



CORTES GENERALES  
**DIARIO DE SESIONES DEL  
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**  
**COMISIONES**

Año 2022

XIV LEGISLATURA

Núm. 755

Pág. 1

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.<sup>a</sup> ROSA MARÍA ROMERO SÁNCHEZ

Sesión núm. 70

celebrada el miércoles 28 de septiembre de 2022

	Página
<b>ORDEN DEL DÍA:</b>	
Modificación del orden del día .....	2
<b>Elección de vacantes en la Mesa de la Comisión:</b>	
— Elección de la Vicepresidencia Segunda de la Comisión. (Número de expediente 041/000029) .....	2
<b>Comparecencias. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad y Consumo:</b>	
— De la señora presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (Escobar Manero), para presentar los resultados del estudio «Barómetro EsCrónicos». (Número de expediente 219/000901) .....	3
— Conjunta de la señora Ugarte Ozcoidi (adjunta a la Presidencia del Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia, CEDDD), y del señor vicepresidente primero del Consejo General de la Psicología de España (Chacón Fuertes), para exponer la situación actual del perfil de psicólogo ante la demanda social en distintos ámbitos poblacionales, en especial para el bienestar de las personas con discapacidad, las personas mayores y/o en situación de dependencia. (Número de expediente 219/000899) .....	10
— Conjunta de la señora Martínez Moneo (vocal del grupo páncreas y vía biliar de la Asociación Española de Gastroenterología); del señor Reyes Moreno (vocal de relaciones con pacientes de la Asociación Española de Gastroenterología), y de la señora vicepresidenta de la Asociación de Cáncer de Páncreas (Acero Álvarez), para explicar el problema del cáncer de páncreas. (Número de expediente 219/000900) .....	21
Corrección de error .....	27

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 2

Se abre la sesión a las doce y quince minutos del mediodía.

### MODIFICACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

La señora **PRESIDENTA**: Buenos días, señorías. Se abre la sesión.

Vamos a comenzar la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo del día de hoy. Les informo de que planteo un cambio en el orden del día. Esta propuesta viene motivada por los cambios de horario del Pleno y la dificultad para acudir a toda la actividad parlamentaria que tienen los diputados, los grupos parlamentarios. Me han planteado que el primer punto del orden del día fuera la elección de la vicepresidencia segunda, que saben que está vacante como consecuencia de la renuncia de don Juan Antonio Delgado Ramos, del Grupo de Unidas Podemos. ¿Están de acuerdo? **(Asentimiento)**.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Como es una cuestión sobrevenida, a VOX le ha pillado a contrapelo. Falta uno de los miembros de nuestro grupo. Rogaría que se hiciera la elección después de la primera comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: ¿No tienen otra posibilidad?

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Lo estamos buscando. Si sus señorías tienen paciencia, en cinco minutos estará aquí.

La señora **PRESIDENTA**: Si están de acuerdo, podemos esperar cinco minutos.

La señora **VELASCO MORILLO**: Al Grupo Popular le pasa lo mismo. Están viniendo.

La señora **PRESIDENTA**: Vamos a hacer un pequeño receso de unos minutos para esperar a que estén todos.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Gracias a usted y a todos.

La señora **PRESIDENTA**: Hacemos un receso. **(Pausa)**.

### ELECCIÓN DE VACANTES EN LA MESA DE LA COMISIÓN:

#### — ELECCIÓN DE LA VICEPRESIDENCIA SEGUNDA DE LA COMISIÓN. (Número de expediente 041/000029).

La señora **PRESIDENTA**: Reanudamos la sesión.

Como les he dicho, vamos a sustanciar como primer punto del orden del día —ha habido unanimidad— la elección de la vicepresidencia segunda.

Antes de entrar en este asunto, quiero informarles de que también vamos a celebrar las comparecencias que figuran en el orden del día, pero con otro orden del que ya les habíamos informado previamente a través de sus correos electrónicos. En primer lugar, tendremos la comparecencia de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Ahí haremos un receso debido a que ha sido imposible poder adelantar la hora al resto de comparecientes, puesto que el Pleno ha terminado antes de lo que se preveía la semana pasada. Ya saben que los miércoles no es habitual acabar a esta hora. Una vez que termine la comparecencia de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, haremos un receso y reanudaremos a las 15:30 horas con la comparecencia del Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y Dependencia; a continuación tendremos a la Asociación Española de Gastroenterología. Ese es el orden del día. ¿Están de acuerdo? **(Asentimiento)**.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Nosotros solicitamos voto con papeleta. También ha dicho usted que el receso será hasta las 15:30 horas.

La señora **PRESIDENTA**: Cuando termine la comparecencia de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes haremos un receso hasta las 15:30 horas. En todo caso, también les informo de que en el momento en que terminemos y hagamos ese receso me gustaría hacer una reunión de Mesa y portavoces para trasladarles alguna información que necesito compartir con ustedes para poder organizar siguientes sesiones de la Comisión.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 3

Entramos en la elección de la vicepresidencia segunda que, como decía, está vacante como consecuencia de la renuncia de don Juan Antonio Delgado Ramos. La elección la vamos a hacer mediante papeleta.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Un momento, por favor. ¿Me permite?

La señora **PRESIDENTA**: No. Un momento que les voy a contar cómo va a ser el procedimiento. Después ya les doy la palabra.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Perdone, señora presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Venga, señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Como todo el mundo tiene prisa y no habrán comido, le quería decir que a nosotros no nos importa que la votación sea a mano alzada.

La señora **PRESIDENTA**: La propuesta que hago es que se haga por asentimiento o por papeleta, con votación secreta. Saben que a mano alzada solo votamos en una ocasión, que fue durante la pandemia, puesto que era complicado en ese momento lo de tocar el papel para evitar contagios —era un momento difícil—. No es lo habitual, mejor dicho, es que no es lo que establece el Reglamento. La votación será por asentimiento, si están de acuerdo, o mediante papeleta, votación secreta. Eso es lo que dice el Reglamento.

La elección se realizará mediante votación secreta por papeleta, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 41, 37.2 y 87.1.2.º del Reglamento del Congreso de los Diputados. A continuación, el señor letrado va a dar lectura de los nombres de los integrantes de la Comisión. En el caso de que hubiese alguna sustitución, se ruega que se haga constar en el momento en el que se nombre al titular sustituido.

**Por el señor letrado se procede a la lectura de la lista de las señoras y señores miembros de la Comisión presentes y sustituidos.**

La señora **PRESIDENTA**: Comprobado el quórum, nos ha llegado la propuesta de un candidato para la elección, don José Luis Bueno Pinto, que propone el Grupo de Unidas Podemos. Si hay algún candidato más, si tienen alguna propuesta, les ruego que la hagan llegar en este momento.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Juan Luis Steegmann Olmedillas.

La señora **PRESIDENTA**: De acuerdo.

Les recuerdo que la papeleta solo podrá incluir el nombre de un miembro de la Comisión. Comienza la votación.

**Terminada la votación y verificado el escrutinio, dijo**

La señora **PRESIDENTA**: El resultado de la votación es el siguiente: votos emitidos, 33; votos a favor de don José Luis Bueno Pinto, 19; votos a favor del señor Steegmann Olmedillas, 5; votos en blanco, 9. Por tanto, queda proclamado vicepresidente segundo de la Comisión el señor Bueno Pinto. Bienvenido, enhorabuena. Le deseo mucho tiempo al frente de la vicepresidencia, porque es la cuarta vez que elegimos. Si quiere ocupar su puesto en la Mesa, puede hacerlo.

**COMPARECENCIAS. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO:**

— **DE LA SEÑORA PRESIDENTA DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES (ESCOBAR MANERO), PARA PRESENTAR LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO «BARÓMETRO ESCRÓNICOS». (Número de expediente 219/000901).**

La señora **PRESIDENTA**: Pasamos a la celebración de las comparecencias. La primera compareciente que tenemos es la señora Escobar.

Doy la bienvenida a la señora Escobar Manero que, como saben, es la presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Le agradezco su comprensión porque hemos tenido que ir cambiando y adaptando los horarios en función del Pleno, que es el que nos va marcando el horario de nuestra Comisión. Muchas gracias, porque entendemos la dificultad para poder compaginar agendas.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 4

Para una mejor ordenación del debate les informo de que la compareciente tiene un tiempo de quince minutos, tal como acordamos en la reunión de Mesa y portavoces, por supuesto con toda la flexibilidad, como no puede ser de otra manera, pero entendiendo que tenemos que compaginar con el resto de la actividad y con los comparecientes. Los portavoces de los distintos grupos dispondrán en torno a dos o tres minutos para plantear las preguntas o cuestiones que quieran poner de manifiesto. Por último, la señora Escobar dispondrá de un turno para responder o hacer alguna breve aclaración.

Tiene la palabra.

La señora **PRESIDENTA DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES** (Escobar Manero): Muchas gracias. Buenos días, presidenta de la Comisión de Sanidad y Consumo, Rosa Romero; vicepresidentes primero y segundo, Julio Navalpotro y José Luis Bueno Pinto; secretarios primero y segunda, Francesc Xavier Eritja y María Teresa Angulo, así como a los demás portavoces y vocales de esta Comisión.

Ante todo, permítame dar las gracias a la Mesa y a los portavoces de esta Comisión su invitación para que traigamos la voz de los pacientes, una vez más, al Congreso de los Diputados. La Plataforma de Organizaciones de Pacientes aúna más de mil quinientas asociaciones autonómicas y provinciales, aglutinadas en treinta y cinco organizaciones de ámbito estatal que representan, entre otras patologías, a enfermedades oncológicas, raras, personas trasplantadas y enfermas de riñón, hígado y corazón, enfermedades inflamatorias inmunomediadas, VIH/sida, enfermedades respiratorias, neurológicas, cerebrovasculares, cardiovasculares y lesión medular. Todas nuestras entidades están lideradas por los propios pacientes y sus familiares, y muchas de ellas cuentan con más de cuarenta años de experiencia. Desde la constitución de la POP, ahora hace ya ocho años, hemos desarrollado un intenso plan de acción junto con nuestras organizaciones para conseguir que las personas con necesidades crónicas de salud puedan acceder a una atención integral, personalizada, en condiciones de acceso universal, equidad, transparencia y sostenibilidad, promoviendo la participación y la defensa de los derechos de los pacientes en todos los ámbitos, políticas y actuaciones que le afectan para lograr su inclusión social y su mejora en la calidad de vida.

En esta ocasión nos gustaría presentarles la VI edición de nuestro Barómetro Escrónicos llevado a cabo a lo largo de este año, a través del cual tratamos de identificar y valorar la satisfacción y calidad de la atención sanitaria percibida por las personas que tienen una enfermedad crónica o están en una situación de cronicidad en España, que somos aquellos que más utilizamos los servicios sanitarios con una especial atención al acceso al diagnóstico, al tratamiento, a la atención sanitaria y sociosanitaria y, por supuesto, a la atención domiciliaria. Según los datos de este barómetro, los pacientes suspenden la atención sanitaria recibida en el último año con una nota de 4,9 sobre 10. También suspenden el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud con un 4,5 sobre 10. Si analizamos los datos de los barómetros que hemos elaborado anteriormente, podemos ver que desde 2017, cada dos años, se pierde aproximadamente un punto en la satisfacción de los pacientes en cuanto al funcionamiento de nuestro Sistema Nacional de Salud. Si ponemos la mirada en el estado de salud percibida por los pacientes en 2022 solo un 11 % de los pacientes crónicos contesta que su estado de salud es bueno o muy bueno, pero para el 80 % restante su estado de salud es regular, malo o muy malo.

En lo relativo al acceso al diagnóstico, el 41 % de los pacientes recibe un primer diagnóstico erróneo y no se confirma el definitivo hasta que pasa por tres o cuatro especialistas. Como resultado, el 45 % de los pacientes tardarán dos años o más en recibir un diagnóstico. Este retraso tiene un impacto indudable en el ámbito laboral de estas personas, en las personas estudiantes y en los jóvenes, en las familias, en la vida social y, por supuesto, en el desarrollo de su enfermedad. Un 43 % de los pacientes no llegan a comprender de forma adecuada la comunicación del diagnóstico de su enfermedad y esto genera una brecha entre quienes sí la tienen. Cuando el paciente cuenta con una información suficiente, mejora indudablemente la relación con su enfermedad, así como los cuidados que necesita. Por otro lado, el estudio refleja que la coordinación entre niveles asistenciales y profesionales para el diagnóstico precoz y el tratamiento de las enfermedades crónicas tiene un importante margen de mejora. Uno de los datos que consideramos más relevantes es que solo el 10 % de los pacientes participa activamente en la toma de decisiones compartidas sobre su tratamiento, lo que refleja que se debe mejorar en ofrecer información sobre las opciones farmacológicas y no farmacológicas y, por supuesto, también hay que mejorar el proceso en la toma de decisiones conjunta y reforzar la información que se facilita sobre los efectos adversos y cómo recortarlos, ya que el número de personas que es informada de estos detalles relacionados con la seguridad y su

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 5

medicación es bajo. El estudio pone en evidencia la importancia de facilitar información completa al paciente sobre su patología y sobre el tratamiento. La toma de decisiones compartidas ayudaría a la adherencia del tratamiento y a la seguridad del paciente, que ambos aspectos son clave para la efectividad del tratamiento, especialmente en los pacientes con enfermedades crónicas. Los pacientes utilizamos múltiples fuentes de información relacionadas con el tratamiento o con la gestión de la enfermedad, siendo la principal los médicos especialistas, seguidos por los médicos de atención primaria, cuya importancia también es muy destacada, Internet y las asociaciones de pacientes. En este sentido, merece especial atención el papel que las entidades de pacientes venimos realizando en el ámbito de la información, adherencia y gestión de la enfermedad, tanto a pacientes, a familiares como a cuidadores. Existe una demanda de atención que no está satisfecha y hay una dificultad de acceso muy importante en lo relativo a la fisioterapia, a la rehabilitación, a la logopedia y a otras terapias. También es muy importante lo que nos expresan los pacientes en cuanto a la dificultad de acceder a la atención psicológica y a las unidades del dolor. El 41 % de los pacientes que no recibe atención domiciliaria considera que la hubiera necesitado en algún momento. Por último, quiero destacar que, en cuanto a la necesidad de asistencia y cuidados personales, el informe revela que la mayoría de los cuidados son blindados por los familiares, ya que, aunque el 56 % afirma necesitarla en distinto grado, solo el 10 % dispone de un cuidador profesional.

Tras todo lo expuesto, y a la luz de los datos reflejados, desde la Plataforma de Organizaciones de Pacientes realizamos diez recomendaciones o propuestas, que me gustaría comentarlas, que son las siguientes. Primera, establecer mecanismos que favorezcan un diagnóstico precoz y certero, que se agilicen las pruebas diagnósticas y que contemos con indicadores que permitan hacer un seguimiento de las mismas. Segunda, mejorar la educación sanitaria general que ayude a la persona a identificar la sintomatología y a solicitar atención sanitaria lo antes posible. Tercera, mejorar la información y la comunicación profesional sanitario paciente para el fomento de la corresponsabilidad y, sobre todo, para conseguir el tan deseado paciente activo. Cuarta, mejorar la coordinación entre profesionales sanitarios y entre niveles asistenciales para garantizar también la continuidad asistencial, lo que más valoramos los pacientes crónicos es contar con esa coordinación entre profesionales y con esa continuidad asistencial en la que realmente necesitamos mejoras. Quinta, flexibilizar la atención a través de la definición de un modelo que contemple la atención presencial, telemática y domiciliaria, acorde con las necesidades específicas del paciente y también en el momento que las necesite. Sexta, invertir y reforzar los servicios de fisioterapia, rehabilitación, logopedia y otras terapias, así como la atención psicológica y el acceso a las unidades del dolor. Séptima, destinar mayores recursos a la atención domiciliaria y a los cuidados, especialmente de las personas más vulnerables y frágiles, como pueden ser las personas con enfermedades crónicas complejas. Octava, desarrollar políticas que favorezcan la cohesión territorial y una mayor cooperación, tanto dentro de la propia comunidad autónoma como entre comunidades autónomas. Novena, implementar las reformas necesarias para garantizar la dignidad del paciente y el respeto a su autonomía, y, décima —y última—, integrar la atención sanitaria y social para poder realizar una atención que realmente esté centrada en la persona.

Los resultados de este barómetro reflejan la importancia de trabajar en la necesaria transformación de nuestro Sistema Nacional de Salud. Debemos dar respuesta a las principales necesidades y problemáticas detectadas y proteger con mayor urgencia a las personas en situación de mayor fragilidad. El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas complejas requieren de unos cuidados especializados que nos lleva inevitablemente a tener que destinar mayores recursos a una atención de calidad y que esté centrada en las necesidades de los pacientes. Desde la Plataforma de Organizaciones de Pacientes y desde todas sus entidades queremos colaborar activamente en avanzar en estos retos sanitarios.

Les agradezco nuevamente la oportunidad de compartir con esta Comisión de Sanidad y Consumo nuestras preocupaciones y propuestas y quedo a su disposición.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Escobar, sobre todo muchas gracias por su buena concreción en el asunto y por trasladarnos el informe tan interesante que nos plantea hoy aquí en la Comisión.

A continuación habrá un turno de palabra para los portavoces que deseen intervenir. Si van a intervenir todos, lo hago por orden. Entiendo que sí que van a intervenir todos, ¿verdad? De acuerdo.

En primer lugar, por el Grupo Parlamentario de Bildu, tiene la palabra el señor Ruiz de Pinedo.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 6

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Buenos días. Quiero agradecerle esta exposición tan concreta, tan ordenada y realmente tan ilustrativa de cómo está la situación de la atención, especialmente de las enfermedades crónicas. Llama la atención ese 41 % del diagnóstico erróneo, porque es una cuestión que viene preocupando a todos los servicios, por lo que lo único que le quería preguntar es: ¿Habría diferencias significativas por patologías?

La señora **PRESIDENTA**: Disculpe, planteen los portavoces las preguntas y ahora al final se contestan todas de forma conjunta. Yo creo que es mejor para el debate. ¿Están de acuerdo?

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Sí, es mejor para el debate.  
Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Republicano, tiene la palabra el señor Eritja.

El señor **ERITJA CIURÓ**: Intervengo muy brevemente. Muchas gracias, señora presidenta.

Muchas gracias, señora Escobar, por la información que nos ha dado. Realmente hay dos temas que considero que son fundamentales. Usted está diciendo que incluso tiene que haber un retorno a la actividad previa —si está de acuerdo con eso— a la pandemia, porque todavía no se ha acogido el ritmo y eso afecta directamente a los crónicos, ya que son los que de alguna manera necesitan un seguimiento.

Ha hablado también de la valoración que se hacía a la atención especializada y, en un segundo plano, de la valoración a la atención primaria. ¿Qué papel tiene la atención primaria? Cuando en principio el doctor o la doctora de cabecera es quien debería de tener un poco esa coordinación y es quien, en todo caso, hace el seguimiento y, si esto es verdad o no. Esto sería un poco este tema.

Para finalizar, simplemente, respecto al tema de la información en la toma de decisiones compartidas sobre el tratamiento, que representa un porcentaje muy bajo, como ha comentado, es un tema que también creo que es importante tener en cuenta.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**. Bienvenida, señora Escobar.

Yo también tengo unas preguntas en la línea de mi compañero, porque usted aquí ha nombrado una serie de problemas, entre varios de los que ha nombrado están los problemas de acceso al diagnóstico y al tratamiento, que la población los percibe como deficientes en ese barómetro; los problemas de comprensión del diagnóstico y del propio tratamiento, que además hace que el paciente se sienta un poco desamparado, porque se lo explican en ciertos términos o no se lo explican lo suficiente con lo que el paciente no sabe exactamente qué es lo que le está pasando ni lo que le espera. Desde luego, es importante la participación en las tomas de decisiones de su propia enfermedad, porque si no comprendes exactamente lo que te está pasando, de mala manera puedes tú tomar decisiones. Eso cuando al paciente se le permite tomar parte en esas decisiones, tanto en el tratamiento como en la comprensión de todo su proceso. Todo esto está mucho más dificultado ahora por la situación de la atención primaria, porque si esto va enfocado, en primer lugar, a las labores de prevención de la enfermedad, es decir, a las labores educativas y a las labores de prevención, que son fundamentales para evitar la enfermedad, y, por supuesto, el acceso a la consulta, el acceso al diagnóstico precozmente y el acceso al tratamiento; todas estas son labores de la atención primaria. ¿Piensan ustedes que es ahí donde hay que hacer hincapié? ¿Creen ustedes que, efectivamente, en toda esta situación de deterioro que sufre la atención primaria, fundamentalmente en recursos humanos, es donde hay que incidir y que es la puerta para abordar este problema?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Buenas tardes. Gracias, señora presidenta.

Buenas tardes. Muchas gracias por su comparecencia. Tengo tres preguntas. La primera, si podría ser más explícita en explicar la disminución del índice de satisfacción, pormenorizando cómo ha ido disminuyendo

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 7

por años. Porque ha dicho usted que ha bajado un punto, más o menos, cada año desde 2017. La segunda, me gustaría saber si ustedes han hecho alguna encuesta para ver el porcentaje de familias en las que se encuentra un enfermo crónico que tienen aseguramiento privado. En España hay 11 millones de personas que tienen un aseguramiento privado y la pregunta es si en las familias, no en el paciente, sino en las familias de personas con patología crónica hay mayor, menor o igual proporción de aseguramiento privado. La tercera es si les ha dado tiempo a ustedes de valorar lo que puede pasar si el llamado proyecto de ley de la señora Darías sale adelante, teniendo en cuenta que, desde nuestro punto de vista, pretende hacer casi imposible los conciertos con la sanidad privada, dado que bajo el concierto se hacen un 6,4% de las pruebas diagnósticas de imagen y el 3,2% de las pruebas diagnósticas de hemodinámica. En fin, son muchos porcentajes, algunos de dos dígitos, y me gustaría saber si han discutido ustedes sobre qué supondrá la disminución de los conciertos privados con respecto al aumento de las listas de espera que, según todas las previsiones de este Gobierno y de sus socios, van a aumentar.

Simplemente eso, muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Angulo.

La señora **ANGULO ROMERO**: Gracias, presidenta.

En primer lugar, quiero agradecerle la comparecencia para presentarnos aquí, un año más, la VI edición del Barómetro EsCrónicos, porque avanzar en la calidad de la atención sanitaria necesita de ese proceso de escucha de todos los agentes que participan del sistema y, en este caso, los pacientes son un pilar fundamental para ello. Si tenemos en cuenta que se estima que, aproximadamente, el 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de hospitalizaciones y el 80% del gasto sanitario corresponde a pacientes con enfermedades crónicas, resultan un poco preocupantes los datos que reflejan este estudio y de los que usted hoy aquí nos ha hecho un resumen. Nos dice que los pacientes suspenden por primera vez, desde que se hace este estudio, la atención sanitaria recibida con un 4,9 frente al 6,7 del año 2017, pero que es algo que ya había comenzado a suceder antes de la pandemia, porque ya en el 2019 había bajado un punto; que la satisfacción con el funcionamiento del sistema en el 2017 era de 6,4 puntos, mientras que en el 2019, insisto, antes de la pandemia, ya había bajado un punto, y en este año 2022, por primera vez, también suspende; que el 62% de los pacientes crónicos tardan un año en recibir el diagnóstico y el 45% tardan dos años y que mientras en el periodo 2015-2017 las personas que decían tener un estado de salud bueno o muy bueno se encontraban en el 48%, ya en el 2019 bajó al 22% y para este año va a ser solo de un 11%. Efectivamente, estas situaciones, como usted nos ha dicho, impactan negativamente en la vida de las personas. Ante esto, ustedes nos hacen una serie de consideraciones y de propuestas que desde el Grupo Popular tomamos debida nota, porque las compartimos y venimos trabajando en ellas, pero el objeto de esta comparecencia era plantearles a ustedes alguna cuestión, por lo que me gustaría preguntarle sobre dos cuestiones concretas. Una de la que ya se ha hablado aquí también y que a mi grupo le preocupa es la atención primaria, porque hemos visto que el informe revela que las personas que valoran positivamente la atención recibida ha caído drásticamente desde el 80% en el 2017; en el 2019, antes de la pandemia, era ya de un 67%, pero es que en este año es de un 43%, es decir, la mitad que en el año 2017. Nosotros le preguntaríamos: ¿Qué medidas creen ustedes —la Plataforma de Organizaciones de Pacientes— que necesita la atención primaria para mejorar la situación en la que se encuentra actualmente? Porque para nosotros, para el Grupo Popular, es una cuestión de atención prioritaria y en eso venimos trabajando, pero hoy no se trata de aportar aquí nuestras medidas, sino de escucharles a ustedes para tomar cumplida nota. La segunda —y última cuestión— es en cuanto a la participación de los pacientes en la toma de decisiones. Desde el punto de vista institucional, administrativo, ejecutivo o como quieran llamarlo, ¿creen que esa participación se está produciendo de manera efectiva? Si no es así o si cree que hay que mejorarla, ¿cómo debería articularse, tanto en el ámbito estatal como en el de las comunidades autónomas, para que esa participación de los pacientes sea realmente efectiva?

Muchísimas gracias por su exposición y como siempre quedamos a su disposición.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Andrés.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 8

La señora **ANDRÉS BAREA**: Muchas gracias, presidenta.

Soy Andrés Barea. Dado que somos dos personas que nos apellidamos Andrés, siempre hay que decirlo, esto resulta recurrente.

Señora Escobar, gracias por su comparecencia y por la información que nos ha ofrecido. Usted viene aquí a traer un tema muy importante —yo creo que de transcurso muy largo— que es el reconocimiento de los pacientes como fin y objetivo de la sanidad pública. La voz de los pacientes nunca ha tenido grandes representaciones. La Ley General de Sanidad, de Ernest Lluch, declaró en 1986 la existencia de la voz de los pacientes y para aquellos que somos profesionales les recuerdo que en todos los despachos estaba la Carta de derechos y deberes del paciente que reconocía ya los derechos de los pacientes, después hubo modificaciones en el 2003 y en el 2011, pero realmente la voz de los pacientes no ha tenido nunca ninguna importancia en la gestión de la sanidad. No ha tenido importancia en la gestión de la sanidad, porque mediáticamente los responsables de la sanidad, los profesionales sanitarios, no han escuchado la voz de los pacientes, y esa es una realidad. Esa es una realidad patente. Hoy en día, y desde hace mucho tiempo, la sanidad está transferida a las comunidades autónomas. Supongo que el grado de insatisfacción habrá bajado relativamente, dado que estos últimos años estábamos viviendo una situación excepcional, y que las listas de espera han aumentado. Han aumentado en las comunidades autónomas, porque ha habido un parón, pero las listas de espera están en las comunidades autónomas, que es donde se gestionan. La verdad es que yo siempre he pensado que el paciente es el objetivo fundamental y la voz del paciente es importante.

Habla usted también de la cronicidad, quizá la cronicidad es la segunda asignatura pendiente, porque hay que reconocer a las personas que han padecido una enfermedad, que puede evolucionar, pero que necesitan revisiones durante toda su vida, no son nuevos pacientes, sino que necesitan revisiones durante toda su vida. Creo que hay alrededor de 19 millones de personas crónicas en España, según el INE, y representan el 80 % del gasto sanitario. Por tanto, la voz de los pacientes es necesaria. Desde la Ley General de Sanidad y desde la Carta de derechos y deberes de los pacientes hasta la ley de equidad, que se debatió el otro día en el Parlamento, no ha habido grandes cambios. No ha habido grandes cambios y ahora existe un gran cambio que es el Foro Abierto. Foro abierto que ya intentó imponer, de alguna manera, aunque no lo consiguió, el ministro de Sanidad, señor Soria, mientras gobernaba Zapatero, y no lo consiguió por los impedimentos de los propios intereses que había dentro del sistema sanitario, pero ahora existe el Foro Abierto. La pregunta es: ¿Si ustedes han hecho aportaciones a la ley de equidad, si se han visto representados a la hora de recoger las aportaciones y qué elementos van a debatirse en ese Foro Abierto?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**:

Ya han podido participar todos los portavoces de los grupos parlamentarios, así que, señora Escobar, tiene la palabra para dar respuesta, en lo que pueda y en lo que esté en condiciones de contestar y, por supuesto, si hay preguntas que le hayan planteado a las que ahora no pueda responder, puede hacerlas llegar como usted considere, pero siéntase siempre cómoda con las preguntas que se le plantean y responda a las que usted pueda contestar.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES** (Escobar Manero): Muchas gracias.

En cuanto a la diferencia por patologías del acceso al diagnóstico hay diferenciadas singulares, porque también depende de dónde viva la persona, ya que existe un tema de territorialidad que también es diferente, con lo cual no tenemos el dato de que haya una patología en la que se tarde más que en otra. El ámbito de esa diferencia por patologías del acceso al diagnóstico depende de muchos factores.

En cuanto al papel de primaria, que lo han comentado ustedes desde diferentes puntos de vista, nosotros consideramos la primaria, cómo no va a ser menos, como el fundamento de nuestro Sistema Nacional de Salud. Yo creo que en la otra comparecencia dejamos claro nuestro apoyo a la atención primaria para la cronicidad y para los ciudadanos en general, porque tiene una labor de prevención y es nuestra puerta de entrada al sistema cuando realizamos un diagnóstico. Estamos en una situación de que cuando vemos un poco las patologías que están representadas en este estudio, que muchas de estas patologías se llevan desde hospitalaria y no se llevan desde primaria. Hay muchas patologías, como la diabetes, que se han pasado a primaria y otras que están más centradas en hospitalaria, que no quiere



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 9

decir que en primaria no tengan una gran labor que hacer. Nosotros ponemos mucho el foco en la continuidad asistencial. Es decir, que no haya diferencia entre lo que me diga el especialista, en lo que me diga primaria o en lo que me diga al enfermero de primaria. Quiero decir que hay una situación de acompañamiento al paciente que creo que hay que abordarla de una manera importante. Nosotros, con el Ministerio de Sanidad y con las comunidades autónomas, estamos trabajando y aportando un poco nuestra perspectiva a todo el plan de primaria que se está realizando y también a todo el tema de la Estrategia de Salud Digital. Estamos muy focalizados en fortalecer la primaria, pero también en fortalecer la continuidad asistencial para que no sigamos generando silos, porque nosotros lo que queremos es una sanidad con una asistencia sanitaria muchísimo más flexible y que se ajuste a las diferentes necesidades de los pacientes. Hay que entender que hay mucha situación de soledad en muchos mayores, que esto hay que contemplarlo, y mucha situación en la que la enfermedad se ha hecho cada vez más compleja. Claro que el dato ha empeorado, la pandemia nos ha pasado por encima a todos, y ese 11 % de pacientes que se sienten muy bien es muy poquito, porque realmente hemos dañado a los pacientes, hemos empeorado los servicios de salud, que hacen lo que pueden, y, en este caso, estamos sufriendo bastante tanto con los nuevos diagnosticados como con las personas que ya estaban enfermas.

En cuanto a la toma de decisiones compartidas, este es un trabajo por hacer, porque a través de la toma de decisiones se construye la relación, cuando explicamos al paciente, para que las conozca, las vías terapéuticas que tiene y cómo cuidarse, hablamos poco de seguridad y creo que la seguridad es fundamental, porque está relacionada con el cuidado de la salud de los pacientes, y esto también lo tenemos en nuestro plan. Desde la plataforma trabajamos con la Agencia Española del Medicamento para que esto sea posible, nos esforzamos incluso en entender las tarjetas de seguridad de cada medicación, y también con el Ministerio de Sanidad. Cada vez se produce una situación en la que las comunidades autónomas, en este caso, están considerando el ámbito de la seguridad como una prioridad, porque yo creo que la seguridad es transversal a todas las áreas y no solo a la dirección de farmacia.

En cuanto a lo que me preguntaban del aseguramiento privado y demás, no lo tenemos en nuestras encuestas. Lo que sí nos trasladan es que el aseguramiento privado de una persona con una enfermedad crónica compleja supone un gasto importante para una familia y de entrada tiene muchas barreras, porque una vez que ya tienes el diagnóstico, si lo tienes antes a lo mejor no, hay que tener en cuenta que la situación de cronicidad y de enfermedad al final lastra la economía de la familia y nos convierten en unas personas mucho más frágiles. Hay que ver que, en este momento de crisis que estamos viviendo, las personas con enfermedades crónicas no estamos protegidas como tal. Tener un problema de salud indica que tienes mayores gastos y, en este caso, menos ingresos relacionados con la entrada. Nosotros lo que queremos es que se solucione todo el tema de concertos. Lo que no queremos, aparte de toda la situación de diagnóstico que tenemos, es que haya un atraso por otro tipo de decisiones. Entendemos que no podemos ir para atrás, porque la situación es bastante grave, tanto en el ámbito de diagnóstico como en el de la atención, viendo también las diferentes situaciones que nos podemos encontrar en cada comunidad autónoma y en determinadas poblaciones.

En cuanto a la participación más efectiva de los pacientes, hemos estado en la Ley de cohesión, por supuesto, y he de decir que cuando se creó la Comisión de Reconstrucción —y lo recuerdo, porque este es un trabajo que hemos hecho desde nuestras entidades— fuimos el único agente social y sanitario que no fue invitado a la misma. De ahí que todos nos reunimos e hicimos fuerza para que esa Comisión aprobase, en este caso, una PNL para que no se provocara una duda dentro de la nueva Ley de cohesión, y así fue posible aprobarla y les doy las gracias a ustedes por el apoyo que siempre nos han proporcionado a nosotros y por la importancia que tiene que un movimiento organizado de pacientes, como en este caso es la plataforma o sus entidades, pueda tener un papel, porque somos un agente activo, ya que desde nuestras entidades damos servicio, aportamos valor y nos sentimos parte del sistema, aunque a veces no se nos considere como tal.

Yo creo que he contestado a casi todo.

Muchísimas gracias. **(Aplausos).**

La señora **PRESIDENTA:** Muy bien, señora Escobar.

Muchísimas gracias. Finalizamos con ese reconocimiento que le hacen todos, al que yo me uno también, por ese trabajo y, sobre todo, por traer la voz de los pacientes aquí al Congreso, a esta Comisión de Sanidad, y por traernos un informe muy interesante, que seguro que nos va a ayudar mucho en nuestro trabajo parlamentario, tanto en el diagnóstico que hacen como en las propuestas, porque, en definitiva,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 10

también nos facilita que hagamos mejor nuestro trabajo, sobre todo pensando en esas personas que tienen enfermedades crónicas y que necesitan estar atendidos y cuidados con la calidad que merecen, y en eso debemos de estar. Así que muchísimas gracias por su comparecencia y por su trabajo. Desde luego, quiero felicitar a la Plataforma de Organizaciones de Pacientes por todo ese servicio que dan a los pacientes y, como decía, porque también son parte del sistema y son de gran utilidad.

Se suspende la sesión para hacer un receso. Volvemos a las tres y treinta minutos con el resto de comparecientes. Les pido a la Mesa y a los portavoces que se queden para que podamos comentar algún tema de la próxima Comisión que tenemos que celebrar.

Muchas gracias.

**Se suspende la sesión a la una y quince minutos de la tarde.**

**Se reanuda la sesión a las tres y treinta y cinco minutos de la tarde.**

— **CONJUNTA DE LA SEÑORA UGARTE OZCOIDI (ADJUNTA A LA PRESIDENCIA DEL CONSEJO ESPAÑOL PARA LA DEFENSA DE LA DISCAPACIDAD Y LA DEPENDENCIA, CEDDD), Y DEL SEÑOR VICEPRESIDENTE PRIMERO DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA (CHACÓN FUERTES), PARA EXPONER LA SITUACIÓN ACTUAL DEL PERFIL DE PSICÓLOGO ANTE LA DEMANDA SOCIAL EN DISTINTOS ÁMBITOS POBLACIONALES, EN ESPECIAL PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LAS PERSONAS MAYORES Y/O EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. (Número de expediente 219/000899).**

La señora **PRESIDENTA**: Buenas tardes, se reanuda la sesión.

En primer lugar, quiero dar la bienvenida a la señora Ugarte Ozcoidi, que es la adjunta a la presidencia del Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia, y también al señor Chacón Fuertes, que es el vicepresidente primero del Consejo General de la Psicología de España. Comparten tiempo de intervención para poder hacer las propuestas que nos traen esta tarde aquí. Por adelantado les agradezco que quieran comparecer en nuestra Comisión de Sanidad y Consumo.

Ya saben cuál es la dinámica porque lo hemos hablado previamente y ya lo habían hablado también con los servicios de la Cámara. También lo conocen los portavoces, porque hemos tenido otra comparecencia esta mañana. Sin más, entramos en el asunto. Se tienen que repartir el tiempo, por supuesto, con flexibilidad, como no puede ser de otra manera.

Tiene la palabra, en primer lugar, la señora Ugarte.

La señora **UGARTE OZCOIDI** (adjunta a la presidencia del Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia, CEDDD): Buenas tardes, presidenta, miembros de la Mesa y portavoces. Señorías, soy Mar Ugarte, adjunta a la presidencia del Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia. Ante todo les quiero agradecer, de verdad, que nos hayan brindado la oportunidad de poder realizar esta comparecencia, cuyo objetivo es trasladarles la profunda preocupación que tenemos en el CEDDD y vivimos día a día ante las continuas carencias de asistencia a la salud mental en nuestro país.

No perdemos el pulso de las entidades, y por eso, antes de empezar permítanme que les presente el CEDDD. El CEDDD es el Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia. Somos una entidad asociativa de carácter representativo, ámbito nacional, que tiene como misión representar a personas mayores, personas en situación de dependencia y personas con discapacidad. Hoy ya representamos a más de tres mil entidades y asociaciones. El CEDDD, en definitiva, representa de forma transversal, abierta y sin exclusiones a todas las personas, asociaciones, entidades e instituciones que trabajan para la defensa, la mejora y la representación de estos colectivos. Nuestra prioridad es poner a la persona en el centro y garantizar al máximo el respeto a sus decisiones de vida con criterios de calidad y de excelencia.

En el actual contexto social, desde el CEDDD venimos a trasladar, repito, nuestra gran preocupación e inquietud por la situación que se atraviesa con el tema de la salud mental. Lo necesitamos y lo pedimos, sobre todo especialmente para los colectivos más vulnerables, para los colectivos de la dependencia y de la discapacidad, para los colectivos de las personas mayores. Ello conduce a que sea necesaria una protección reforzada para estos colectivos, con el objetivo de evitar la exclusión social que se está produciendo. Entre los diferentes ámbitos que requerimos, en especial el que hoy vamos a llevar a cabo, está el de recibir y garantizar una atención psicológica de calidad dirigida a esta población, con el objetivo

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 11

de favorecer un bienestar psicológico que no se está abordando de forma prioritaria como se debería. Los recursos destinados a salud mental eran ya insuficientes antes de la pandemia, pero tras la llegada de la COVID, se hace aún más urgente dotar a todos los ámbitos implicados de los medios necesarios, de forma que la atención comunitaria se convierta ya en una realidad. Solamente voy a dar unos datos que mi compañero desarrollará después. Más del 13 % de los adolescentes de diez a diecinueve años padecen un trastorno mental en el mundo. La idea suicida en jóvenes ha aumentado un 244 % y la ansiedad un 280 %. Casi tres millones de personas tienen un diagnóstico de depresión en España. De cada persona que se muere por suicidio, diez lo intentan y catorce lo piensa. Cada dos horas y un cuarto se suicida una persona en España. Estoy dándoles los datos y tengo nombres y apellidos. Nosotros no perdemos el contacto con las entidades, y les pido a sus señorías que no pierdan el contacto con esa realidad de la calle. En el CEDDD detectamos necesidades vitales sobre el refuerzo en atención primaria de la atención de psicología. Hay varios datos que mi compañero Fernando les dará más pormenorizadamente.

Concluyo. Como una entidad de las más transversales que hay en España, siendo una voz complementaria que somos a las ya existentes, entendemos que es necesario que trabajemos juntos. Nos ofrecemos a esta Comisión para trabajar, teniendo en cuenta la protección y necesidades de los colectivos más vulnerables y con más dificultades para conseguir esa inclusión.

Agradezco otra vez la atención de todas sus señorías, de la presidenta y de la Mesa y doy paso a Fernando Chacón.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Chacón, tiene la palabra.

El señor **VICEPRESIDENTE PRIMERO DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA** (Chacón Fuertes): Señorías, gracias por su atención y por la invitación a participar en esta Comisión. También quiero agradecer muy especialmente al Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia que haya querido compartir con nosotros esta intervención. Para nosotros es muy importante, porque a veces si un colegio profesional solicita una comparecencia parece que siempre pensamos que puede ser por intereses corporativos, cuando es la propia sociedad civil, cuando es el propio tejido asociativo, los afectados, quienes lo solicitan uno se siente reforzado y ve que esa necesidad de atención psicológica es compartida por la sociedad.

Permítanme que mis primeras palabras sean para reconocer algo que me parece que es un hecho palpable, y es la visibilidad y la atención que se ha prestado en esta sede parlamentaria a los problemas de salud mental en los últimos períodos, especialmente después de la pandemia. Pienso que en ningún otro periodo parlamentario se ha hablado tanto de salud mental como en este. Creo que esto es importante reconocerlo. Sin duda, este interés es un reflejo de la importancia que se quiere conceder a la atención en salud mental. Pero déjenme también resaltar que este interés se debe materializar en acciones concretas, como una plasmación en la práctica y también presupuestaria. Recientemente ha habido diversas iniciativas importantes, como el Plan de Salud Mental, que tienen un valor simbólico crucial, incluso para transmitir a la sociedad la importancia que se concede a este tipo de problemas, pero también es verdad que presupuestariamente tienen unas limitaciones considerables.

El reconocimiento de la importancia de una adecuada atención pública a la salud mental de la ciudadanía está recogida como derecho en numerosas estrategias internacionales. La actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, recientemente aprobada, afirma que la atención a la salud mental de las personas y de las comunidades de las que estas forman parte es condición indispensable para el desarrollo de calidad de vida y el ejercicio pleno de una ciudadanía en la que se conjuguen los derechos y deberes. Tal y como estableció en su día la Declaración de Helsinki, de la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental en 2005, no hay salud sin salud mental. No podemos estar más de acuerdo, y seguro que sus señorías coincidirán conmigo.

Uno de los principios básicos de la Estrategia de Salud Mental, recientemente aprobada y consensuada por la Administración central y las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, es considerar a las personas con problemas de salud mental como sujetos de derechos. Con la entrada en vigor en nuestro ordenamiento jurídico, el 3 de mayo de 2008, de la Convención de la ONU de los Derechos de las Personas con Discapacidad, se abordan los problemas de salud mental en esta estrategia como una cuestión de derechos humanos. La persona con problemas de salud mental es titular de todos los derechos, los cuales deben ser respetados. Espero que sus señorías coincidan conmigo en que el ser atendido de forma adecuada es uno de los derechos principales de estas personas; derecho que si bien se cumple en nuestro país *de iure*, está muy lejos en algunos casos de cumplirse *de facto*. En

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 12

la actualidad, en la región de Europa de la OMS la salud mental se ha identificado como una prioridad clave a través del programa de trabajo European Programme of Work, del United Action for Better Health. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la OCDE, elabora actualmente en colaboración con la Comisión Europea una serie de informes en los que se evalúa el progreso hacia sistemas de salud eficaces, accesibles y resistentes en toda la Unión Europea. El informe publicado en 2008 estimaba que el coste total de los problemas de la salud mental representa el 4 % del producto interior bruto de los países de la Unión Europea. Los datos referidos a España recogidos en el informe señalan que el coste de la salud mental en España supone más de 45 000 millones de euros, repartidos en unos 14 000 millones en costes directos en asistencia sanitaria, 12 000 millones en costes directos en programas de Seguridad Social y 18 000 millones en costes indirectos en relación con la disminución de la productividad laboral. No podemos olvidar que los problemas de salud mental constituyen la segunda causa de bajas laborales después de las enfermedades musculoesqueléticas.

Pero más allá de estas frías cifras de coste está el sufrimiento y el deterioro de la calidad de vida de los enfermos y enfermas y de sus familias. No voy a cansarles con muchos datos que, por otra parte, son sobradamente conocidos, pero no puedo dejar de resaltar algunos de ellos. El 1,2 % de la población española sufre psicosis, se estima, más o menos, que pueden ser entre 400 000 o 500 000 personas; El 7,2 % de las personas mayores de setenta y cinco años padece demencia; el 6,7 % de la población general ansiedad, y el 4,1 % trastornos depresivos. Según la encuesta nacional de salud en 2007, el 10 % de la población estaba diagnosticada —diagnosticada, no es una percepción— de un problema mental o psicológico; el 27 % de los pacientes de atención primaria presentan problemas psicológicos o mentales, según los datos de los propios médicos de atención primaria, es un 30 % de las consultas en atención primaria, aunque, lógicamente, en muchos casos iban conjuntamente con otras enfermedades de tipo físico. La pandemia ha triplicado el número de trastornos mentales, según la mayoría de las encuestas, sobre todo en niños, niñas y adolescentes, como bien ha puesto de manifiesto el informe, «Crecer saludable(mente)» de Save the Children. La situación empeora para la infancia y adolescencia que vive en hogares de bajos ingresos, con una probabilidad cuatro veces mayor de sufrir este tipo de trastornos. La prevalencia es significativamente más alta en los grupos sociales más desfavorecidos, con lo cual el no atender no supone simplemente falta de eficacia del sistema de atención, sino que además supone un factor de inequidad. Junto con ello, hay que señalar el incremento en el consumo de ansiolíticos y de psicofármacos. Según los datos de los que disponemos, España es el país del mundo con una mayor tasa de consumo de ansiolíticos, con un incremento de un 4 o un 5 % de un año para otro, es decir, de 2019 a 2020. La mayoría de las prescripciones de estos fármacos se dan en atención primaria ante problemas de salud mental que no son derivados a los centros de salud mental por la saturación que se produce en ellos. Las listas de espera para ser atendidos en un centro de salud mental son de meses, y estamos hablando a lo mejor de enfermedades como una depresión que no atenderla prontamente puede llevar a una cronicación o a consecuencias aún mucho mayores. Pero si grave es la lista de espera para la primera cita, casi más grave es el tiempo que pasa entre consultas. En la práctica privada es bien sabido que normalmente la frecuencia es semanal o a lo mejor quincenal, como mucho; en los centros de salud mental públicos actualmente en nuestro país el tiempo que pasa entre consultas puede ser de meses —estamos hablando de un tratamiento crónico—, lo cual impide, lógicamente, una intervención psicoterapéutica eficaz.

La principal atención que recibe la mayoría de las personas con trastornos mentales en nuestro país es fundamentalmente farmacológica, absolutamente necesaria en muchos casos, nadie lo discute, pero las principales guías de práctica clínica, como las del Instituto Nacional de Excelencia Clínica, el NICE, del Reino Unido, indican que el tratamiento de para la ansiedad y la depresión, los trastornos mentales más prevalentes, es la psicoterapia y no los psicofármacos. Lógicamente, en nuestro sistema estamos cojos en ese sentido, porque tenemos una pata pero nos falta la otra. Por tanto, es necesario incrementar y acercar la atención psicológica y psicoterapéutica a la población. En esta misma línea, el Defensor del Pueblo, un informe de enero de 2020, consideraba urgente que el Gobierno y las comunidades autónomas estudiaran cómo incrementar el servicio de atención psicológica que ofrece el Sistema Nacional de Salud, y esto lo hizo tras constatar que la ratio de psicólogos por habitante apenas había variado en la última década. He de decir que no solo se trata de psicólogos clínicos, las cifras de profesionales de salud mental en nuestro país, tanto de psicólogos clínicos como de psiquiatras, como de enfermeras de salud mental es casi un tercio de la media de la OCDE. Se estima que la media de la OCDE en psicología clínica —quizá sean los datos que más frescos tengo en la memoria— está

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 13

actualmente en 20 psicólogos clínicos por cada 100 000 habitantes. En España la media, con diferencias entre unas comunidades y otras, es de 5 o 6, de 5,5 si no recuerdo mal; es decir, para homogeneizarnos con la media de la OCDE habría que cuadruplicar por lo menos la cifra de profesionales que actualmente están trabajando en el Sistema Nacional de Salud. Eso es esencial en una intervención como la que se realiza para atender los trastornos mentales donde la tecnología tiene poca importancia, los grandes aparataje tienen muy poca importancia, el principal recurso que tiene el Sistema Nacional de Salud para atender los trastornos mentales son los propios profesionales, con suficientes profesionales y además bien formados. Este déficit es especialmente preocupante.

El informe del Defensor del Pueblo, al que hacía alusión antes, decía que era necesario extender la atención al ámbito de la atención primaria y crear más plazas de formación especializada. Este punto de vista coincidía, según el informe, con las quejas ciudadanas que llegaban a la institución, que reflejaban que, a pesar del gran esfuerzo que realizan los profesionales y muchas entidades sociales, existe una insuficiencia estructural de recursos humanos y materiales que se traduce en una pobre respuesta a la demanda existente, que es derivada cada vez más al ámbito privado.

Existen iniciativas en nuestro entorno que nos demuestran que priorizando la atención a los trastornos mentales y con voluntad política es posible mejorar notablemente el tratamiento de los trastornos mentales. Quiero citar aquí, porque supone una experiencia señera que ha sido imitada en muchos países, el programa que inició en 2008 el Reino Unido —lo voy a traducir—, que se llama mejorando el acceso a las terapias psicológicas. Este programa está basado básicamente en un acercamiento del tratamiento psicológico a la población y en prestar una intervención psicológica que esté basada en la evidencia, sobre todo está centrado en problemas de ansiedad y de depresión. Los datos de este programa son espectaculares, porque atendía a casi un millón de personas al año. El 70% de los participantes muestra mejoría, hasta tal punto que la mitad de ellos fueron dados de alta en un año. El éxito de este programa ha hecho que se hayan puesto programas similares en Suecia, Australia y Noruega, por poner solo algunos ejemplos. En España, el ensayo clínico, PsicAP, psicología en atención primaria, aplicado a más de 1500 pacientes con sintomatología ansioso depresiva, y basado en el citado programa, como se ha puesto en evidencia en varios artículos en revistas de impacto, ha puesto de manifiesto su mayor eficacia con respecto a los tratamientos tradicionalmente prestados en el Sistema Nacional de Salud.

La necesidad de incorporar la atención psicológica en la atención primaria está ya reconocida por la propia Administración sanitaria en nuestro país. El marco estratégico para la atención primaria y comunitaria, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2019, incluía como objetivo potenciar la figura del psicólogo o psicóloga clínica en el ámbito del sistema sanitario, entre otras profesiones. Sin embargo, la última actualización de la cartera de servicios comunes de atención primaria no ha incluido la atención en salud mental, ha incluido otras prestaciones absolutamente necesarias, muy importantes, haciendo un esfuerzo presupuestario muy serio, pero de nuevo la atención a la salud mental ha quedado en un segundo plano. Es cierto, por otra parte, que algunas comunidades autónomas ya han puesto en marcha iniciativas para incluir la figura del psicólogo en todos los centros de atención primaria, como pueden ser los casos de Cataluña, Madrid o Canarias, aunque en muchos de ellos de forma todavía incipiente.

Consideramos que España necesita un plan de choque en salud mental, con la dotación presupuestaria necesaria para su puesta en marcha. Si esto era necesario antes de la pandemia, yo creo que después de la pandemia con mucho más motivo. Tras ella, como digo, en algunos casos se ha triplicado la demanda de atención en trastornos mentales. Como observadores, los colegios profesionales de la psicología podemos decir que las consultas de psicología privadas están llenas, en la vida habíamos tenido listas de espera en las consultas privadas, y estamos hablando de un tratamiento que a lo mejor cuesta una media de doscientos cincuenta euros al mes. Muchas de estas personas están haciendo un esfuerzo importante porque no reciben la atención que ellos consideran necesaria en el Sistema Nacional de Salud. Este plan debería incluir, según nuestra consideración, al menos los siguientes aspectos. En primer lugar, habría que hacer un importante esfuerzo en programas preventivos dirigidos a la población general y a colectivos especialmente vulnerables. Yo pediría el esfuerzo mental de recordar, ahora sí recuerdo uno, pero muy reciente, programas preventivos sobre salud mental dirigidos a población general. Cuesta encontrarlo, al menos a mí me cuesta. Estos programas preventivos deben ir dirigidos a aumentar el nivel de información de la población sobre los trastornos mentales y los recursos disponibles en el Sistema Nacional de Salud, ayudando a una detección más temprana de los problemas psicológicos, dotando a las personas de más recursos personales para afrontarlos y reduciendo, un aspecto importantísimo, el estigma que aún sigue

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 14

suponiendo en España la enfermedad mental, y que, como he dicho, es una de las líneas estratégicas incluida en el Plan Estratégico de Salud Mental.

En una situación como la actual, en la que todos los informes coinciden en el notable incremento de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, es imprescindible incluir el bienestar emocional y la salud mental en los contenidos curriculares y extracurriculares de los centros educativos. Pero estos programas no deben ser meramente informativos, sino que deben dirigirse también a reducir algunos de los principales factores de riesgo de la enfermedad mental, y en este caso la colaboración con otros ministerios, con otros ámbitos de la protección sociales es fundamental. Es bien conocido por todos, no creo que haga falta mencionarla, la relación entre clase social e incidencia de determinados trastornos. Lógicamente, los programas de rentas mínimas, de acceso a la vivienda, de empleo, en la medida en la que reducen el estrés que sufren esos colectivos más vulnerables es previsible que también reduzcan la incidencia de determinados trastornos.

Segundo aspecto. Es necesario un plan de formación en los trastornos mentales para los profesionales sanitarios y de los sistemas que atienden a colectivos especialmente vulnerables, servicios sociales, educación, instituciones penitenciarias, personal de residencias, en formación. En el sentido de mejorar la formación, también habría que crear nuevas especialidades sanitarias, como puede ser la especialidad de psicología de la infancia y la adolescencia; se ha creado recientemente la especialidad de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, pero también es necesaria esta especialización en el ámbito de la psicología.

En tercer lugar, como se ha dicho antes, sería necesario un incremento notable de los recursos humanos de los profesionales de la salud mental en nuestro país, lo que conlleva también un aumento de las plazas PIR y MIR de psiquiatría, pero no solo hay que incrementar plazas de formación, sino también las plazas en el Sistema Nacional de Salud. Recientemente alguna comunidad autónoma, como es el caso de Canarias, se ha visto con dificultades para cubrir plazas de especialistas ofertadas. Este déficit de especialistas es urgente solventarlo, ya que en los próximos años se irán jubilando aquellas personas que fueron homologadas como especialistas en psicología clínica cuando se creó la especialidad en 1989. Hay algunos estudios que indican que se va a producir un déficit de especialistas en un plazo relativamente corto.

Este incremento de recursos humanos, que sería otro aspecto, permitiría aumentar la plantilla de profesionales en todos los niveles de atención. Yo he hecho especial hincapié en la necesidad que hay en atención primaria, pero también en los centros de salud mental y en las unidades hospitalarias, así se conseguiría disminuir las listas de espera, los periodos entre consultas y la sobrecarga que sufren actualmente muchos profesionales, no solo de la red de salud mental, sino también de los centros de atención primaria. Equiparar la ratio de profesionales de psicología clínica a la media europea supondría una inversión menor de 400 millones de euros anuales y existen estudios de coste-beneficio. Si tenemos en cuenta que el gasto que supone la atención en salud mental son 40 000 millones al año es fácil hacer un cálculo en el que, con una efectividad casi del 1 %, se hubiera cubierto ya este gasto. Por eso preferimos hablar de inversión, como hablaré más adelante, y no de gasto. No es un dato que estemos manifestando nosotros. Yo me ofrezco a enviarles todos los informes en los que basamos nuestras afirmaciones, pero hay un informe de la London Business School que haciendo un análisis costo-eficacia llega a las mismas conclusiones que estamos planteando, lógicamente en el Reino Unido.

Hace falta también incrementar centros especializados en problemáticas o colectivos específicos. Ya existen centros y unidades especiales para los trastornos alimentarios, para las adicciones y sustancias, para los trastornos de personalidad, pero para los centros de salud mental infanto-juvenil, que todavía son escasos, es importante incrementarlos. Es necesario conseguir una atención integral de las personas con trastornos mentales en todos los ámbitos. La salud no debe ser atendida solo por el Sistema Nacional de Salud. Es preciso coordinar y mejorar la atención de estas personas en todos sus entornos: en los centros residenciales para las personas mayores y en otros dispositivos de atención gerontológica; en los servicios sociales, incluidos los dispositivos que atienden los casos de violencia de género, agresiones sexuales y violencia contra la infancia y la adolescencia, porque es bien conocida la relación entre trauma y enfermedad mental, y en los centros educativos con el fin de mejorar la detección precoz, la intervención temprana y la prevención de los problemas de comportamiento y salud mental, porque realmente esta es una situación preocupante, ya que actualmente en determinados sectores de la población se está normalizando el autolesionarse. Por ejemplo, simplemente por ofrecer un porcentaje, el porcentaje de autolesiones que señalan algunos colectivos es enorme, pero no solo eso, sino que algunos sectores de la población

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 15

adolescente lo están viendo como lo normal, lo cual es especialmente preocupante. También es preciso mejorar la asistencia psicológica en las instituciones penitenciarias y en los centros de internamiento de menores infractores. Según los datos de las sociedades de psiquiatría los índices de trastornos mentales previos o sobrevenidos al encarcelamiento son alarmantes y también hay que mejorar la prevención de los riesgos laborales psicosociales que, como digo, es la segunda causa de bajas laborales.

Señorías, para terminar, somos conscientes de las importantes necesidades que deben de ser cubiertas por el Sistema Nacional de Salud. Somos conscientes también de las limitaciones presupuestarias, y más en una coyuntura económica como la actual, pero consideramos que es el momento de invertir en salud mental y, como decía, digo invertir, no gastar. Numerosos estudios económicos, como citaba, han puesto de manifiesto que la inversión en salud mental es rentable a medio plazo. Pero, como decía al principio de mi intervención, los resultados más importantes no son los económicos, sino los que significarían la mejora de la calidad de vida de estos pacientes y la reducción de la discapacidad y la dependencia producida por estas causas.

Muchas gracias por su atención. Espero no haberme sobrepasado del tiempo y estamos abiertos, por supuesto, a cualquier cuestión que quieran plantearnos, a ampliar la información que consideren necesario o a aportarles los informes o los datos sobre alguna de las cuestiones que he señalado, si son de su interés

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias por sus completas exposiciones y propuestas que nos hacen aquí a la Comisión.

Es el turno de los portavoces que, como saben, si lo desean, tienen un turno para poder plantear o reflexionar sobre este asunto. No sé si la señora Cañadell, que sería al primer grupo parlamentario que le tocaría, desea intervenir. En nombre del Grupo Plural, tiene la palabra.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Gracias, presidenta.

Gracias a don Fernando Chacón y a doña María del Mar Ugarte por sus exposiciones. A mí me gustaría saber, porque usted ha enumerado diversos temas a tratar y a sumar esfuerzos para mejorar, ya que ha hablado de programas preventivos; del plan de formación en los profesionales sanitarios; del incremento de recursos, tanto económicos, como en personal sanitario, en recursos humanos; del tema de la jubilación que nos viene encima, pero si nos tuviéramos que quedar con una sola cosa, cuál creen ustedes que sería en la que tenemos que reforzar más esfuerzos a partir de ayer, no de mañana. Por otra parte, personalmente yo creo que sí que se ha avanzado en temas de salud mental. Existe aún la estigmatización, pero pienso que se ha hecho un buen trabajo y que cada vez va en decremento. Considero que es muy importante aportar más recursos económicos y, sobre todo, recursos humanos. Sí que me gustaría, creo que lo ha dicho usted en la parte final de su intervención, que nos pudiera facilitar estos informes con los que han venido trabajando para poder tener también nosotros acceso a ellos y hacer mejor nuestro trabajo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Cañadell.

A continuación, por el Grupo Parlamentario de Unidas Podemos, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes y bienvenidos, señora Ugarte y señor Chacón. Yo no les voy a hacer ninguna pregunta, porque comparto absolutamente su análisis y, tanto es así que mi grupo parlamentario registró hace un año una ley de salud mental, porque considerábamos que era necesaria, dada la trayectoria que ha habido desde hace cuarenta años de planes y estrategias sobre salud mental, pero que al final se han concretado en muy poquita cosa. Entonces nosotros registramos una ley, que pasó el trámite parlamentario, fue aprobada mayoritariamente, y lleva un año en fase de enmienda. Aquí confieso que mi grupo parlamentario ha sido incapaz de que eso tire para adelante, no hemos podido. Creemos que es una ley que sinceramente abordaba todos los puntos que ha planteado usted. Por ejemplo, los principios que inspiran la ley —le leo tres—: Derecho a disfrutar de salud física y mental, por supuesto; recogía la autonomía personal, el derecho a la libertad, a la intimidad, el derecho a la equidad en el acceso a los servicios, y el respeto a la dignidad. Creemos que los ratios que se establecen en esta ley aproximaban bastante a los profesionales, tanto de enfermería especializada como de psicólogos como de psiquiatras, a la media europea. Abordaba cuestiones como el estigma social, la discriminación

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 16

y la violación de derechos humanos. Pero, ya le digo, ahí está parada y no vemos de qué manera eso puede seguir su andadura. Claro, usted me dirá, para eso está usted ahí, qué va a decirme usted, y reconozco que usted tiene toda la razón del mundo. Pues no hemos podido aprobarla, no somos capaces. Si convence usted al PSOE, se lo agradecería, a ver si conseguimos llegar a algo.

Quizá no existe una apreciación real socialmente, me parece a mí, pero es como si la pandemia hubiera puesto de moda la cuestión de la salud mental, aunque hay una especie de resistencia a reconocer que la salud mental es algo equiparable a una enfermedad cardíaca o a otro tipo de patología, me refiero en cuanto a su importancia. Es que no entiendo por qué no hay ningún problema para que una persona se haga un trasplante de un órgano, con una Organización Nacional de Trasplantes tan bien estructurada y que funciona tan bien, y, sin embargo, no se intente en la salud mental. Yo no sé por qué, no lo sé, no sé por qué nadie aborda esto. Incluso me parece que es como si no se les oyera lo suficiente por parte de los profesionales. Nadie, quiero decir nadie —ninguna persona— se plantearía que uno tuviera problemas para tratarse del cáncer, para su diagnóstico o que esto no lo abordará la sanidad pública. Sin embargo, la sanidad pública en la práctica en cuestión de salud mental no lo está haciendo. Yo le prometo que haremos todo lo posible para que esa ley tire para adelante. Ya le digo que consideramos que los planes y las estrategias son recomendaciones, por lo que una ley forzaría mucho más el tema. Eso es a lo que nosotros, por lo menos —pidiéndole disculpas—, nos comprometemos con usted a intentarlo de nuevo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Señora Ugarte, señor Chacón, muchas gracias. Yo soy hematólogo, aparte de diputado. Nosotros haremos todo lo posible para que la Ley de salud mental del Grupo de Unidas Podemos no salga adelante en absoluto, por una razón. Yo le agradezco mucho que haya mencionado usted también a los psiquiatras. No sé si usted también es psiquiatra. En todo caso, el psiquiatra, desde nuestro punto de vista, es un profesional más formado, porque tiene once años de formación y porque muchas cosas, que son psicológicas, tienen un trasfondo orgánico. Por ejemplo, la insuficiencia renal, el hipotiroidismo y el hipertiroidismo pueden desencadenar problemas psiquiátricos. Nosotros vemos que deben de coexistir las dos profesiones y efectivamente debemos aumentar esto. Ahora bien, esto me recuerda un poco a lo que decía el filósofo Alain, en su libro *Bucéfalo-En busca del alfiler*, en el cual una madre que cuidaba a un bebé estaba muy preocupada porque el niño lloraba muchísimo y ella se hacía cábalas diciendo no le habré tratado bien, soy una madre tardía, a lo mejor no lo deseaba, y resulta que el niño tenía clavado un alfiler. Quiero decir que muchas veces tenemos que buscar las causas. Aquí viene la pregunta. Aparte de que la ley de Podemos es una ley lacaniana y que ya sabemos a dónde ha llegado. Veamos las declaraciones de Irene Montero sobre el asunto de la pedofilia, siguiendo esa cosa de la antipsiquiatría. Es una ley que no tiene en cuenta el enfoque biopsicosocial. Yo quisiera preguntarles sobre un asunto concreto. No sé si ustedes preveían lo que iba a pasar con la epidemia. ¿Qué pasó con el encierro y los niños? ¿Cuál sería la actitud de los psicólogos clínicos ante un nuevo deseo de encerrarnos? Ya sabe usted que nosotros nos hemos opuesto a los encierros y además el Tribunal Constitucional también y nos hemos opuesto a las mascarillas en los niños. ¿Qué pasaría en una nueva epidemia? ¿Qué dirían ustedes? No les pregunto lo que dijeron, no le pongo en problemas, porque era muy difícil prever todo esto por parte de ustedes. Pero en estos momentos, usted ha hecho mención a los niños, permítame que incida en eso. Según una última publicación de JAMA Pediatrías —léaselo usted— hay 10,5 millones de huérfanos en el mundo a causa del COVID, aunque es verdad que hay menos en Europa. ¿Qué impacto han sufrido los niños españoles por esos encierros, por ese miedo, por toda esta situación de miedo inducido y miedo lógico, los dos mezclados? ¿Ustedes han hecho algún estudio sobre esto? Porque fue en septiembre del 2021 cuando, como dice la doctora Medel, las señorías de Podemos presentaron esto, cuando estábamos viendo todos los enormes trastornos psicológicos que había a consecuencia de la epidemia y del encierro ilegal en el que nos metió el Gobierno del presunto doctor. En esos momentos algunos psiquiatras decían lo que usted ha dicho: Vamos a reconocer la psiquiatría de niños y adolescentes. Bien, psicología de niños y adolescentes, lo tenemos que hacer. ¿Hemos hecho algún estudio epidemiológico para ver realmente lo que ha pasado o pasa también como en microbiología, que todavía no sabemos el estatus de inmunidad de los españoles? ¿Tenemos algún estudio de estado de inmunidad de los españoles ante los eventos psicológicos? ¿Tenemos un estudio de prevalencia? ¿Qué piensan hacer ustedes para ello? Desde el Grupo Parlamentario VOX, nosotros vamos a apoyar que



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 17

efectivamente aumenten los psiquiatras y los psicólogos, aunque, como organicistas que somos también, creemos que hay muchas causas orgánicas que influyen.

Termino aquí. Yo soy hematólogo, me venía un paciente y le decía: Hombre, Alejandro, le veo mal. Está usted deprimido, está triste, le veo triste. Bueno, es que estoy deprimido. Oiga, usted tiene una leucemia. ¿Qué tal el trabajo? Pues es que me han echado. Nosotros pensamos que lo que tenemos que corregir son las situaciones materiales y también atender a las espirituales. Nosotros en ese camino le vamos a ayudar. Han sido muchas preguntas. Usted también se ha extendido y además yo he aprendido mucho. Se lo resumo y solamente quiero saber lo siguiente.

La señora **PRESIDENTA**: Pero tiene que resumir ya, señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: A los niños hay que hacerles un estudio epidemiológico, pero qué harían ustedes si de repente al Gobierno se le ocurre otra vez encerrarnos e imponer las mascarillas en los colegios. Esta es una pregunta muy sencilla.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Steegmann.

A continuación, por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Callejas.

El señor **CALLEJAS CANO**: Muy buenas tardes.

Muchas gracias a doña María del Mar Ugarte Ozcoidi y a don Fernando Chacón Fuertes por sus intervenciones y por aportarnos tantos datos sobre su profesión. Yo me voy a centrar en cuatro puntos que me han llamado poderosamente la atención. En primer lugar, la de los recursos humanos. Es preocupante la saturación de pacientes como han comentado en sus intervenciones, pero, aún hay más, algo que como sanitario que soy también me preocupa que es la sobremedicación en vez de un tratamiento, o sea, una persona que puede ser curada o puede ser aliviada con un tratamiento clínico se está sobretratando con medicamentos que a lo mejor no serían necesarios aplicar. Usted ha dado una serie de datos económicos de la inversión que sería necesaria para poder paliar estas circunstancias, pero sí me gustaría que aquilatara el número de profesionales de psicología clínica que haría falta en atención primaria para poder ayudar a solucionar este problema. También le pido su opinión sobre qué piensan sobre la colaboración público-privada. Al igual que, por ejemplo, en otros campos, como puede ser en la odontología existe el PADI, el Programa de Atención Dental Infantil, que utilizan las clínicas privadas para poder desaturar o poder tratar a pacientes de la sanidad y que no haya largas listas de espera, como ha dicho usted que hay, qué opinan de esa colaboración público-privada en el ámbito de la psicología.

También me preocupa muchísimo el dato de que la mayor causa de muerte en personas jóvenes actualmente sea el suicidio. Es un drama, y que para mí es fundamental, como en todos los ámbitos sanitarios, la prevención. ¿Ven adecuado, al igual que, por ejemplo, tras la pandemia, se instauró el tema de la enfermería escolar, que se cree la figura del psicólogo escolar para ayudar precisamente a prevenir desde el origen posibles problemas y que no puedan llegar a situaciones tan dramáticas como es el suicidio, teniendo en cuenta la reciente reforma de la ley educativa en la que la educación especial ha desaparecido? Me preocupa el *bullying* que puedan sufrir personas que tengan algún tipo de discapacidad en la escuela normal. ¿Están a favor de que haya desaparecido la educación especial o prefieren el modelo que se acaba de implantar?

A nivel de la situación profesional de la psicología hay dos temas que también me preocupan. El primero es el intrusismo que probablemente ustedes están padeciendo. Han aparecido gran cantidad de asesores emocionales, la figura de los *coaching*, y también, en muchas ocasiones, los trabajadores sociales o los educadores sociales están solapándose a veces con el trabajo del psicólogo. El segundo aspecto precisamente va encaminado a eso, porque hay veces que la ubicación del psicólogo, dentro de ciertas instituciones, no se sabe si está dentro del ámbito sanitario, si el psicólogo está dentro de los servicios sociales o si el psicólogo está dentro del sistema educativo. Yo creo que debería de ser algo sanitario, pero me gustaría saber su opinión y cómo lo querrían ubicar.

El último aspecto que quiero comentar es la especialización. Me gustaría saber si consideran que es necesaria una mejor definición del perfil profesional y del rol que desempeñan los profesionales de la psicología y establecer mecanismos de especialización en su cualificación profesional para el adecuado desempeño de sus funciones y, por ejemplo, si ven adecuado la creación de una especialidad en psicología de emergencias y de urgencias, dado que venimos de una pandemia. Si es necesario

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 18

crear una especialidad de psicología de la dependencia exclusivamente para dependencia o una psicología especializada en el adolescente precisamente para prevenir esos problemas del suicidio juvenil en la época escolar.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Carmen Andrés.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Gracias, presidenta.

Buenas tardes a todos y a todas. Gracias por su introducción, señora Ugarte, y gracias sobre todo por el trabajo que realiza CEDDD, que trabaja en red con más de 3000 entidades a favor de la no discriminación, de la igualdad de oportunidades, de la inclusión social y laboral, y de la calidad de la atención a las personas con discapacidad y personas dependientes. Gracias también al señor Chacón por la exposición que nos ha hecho sobre la necesidad de reforzar nuestro sistema. Él comentaba que no solamente había que hacerlo en el Sistema Nacional de Salud, sino también en nuestro sistema de atención a la salud mental. En esta línea trabaja nuestro Gobierno con la nueva Estrategia de Salud Mental, que no se actualizaba desde el 2009, es un paso importante, no es la que va a resolver todo, pero es importante con el plan de choque de salud mental para atender las secuelas que nos ha dejado en nuestra sociedad el COVID; la creación de la especialidad de psiquiatría infantil, que también es un paso importante, y la puesta en marcha del 024 para atender las conductas suicidas. Todo en la línea de reforzar, ya digo que no es suficiente, hay que hacer mucho más, y el Gobierno así lo reconoce constantemente. Pero venimos también de un Sistema Nacional de Salud que se está recuperando de unas políticas austerizadas que precisamente no fueron a favor de reforzar la atención a la salud mental de la población, en general, y de las personas con discapacidad y menos de las dependientes. Nuestro grupo tiene un compromiso de trabajo por las personas con discapacidad. Un compromiso para erradicar las discriminaciones que padecen, que las hacen sufrir y que les pueden causar estos problemas de salud mental. Discriminaciones que las aíslan, las sumergen en soledades no queridas, que también van en la línea de su bienestar emocional y de su salud mental y, sobre todo, que vulneran derechos y que restan oportunidades. Nada más hay que ver el informe de la encuesta sobre delitos de odio del 2021, del Ministerio de Interior, en la que casi un 15% de las personas encuestadas consideraban que fueron víctimas de delitos de odio por su discapacidad. Estamos en una sociedad que ha de avanzar y es importante que los poderes públicos, nosotros y nosotras que somos legisladores, trabajemos para eliminar esas discriminaciones. Por ejemplo, nosotros, en nuestro caso, desde aquí, desde el Congreso, instando a que todas las políticas públicas se planteen desde una perspectiva de derechos y de plena ciudadanía, porque así reforzaremos todos los sistemas de protección de esos derechos. Como ya han ido en esta línea algunas leyes que hemos aprobado recientemente como la Ley de protección a la infancia frente a la violencia, con un tratamiento específico del colectivo de niños, niñas y adolescentes con discapacidad; la Ley de igualdad de trato, también con ese tratamiento específico; la ley que reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad o la ley de accesibilidad cognitiva. Pero es que hemos de trabajar más y por eso en nuestro grupo no cejaremos en pedir la reforma del artículo 49 de la Constitución española, que conserva un texto superado por la Convención de 2006, con una terminología obsoleta, para que ese artículo 49 se reforme y reconozca y proteja explícitamente los derechos y libertades de las personas con discapacidad y también la participación de todas las entidades, como las que están representadas hoy aquí, en el diseño de las políticas públicas como garantía de protección de los derechos y de su pleno ejercicio. Por eso invitamos a las derechas del hemiciclo a que abandonen ese enrocamiento y su oposición a esta reforma del artículo 49 de la Constitución, porque es el pilar de la igualdad de trato entre todos los ciudadanos y ciudadanas, también de las personas con discapacidad, y es lo primero que necesitamos, que estas personas se sientan parte de nuestra comunidad, en igualdad de condiciones, con igualdad de derechos, con igualdad de obligaciones, pero, sobre todo, en una situación de igualdad en exigencia para el tratamiento de su posición. Por tanto, nosotros vamos a continuar trabajando en esa línea, queremos y deseamos que todo el mundo se sume y, por supuesto, desde nuestro grupo seguiremos instando a nuestro Gobierno a que mejore el sistema de atención a la salud y, especialmente, a la salud mental.

Gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias a todos los portavoces que han intervenido.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 19

Ahora tienen la palabra la señora Ugarte y el señor Chacón por si quieren dar alguna respuesta o hacer alguna reflexión sobre lo que han planteado, ya saben que este turno es muy breve.

La señora **UGARTE OZCOIDI** (ajunta a la Presidencia del Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y de la Dependencia, CEDDD): Yo creo que hay más preguntas para Fernando que para mí, pero me he sentido aludida en alguna de las intervenciones. Yo creo que la pregunta de la señora Cañadell sobre cuál sería el tema en el que habría que hacer un mayor esfuerzo, creo que pertenece más a Fernando que a mí, con lo cual no es que no quiera responderle, sino que se lo ofrezco a él. Yo quería contestar y hacer una puntualización al señor Steegmann, porque ha habido un momento en el que ha dicho que los psicólogos están —y además yo creo que la defensa la tengo que hacer yo (**Risas**)— menos formados quizás o que los psiquiatras tienen más formación. Yo creo que es diferente. Yo creo que, por lo menos desde el mundo de la discapacidad, yo no soy médico, pero llevo en el mundo de la discapacidad muchísimos años, en España hay una cosa que hacemos muy bien que es curar. El tratamiento durante la fase aguda de los pacientes se hace muy bien, pero la prevención, el pre y el post lo hacemos muy mal o por lo menos tenemos muchas carencias en lo que es la prevención y en lo que es la rehabilitación. Entiendo que la rehabilitación corresponde al psicólogo. Yo también comparto con usted que los dos tienen que cohesionar y tienen que trabajar juntos: psiquiatría y psicología. Yo no considero que sean uno más importante que el otro. Simplemente me ha picado un poquillo eso. Creo que son iguales. Creo que hacen un todo, el uno se encarga de la parte aguda y el otro de la parte rehabilitadora. No sé si está de acuerdo conmigo, pero por lo menos yo lo veo así. (**Risas**).

Quería contestar al señor Callejas, que ya no está, pero me dirijo al Grupo Popular. Ha hecho varias preguntas, entre ellas, sobre cuál es nuestra opinión, de Fernando y mía, sobre la colaboración público-privada. Ha llegado un momento en que esto se ha ideologizado y yo creo que no debería de ser así. Lo que creo es que las asociaciones bastante tienen con tener personas con discapacidad, con lo cual entiendo que hay que conseguir todos los medios, sea de la forma que sea. Yo cuando llego a comparecer ante ustedes y les pido un servicio, me da igual cómo lo hagan, a mí me da igual si lo tienen público o si lo conciertan, yo quiero que me lo den, o sea, yo necesito que me den el servicio. Esto no es ni rojo ni amarillo ni azul (El señor Salvá Verd: Pues no); por lo menos desde el punto de vista de las asociaciones, desde nuestro punto de vista no es así, porque yo quiero el servicio, y a las familias les da igual. A mí que más me da cómo me lo den, si encima no tengo dinero para pagar. Desde el punto de vista asociativo la gente quiere que le den el servicio.

En cuanto a la necesidad del psicólogo escolar él responderá. El *bullying*. El mes que viene, el día 21 de octubre, tenemos unas jornadas sobre el *bullying* y la discapacidad en la escuela, a las que están todos invitados. Vamos a hablar concretamente del *bullying* y la discapacidad, porque el 80 % de los niños con discapacidad sufren *bullying* en el colegio. Es tremendo, es un dato tremendo. Creo que realmente estoy contestando solo al señor Callejas.

Preguntan si estamos de acuerdo o no con la nueva ley educativa. Yo no tengo que estar de acuerdo o no con la ley educativa, yo estoy de acuerdo, vuelvo a repetir, con que los niños y las familias tengan capacidad para elegir el sistema educativo que consideren correcto para sus hijos. Todos tendemos a la inclusión, y además vamos a definir una cosa: la educación es sistemas educativos, tenemos un sistema educativo, y unos modelos educativos: el modelo especial y el modelo ordinario, y uno no es más inclusivo que el otro. ¡Cómo no van a querer los del modelo especial que los niños salgan adelante y se incluyan en la sociedad, por Dios! ¡Pues claro que quieren! ¡Cómo no van a querer! ¿Quién mejor que los padres o los profesionales médicos o sanitarios que llevan a esos niños sabe qué necesitan esos niños? ¿No será lo más correcto que podamos elegir dónde van nuestros hijos? Esa es la opinión que he trasladado desde el CEDDD, con lo que yo considero que son mis competencias, las demás, las que probablemente sean mucho más más técnicas las dejo para Fernando.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Chacón.

El señor **VICEPRESIDENTE PRIMERO DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA** (Chacón Fuertes): Muchas gracias por sus intervenciones. Voy a intentar ser muy telegráfico, aunque hay muchas cosas. Me preguntaban cuál de las medidas priorizaría. Yo priorizaría la accesibilidad de los tratamientos psicológicos. Yo creo que la atención primaria es fundamental, como primera medida, sobre todo porque supone un proceso de normalización, me parece que no es trastorno.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 20

Conocemos la ley de salud mental presentada por Unidas Podemos. Sabe que hicimos numerosas propuestas. Soy consciente del debate que hay sobre si hace falta una ley específica o no, o si es mejor integrar esas medidas en otras leyes. Si decidimos que es mejor integrar esas medidas en otras leyes vale, pero integrémoslas. No vale decir no a la ley, pero no modificamos nada; no sé si me explico. Puede ser necesaria una ley o se puede incluir en otras medidas, pero efectivamente que hay que hacerlo. Me parece importante y era una de las referencias, pero no solo esa, porque hay otras muchas iniciativas de otros partidos a las que me refería al principio al hablar del mayor interés y del debate que se ha suscitado.

En cuanto a la intervención del portavoz de VOX, yo siempre he hablado de profesionales de la salud mental —lógicamente soy psicólogo y defenderé más lo mío—, creo que en varios lugares de mi intervención hablaba de profesionales. He dado los datos de psicología porque son los que tengo más a mano, pero hago referencia a todos. El trabajo conjunto es imprescindible.

Hay dos datos que me he dejado en el tintero. En ratio, Suecia tiene diez veces más profesionales de salud mental que España y Portugal tiene el doble, de todos los profesionales. Ha preguntado a qué nos habíamos referido con respecto a los efectos psicológicos de la pandemia, y me dijo que no del pasado, sino de futuro. Yo le voy a hablar del pasado. El Consejo General de la Psicología publicó el 15 de abril de 2020 un comunicado en relación con las necesidades de la infancia y de la adolescencia en la situación de pandemia, de la necesidad de flexibilizar y de que fueran los primeros que pudieran salir precisamente para evitar los efectos. Ya nos manifestamos sobre ello; no nos hace falta futuro, ya lo hicimos. Efectivamente nos parecía que era un colectivo que necesitaba una flexibilización, porque parecía un poco absurdo que pudieras pasear al perro y nada más. Lo digo por poner un ejemplo, pero son temas menores.

Yo defiendo un enfoque biopsicosocial. Usted ha dicho, con mucha razón, que muchos trastornos mentales, muchos problemas mentales tienen una base ideológica, pero yo le puedo dar el argumento a la inversa. Muchos problemas biológicos tienen su base en problemas mentales, y si no vemos simplemente el efecto que puede tener el estrés en numerosas enfermedades físicas. Somos uno y todo va unido. Si me permite decirlo, me ha parecido un poco biopsicosocial pero un poco organicista, usted mismo lo ha dicho. Lógicamente hago más hincapié en los factores sociales y psicológicos, como dice la OMS probablemente la verdad estará en todo, por eso hace falta trabajar en equipo, y nunca mejor en esto en estos sentidos.

Con respecto a la intervención del Grupo Popular, no sé lo que decirle. Alguien me preguntaba, ¿en qué ámbito estamos, sanitario educativo? El Colegio de Psicólogos siempre ha defendido que la psicología, esté donde esté, sea en educación, sea en laboral, sea en deporte siempre tiene una parte de intervención sanitaria. Siempre hemos dicho lo mismo y por eso defendemos que probablemente haya que modificar algo la regulación. No solo el psicólogo general sanitario hace intervención sanitaria, es que probablemente el psicólogo del deporte también lo hace, el psicólogo en servicios sociales que trabaja con violencia de género también lo hace, porque son nuestras mismas funciones. Pero bueno, esto es para hablarlo en otro momento.

Lo del psicólogo escolar nos parece imprescindible no solo por lo que ha citado, sino porque cada vez la complejidad de la convivencia escolar es mayor, y creo que hacen falta equipos. Es un poco absurdo pensar que en una comunidad escolar solo hacen falta de profesores, sería como decir que en el sistema sanitario solo hacen falta médicos, o en el sistema de servicios sociales solo trabajadores sociales. Los problemas son mucho más complejos. Es verdad, y eso sí quiero decirlo, que la psicología ha sido excluida del sistema educativo absolutamente. Esa es una cuestión pendiente que ya tendremos ocasión de plantearla en otro momento.

Con respecto al intrusismo, nos parece esencial una cierta regulación del nivel que se considera de la psicoterapia, porque parece que psicoterapia la puede hacer cualquiera sin ningún tipo de formación, y no es exclusiva de la psicología, porque la psicoterapia la pueden hacer los psiquiatras y también, en su nivel, las enfermeras de salud mental. Creemos que es imprescindible. En cuanto a las nuevas especialidades, creemos que hacen falta algunas, además de las que he citado anteriormente, quizás, en primer lugar, poner la de infancia y adolescencia; es imprescindible la neuropsicología, la psicooncología, porque son especialidades que ya existen, como los cuidados paliativos. A lo mejor hay alguna que quizás les sorprenda, pero que es esencial: se ha creado la especialidad de psiquiatría forense. Es esencial tener una especialidad de psicología forense. Es un poco llamativo que ahora mismo para emitir informes en el ámbito judicial, con una repercusión importantísima en multitud de facetas de la vida de las personas, y

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 21

por la importancia que pueden tener estos informes en la decisión de los jueces, se exija simplemente una titulación de grado. Creemos que hay que buscar una solución rápidamente.

Por último, en cuanto a la aportación del Grupo Socialista, somos conscientes de las iniciativas y de los esfuerzos que se hacen, también de las limitaciones que tenemos, pero es nuestra obligación decir que hace falta más, que hace falta ir un poquito más allá, ir un poco más lejos, como decía una canción un poco antigua.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Ugarte y señor Chacón por las propuestas que nos han traído en un tema tan importante como es la salud mental. Efectivamente, en esta casa venimos hablando de ello desde hace tiempo y es, desde luego, una prioridad en el debate político. Es cierto que hay que dar pasos y ustedes hoy han traído propuestas muy interesantes que seguro que a todos los grupos parlamentarios, para todos los diputados y diputadas nos ayudarán a hacer el trabajo para que podamos acertar, ya que de ello depende el futuro de tantas personas. Esos datos que nos han dado son espeluznantes y en ello hay que trabajar.

Muchas gracias por su trabajo y por su tiempo.

Esperamos unos segundos para despedir a los comparecientes y dar paso a los siguientes.

— **CONJUNTA DE LA SEÑORA MARTÍNEZ MONEO (VOCAL DEL GRUPO PÁNCREAS Y VÍA BILIAR DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA); DEL SEÑOR REYES MORENO (VOCAL DE RELACIONES CON PACIENTES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA), Y DE LA SEÑORA VICEPRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE CÁNCER DE PÁNCREAS (ACERO ÁLVAREZ), PARA EXPLICAR EL PROBLEMA DEL CÁNCER DE PÁNCREAS. (Número de expediente 219/000900).**

La señora **PRESIDENTA**: Vamos a continuar la sesión dando la bienvenida a los últimos comparecientes. En primer lugar, a la señora Acero Álvarez, que es la vicepresidenta de la Asociación de Cáncer de Páncreas; a la señora Martínez Moneo, que es vocal del grupo páncreas y vía biliar de la Asociación Española de Gastroenterología, y al señor Reyes Moreno, que es vocal de relaciones con pacientes de la Asociación Española de Gastroenterología. Bienvenidos los tres y lo que representan. Muchísimas gracias. Les decía antes de comenzar, pero ahora lo hago aquí, delante de los compañeros de la Comisión, que les agradezco que se hayan amoldado a los cambios que hemos tenido que ir haciendo para poder compaginar con el horario de finalización del Pleno.

Les he comentado la dinámica. Tienen quince minutos en total los tres; después los portavoces dispondrán de un turno para hacer reflexiones o preguntas sobre el asunto que nos traen, y finalmente tendrán una última intervención para contestar a las preguntas o hacer algún comentario sobre lo planteado.

Tiene la palabra, en primer lugar, la señora Acero Álvarez.

La señora **VICEPRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CÁNCER DE PÁNCREAS (Acero Álvarez)**: Buenas tardes. Gracias por recibirnos. Soy Lara Acero, vicepresidenta de la Asociación Española de Cáncer de Páncreas, que va dirigida especialmente a familiares y pacientes. Estoy aquí hoy porque mi padre falleció de cáncer de páncreas. Tenía unos síntomas un poco inespecíficos: le dolía la espalda, había perdido peso, en la consulta del médico de cabecera le habían notado que había bajado un poco de ánimo, etcétera. Pensaba que como yo estaba aquí en Madrid y él estaba allí en Asturias estaba un poco depre porque yo acababa de tener a la niña y quería ver a su nieta. Yo le decía: No te preocupes papá, que ahora cuando vaya allí en verano seguro que te animas; para lo de la espalda te voy a pedir citar en el fisio y tienes que intentar comer un poquito más. De todas formas, la última semana de julio yo ya me subo para Asturias por fin para que todo se arregle. Cuando llego veo que sus ojos están amarillos y decido llevarle a un médico para ver qué está pasando. Nos dicen que seguramente es del hígado, pero que le tienen que hacer una analítica y que ya le dirán. Como acababa de llegar y venía fresca, pues dije: Vámonos directamente al hospital, que te hagan la analítica allí, salimos de dudas y descansamos el fin de semana. Entró en el hospital y solo le dejaron salir dos días para cambiarse del hospital de Gijón al hospital de Oviedo, el HUCA, que era el de referencia, y falleció menos de un mes después, el 3 de septiembre.

Esto es la realidad del cáncer de páncreas y de todos los pacientes y familiares que atendemos en la asociación, lamentablemente. Se me había pasado decir que todos los que participamos en la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 22

asociación lo hacemos de manera altruista, que hemos sido declarados asociación de utilidad pública y que está fundada por una paciente que falleció. Queremos dejar muy claro que el cáncer de páncreas es uno de los cánceres más estancados, es el único tumor maligno cuya mortalidad ha aumentado en los últimos años en ambos sexos. Os voy a dar las cifras para que os hagáis un poco la idea. Se espera que más de 9252 personas sean diagnosticadas este año en España. Pero el dato más duro no es el de los que van a ser diagnosticados, sino el de los que van a fallecer: 8420 morirán antes de cinco años, un alto porcentaje no sobrevivirá.

En cuanto a causa de muerte por cáncer de este tipo de tumores, el cáncer de páncreas está por encima del de mama o el de próstata, que quizás son los cánceres que más conocemos todos. Por eso quería daros la foto de una comparativa de que realmente es verdad que el cáncer de mama afecta a muchísima población, hay 34 750 personas diagnosticadas de cáncer de mama, de las cuales fallecen 6652; sin embargo, de cáncer de páncreas hay 9252 personas diagnosticadas y fallecen 7427 personas. Queremos trasladaros el problema de ese estancamiento en la evolución. Mis compañeros os hablarán de cómo está la investigación ahora mismo y de cuáles son las propuestas que desde aquí os queremos hacer las tres asociaciones para ver si podemos revertir estas cifras.

Os dejo con Emma, que viene en representación de la AEG, para que os hable de la investigación.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la señora Martínez Moneo.

La señora **MARTÍNEZ MONEO** (vocal del grupo páncreas y vía biliar de la Asociación Española de Gastroenterología): Voy a centrarme en ámbito un poquito más médico, pero intentaré hacerlo de un modo relativamente sencillo para que todos lo entendáis (**Apoya su intervención en una presentación digital**). Con los datos que nos ha presentado Lara, simplemente diré que algo tiene que cambiar, porque no podemos seguir así. Además, si miramos un poquito al futuro, ya vemos en estudios que van apareciendo que se cree que en el año 2040 el páncreas no va a ser ni la tercera, ni la cuarta causa de mortalidad por cáncer, sino que ya en el año 2030, o sea en 7 años, va a ser la segunda causa asociada a muerte por cáncer. Creo que tenemos que hacer algo para cambiarlo.

¿Qué podemos hacer? Como contaba Lara con su propia vivencia, realmente los síntomas son muy específicos, es muy difícil saber qué paciente con los síntomas que nos cuenta tiene por debajo un cáncer de páncreas, pero es necesario llegar a tener un diagnóstico precoz de estos pacientes, porque es lo que va a cambiar el pronóstico. Tenemos que ser capaces de diagnosticarlos pronto, de poder operarles y de ofrecerles un tratamiento adecuado. ¿Cómo llegaríamos a tener un diagnóstico precoz? Tenemos que ser capaces de identificar a esas personas que consideramos de alto riesgo, a aquellas personas que tienen una susceptibilidad genética de base, que tienen antecedentes familiares de cáncer de páncreas o incluso de otros cánceres que ya vamos viendo poco a poco que se van relacionando también con el cáncer de páncreas y, por supuesto, a aquellos pacientes que nos van contando unos síntomas que no nos acaban de encajar, como esas pérdidas de peso, esos dolores de espalda inespecíficos, etcétera. Son cosas que nos tienen que hacer saltar la alarma. Pero, claro, no podemos hacer un diagnóstico a todas esas personas que vienen porque son síntomas muy generales. Aquí tenemos el Santo Grial, en lo que queremos profundizar, en lo que queremos aumentar nuestra capacidad de investigación y ser capaces de detectar y de descubrir nuevos biomarcadores. En esto sobre todo juega un gran papel la biopsia líquida —yo creo que ya vais oyendo hablar de ello, se va leyendo en la prensa o en los distintos estudios—, es decir, que mediante analíticas de sangre somos capaces de detectar personas que tienen determinado tipo de tumores. Esto todavía no se ha descubierto mucho para el páncreas, pero estamos en ello. ¿Por qué creo que es importante? Os traigo el estudio Pathfinder —no voy a profundizar mucho—, que son unos resultados preliminares que se publicaron el año pasado en el Congreso de Oncología americano. Escogieron a unos 4000 pacientes completamente asintomáticos —como si nos hacemos una analítica todos los que estamos en esta sala, y algunos más— y les miraron unas sustancias que ellos ya había previsto que podían detectar cáncer. El resultado fue —son resultados muy preliminares, por eso traigo aquí lo que puedo— que en un 1,5 % de los pacientes —vuelvo a repetir que era población sana a la que se hizo una analítica de sangre, o sea, nada invasivo— se diagnosticó lo que ellos llamaban señal cancerosa. A día de hoy están investigando a esos sesenta y dos pacientes, pero ya han descubierto dieciocho pacientes con cáncer, más de la mitad de todos los pacientes diagnosticados con cáncer en estadios precoces y curables, libres de enfermedad, a los que les podemos hacer algo desde un inicio sin llegar a los datos tan horribles que nos ha presentado Lara.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 23

Hay otras técnicas. Si mejoramos la precisión de las técnicas diagnósticas, mejoramos nuestras máquinas y nuestro *software* de detección de tumores, escáneres, resonancias endoscópicas, si somos capaces de ir perfeccionando esas técnicas o, incluso, utilizando la radiómica, imágenes moleculares, vamos a ser capaces antes de detectar por imagen esos tumores y poder ofertarles un tratamiento mejor. ¿Por qué digo esto? Porque los tratamientos precoces en el cáncer son lo único que ha demostrado el cambio de supervivencia. Pero tampoco es pan para todo el mundo. Sabemos que si se focalizan esas cirugías en determinados centros especializados la supervivencia de los pacientes cambia de un 5 a un 30%. ¿Por qué? Porque lo están operando cirujanos que están operando continuamente a estos pacientes y tienen mejores técnicas y mejores materiales. Hay que crear centros especializados. También la neoadyuvancia y la adyuvancia, que son los tratamientos quimioterápicos que se administran a este tipo de pacientes, se tienen que dar en centros de referencia donde se maneje un alto porcentaje de estos pacientes, porque no todo el mundo puede tratar todo, nos encantaría, pero las cosas no son así. Hay que crear estos centros especializados.

¿Qué es lo que nos ha ocurrido en el cáncer de páncreas? Fijaros en la curva. Si hacemos una búsqueda rápida de los artículos que aparecen sobre el cáncer de páncreas, vemos que existe interés, o sea, que la comunidad científica quiere hacer algo para poder investigar y cambiar el paradigma, pero, como en todo, nos encontramos con que no existe una financiación específica para este tipo de tumor, sino que estamos ante una financiación competitiva con otro tipo de tumores que tienen quizá más prevalencia; tenemos que competir con ellos y, por tanto, el presupuesto asignado al cáncer de páncreas apenas llega para poder desarrollar una investigación en condiciones.

Ahora cedo la palabra al doctor Reyes, porque como vocal de pacientes también de la Asociación Española de Gastroenterología está en contacto con los pacientes y sabe qué es lo que necesitan. Creo que va a acabar de englobar un poquito todo lo que os hemos presentado hasta ahora.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Reyes Moreno.

El señor **REYES MORENO** (vocal de Relaciones con Pacientes de la Asociación Española de Gastroenterología): Muchas gracias.

El concepto importante sería un poco por qué de entre los diferentes tipos de cánceres que podíamos haber venido a explicar a esta Comisión de Sanidad hemos elegido el páncreas. La Asociación Española de Gastroenterología tiene relación con diferentes cánceres de diferentes tipos, porque tratamos cáncer de esófago, cáncer de estómago, cáncer de vesícula biliar y cáncer de colon, que son cánceres mucho más frecuentes que este. ¿Por qué en la primera vez que venimos aquí a esta Comisión hablamos del cáncer de páncreas? Porque es el paradigma del cáncer más agresivo al que se enfrenta una persona o al que se pueda enfrentar una persona. Tiene una tasa de supervivencia inferior al 5% a los cinco años y las opciones de tratamiento son mínimas cuando se realizan los diagnósticos y además hemos tenido nulos avances durante los últimos treinta años. Por tanto, estamos frente al paradigma de lo que llamamos un cáncer estancado y un cáncer de altísima agresividad. Sí hemos querido poner el foco en algún sitio lo hemos querido poner en este cáncer, porque es el cáncer que necesita recursos de manera más urgente para tratar de mejorar esa situación. Eso entra dentro del concepto de sensibilizar a la sociedad. Nosotros sabemos eso, pero a veces no hemos sido capaces de transmitirlo adecuadamente a la sociedad, a la sociedad en general, y a las entidades que tienen capacidad para tomar decisiones que pueden influir en ese aspecto, en esa disponibilidad de recursos. Por tanto, este punto nos ha parecido importantísimo a la hora de elegir esto y un poco es un primer mensaje para llevarse a casa.

Queremos hablar también de un punto que es fundamental que es la investigación como herramienta para conseguir mejorar el pronóstico de los pacientes. ¿Por qué? Por dos motivos. A través de la investigación hemos aprendido con otros cánceres, por ejemplo, con el del colon o con el de la mama, que podemos conseguir dos cosas importantísimas. Una, hacer diagnóstico precoz. La palabra cáncer no equivale a muerte, equivale a enfermedad. Si nosotros somos capaces de diagnosticar la enfermedad en estadios iniciales la podemos curar. Eso lo hemos conseguido ya con muchos tipos de cáncer, por desgracia todavía no con el páncreas, pero cuando consigamos mejorar el diagnóstico precoz también lo podremos hacer. Por tanto, hay que mejorar el diagnóstico precoz y los tratamientos. Para conseguir eso, para conseguir investigación que permita hacer esas dos cosas, hace falta recursos económicos. Sin dinero no podemos financiar la investigación y sin investigación no podemos conseguir estos objetivos.

Hablamos también de la atención primaria, que es fundamental. La atención primaria es el elemento central de funcionamiento del sistema sanitario en España y del sistema sanitario público, sin un correcto

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 24

funcionamiento de la atención primaria, que ha sufrido muchísimo con la pandemia, no podemos conseguir un correcto funcionamiento de los programas de diagnóstico precoz. Por tanto, hablar de primaria en este aspecto es fundamental. Otro tema, que también ha comentado Emma, es el de los centros de referencia. Este tipo de cánceres de alta agresividad y que no son de altísima prevalencia requieren de centros específicos en los que se puedan centralizar la asistencia, tanto a nivel de diagnóstico como a nivel de tratamiento. Porque está ampliamente demostrado que centralizar la asistencia cuando hay pocos casos a los que someter a tratamiento es fundamental para conseguir mejorar la eficacia de los tratamientos y la eficiencia, para disminuir la tasa de complicaciones y, sobre todo, lo que perseguimos más que es mejorar la supervivencia de los pacientes. Yo vuelvo a hacer referencia al dato que han dado las compañeras: 8400 casos diagnosticados al año y 7800 muertes al año por cáncer de páncreas. O sea, estamos hablando de un cáncer que es devastador en las personas que lo sufren y, por tanto, poner el foco en él nos ha parecido fundamental.

Un último punto sería poner el énfasis también en la necesidad de facilitar el acceso a los tratamientos. Hay tratamientos de última generación que van apareciendo, que a veces se tienen que pedir como medicación extranjera, se tienen que hacer cosas un poquito especiales para lograrlos, y este sería un punto que también habría que facilitar. Por tanto, esa es un poco la conclusión a grandes rasgos: sensibilizar sobre la importancia del cáncer de páncreas, transmitir la información de lo terrible que es en las personas que lo padecen y, sobre todo, conseguir recursos para investigar en cáncer de páncreas para mejorar el diagnóstico y el tratamiento. Estos son los grandes objetivos.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

Vamos a pasar al turno de portavoces para que también puedan intervenir y plantear sus reflexiones.

Según los grupos parlamentarios que veo, intervendría, por el Grupo Parlamentario VOX, el señor Salvá.

El señor **SALVÁ VERD**: Ante todo, muchísimas gracias por la comparecencia. La verdad es que las cifras que ustedes han dado son tumbativas. Desde VOX lo que sí hemos dicho nosotros varias veces es que somos partidarios de que cada hospital publique sus resultados. Lo que nos parece muy bien —y es un tema que nosotros apoyamos y apoyaremos— es que se centralicen los tratamientos de las patologías que yo las calificaría de difíciles e infrecuentes, puesto que la cirugía de páncreas la conozco bien. La conozco bien, porque cuando era joven yo me dediqué al trasplante de riñón y de páncreas, o sea, sé perfectamente lo que es un páncreas y la dificultad que conlleva. Sé que por la infrecuencia de la patología los servicios de cirugía general se tendrían que especializar. Si hay un centro, por ejemplo, en Mallorca, tendría que ser el centro de referencia. Sé que eso implica algunos piques y guerras entre distintos hospitales y grupos quirúrgicos, conozco muy bien el tema, pero primero está el paciente. Nosotros lo hemos dicho no solo con el tema del cáncer de páncreas, sino con distintos tratamientos como pueden ser trasplantes de riñón y como pueden ser distintos tratamientos CAR-T. El otro día tuvimos aquí una comparecencia que me gustó muchísimo que es de la AME sobre la atrofia muscular espinal cuyos tratamientos también se tienen que especializar. Nosotros somos muy partidarios de esto.

Otra cosa que habéis tocado es el tema de la atención primaria. El mantra que decimos nosotros de la atención primaria, porque los pobres son héroes, o sea, yo siempre me descubro ante los médicos de primaria. A ver quién es el guapo de entre los médicos que estamos aquí que es capaz de ver cincuenta pacientes en una mañana. Como os podéis imaginar cuando ya lleva el quince o el veinte está que no puede más y ya no piensa ni en el cáncer de páncreas ni en el cáncer de próstata. Creo que es un tema político que se tiene que solucionar cuanto antes. Se habla mucho, pero la verdad es que se hace poquísimo, y reconozco que es el pilar y que es fundamental, o sea, que habría que ir ahí. En España tenemos un sistema público hospitalario que es de primerísima calidad, pero la primaria está como enrocada. Aquí no voy a hablar de la primaria, solamente quiero remarcar que sobre lo que ustedes han dicho —el diagnóstico precoz, los marcadores y la investigación de los marcadores—, pensamos que es en lo que habría que incidir. Yo les animo muchísimo a los gastroenterólogos, que sé que sois muy investigadores, no como los quirúrgicos, que nos encanta operar y nada más, a incidir en ese tema, que opino que es fundamental. Es decir, hay que sacar un PSA del cáncer de páncreas, y yo les animo a esto.

Muchas gracias por la comparecencia.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Salvá.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Velasco.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 25

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchísimas gracias, presidenta.

En nombre del Grupo Parlamentario Popular quiero darles la bienvenida, agradecerles la información que nos han facilitado y, sobre todo, este enfoque multidisciplinar, contando la experiencia del paciente y en lo que es el ámbito clínico, pues son las dos aportaciones que nos han hecho. Emma Martínez empezaba diciendo que algo tiene que cambiar y yo creo que además mucho más después de este paréntesis que hemos tenido con el COVID, porque con todo lo que llevan y lo tienen muy bien identificado, lamentablemente la situación del coronavirus nos ha hecho retroceder todavía un poquito más. Desde mi grupo no podemos estar más de acuerdo con ustedes cuando nos han planteado las iniciativas de mejora en cuanto a esa sensibilización, a esa visibilidad que tenemos que dar, y esto también está un poco relacionado con los factores de riesgo. Estamos viendo que los factores de riesgo están relacionados: el envejecimiento, que es cuestión de la agenda; sobre todo el tabaco y el alcohol, pero también hay un componente hereditario. De ahí un poco que igual también la genética tendría que tener un pilar fundamental. En la parte de investigación, por supuesto, esas líneas de investigación se podrían crear a través del Carlos III o de los propios centros o institutos de investigación para que identificarán más con arreglo a la casuística, a los elevados índices de mortalidad y al número de casos, por lo que debemos intentar incrementarlas.

En la atención primaria, qué decir de la atención primaria cuando el número de recursos o de profesionales sanitarios es muy deficitario. Tenemos una variabilidad por toda la geografía española que, por supuesto, va a redundar a la hora de los resultados, de esa prevención inicial que debemos de trabajar en coordinación con todos, con los especialistas como con ese equipo multidisciplinar, en todos los ámbitos de atención. No sé si a raíz de todo eso han trabajado en elaborar guías de colaboración con la primaria para que esos indicadores, antes hablaban de marcadores, de los biomarcadores específicos, con los que tendrían que trabajar. No sé si con respecto a los centros referencia buscan algo semejante a lo que son los CESUR, que ahora mismo ya están establecidos, o tienen previsto otro tipo de coordinación a la hora de identificar los centros de referencia. Desde luego, uno de los problemas que tenemos es la incorporación de los nuevos medicamentos, no solo pasa en el cáncer de páncreas, sino que lamentablemente nos pasa en muchos más procesos asistenciales. Esta es una de las cosas que, según mi grupo parlamentario, no tiene mucho sentido. Hay que buscar la vía de conseguir los tratamientos, como bien nos han indicado, para que los pacientes puedan disponer de ellos, porque estamos hablando de alargar la supervivencia o incluso de curar, ya que en España no los tenemos. Yo creo que es uno de los esfuerzos que tenemos que hacer desde todas las vías —y esto no es una responsabilidad de la comunidad autónoma o del ministerio—, porque al final el profesional lo tiene muy bien identificado, pero la accesibilidad al paciente no llega.

Quiero darles las gracias por estar en esta Comisión y, por supuesto, en todo lo que podamos ayudarles para que el cáncer de páncreas tenga mejores índices, desde luego, puede contar con el Grupo Parlamentario Popular.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Ortega Domínguez.

El señor **ORTEGA DOMÍNGUEZ**: Gracias, presidenta.

Buenas tardes. En primer lugar, quiero agradecerles su asistencia y su exposición concreta y completa, porque creo que ha sido bastante completa y además importante. Ha sido una llamada de atención importante, porque entiendo que, como sucede con la mayoría de las enfermedades, las conocen quienes trabajan en ellas y quienes las sufren, pero la mayoría de la población no conocen los detalles de cómo empiezan muchísimas enfermedades y demás. Si conocieran cómo empiezan, seguramente tendrían otros resultados en un porcentaje quizá más amplio e incluso reduciendo factores de riesgo. Creo que la Organización Mundial de la Salud habla de que se puede reducir el cáncer de páncreas en un porcentaje importante. Aquí hay una cuestión que ha sobrevolado en su exposición —corríjame si me equivoco— y que compartimos plenamente, que es la necesidad de recursos para la investigación científica, principalmente, pero también, evidentemente, para la atención a los pacientes. Eso es algo que va en línea con nuestro Gobierno. Evidentemente, hemos ampliado los recursos para la sanidad en los Presupuestos Generales del Estado, esto es algo que nos cuesta peleas con otras fuerzas políticas. Hemos peleado por conseguir fondos europeos y está el PERTE para la salud de vanguardia, que supondrán 1500 millones en tres años, precisamente para avanzar en medicina de precisión y en terapias avanzadas contra el cáncer,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 26

creo que esto es importante. También hay investigaciones en curso en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas o, al menos, colidera investigaciones, en las que parece ser que van encontrando alguna cuestión importante, como pueda ser algún biomarcador para el diagnóstico precoz de este tipo de cáncer, que ahora está en una fase de ampliar al menos a 5000 muestras para ver si efectivamente eso es así y tener ese biomarcador que se podría detectar con un análisis de sangre. Entiendo que esto sería algo espectacular. Por nuestra parte esa es la disposición, la de seguir aumentando recursos en algo tan importante como es la salud, porque sin la salud no tenemos nada, evidentemente, y aumentarlos para la sanidad, y esa será nuestra pelea. Por eso me gusta también hacer pedagogía cuando vienen comparecientes al Congreso y poner de manifiesto la importancia de que el Estado tenga recursos, porque esos recursos son los que luego se pueden destinar a cuestiones como esta. Cuando se habla de determinadas bajadas generalizadas de impuestos, eso choca con la necesidad de recursos para cosas tan importantes como esta. Me gusta hacer esa pedagogía, porque cualquiera que conozca los Presupuestos Generales del Estado sabe que los límites están muy marcados. Por tanto, la necesidad de tener más recursos para poder destinarlos a cuestiones fundamentales como esta es algo que, como político, me toca hacer esa pedagogía. Por lo demás, quiero reiterarles mi agradecimiento y nuestra disposición a que cuantos más recursos haya para la sanidad mejor.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Ya ha concluido el turno de los portavoces, así que si lo desean pueden intervenir en este último turno en el que pueden contestar o hacer las apreciaciones que consideren.

Tiene la palabra la señora Martínez Moneo.

La señora **MARTÍNEZ MONEO** (vocal del grupo páncreas y vía biliar de la Asociación Española de Gastroenterología): Contestando un poquillo a alguna pregunta que nos habéis hecho. Tengo que decir que sí, que nosotros, tanto desde la Asociación Española de Gastroenterología como también desde la Asociación Española de Pancreatología, estamos trabajando con primaria, pero lo hacemos de una manera altruista. De hecho, va a salir próximamente un curso para formar a los médicos de primaria en patología pancreática, donde hay un apartado específico para el cáncer de páncreas, pero es algo altruista, que lo hacemos porque nosotros queremos y nos implicamos en ello fuera de nuestro trabajo, fuera parte.

En referencia a los centros de referencia, a los CESUR, sabemos que están en marcha y llevan mucho tiempo, pero quizá no sería tanto un CESUR, sino que haya un centro de referencia dentro de cada comunidad autónoma. No queremos que sea tan amplio como los CESUR, sino que por cada comunidad autónoma haya un centro de referencia atendiendo a un determinado volumen de población. Esto según lo que se considere, por ejemplo, por un millón de habitantes de población, este sería el centro de referencia. De acuerdo, pero no tanto los CESUR.

Evidentemente sabemos que los presupuestos están ahí, pero también he explicado en mi diapositiva que nosotros no contamos con una financiación específica para el cáncer de páncreas, sino que tenemos que competir con otras enfermedades como son el cáncer de mama, el cáncer de colon, el cáncer de cérvix, cánceres que son mucho más populares de cara a la visión global que un cáncer de páncreas y realmente el dinero nos llega a lo que nos llega a los investigadores. Evidentemente se agradece, pero llega poco.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el señor Reyes Moreno.

El señor **REYES MORENO** (vocal de Relaciones con Pacientes de la Asociación Española de Gastroenterología): Solo quiero añadir que el comentario sobre primaria es fundamental. Sin primaria la función del sistema sanitario colapsará. Todos los que trabajamos en los hospitales lo sabemos, porque si primaria no funciona bien no puede filtrar bien los pacientes, las urgencias de los hospitales colapsarán y los hospitales colapsarán. O sea, reforzar primaria se ha convertido en un elemento crítico para el sistema sanitario español. Yo creo que este mensaje es fundamental. El impacto de la pandemia por COVID ha sido enorme en todos los tipos de cánceres debido al retraso en los diagnósticos. Por ejemplo, en un estudio que se elaboró dentro del seno de la AEFE pudimos ver cómo todavía hoy en los diagnósticos por cáncer de colon estamos un 30% por debajo de los que diagnosticábamos antes de empezar la pandemia, por lo que el impacto de la pandemia todavía lo estamos sufriendo prácticamente hasta hoy en día.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 755

28 de septiembre de 2022

Pág. 27

En cuanto a los factores de riesgo, hay uno que hay que destacar, porque existe la posibilidad de hacer cosas, que es el tabaco. Ahí hay un tema en el que también están trabajando otras asociaciones de pacientes que es en la ampliación de la Ley Antitabaco. Este es un objetivo fundamental. El tabaco es un cancerígeno de primer orden, responsable de casi la mitad del total de los cánceres que se diagnostican en España. Este es un elemento que es básico.

Respecto al tema de los centros de referencia, como muy bien dice Emma, es básico, y ahí hay un ejemplo que es Cataluña. En Cataluña, cuando alguien tiene un cáncer de páncreas solo hay dos hospitales en toda Cataluña que operan cáncer de páncreas, ninguno más. Ese es un ejemplo, podría haber un centro por cada 3 millones de habitantes o un centro para cada 2 500 000, eso ya es criterio de cada quién, pero hay que tener en cuenta un poco ese mecanismo para mejorar esa vía. Este es un poco el concepto.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Quiero darles las gracias a la señora Martínez y al señor Reyes. Muchísimas gracias por querer venir aquí al Congreso, a la Comisión de Sanidad, a compartir ese trabajo, esos estudios y, sobre todo, esas inquietudes que existen con los problemas que hay para el futuro de los pacientes de cáncer de páncreas. Seguro que para nosotros ha sido muy interesante y las propuestas que nos traen son de mucha ayuda para el trabajo parlamentario que nosotros hacemos, que siempre es nuestro interés y nuestra vocación, más allá de que cada uno lo vea desde su punto de vista según el grupo parlamentario al que pertenece o en el que está, pero a todos nos une querer mejorar especialmente la calidad de vida de los pacientes, esto nos une a todos sin ninguna duda. Por eso creemos que a este tipo de comparencias de trabajo y de reuniones también les damos muchísima importancia, porque significa abrir las puertas del Congreso a la voz de los profesionales, de los pacientes y de los investigadores que nos traen propuestas de muchísima calidad. Así que, de verdad, enhorabuena y muchísimas gracias. Seguro que de aquí saldrán iniciativas que al menos supongan algún pasito para mejorar y, sobre todo, nos quedamos con el testimonio que nos contaba la señora vicepresidenta de lo que ha vivido en primera persona, porque yo creo que esas cosas, al final, cuando puedes poner cara y sentimiento a lo que en un momento dado podemos padecer a cualquiera de nosotros le llega más al corazón y, por qué no decirlo, también nos lleva a comprometernos. Así que enhorabuena y muchísimas gracias.

Se ha acabado nuestra Comisión. Hemos cumplido nuestro trabajo y nuestro orden del día, así que se levanta la sesión.

Buenas tardes, señorías. **(El señor Salva Verd: Muchísimas gracias).**

**Eran las cinco y veinticinco minutos de la tarde.**

### **CORRECCIÓN DE ERROR.**

En el Diario de Sesiones número 712, correspondiente a la Comisión de Sanidad, sesión número 68, celebrada el jueves 23 de junio de 2022, en la página 2, se abre la sesión a la una y cuarenta minutos de la tarde.