que no se ha diagnosticado una depresión —que son los dos tipos de errores: los falsos positivos y la no detección de casos reales—, cuando se tiene en cuenta eso y se hace la entrevista clínica —que es la prueba estándar para contrastar—, a veces el nivel de errores alcanza un 80%. ¿Por qué alcanza un 80%? Porque el médico no hace milagros, tiene que diagnosticar en cinco minutos y hacerlo a ojo, sin herramientas de cribado, por ejemplo, y así es difícil diagnosticar. ¿Qué se puede hacer en ese sentido? Lo que hemos hecho en PsicAP, utilizar pruebas de cribado —que para la depresión son nuevas preguntas que se responden en dos minutos y para la ansiedad son siete—, que son las pruebas que está utilizando ahora ya el médico de atención primaria para hacer un cribado, y entonces ya el nivel de error a lo mejor en vez de ser de un 80% es de un 8% en la detección y de un 15% en los falsos positivos. Claro, disminuye drásticamente, y con unas pruebas que están contrastadas y que las hemos validado con población española en atención primaria. Esas pruebas ya las están utilizando los médicos y ahora lo único que falta es darles más formación. Se les ha dado formación, pero hay algunos problemas de derivación al psicólogo clínico, de forma que, en vez de derivar un problema que no es grave al psicólogo clínico de atención primaria, a lo mejor se deriva a salud mental con once meses de retraso. Bueno, pero eso se corrige formando a los médicos y diciéndoles que utilicen las herramientas, que se tarda muy poquito, que van a derivar a un especialista en ese caso, que se van a quitar trabajo, que se van a quitar a un hiperfrecuentador que está ahí todas las semanas, y ese hiperfrecuentador va a estar mejor atendido y es bueno para todos: es bueno para el sistema, el bueno para el paciente, es

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 12

bueno para el médico. Esas pruebas de cribado son muy simples y resuelven ese problema de diagnóstico. A su vez, no es esencial el diagnóstico para el tratamiento que estamos desarrollando en PsicAP, porque lo estamos haciendo en grupo y ahí hay casos de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, depresión leve o moderada, todos juntos, y todos mejoran con información y con entrenamiento el manejo de las emociones. No es esencial tampoco saber si tienen trastornos de ansiedad generalizada o si tienen otro tipo de trastorno de ansiedad, sino que todos mejoran, y mejora el 70%.

Por último, en cuanto a la coordinación interdisciplinar, a pesar de que a veces yo pongo el acento en lo de la psicología porque está menos desarrollado, en PsicAP somos unos veinte psicólogos clínicos y otros que son psicólogos sanitarios, pero hay aproximadamente ciento ochenta médicos. Todos son voluntarios, la gran mayoría no ha cobrado ni un euro por trabajar más al servicio de esa investigación, al servicio de la mejora del sistema y al servicio de la atención a los pacientes. Creo que mayor coordinación interdisciplinar que esa no cabe. Los psicólogos estamos muy agradecidos a los médicos y los médicos a los psicólogos, por poner un ejemplo; también colaboramos con otros profesionales como los de enfermería para realizar temas de coordinación de los esfuerzos que estamos haciendo o de prevención y promoción de la salud o con otros profesionales.

Eso es todo, no sé si me he dejado algo por responder; creo que no.

El señor **PRESIDENTE**: Le agradezco en nombre de la Comisión y de todos los grupos que formamos parte de ella la comparecencia del doctor Cano Vindel, las palabras que nos ha trasladado en sus informaciones, reflexiones y propuestas, que estoy convencido de que van a ayudar a que mejoremos nuestro trabajo parlamentario y, con ello, intentar mejorar la vida y la salud de los ciudadanos y ciudadanas de este país, que es el objetivo que compartimos. Esta es su casa para otras ocasiones.

Ahora vamos a suspender medio minuto la Comisión para recibir al siguiente compareciente. **(Pausa)**.

### — DEL SEÑOR LORENZO GARMENDIA (PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DIABETES, FEDE), PARA EXPLICAR LA SITUACIÓN DE LA DIABETES EN ESPAÑA Y SUS PROPUESTAS. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente 219/000331).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día, que es la comparecencia de don Anoní Lorenzo Garmendia, presidente de la Federación Española de Diabetes, FEDE, que comparece para explicar la situación de la diabetes en España y sus propuestas, en este caso a petición del Grupo Parlamentario Socialista. Sin más, tiene la palabra el señor Lorenzo Garmendia.

El señor **LORENZO GARMENDIA** (presidente de la Federación Española de Diabetes, FEDE): Muchas gracias.

Como a lo que vengo es a hablar de la diabetes en España, cuando estaba preparando la presentación pensé que tampoco es cuestión de abrumar con un exceso de datos y números. Lo primero que sí quería decir es que la Federación Española de Diabetes tiene treinta y dos años de historia. Somos la federación de pacientes más grande de España. La estructura de nuestra federación se basa en 160 asociaciones en todo el territorio y 19 federaciones. Dicho esto, me gustaría hacer mi exposición sobre todo de manera telegráfica para no abrumar con los datos, pero sí quiero dejar constancia de cuál es la realidad y la foto que ahora mismo tenemos en España con la diabetes.

En primer lugar, hablando de las cifras de la diabetes en España, tenemos que decir que actualmente tenemos una población de 5 300 000 personas con diabetes tipo 2. Es un dato bastante abrumador, pero quizá el dato que todavía llama más la atención y que —podríamos decir— más duele es que de esa población de 5 300 000 personas hay 2 300 000 que todavía no están diagnosticadas. Esto es algo que a la federación le preocupa. En cuanto a la población con diabetes tipo 1, estamos hablando de que tenemos en España 29 000 niños menores de quince años, lo que supone el 13% de la población de pacientes con diabetes tipo 1, rondando el número de pacientes tipo 1 los 250 000. Resumiendo, actualmente estamos hablando de que en España rondamos los cerca de 6 millones de personas con diabetes.

¿Cuál es la incidencia y la mortalidad de la diabetes en España? El pasado mes de marzo o abril —no recuerdo ahora mismo la fecha— en el congreso de la SED, la Sociedad Española de Diabetes, Ciberdem nos presentó un dato que nos pareció bastante significativo y muy preocupante que nos decía que en España, al día, surgen nuevos pacientes en número de 1057. Es decir, todos los días en España se produce 1057 debuts de pacientes con diabetes. Esto, al cabo de un año, son cerca de 400 000 personas;

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 13

es decir, que cada año aumenta en 400000 personas el número de afectados por la diabetes. Otro dato que nos parece muy preocupante es el de la mortalidad. Al año se están produciendo en España 25000 muertes relacionadas directamente con la diabetes. Y todo esto, ¿qué supone en cuanto a los costes? Según el último estudio del London School of Economics, en España, en gastos indirectos relacionados con la diabetes —absentismo laboral, prejubilaciones, bajas por la enfermedad— estamos hablando de que hay un gasto de 17630 millones. Y en gasto directo, es decir, en el propio tratamiento de la enfermedad, el gasto anual que tenemos en España es de 5447. Son cifras estratosféricas, y lo digo porque recuerdo que hace seis o nueve meses veía el titular de un periódico de tirada nacional que en su primera página hablaba de los gastos directos del cáncer: rondaban los 3000 millones. Hablando de la diabetes, en gastos directos estamos hablando de 5447. Otro de los datos que nos preocupan a la federación española es la falta de equidad en las comunidades autónomas. Nos estamos encontrando con que tenemos diecisiete tratamientos, diecisiete estrategias y diecisiete formas de abordar la diabetes en función de la residencia donde una persona viva.

Una vez dichos estos números, que son quizá breves pero bastante claros, ¿cuáles son las propuestas que desde la federación española hacemos a la Administración, a los grupos políticos? Son grandes propuestas; no son propuestas fáciles ni sencillas, pero creemos que es la forma de abordar verdaderamente la diabetes. La primera de ellas es la de impulsar el Plan estratégico de la diabetes. Tengo que decir que tenemos un plan estratégico muy bueno, muy completo, muy bien detallado pero está completamente abandonado, está parado. Hace quince días recibí ya la notificación por parte de la ministra de Sanidad, la señora Carcedo, en la que nos convocan a una reunión a los responsables del Plan estratégico de la diabetes para el próximo 5 de noviembre. Este es un asunto que considero muy importante porque todavía no tenemos un conocimiento de cuál es la realidad de la diabetes en España. El plan estratégico, al final, de lo que trata es de una serie de indicadores —creo que son unos cuarenta— a través de los cuales hace una radiografía de cuál es la situación actual en nuestro territorio. Esa información no la tenemos, por lo que es muy difícil abordar o establecer estrategias en este sentido si no tenemos esa información. Por lo tanto, estamos esperanzados con el arranque de esta primera reunión. ¿Cuál es otra propuesta que queremos hacer? Creemos que es compleja, pero es la acertada. Debemos cambiar el modelo sanitario que tenemos en España. El modelo sanitario en España todavía sigue enfocado al paciente agudo, que es el que entra y sale. Necesitamos un modelo que aborde la sanidad desde el punto de vista de la cronicidad, porque en España tenemos ya cerca de veinte millones de personas con patologías crónicas y, el 70% del gasto sanitario, en España proviene de las complicaciones de las patologías crónicas. Es importante que los grupos políticos y la comisión interterritorial —o no sé exactamente quién— se pongan de acuerdo y, de una vez por todas, se aborde la sanidad desde el punto de vista de la cronicidad, que es la mejor forma de abordar y de atender a los pacientes y de conseguir racionalizar el gasto sanitario.

Queremos apostar por la formación, la prevención y la educación terapéutica. Como decía el anterior ponente, hay que invertir en atención primaria, necesitamos más profesionales y necesitamos más inversión. El tiempo que se le dedica a un paciente en atención primaria es de entre cinco y siete minutos al día. Es muy difícil atender una patología crónica, como la depresión, la diabetes o cualquier otro tipo de patología, en siete minutos. La diabetes, en concreto, se sustenta en tres pilares, que son la alimentación, el ejercicio y la medicación. A una persona con una diabetes, que la lleva las veinticuatro horas del día, en cinco o siete minutos es imposible atenderla. Apostamos por que se cree la especialidad de la enfermera educadora en diabetes. Necesitamos que a una persona con diabetes se le expliquen adecuadamente la alimentación que tiene que llevar o el ejercicio que tiene que realizar en función de su condición física, de su edad. Con esto ahorraríamos muchísimo dinero, evitaríamos muchísimas complicaciones y conseguiríamos que los pacientes sean actores y no espectadores, como ocurre ahora.

Por último, una de las cosas que, como presidente de la federación, más me reclaman cuando visito al resto de los presidentes de las federaciones, en las distintas comunidades autónomas, es la falta de equidad. Como ciudadano español, me cuesta entender que en determinadas comunidades se aborde la diabetes de una forma, que en determinadas comunidades haya tratamientos que en otras comunidades no existen. Es algo que no entendemos y, desde aquí, pedimos una solución para que, de una vez por todas, desaparezca esta falta de equidad.

¿Cuál es otra de las propuestas que hacemos? Los aspectos sociales. Las personas que padecemos la diabetes tenemos problemas en el ámbito social. ¿Cuáles son estos problemas? Uno es la situación laboral, en la que llevamos ya cerca de tres años trabajando de una forma muy intensa. Las personas con

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 14

diabetes estamos vetados en el acceso al empleo público. Esta discriminación se basa en unos cuadros de exclusión obsoletos, que datan de junio de 1988, cuando en el BOE se publica que las personas con diabetes quedan excluidas del acceso al empleo público. ¿Cuáles son las iniciativas o las campañas que hemos estado haciendo para intentar solucionar esta norma del siglo pasado? Hemos trabajado con el Defensor del Pueblo, siguiendo cauces democráticos, civilizados, pausados pero firmes, y le hemos pedido una solución a este problema. Hemos hablado con todos los grupos políticos en el Congreso de los Diputados. En el año 2017 el Grupo Socialista presentó una proposición no de ley para eliminar la discriminación laboral que sufren los enfermos con diabetes, y fue aprobada por todos. Este mismo año el Grupo Popular presentó una moción en el Senado con la misma petición, que la diabetes no sea una razón de exclusión en el acceso al empleo público, y el resultado fue el mismo, fue aprobada por unanimidad. ¿Qué quiero decir con esto? Que la Federación Española de Diabetes y los pacientes con diabetes tenemos el respaldo de todos los grupos políticos y, en ese sentido, tenemos que ser agradecidos, pero, evidentemente, hoy seguimos siendo discriminados. Necesitamos no solo contar con el respaldo, sino también con iniciativas para que esta situación desaparezca de una vez por todas. ¿Cuáles son los argumentos que estamos empleando para que se elimine esta discriminación?

En el año 1988, hace treinta años, podía tener un sentido que las personas con diabetes que quisieran acceder al empleo público pudieran tener ciertas dificultades. En ese sentido, una sociedad científica les planteó y les dio un informe por el cual ahora mismo estamos sufriendo esa discriminación. Pero claro, nosotros hemos estado este año con todas las sociedades científicas médicas, les hemos hecho este planteamiento, y tengo que decir que tenemos el aval por escrito de tres sociedades científicas médicas, en el que se dice taxativa y muy claramente que la diabetes no puede ser un motivo de exclusión en el empleo público. Por lo tanto, si la razón por la que somos excluidos en el empleo público es una razón de salud, es una razón médica, no entendemos que sigamos siendo excluidos. Tampoco entendemos la respuesta que se nos dio hace un mes por parte del Defensor del Pueblo, a petición de esta iniciativa que comenzamos en 2016, en la que se nos dice que corremos el riesgo de nuestra propia salud e incluso de la de nuestros compañeros. Nos pareció una respuesta lamentable y desafortunada, y entendemos que la persona que redactó esto tenía un grado de conocimiento nulo sobre lo que es la diabetes.

Me gustaría trasladarles un ejemplo de una persona que tiene diabetes; uno de los miles de ciudadanos que tienen diabetes y que hacen una vida completamente normal. Es el caso de un jugador de fútbol, que hace un deporte de una gran intensidad, que está en primera línea, que creo que es titular en su equipo de fútbol, que es titular en la Selección Española, que defiende los colores de la bandera de su país, y que lamentablemente no puede ejercer la profesión de policía municipal, bombero, policía nacional, guardia civil, patrón de barco, azafata de vuelo... La lista es inmensa, y esto es algo que lo pongo de ejemplo para que entiendan que, en la actualidad, la diabetes no puede ser una razón de exclusión en el empleo público. No hay ninguna razón, ningún argumento ni ningún motivo por el que las personas con diabetes sean excluidas del empleo público.

Además, tengo que decir que, encima, esto no lo sufrimos en el sector privado. En el sector privado no se produce esta discriminación. El sector público es el que se supone que tiene que dar ejemplo hacia la sociedad y es, precisamente, quien nos lo está impidiendo. En el acceso al empleo público hay otra paradoja que les quiero explicar. Se nos dice que no podemos ejercer estas profesiones. Pues una persona que entre en el Cuerpo Nacional de Policía y al cabo de dos, tres o cuatro años, en sus revisiones médicas anuales, le diagnostican diabetes, esa persona no es expulsada del cuerpo; se mantiene en su puesto de trabajo y sigue ejerciendo su profesión. Esta es una demostración de que la diabetes no es una razón para excluirnos. Otra de las razones que argumentamos es que sufrimos doble discriminación. No podemos ni presentarnos porque tenemos diabetes y ni siquiera nos podemos presentar por minusvalía. Es decir, estamos completamente excluidos de poder acceder al empleo público. Como no les quiero abrumar, les voy a poner lo que fue la introducción de nuestro congreso, el pasado 8 de septiembre en Sevilla, y esta persona nos dio la bienvenida, y creo que es muy significativa y es un buen ejemplo de lo que es una persona actualmente con diabetes en España (**Se proyecta un vídeo**): «Hola, ¿Qué tal? Soy Nacho Fernández, jugador del Real Madrid y de la Selección Española y quería mandar un saludo muy grande a las más de seiscientas personas que participáis en este Congreso y, por supuesto, también a los más de cien niños que participáis en los talleres y, simplemente, quería mandaros toda la fuerza del mundo a todos. He de deciros que no hay metas imposibles. En mi caso llevando esta enfermedad, como la diabetes, he podido llevar una vida en el deporte totalmente normal, por supuesto con mucho esfuerzo y gracias a los que hay a mi alrededor. A los papás y a las mamás, lo mismo, mandaros un abrazo muy

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 15

fuerte e incentivaros para que sigáis ayudando mucho a vuestros hijos que sois el apoyo fundamental. Por supuesto, también quiero mandar un abrazo fuerte a todos los investigadores, que sin ellos esto no sería posible y que siga avanzando lo más rápido posible y de la mejor manera que sea. Y lo dicho, que tengáis un feliz congreso y espero que vaya todo fenomenal y desde aquí, desde la Federación, os mando un abrazo muy grande y espero que vaya todo muy bien. Me alegro de saludaros».

Este es uno de los muchos ejemplos que tenemos de gente que hace una vida completamente normal. Lo traigo porque creo que todos conocemos a este deportista, pero como él hay muchos.

No me quiero extender más. Me imagino que tendrán alguna pregunta. Me tienen a su disposición.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Lorenzo Garmendia.

Para formular esas preguntas o reflexiones, intervendrán ahora los grupos, empezando por el que ha pedido la comparecencia, el Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra la señora Alconchel.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: Muchas gracias, señor presidente.

Muchas gracias, señor Andoni Lorenzo, por su comparecencia. La diabetes es una enfermedad que en sí misma es una causa de complicaciones crónicas que se traducen en un deterioro importante de la calidad de vida, y este grupo parlamentario ha presentado distintas iniciativas relacionadas con aspectos específicos que tienen un importante impacto en la salud y en la vida de las personas con diabetes. Fue un Gobierno socialista el que puso en marcha la Estrategia Nacional de Diabetes, en octubre de 2006 con unos pilares básicos: la promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria, diagnóstico precoz, asistencia integrada, abordaje de las complicaciones, diabetes y gestación, formación, investigación e innovación. Como usted ha dicho, es verdad que se llevó a cabo una actualización en 2012, pero nunca más hemos sabido de la evaluación ni de la actualización de esta estrategia, y a esto hay que sumar además que no se ha evaluado en medio de una situación de recortes presupuestarios y de otras medidas que han sido perjudiciales para el sistema y para la ciudadanía en general en materia de salud.

Como saben, presentamos una proposición no de ley en la que se solicitaba la evaluación de la estrategia, la puesta al día de la misma, donde hablábamos de medidas importantes relativas al etiquetado de alimentos, evitar discriminaciones hacia personas diabéticas en la oferta de empleo público, mejorar la integración de los niños y de las niñas diabéticos en las escuelas con distintas medidas y mejorar la formación sobre esta enfermedad. Nos alegra que haya contado aquí que efectivamente la federación ya ha sido llamada por el ministerio para afrontar el trabajo en torno a la evaluación y a la actualización de la estrategia. Creo que hay un salto cualitativo importante y, desde luego, nosotros también estamos esperanzados en ese trabajo que se va a realizar conjuntamente con vosotros. También presentamos una proposición no de ley ya centrada en el tema al que ha dedicado más tiempo —veo que es lo que más le preocupa—, para que se adapte la normativa de manera que en ningún caso el mero diagnóstico de la diabetes pueda ser una causa genérica de exclusión para el acceso al empleo público ni pueda producirse discriminación dentro de los derechos laborales de los empleados y empleadas públicos. En el poco tiempo que lleva este Gobierno ha iniciado ya los estudios, los informes al respecto, con el objetivo de actualizar el catálogo de exclusiones médicas. De hecho, como también usted ha anunciado, han sido llamados para reunirse próximamente para abordar igualmente este asunto. Con lo cual, nos felicitamos de que una reivindicación como la vuestra haya tenido respuesta en cuatro meses. Estamos muy esperanzados en ese trabajo, en el que esperamos que cuenten con nosotros para desarrollarlo y para llegar a las mejores medidas en este sentido.

Los socialistas impulsamos un cambio de la normativa para que la diabetes y otras enfermedades por sí mismas no puedan ser un elemento discriminatorio para quien le aparece a la hora de acceder a determinados contratos o instrumentos financieros, como pueden ser los seguros de salud, un seguro de vida, préstamos hipotecarios o personales. Saben que lo presentó el Grupo Parlamentario Socialista en Navarra y después el Parlamento de Navarra lo trajo aquí, al Congreso. La diabetes ya afecta al ámbito de la salud y al ámbito social, pero que afecte a ámbitos como el financiero o el económico; el hecho que se grave a los diabéticos incluso a la hora de negociar un seguro, nos parece muy grave y ahí actuamos para el cambio de la normativa.

Una de las últimas proposiciones que presentamos respecto a la diabetes fue la de la incorporación de los sistemas de monitorización continua de glucosa —el sistema de monitorización de la glucosa *flash* en la cartera de servicios—, y que se negociase con los representantes de la industria que fabrica estos dispositivos un precio de los mismos que mejorase su accesibilidad. Existiendo una evolución tan grande

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 16

en materia tecnológica en este sector, nos parece un poco llamativo y clamoroso que se siga con los pinchazos, con las lancetas, con las tiras reactivas. Por eso, como sabe, para evitar esos seis pinchazos al día y que se pueda mejorar el control de los niveles de glucemia, se ha incorporado ya en nuestro Sistema Nacional de Salud el sistema *flash* de monitorización de la glucosa para las personas de cuatro a diecisiete años, ambas inclusive, que padecen diabetes tipo 1 y que requieren múltiples dosis de insulina y más de seis controles de glucemia al día. Hasta ahora, el acceso a estos dispositivos también entendía de clases y de capacidad económica, porque solo se lo podía permitir quien pudiera pagar 120 euros por dispositivo al mes, con el impacto que eso puede tener en la economía familiar, y no quiero ni pensar en la situación de aquellas familias en las que haya más de una persona diabética.

Como sabe, desde el 19 de septiembre de 2018 pueden acceder a ello en el Sistema Nacional de Salud todas las personas que cumplan los criterios establecidos y, por tanto, ha sido un avance en cohesión y equidad. Se mejora la calidad de vida de las personas que padecen diabetes y también de sus familias. Y como no puede ser de otra manera, esta medida ha sido consensuada en el seno del grupo de expertos y aprobada por las comunidades autónomas en la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación que, como sabe, es una comisión delegada del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Se ha empezado por los menores, porque es una población más vulnerable por cuestión de edad, pero hay que seguir avanzando, y ayer la ministra anunció que el próximo objetivo del Gobierno es ampliar la cartera de servicios poniendo este dispositivo a disposición de la población adulta que cumpla todos los requisitos que se vayan determinando. La priorización de los distintos colectivos de adultos para hacer una implantación progresiva según sus necesidades, junto con el impacto presupuestario que esto va a tener en las comunidades autónomas, también va a ser analizado por las comunidades y por esta comisión, de manera que se garantice una introducción de este sistema de forma cohesionada que fundamentalmente garantice la equidad y homogeneidad en todo el Sistema Nacional de Salud. Todos creemos que la prevención es fundamental, que hay que prevenirla, aminorar los daños que origina, potenciar esos hábitos de vida saludable y apostar por un modelo de gobernanza, donde la salud forme parte de todas las políticas y donde se luche contra las inequidades en salud.

Los datos que ha dado son muy ilustrativos. Como en cualquier enfermedad, en su prevalencia, aparición, consecuencias que se derivan de ella y evolución, ¿qué influye? Los recursos que existen, la formación de las personas, dónde se vive, el género, la edad y múltiples factores. Por eso, entendemos que es tan necesaria la cohesión y la equidad, todos esos principios que se han ignorado durante estos últimos años y que han provocado diferencias tan llamativas en el estado de salud de distintos colectivos en nuestra sociedad, y especialmente se han provocado esas diferencias en los años más duros de la crisis económica. Hubiera sido fundamental el desarrollo de las políticas de salud pública junto a esa estrategia de diabetes para trabajar en los distintos factores determinantes en salud.

Por último, quisiera hablar de la participación.

El señor **PRESIDENTE**: En diez segundos.

La señora **ALCONCHEL GONZAGA**: En diez segundos.

Estamos satisfechos con toda la participación que vais a llevar a cabo y queremos reconocer vuestro trabajo y daros la enhorabuena por la tarea que realizáis para aumentar el conocimiento y la información que tienen los pacientes y sus familias sobre esta enfermedad, información en la que vais a abundar en torno al día 14 en ese mejor conocimiento de pacientes y familias.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Alconchel.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, tiene la palabra la señora Botejara.

La señora **BOTEJARA SANZ**: Muchas gracias por darme la palabra, porque pensaba que no me iba a dar tiempo.

Le damos las gracias a Antonio Lorenzo por estar aquí con nosotros y vamos a hacer algunas consideraciones sobre lo que ha expuesto. Nosotros no tenemos mucha fe en las estrategias. Todos los planes y estrategias que se hacen en el ministerio o en las comunidades autónomas están en la biblioteca y tienen poca utilidad. Llevo cuarenta años viendo protocolos y estrategias de diabetes, y la verdad es que



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 17

es se ha llegado a poco. El problema está en aumento, en eso estamos de acuerdo, y nos tenemos que preguntar por qué. Tenemos una esperanza de vida que afortunadamente va aumentando, lo que hace que tengamos una población mayor y más incidencia de diabetes. **(La señora vicepresidenta, Hernández Berto, ocupa la Presidencia)**. Aparte del componente genético, también tenemos un factor fundamental que es la obesidad, que es lo que está produciendo un aumento significativo de diabetes 2. ¿Cómo solucionarlo? Ya lo ha apuntado en su exposición: hemos tenido una carencia importante de recursos en atención primaria, hemos sido una estructura sanitaria, como casi todas las estructuras públicas durante estos años, maltratada con trabajos precarios. Es imposible con los contratos temporales dar continuidad a una educación en diabetes, a un seguimiento de un paciente diabético, como ha comentado en relación con la cronicidad. La cronicidad está perfectamente contemplada en la atención primaria y muy bien encajada en lo que son sus funciones, siempre y cuando el personal que haya tenga la formación y, por supuesto, los recursos y la continuidad en el tiempo para hacerlo. Si tenemos un enfermero cada tres o seis meses es imposible hacer un abordaje de la diabetes como Dios manda. Ha hablado de la equidad, que es un caballo de batalla que tiene mi grupo político desde que llegamos aquí al Congreso, y siempre ponemos el mismo ejemplo: tenemos 1600 euros por persona al año en el País Vasco y tenemos 1100 en Andalucía, teniendo en cuenta que es el 30% del presupuesto de uno y de otro; es decir, que no es que uno dedique de su presupuesto de financiación autonómica un 10% y otro un 30%, no. Hay una inequidad en la financiación autonómica tan clara y tan manifiesta que es inviable que se pueda dar la misma atención sanitaria. Eso es muy difícil de arreglar. Pienso que hemos estado haciendo continuamente denuncias por el mal funcionamiento del consejo interterritorial, pero creo que a partir de ahora va a funcionar mejor o por lo menos se va a reunir con la periodicidad que dice el reglamento interno, con la que hasta ahora no se ha reunido, es decir, que espero que se reúna cada tres meses, y que las funciones que tiene que cumplir a nivel de cohesión y de coordinación entre las comunidades autónomas se hagan más fáciles. Hemos trabajado, por lo absurdo de la norma, en relación con una orden del Ejército de 1983; no ya porque la diabetes esté fuera de la Función Pública, sino que también están las personas con úlcera gastroduodenales y un sinfín de cosas que no tienen sentido. Estamos en eso y es imposible, no lo entiendo. A lo que me estoy refiriendo es a una orden. Lo hemos comentado con algunas compañeras del Partido Popular cuando estaban ellos en el Gobierno y se dice que sí, pero ha sido imposible, no sé por qué. No entiendo cómo, estando además todos de acuerdo, puede ser tan difícil modificar una cosa tan absurda. No es que en esto piense uno una cosa y otro otra; aquí estamos todos de acuerdo, pues vamos a cambiarlo, y es complicado.

La ministra habló ayer en su exposición de los recursos de los sistemas *flash* que se van a dotar para los pacientes diabéticos. Esto es un avance. Suponemos que vamos a ir avanzando poco a poco en las innovaciones de los nuevos tratamientos y de los nuevos métodos de control, pero sin dejar atrás el tema de la prevención, que hemos comentado antes, como el asunto tan importante de la obesidad.

Nada más y muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Hernández Berto): Muchas gracias, señora Botejara.  
Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor De Arriba.

El señor **DE ARRIBA SÁNCHEZ**: Gracias, presidenta.

Señor Lorenzo, en primer lugar quiero sumarme, en nombre de mi grupo parlamentario, a los agradecimientos que ya le han transmitido el resto de portavoces por su presencia hoy aquí en esta Comisión. En segundo término, quiero felicitarle por la exposición, pero, sobre todo, por el trabajo que la Federación Española de Diabetes realizada cada día para mejorar el bienestar de las personas con esta patología crónica y sus familias. En tercer lugar, quiero reiterar lo que esta misma semana ha tenido la oportunidad de transmitirle el presidente de mi partido, Pablo Casado, en la reunión que mantuvieron: que el abordaje de la diabetes y la consecución de mejoras en la calidad de vida de los pacientes es una cuestión prioritaria para el Partido Popular. Algunos ejemplos de medidas implementadas por el anterior Gobierno que sustentan esta prioridad que acabo de afirmar son: la actualización de la estrategia de diabetes del Sistema Nacional de Salud en 2012, la puesta en marcha desde el pasado mes de febrero del Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas 2017-2020, para reducir el contenido de la sal, azúcar y grasas saturadas de más de 3500 productos y prevenir con ello enfermedades como la diabetes. O la incorporación el pasado mes de abril en la cartera común de servicios de nuestro Sistema Nacional de Salud de la monitorización de glucosa mediante sensores para niños, evitando los pinchazos.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 18

Siendo estos avances, así como otras medidas impulsadas por el anterior Ejecutivo, importantes, sigue habiendo margen de mejora en el abordaje que se hace de la diabetes en Sistema Nacional de Salud y la atención que se presta a estos pacientes y a sus familiares. A muchas de estas mejoras que debemos seguir introduciendo se ha referido usted, señor Lorenzo, en su intervención. Coincidimos con usted, por ejemplo, en la exclusión que padecen las personas con diabetes en el acceso a los empleos públicos y, en este sentido, es de destacar que el pasado 5 de abril de 2017 esta Comisión de Sanidad por unanimidad de todos los grupos instó al Gobierno a adoptar las medias legales y reglamentarias para imposibilitar que la diabetes fuera causa de exclusión genérica para el acceso al empleo público en cuerpos, escalas y categorías que aún lo tuvieran previsto.

He de decir que pese a esta unanimidad de los distintos partidos políticos, causa sorpresa la publicación en el Boletín Oficial del Estado, el pasado día 2 de octubre, de una convocatoria del Ministerio del Interior para el Cuerpo de ayudantes de instituciones penitenciarias que establece expresamente, y de forma literal, que serán excluidas de la misma aquellas personas que presenten diabetes. No habíamos quedado en eso. Ahora resulta que el Gobierno excluye en su convocatoria a las personas con diabetes, y lo hace a pesar de la proposición no de ley que le comentaba que había sido aprobada en esta Cámara para evitarlo. No debería ocurrir, enténdanme bien, que cuando se llega al Gobierno se olviden los compromisos que se adquieren cuando uno está en la oposición.

Por eso el Grupo Popular ha registrado una pregunta escrita con el ánimo de que el Gobierno explique los motivos por los que excluye a personas con diabetes del acceso a determinados empleos públicos e, igualmente, hemos registrado una proposición no de ley para recordar al Gobierno actual cuáles son sus compromisos e instarle a que revise y actualice los cuadros médicos de exclusión en el acceso al empleo público para que sobre la evidencia científica se eviten discriminaciones. **(El señor presidente ocupa la Presidencia)**. Nuestra iniciativa se sustenta esencialmente en el informe, criterios médicos para el acceso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y a las Fuerzas Armadas que el Gobierno del Partido Popular presentó este mismo año elaborado por los ministerios de Sanidad, Interior y Defensa. Sin embargo, ni las evidencias científicas recogidas en este informe ni tampoco, si me permite, la carta que usted, señor Lorenzo, junto con los afectados por VIH, celíacos o pacientes con soriasis remitieron el pasado mes de julio al Ministerio de Política Territorial y Función Pública, han sido suficientes para que el Ejecutivo cambiara de actitud y rectificara eliminando la mención genérica a la diabetes como causa de exclusión del acceso al empleo público como ya les he señalado.

Antes de concluir, quiero insistir en el compromiso de nuestro grupo parlamentario con los pacientes con diabetes y sus familias, compromiso que ahora nos toca desarrollar desde la oposición con iniciativas que potencien la formación, la promoción de la salud, la mejora de la asistencia sanitaria, la prevención y detección precoz, el desarrollo de la investigación y la incorporación de innovaciones terapéuticas, iniciativas que, como bien se ha dicho en esta Comisión, trascienden las meras declaraciones de intenciones, exigen de los mejores recursos presupuestarios y de la mejor financiación a nuestras comunidades autónomas. Por ello, ya hemos señalado que no era una buena idea diferir la reforma del sistema de financiación autonómico a la siguiente legislatura; muy al contrario, necesitamos unos presupuestos realistas y un Gobierno competente que sea capaz de impulsar un nuevo modelo de financiación con el que mejorar, entre otras muchas cosas, el abordaje de la diabetes en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Recogemos sus propuestas y le volvemos a agradecer nuevamente su presencia hoy aquí.  
Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor De Arriba.

Concluido el turno de los grupos, es el tiempo del señor Lorenzo Garmendia para que dé respuesta a las cuestiones que considere oportunas.

El señor **LORENZO GARMENDIA** (presidente de la Federación Española de Diabetes, FEDE): Respondiendo a las preguntas del Grupo Socialista, siguiendo el orden de intervención, efectivamente, esta semana la ministra ha anunciado incorporar en la cartera básica el sistema de los sensores de glucosa para los pacientes tipo 1. Yo tengo que decir que para nosotros es una gran noticia porque llevábamos ya mucho tiempo persiguiendo este objetivo, ya que España junto con Grecia eran los únicos países de toda Europa que no lo estaban financiando y nos parecía algo incomprensible.

También tengo que decir sobre los sistemas de monitorización que, a pesar de que entre ya en la cartera básica —espero que se haga—, a fecha de hoy todavía tenemos comunidades donde los niños se

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 19

siguen pinchando en los dedos. Desde hace un año aproximadamente en que empezó una comunidad a financiar este sistema, todavía hay tres comunidades en las que los niños siguen pinchándose cuatro mil veces al año los dedos. Yo como ciudadano español no lo entiendo, no lo entiende nadie a quien se lo explique. Realmente a veces nos sentimos ciudadanos de primera o de segunda en función de donde vivimos. Esto es algo que debemos corregir, porque hoy hay una reunión en una comunidad viendo cómo se puede negociar cómo se puede llevar a cabo esta implantación cuando ya hay otros niños que llevan un año sin pincharse. Es algo que debemos corregir. No obstante, para nosotros es una gran noticia que la ministra se haya comprometido a que de una vez por todas se financie este sistema.

Respecto a que quizás mi ponencia ha sido más extensa en la parte social por el empleo público, efectivamente ha sido así. ¿Por qué lo digo? Porque ahora mismo nos están viendo prácticamente todas las asociaciones de España en directo. No entendemos cuál es la razón por la que ahora mismo estamos en esta situación. Yo como presidente de la federación, y mi junta directiva, cuando uno termina de hacer un trabajo, dice: ya he acabado. Yo ya he acabado mi trabajo. Yo tengo los avales de todos los grupos políticos, tengo los avales de todas las sociedades médicas, tengo el trabajo con el Defensor del Pueblo, lo tenemos todo. Entonces, nos preguntamos qué más queda por hacer, y no lo entendemos. Estamos en esa situación.

El hecho de que el presidente de la federación acuda a la Comisión de Sanidad ha generado una gran expectativa porque han sido miles las personas que han recibido una nota por parte del Defensor del Pueblo diciendo que entrar en el empleo público puede ser perjudicial para su salud e incluso para la de sus compañeros. Esto nos ha parecido algo tremendo y ahora mismo la expectación que tenemos es muy grande para ver cómo resolvemos este problema.

Paso a contestar al Grupo de Podemos, a la señora Botejara. Yo no sé si el plan estratégico de la diabetes es una razón de fe o no fe. Para nosotros, desde nuestra humilde posición como pacientes, creemos que es el punto de partida, es un arranque, saber dónde estamos, porque si nos juntamos con los responsables no saben dónde están. Yo traía datos, con los que no les quiero aburrir, hablando de amputaciones. Siete de cada diez amputaciones en España son por diabetes. Dónde se producen, cuál es la razón por la que se están produciendo, esto no lo sabemos. Por tanto, creo que es muy importante que analicemos bien, que busquemos cuáles son los indicadores y que nos pongamos de acuerdo en cuál es la forma en la que abordemos la diabetes en España para solucionar problemas como el de amputaciones —somos el segundo país del mundo en amputaciones, el primero es Estados Unidos—, cómo podemos resolver esto. Yo sí tengo fe en el plan estratégico, yo creo que es una buena herramienta, lo que hace falta es trabajar en ella.

Hablaba del tema de la obesidad. Es el gran enemigo de la diabetes. Uno de cada cuatro niños en España tiene sobrepeso y uno de cada dos adultos. Esto también entra en el plan estratégico de la diabetes. Tendremos que ver cómo abordamos el tema de la obesidad. Yo en algunas conferencias me he referido a que hay campañas excelentes, por ejemplo, de la Dirección General de Tráfico, sobre el número de fallecidos que teníamos hace diez años y los que tenemos ahora, o sobre la violencia machista que hace diez años parece que no existía y por medio de publicidad, de sensibilización, de implicación de las administraciones ahora se nos encoge el corazón y no hay día en el que no tengamos un caso de estos y la gente no salga a la calle a protestar. Pero ¿qué iniciativas tenemos en cuanto al tratamiento de la obesidad en los niños? Es una batalla completamente perdida y nos estamos encontrando con infinidad de niños que tienen una patología de adultos, que es la diabetes tipo 2, y, como me decía un médico de atención primaria, los niños con sobrepeso, los niños con obesidad son los futuros pacientes con diabetes. Tendremos que abordar de alguna forma cómo solucionar y concienciar a la sociedad de este problema, complicadísimo, lo sé.

Habla usted de equidad, de financiación. Yo no he mencionado este asunto, porque me parece un tema tremendo y de los grupos políticos, yo abogo por un pacto de Estado por la sanidad. Creo que toca un pacto de Estado por la sanidad. Evidentemente, también de la financiación, pero creo que es bueno que los responsables, los agentes sanitarios se sienten en una mesa a debatir cuál es la estrategia que vamos a llevar en nuestra sanidad española y luego quizás hablemos ya de financiación, pero primero pongámonos de acuerdo. De ese pacto posiblemente pueden salir muchos acuerdos, porque efectivamente los pacientes no entendemos el papel de la comisión interterritorial; no lo entendemos porque se supone que son decisiones vinculantes y luego tenemos lo que tenemos, que es lo que he comentado antes en el sentido de los distintos tratamientos o de la distinta atención que tenemos unos y otros. Los ciudadanos esto no lo entienden. Y cuando vas a las asociaciones y a las federaciones esto no lo entienden. Esto hay que mejorarlo.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 637

25 de octubre de 2018

Pág. 20

En cuanto a tecnología, yo pediría que no nos fijemos solamente en los sistemas *flash*, tenemos otras tecnologías que son muy eficientes, que son muy específicas para determinados pacientes y que ahora mismo la llevan cinco comunidades autónomas, como son sistemas de bombas de insulina con sensor, creo que son cinco comunidades autónomas las que lo financian y muy pocos hospitales, muy concretos, que lo tienen que reducir de sus presupuestos. Esto también debería tenerse en cuenta. No podemos privar a determinados pacientes de esta tecnología.

Respecto al Grupo Popular, al señor De Arriba, lo primero que tengo que decirle es que tengo que estar enormemente agradecido que el señor Pablo Casado haya recibido a este presidente y haya tenido la delicadeza de estar escuchándonos cuál es la situación de los pacientes en España. Somos seis millones, a veces se nos olvida esto. Somos tanto o más que la población catalana, a veces hablamos mucho de estas cuestiones, que no digo que no sean importantes. Gracias por recibirnos. Le voy a decir una cosa, el propio Pablo Casado no lo entendía tampoco. No entendía cómo podíamos seguir discriminados en el empleo público, no lo entendía. Yo tengo que agradecer, después de la reunión que tuvimos con él, que por lo menos públicamente haya hecho un posicionamiento en el sentido de que en lo que esté en su mano va a intentar que esto desaparezca.

Sobre planes de alimentación, como he mencionado antes, tenemos un terrible problema en tema de obesidad y de sobrepeso al que debemos buscar una solución, porque esto cada vez va a más.

Agradezco todas las iniciativas sobre una pregunta escrita que van a hacer ustedes sobre la proposición no de ley. Hay un detalle que yo no he comentado, pero que puede ser significativo. Este cambio normativo no cuesta dinero. Lo único que queremos es que las personas con diabetes accedan al empleo, aprueben sus tests, aprueben sus pruebas físicas y al final lo que pedimos es que sea el médico el que tenga la última palabra. No queremos ningún tipo de privilegios y esto, como digo, no cuesta absolutamente ningún euro. Creo que no me dejo nada más.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Esta Comisión le agradece que nos haya trasladado las propuestas de la Federación Española de Diabetes, que, como hemos podido observar por las intervenciones de los portavoces de los grupos, buena parte de ellas cuentan con el consenso suficiente como para poder hacerlas realidad y ese será parte de nuestro trabajo en esta Comisión.

Muchas gracias por su presencia, por su comparencia y por sus propuestas.

Ahora nos quedamos dos minutos, porque tenemos dos asuntos que resolver.

Se levanta la sesión.

**Eran las tres y diez minutos de la tarde.**