



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

XV LEGISLATURA

Serie D:
GENERAL

2 de julio de 2025

Núm. 369

Pág. 1

ÍNDICE

Composición y organización de la Cámara

PERSONAL

299/000004	Personal eventual para la atención de los señores Presidentes de Comisión.	
	Cese	4

Control de la acción del Gobierno

PROPOSICIONES NO DE LEY

Comisión de Asuntos Exteriores

161/002243	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, relativa a la recuperación del carácter de política de Estado de la Política Exterior de España. <i>Desestimación así como enmienda formulada</i>	4
161/002252	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario VOX, relativa a exigir a la República de Cuba el pago inmediato de su deuda con el Reino de España. <i>Desestimación</i>	4
161/002253	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, relativa a la adopción de medidas urgentes para reforzar la red consular ante el aumento de la demanda de solicitudes y servicios. <i>Aprobación así como enmienda formulada</i>	6
161/002257	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, sobre el aumento del gasto militar y la salida de la OTAN. <i>Desestimación así como enmienda formulada</i>	4
161/002260	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, relativa al compromiso de España con la XXX Cumbre Iberoamericana. <i>Aprobación con modificaciones así como enmiendas formuladas</i>	8
161/002262	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, sobre el deterioro de la independencia judicial en México tras la reciente reforma del Poder Judicial. <i>Desestimación</i>	4

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 2

161/002265	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, relativa al desastre humanitario que se está viviendo en la Franja de Gaza. <i>Aprobación así como enmiendas formuladas</i>	10
Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación		
161/000858	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario VOX, relativa a las medidas para el respeto a la cultura, historia y tradición el toro bravo. <i>Desestimación</i>	15
161/001793	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, para la regulación de la pesca accidental del patudo (<i>Thunnus obesus</i>) en el Cantábrico. <i>Desestimación así como enmienda formulada</i>	15
161/001850	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, relativa al apoyo y promoción de la producción ecológica. <i>Aprobación con modificaciones así como enmienda formulada</i>	16
161/002151	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, relativa al impulso en el estudio, desarrollo y aplicación de nuevas técnicas genómicas. <i>Aprobación</i>	17
161/002198	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), relativa a impulsar la creación de un contrato de apoyo a proyectos empresariales en el sector agrario. <i>Aprobación así como enmienda formulada</i>	18
161/002267	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, relativa a la adopción urgente de medidas para afrontar la crisis de precios y rentabilidad en el sector cerealista español. <i>Aprobación así como enmiendas formuladas</i>	19
161/002269	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, de medidas fiscales de apoyo y protección al sector primario. <i>Aprobación así como enmienda formulada</i>	22
Comisión sobre Seguridad Vial		
161/001897	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, relativa a dar a conocer la nueva normativa sobre el uso obligatorio de la señal luminosa V-16. <i>Aprobación así como enmienda formulada</i>	24
161/001991	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario VOX, relativa a la mejora de la seguridad de los trabajadores que prestan su servicio en las carreteras españolas. <i>Aprobación con modificaciones así como enmienda formulada</i>	25
161/002152	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, para promover la utilización de chalecos airbags en conductores de motocicletas de gran cilindrada. <i>Aprobación así como enmienda formulada</i>	26

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 3

- 161/002165** Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, para la autorización de acceso de los vehículos de movilidad personal eléctricos al transporte ferroviario y al transporte urbano e interurbano.
Aprobación así como enmienda formulada 27
- 161/002214** Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), relativa a revisar el sistema de etiquetas ambientales para ajustarlo a las emisiones reales y estudiar la armonización en el seno de la UE para no perjudicar la libre circulación en las zonas transfronterizas.
Desestimación 29

Otros textos

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

- 154/000002** Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental.
Informe de la Subcomisión así como voto particular presentado 29

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 4

COMPOSICIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA CÁMARA

PERSONAL

299/000004

Cese

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2 del Estatuto del Personal de las Cortes Generales, con fecha 23 de junio de 2025, la Excm. Sra. Presidenta del Congreso de los Diputados ha tenido a bien disponer el cese, a propuesta de la Excm. Sra. D.^a Susana Ros Martínez, con efectos de 23 de junio de 2025, de D.^a María del Carmen Lucio Maderuelo, como personal eventual en el cargo de Asistente para la atención de la Presidenta de la Comisión de Igualdad.

Al amparo de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena su publicación en la Sección Congreso de los Diputados del BOCG.

Palacio del Congreso de los Diputados, 23 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

CONTROL DE LA ACCIÓN DEL GOBIERNO

PROPOSICIONES NO DE LEY

Comisión de Asuntos Exteriores

161/002243, 161/002252, 161/002257 y 161/002262

La Comisión de Asuntos Exteriores, en su sesión del día 17 de junio de 2025, adoptó el acuerdo de desestimar las siguientes iniciativas:

— Proposición no de Ley relativa a la recuperación del carácter de política de Estado de la Política Exterior de España (núm. expte. 161/002243), presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025.

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto se inserta a continuación.

— Proposición no de Ley relativa a exigir a la República de Cuba el pago inmediato de su deuda con el Reino de España (núm. expte. 161/002252), presentada por el Grupo Parlamentario VOX, y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025.

— Proposición no de Ley sobre el aumento del gasto militar y la salida de la OTAN (núm. expte. 161/002257), presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025.

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto se inserta a continuación.

— Proposición no de Ley sobre el deterioro de la independencia judicial en México tras la reciente reforma del Poder Judicial (núm. expte. 161/002262), presentada por el Grupo Parlamentario Popular, y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025.

Lo que se publica de conformidad con el artículo 97 del Reglamento del Congreso.

Palacio del Congreso de los Diputados, 25 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Asuntos Exteriores

El Grupo Parlamentario VOX, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa a la recuperación del carácter de política de Estado de la Política Exterior de España (núm expte. 161/002243).

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz adjunto del Grupo Parlamentario VOX.

ENMIENDA NÚM. 1

Grupo Parlamentario VOX

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Recuperar el carácter de política de Estado de la política exterior española, reforzando el papel del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación como órgano rector de la misma.

2. **Cesar, por medio de su Presidente, al ministro de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, José Manuel Albares Bueno.**

3. ~~Impulsar la creación de mecanismos institucionales reales de diálogo y coordinación en materia de política exterior entre el Ejecutivo y los grupos parlamentarios, que se materialicen en puntos de acuerdos.~~ **Someter la acción exterior del Gobierno al adecuado control parlamentario.**

4. ~~Garantizar Asegurar la coherencia interna del Gobierno en relación con la pertenencia de España a la OTAN y el cumplimiento de sus~~ **los compromisos de España en materia de defensa, en especial en lo relativo al incremento del gasto en defensa hasta, como mínimo, un 2% del PIB en el presente ejercicio presupuestario.**

5. Reafirmar el compromiso de España con la legalidad internacional y con las resoluciones de Naciones Unidas en relación con el Sáhara Occidental, corrigiendo el giro unilateral ejecutado por el presidente del Gobierno y restableciendo el equilibrio diplomático con los países del Magreb. ~~especialmente con Marruecos.~~

6. **Rechazar cualquier acuerdo con el Reino Unido sobre Gibraltar que no incluya el inicio de un proceso negociador sobre la recuperación del ejercicio de la soberanía española sobre el Peñón de Gibraltar.**

7. Abstenerse de utilizar la política exterior con fines partidistas.

8. **Promover las medidas legislativas oportunas al objeto de reconcentrar las competencias en materia de Acción Exterior en el Estado.»**

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 6

JUSTIFICACIÓN

Mejora Técnica.

A la Mesa de la Comisión de Asuntos Exteriores

El Grupo Parlamentario Mixto, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley sobre el aumento del gasto militar y la salida de la OTAN (núm. expte. 161/002257).

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**Ione Belarra Urteaga**, Diputada del Grupo Parlamentario Mixto (SUMAR) y Portavoz del Grupo Parlamentario Mixto.

ENMIENDA NÚM. 1

Ione Belarra Urteaga
(Grupo Parlamentario Mixto)

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

Enmienda de adición.

«8. Denunciar y revertir el plan de rearme y los 10.500 millones de euros aprobados por el ejecutivo sin debate ni respaldo parlamentario.

9. Comprometerse a denunciar todos los ulteriores incrementos del gasto militar en el marco de la OTAN que haga este ejecutivo.»

JUSTIFICACIÓN

Justificación: aumentar el grado de ambición política de la propuesta.

161/002253

La Comisión de Asuntos Exteriores, en su sesión del día 17 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley relativa a la adopción de medidas urgentes para reforzar la red consular ante el aumento de la demanda de solicitudes y servicios, presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Implementar un plan, con un calendario definido y dotación presupuestaria, que contemple la creación de al menos noventa nuevas plazas diplomáticas permanentes en la red exterior en el plazo máximo de dos años, con el objetivo de reforzar embajadas y consulados que requieren una ampliación urgente de sus plantillas.

2. Garantizar el cumplimiento del artículo 39.2 de la Ley 2/2014, de 25 de marzo, de la Acción y del Servicio Exterior del Estado, instando al Consejo Ejecutivo de Política Exterior a que elabore con carácter urgente un informe sobre la adecuación del despliegue y estructura

de las misiones diplomáticas, representaciones permanentes y oficinas consulares, conforme a lo dispuesto en la disposición adicional tercera de la mencionada Ley.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 25 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Asuntos Exteriores

El Grupo Parlamentario VOX, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa a la adopción de medidas urgentes para reforzar la red consular ante el aumento de la demanda de solicitudes y servicios.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz adjunto del Grupo Parlamentario VOX.

ENMIENDA NÚM. 1

Grupo Parlamentario VOX

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Implementar un plan, con un calendario definido y dotación presupuestaria, que contemple la creación de al menos noventa nuevas plazas diplomáticas permanentes en la red exterior en el plazo máximo de dos años, con el objetivo de reforzar embajadas y consulados que requieren una ampliación urgente de sus plantillas, **garantizando la adecuada asistencia a los españoles en el exterior**.

2. Garantizar el cumplimiento del artículo 39.2 de la Ley 2/2014, de 25 de marzo, de la Acción y del Servicio Exterior del Estado, instando al Consejo Ejecutivo de Política Exterior a que elabore con carácter urgente un informe sobre la adecuación del despliegue y estructura de las misiones diplomáticas, representaciones permanentes y oficinas consulares, conforme a lo dispuesto en la disposición adicional tercera de la mencionada Ley.

3. **Llevar a cabo una actualización exhaustiva del estudio realizado en 2019 por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación acerca del estado de las oficinas consulares españolas en el extranjero, con especial atención a sus carencias en materia de accesibilidad, seguridad, y capacidad, a los efectos de trazar un plan general para su renovación.**

4. **Avanzar en el proceso de digitalización del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora Técnica.

161/002260

La Comisión de Asuntos Exteriores, en su sesión del día 17 de junio de 2025, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley relativa al compromiso de España con la XXX Cumbre Iberoamericana, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Continuar impulsando la celebración de las Cumbres Iberoamericanas como una herramienta indispensable para el diálogo y la concertación, así como de la cooperación y la solidaridad, que expresen y consoliden este espacio en el cambiante escenario internacional.
2. Apoyar la dimensión parlamentaria de la comunidad iberoamericana, promoviendo que su ciudadanía se sienta representada y sea partícipe en cada país.
3. Seguir incorporando la perspectiva de género como herramienta transversal para alcanzar la equidad entre hombres y mujeres, que garantice una mayor cohesión social en prioridad de la lucha contra el hambre y la pobreza extrema.
4. Dar apoyo al XVI Encuentro Empresarial Iberoamericano, actividad incluida en el calendario de la XXX Cumbre Iberoamericana de Madrid, que se celebrará en 2026, con el fin de trasladar las inquietudes del sector privado iberoamericano a los Jefes y Jefas de Estado y de Gobierno, para que estas sean tenidas en cuenta en la formulación de las políticas públicas que se lleven a cabo en el espacio iberoamericano.
5. Fomentar las alianzas público-privadas, con el fin de mejorar la conexión, implicación y participación del sector privado/empresarial en las reuniones ministeriales, foros y encuentros que se desarrollen a lo largo de la Conferencia Iberoamericana, para abordar conjuntamente las prioridades que existen desde el ámbito empresarial y las Administraciones Públicas, así como para complementar y dotar de contenido la gran cita iberoamericana. Asimismo, reforzar el diálogo y la acción público-privada, tan necesarios para abordar los desafíos comunes a los que se enfrenta el espacio iberoamericano.
6. Contribuir al diseño de estrategias eficaces y coherentes a favor de la movilización de esfuerzos comunes que permitan atajar futuras crisis, que afectan de manera diferente a los países de ambas regiones.
7. Recalcar el valor institucional de la XXX Cumbre de Jefes y Jefas de Estado y de Gobierno Iberoamericanos como centro de orientación y decisión de los objetivos y estrategias comunes que adoptarán las medidas de reforma necesarias y aportarán liderazgo y visión innovadora, la solución de los problemas y satisfacción de las demandas de la ciudadanía.»

A dicha Proposición no de Ley se formularon dos enmiendas, cuyos textos, asimismo, se insertan.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 25 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Asuntos Exteriores

El Grupo Parlamentario VOX, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa al compromiso de España con la XXX Cumbre Iberoamericana.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz adjunto del Grupo Parlamentario VOX.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 9

ENMIENDA NÚM. 1

Grupo Parlamentario VOX

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Impulsar la celebración de las Cumbres Iberoamericanas como espacio para la defensa de la libertad, el Estado de Derecho, la democracia representativa y la soberanía de las naciones iberoamericanas frente a las amenazas del Foro de Sao Paulo y el Grupo de Puebla.

2. Apoyar la dimensión parlamentaria de la comunidad iberoamericana, promoviendo que su ciudadanía se sienta representada y sea partícipe en cada país.

~~3. Seguir incorporando la perspectiva de género como herramienta transversal para alcanzar la equidad entre mujeres y hombres, que garantice una mayor cohesión social en la prioridad de la lucha contra el hambre y la pobreza extrema.~~

~~4-3.~~ Contribuir al diseño de estrategias eficaces y coherentes a favor de la movilización de esfuerzos comunes que permitan atajar futuras crisis, que afectan de manera diferente a los países de ambas regiones.

~~5-4.~~ Recalcar el valor institucional de la XXX Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno Iberoamericanos **como foro legítimo de concertación exclusivamente entre líderes democráticos, que promueva la cooperación entre naciones libres, con respeto a la soberanía, el Estado de Derecho y los derechos fundamentales, excluyendo la participación de regímenes autoritarios.**

5. Denunciar firmemente la presencia e influencia de regímenes autoritarios y criminales en el espacio iberoamericano, como los de Cuba, Venezuela y Nicaragua, que violan sistemáticamente los derechos humanos, persiguen y señalan a la oposición política y atentan contra los principios democráticos.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora Técnica.

A la Mesa de la Comisión de Asuntos Exteriores

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa al compromiso de España con la XXX Cumbre Iberoamericana.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**Miguel Tellado Filgueira**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

ENMIENDA NÚM. 2

Grupo Parlamentario Popular en el Congreso

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Continuar impulsando la celebración de las Cumbres Iberoamericanas como una herramienta indispensable para el diálogo y la concertación, así como de la cooperación y solidaridad, que expresen y consoliden este espacio en el cambiante escenario internacional.

2. Apoyar la dimensión parlamentaria de la comunidad iberoamericana, promoviendo que su ciudadanía se sienta representada y sea partícipe en cada país. **En particular, impulsar el papel del Foro Parlamentario como espacio clave ante los desafíos de los nuevos paradigmas tecnológicos, la globalización y la necesidad de adaptar los marcos normativos a los retos comunes, asignándole un rol fundamental en el fortalecimiento institucional del espacio iberoamericano.**

3. Seguir incorporando la perspectiva de género como herramienta transversal para alcanzar la equidad entre hombres y mujeres, que garantice una mayor cohesión social en la prioridad de la lucha contra el hambre y la pobreza extrema.

4. **Dar un impulso y apoyo decidido al XVI Encuentro Empresarial Iberoamericano, actividad oficial del programa de la XXX Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno, con objeto de trasladar las inquietudes del sector privado de Iberoamérica a los Jefes y Jefas de Estado y de Gobierno para reorientar, en la medida de lo posible, las políticas que se llevan a cabo en el espacio iberoamericano.**

5. **Fomentar una mayor conexión, implicación y participación de la parte privada/empresarial en las reuniones ministeriales que se celebran previamente a la Cumbre, para poder abordar algunas de las prioridades que existen desde el ámbito empresarial, complementar y dotar de contenido la gran cita iberoamericana, y reforzar el diálogo y la acción público-privada, tan necesarios todo aquello que se lleva a cabo en la región.**

6. Contribuir al diseño de estrategias eficaces y coherentes a favor de la movilización de esfuerzos comunes que permitan atajar futuras crisis, que afecten de manera diferente a los países de ambas regiones.

7. Recalcar el valor institucional de la XXX Cumbre de Jefes y Jefas de Estado de Gobierno iberoamericanos como centro de orientación y decisión de los objetivos y estrategias comunes que adoptarán las medidas de reformas necesarias y aportarán liderazgo y visión innovadora para la solución de los problemas y satisfacción de las demandas de la ciudadanía.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

161/002265

La Comisión de Asuntos Exteriores, en su sesión del día 17 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley relativa al desastre humanitario que se está viviendo en la Franja de Gaza, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Adoptar todas las medidas necesarias tanto a nivel nacional, europeo como internacional para lograr el cese definitivo de la catástrofe masacre que está sufriendo el pueblo palestino.

2. Seguir promoviendo en los principales foros internacionales, como así ha aprobado el Grupo de Madrid, el establecimiento de la Resolución de la ONU del 29 de noviembre de 1947, por la que se reconocen los Estados de Israel y Palestina.

3. Continuar trabajando en la materialización de la solución biestatal, único modo de instaurar una paz y una seguridad duraderas para los israelíes y los palestinos y de garantizar la estabilidad de la región a largo plazo. El establecimiento de un Estado Palestino independiente, viable y democrático, que viva en paz y seguridad junto a Israel y el resto de sus vecinos, llevará la paz a la región.

4. Respalda la iniciativa del Gobierno de España sobre la suspensión del Acuerdo de Asociación entre la Unión Europea e Israel, garantizando el cumplimiento de sus obligaciones en cuanto al respeto a los derechos humanos tal como indica el artículo 2 del propio Acuerdo.

5. Reclamar el pleno respeto del derecho internacional y del derecho internacional humanitario y condenar cualquier acto de politización o militarización de la ayuda humanitaria. Exigir la acción inmediata de las autoridades israelíes a adoptar las medidas necesarias para acelerar el fin del bloqueo humanitario que sufre la Franja de Gaza y permitir en cooperación con las Naciones Unidas y las organizaciones humanitarias que trabajan en la zona el acceso sin restricciones a la asistencia humanitaria esencial para la población palestina en Gaza.

6. Condenar la aprobación de asentamientos por parte del Gobierno de Israel, al socavar la viabilidad de la solución de los dos Estados, ser una amenaza para la paz y ser ilegales conforme al derecho internacional.

7. Rechazar la intensificación de la ofensiva militar en Cisjordania, incluidas las operaciones en los campos de refugiados, así como las demoliciones, la creciente violencia de los colonos y el desplazamiento forzoso de miles de palestinos y palestinas, que constituyen violaciones del derecho internacional y el derecho internacional humanitario.»

A dicha Proposición no de Ley se formularon tres enmiendas, cuyos textos, asimismo, se insertan.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 25 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Asuntos Exteriores

El Grupo Parlamentario Mixto, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa al desastre humanitario que se está viviendo en la Franja de Gaza.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**Ione Belarra Urteaga**, Diputada del Grupo Parlamentario Mixto (SUMAR) y Portavoz del Grupo Parlamentario Mixto.

ENMIENDA NÚM. 1

Ione Belarra Urteaga
(Grupo Parlamentario Mixto)

Enmienda a proposición no de ley

De adición

Texto que se propone:

«8. Proceder a la ruptura de relaciones diplomáticas y comerciales con el Estado de Israel.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 12

9. Adopte todas las medidas necesarias para impedir el transporte, tránsito o transferencia de armamento y material militar con destino a Israel desde puertos y aeropuertos españoles, de acuerdo con lo establecido en el Tratado sobre el Comercio de Armas.

10. Proceder a la adopción de un embargo total y efectivo de armas contra Israel.»

JUSTIFICACIÓN

Justificación: se trata de medidas al alcance de la mano del Gobierno de España que tienen por objetivo dar cumplimiento a la legalidad internacional en la materia.

A la Mesa de la Comisión de Asuntos Exteriores

El Grupo Parlamentario VOX, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa al desastre humanitario que se está viviendo en la Franja de Gaza.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz adjunto del Grupo Parlamentario VOX.

ENMIENDA NÚM. 2

Grupo Parlamentario VOX

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

~~1. Adoptar todas las medidas necesarias tanto a nivel nacional, europeo como internacional para lograr el cese definitivo de la catástrofe masacre que está sufriendo el pueblo palestino:~~

~~2. Seguir promoviendo en los principales foros internacionales como así ha aprobado el Grupo de Madrid el establecimiento de la Resolución de la ONU del 29 de noviembre de 1947, por la que se reconoce los Estados de Israel y Palestina:~~

~~3. Continuar trabajando en la materialización de la solución biestatal, único modo de instaurar una paz y una seguridad duraderas para los israelíes y los palestinos y de garantizar la estabilidad de la región a largo plazo. El establecimiento de un Estado Palestino independiente, viable y democrático, que viva en paz y seguridad junto a Israel y el resto de sus vecinos, llevará la paz a la región:~~

~~4. Respaldar la iniciativa del Gobierno de España sobre la suspensión del Acuerdo de Asociación entre la Unión Europea e Israel, garantizando el cumplimiento de sus obligaciones en cuanto al respeto a los derechos humanos tal como indica el artículo 2 del propio Acuerdo:~~

~~Reclamar el pleno respeto del derecho internacional y del derecho internacional humanitario y condenar cualquier acto de politización o militarización de la ayuda humanitaria. Exigir la acción inmediata de las autoridades israelíes a adoptar las medidas necesarias para acelerar el fin del bloqueo humanitario que sufre la Franja de Gaza y permitir en cooperación con las Naciones Unidas y las organizaciones humanitarias que trabajan en la zona el acceso sin restricciones a la asistencia humanitaria esencial para la población palestina en Gaza:~~

~~6. Condenar la aprobación de asentamientos por parte del Gobierno de israelí, al socavar la viabilidad de la solución de los dos Estados, ser una amenaza para la paz y ser ilegales conforme al derecho internacional.~~

~~7. Rechazar la intensificación de la ofensiva militar en Cisjordania, incluidas las operaciones en los campos de refugiados, así como las demoliciones, la creciente violencia de los colonos y el desplazamiento forzoso de miles de palestinos y palestinas, que constituyen violaciones del derecho internacional y el derecho internacional humanitario.»~~

1. Rectificar la posición del Gobierno ante las Instituciones de la Unión Europea sobre la revisión de los fondos destinados a Palestina con el fin de garantizar que estos no acaban en manos de organizaciones terroristas.

2. Proceder a la suspensión del envío de fondos españoles destinados a la cooperación al desarrollo en las zonas de Palestina controladas por la banda terrorista Hamas, hasta que se realicen las verificaciones oportunas sobre el fin último de dichos fondos y haya plenas garantías de que con ellos no se va a financiar la perpetración de actos de terrorismo.

3. Llevar a cabo una auditoría urgente del destino de los pagos realizados por parte de la administración española a las agencias, empresas y ONGs que operan en Palestina con el fin de comprobar que con ellos no se haya contribuido a financiar la perpetración de actos de terrorismo.

4. Revisar los proyectos y programas concretos de la Cooperación Española, especialmente aquellos que se desarrollen en países donde actualmente se encuentren activos grupos terroristas o se tenga constancia de la presencia de redes terroristas, para asegurar la correcta utilización de los fondos y prevenir su malversación y uso en actividades terroristas.

5. Introducir los cambios necesarios en la política de concesión de ayudas y fondos de cooperación para que en ningún caso sean receptores de estos fondos aquellos países, u ONGs, que no colaboren de forma activa en la lucha contra el terrorismo o la inmigración ilegal o justifiquen dichas prácticas delictivas.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora Técnica.

A la Mesa de la Comisión de Asuntos Exteriores

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa al desastre humanitario que se está viviendo en la Franja de Gaza.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**Miguel Tellado Filgueira**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

ENMIENDA NÚM. 3

Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Adoptar todas las medidas necesarias tanto a nivel nacional, europeo como internacional para lograr el cese definitivo de la catástrofe ~~masacre~~ que está sufriendo el pueblo palestino.

2. ~~Seguir promoviendo en los principales foros internacionales como así ha aprobado el Grupo de Madrid el establecimiento de la Resolución de la ONU del 29 de noviembre de 1947, por la que se reconoce los Estados de Israel y Palestina.~~

3. **Reclamar un alto el fuego inmediato, que incluya la liberación de todos los rehenes, la apertura de corredores humanitarios seguros y efectivos en Gaza, y la protección de toda la población civil en cumplimiento del Derecho Internacional Humanitario.**

4. Continuar trabajando en la materialización de la solución ~~biestatal~~ **de dos Estados, como fruto de un proceso negociador y como** único modo de instaurar una paz y una seguridad duraderas para los israelíes y los palestinos y de garantizar la estabilidad de la región a largo plazo. El establecimiento de un Estado palestino independiente, viable y democrático, que viva en paz y seguridad junto a Israel y el resto de sus vecinos, llevará la paz a la región.

5. ~~Respalda la iniciativa del Gobierno de España sobre la suspensión del Acuerdo de Asociación entre la Unión Europea e Israel, garantizado el cumplimiento de sus obligaciones en cuanto al respeto a los derechos humanos tal como indica el artículo 2 del propio Acuerdo.~~ **Analizar la propuesta de suspensión del Acuerdo de Asociación entre la Unión Europea e Israel, garantizado el cumplimiento de sus obligaciones en cuanto al respeto a los derechos humanos tal como indica el artículo 2 del propio Acuerdo.**

6. Reclamar el pleno respeto del derecho internacional y del derecho internacional humanitario y condenar cualquier acto de politización o militarización de la ayuda humanitaria. Exigir la acción inmediata de las autoridades israelíes a adoptar medidas necesarias para acelerar el fin del bloqueo humanitario que sufre la Franja de Gaza y permitir en cooperación con Naciones Unidas y las organizaciones humanitarias que trabajan en la zona el acceso sin restricciones a la asistencia humanitaria esencial para la población palestina en Gaza.

7. Condenar la aprobación de asentamientos por parte del Gobierno israelí al socavar la viabilidad de la solución de los dos Estados, ser una amenaza para la paz y ser ilegales conforme al derecho internacional.

8. Rechazar la intensificación de la ofensiva militar en Cisjordania, incluidas las operaciones en los campos de refugiados, así como las demoliciones, la creciente violencia de los colonos y el desplazamiento forzoso de miles de palestinos y palestinas, que constituyen violaciones del derecho internacional y del derecho internacional humanitario.

9. **Condenar de forma clara e inequívoca el terrorismo de Hamás, Hezbolá y cualquier otra organización terrorista que atente contra la Paz y la seguridad de los dos Estados y la población civil y denunciar el papel desestabilizador de Irán que financia, arma y adoctrina a estos grupos terroristas.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación**161/000858 y 161/001793**

La Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación, en su sesión del día 18 de junio de 2025, adoptó el acuerdo de desestimar las siguientes iniciativas:

— Proposición no de Ley relativa a las medidas para el respeto a la cultura, historia y tradición del toro bravo (núm. expte. 161/000858), presentada por el Grupo Parlamentario VOX, y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 153, de 4 de junio de 2024.

— Proposición no de Ley para la regulación de la pesca accidental del patudo (*Thunnus obesus*) en el Cantábrico (núm. expte. 161/001793), presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 294, de 4 de marzo de 2025.

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto se inserta a continuación.

Lo que se publica de conformidad con el artículo 97 del Reglamento del Congreso.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación

El Grupo Parlamentario VOX, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley para la regulación de la pesca accidental del patudo (*Thunnus obesus*) en el Cantábrico (núm. expte. 161/001793).

Palacio del Congreso de los Diputados, 17 de junio de 2025.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz adjunto del Grupo Parlamentario VOX.

ENMIENDA NÚM. 1**Grupo Parlamentario VOX****Enmienda a proposición no de ley**

Texto que se propone:

Se propone modificar la parte dispositiva quedando como sigue:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Presentar ante la Comisión Europea una propuesta de modificación del modelo de gestión pesquera que contemple la adaptación de las cuotas y permisos de captura a la nueva distribución de especies como el patudo en el Cantábrico.
2. Impulsar estudios científicos que actualicen la información sobre la presencia y abundancia del patudo en el Cantábrico, con el fin de fundamentar cualquier cambio normativo en base a datos objetivos.
3. Defender en el seno de la Unión Europea la necesidad de flexibilizar la normativa pesquera para adaptarla a la evolución de los ecosistemas marinos y los desplazamientos de las especies de interés pesquero.

4. Modificar la Orden APA/372/2020, de 24 de abril, por la que se regula la pesquería de patudo (*Thunnus obesus*) en el Océano Atlántico y se establece un censo de buques autorizados a la pesca de patudo, con el objetivo de reservar un porcentaje del total de la cuota nacional, al menos un 0,5 % antes de su distribución definitiva, para cubrir la captura accidental por parte de flotas no incluidas en el censo de captura dirigida, garantizando así una gestión más equitativa y adaptada a la realidad operativa de dichas flotas.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

161/001850

La Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación, en su sesión del día 18 de junio de 2025, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley relativa al apoyo y promoción de la producción ecológica, presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 304, de 18 de marzo de 2025, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Diseñar un plan estratégico para la producción ecológica que aborde de forma integral los retos de la producción, transformación, comercialización y consumo de productos ecológicos y avance en la consecución de los objetivos del sector de cara a 2030.
2. Continuar promoviendo la producción ecológica por su impacto positivo en el mundo rural, ampliando las políticas públicas que fomenten esta forma de producción, que apoyen la agricultura y ganadería ecológica mediante incentivos y subvenciones y que protejan la biodiversidad, los suelos y los recursos hídricos.
3. Fomentar, a través de campañas y acciones concretas, la promoción de un consumo responsable y la lucha contra el “greenwashing” que pongan de relieve, entre otras cuestiones, sus beneficios para la salud pública, el desarrollo económico local y la sostenibilidad medioambiental.
4. Seguir promoviendo y estimulando la demanda de productos ecológicos aumentando la toma de conciencia acerca de sus beneficios y la confianza de los consumidores en el logotipo ecológico, así como el impulso de la compra pública verde en colaboración con todas las instituciones.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación

El Grupo Parlamentario Socialista, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa al apoyo y promoción de la producción ecológica.

Palacio del Congreso de los Diputados, 18 de junio de 2025.—**Montse Mínguez García**, Portavoz adjunta del Grupo Parlamentario Socialista.

ENMIENDA NÚM. 1

Grupo Parlamentario Socialista

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Diseñar un plan estratégico para la producción ecológica que aborde de forma integral los retos de la producción, transformación, comercialización y consumo de productos ecológicos y avance en la consecución de los objetivos del sector de cara a 2030.
2. Continuar promoviendo la producción ecológica por su impacto positivo en el mundo rural, ampliando las políticas públicas que fomenten esta forma de producción, que apoyen la agricultura y ganadería ecológica mediante incentivos y subvenciones y que protejan la biodiversidad, los suelos y los recursos hídricos.
3. Fomentar, a través de campañas y acciones concretas, la promoción de un consumo responsable y la lucha contra el “greenwashing” que pongan de relieve, entre otras cuestiones, sus beneficios para la salud pública, el desarrollo económico local y la sostenibilidad medioambiental.
4. Seguir promoviendo y estimulando la demanda de productos ecológicos aumentando la toma de conciencia acerca de sus beneficios y la confianza de los consumidores en el logotipo ecológico, así como el impulso de la compra pública verde en colaboración con todas las instituciones.»

161/002151

La Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación, en su sesión del día 18 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley relativa al impulso en el estudio, desarrollo y aplicación de nuevas técnicas genómicas, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 344, de 27 de mayo de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que:

1. Refuerce su compromiso firme y decidido con la aplicación de las Nuevas Técnicas Genómicas (NTG) en el ámbito agrario nacional, como instrumento para afrontar los desafíos climáticos, mejorar la competitividad del sector agroalimentario y garantizar la seguridad alimentaria.
2. Adopte las medidas normativas, técnicas y administrativas necesarias para facilitar la implantación de las NTG en España tan pronto como entre en vigor la nueva regulación europea, asegurando su coherencia con los objetivos de sostenibilidad marcados en el Pacto Verde Europeo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 18

3. Impulse la formación, divulgación y transferencia de conocimiento en materia de NTG entre agricultores, investigadores y agentes del sector, en colaboración con entidades científicas especializadas.

4. Promueva la cooperación internacional en materia de regulación y desarrollo de las NTG y que refuerce la autonomía estratégica de la Unión Europea en materia alimentaria.»

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

161/002198

La Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación, en su sesión del día 18 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley relativa a impulsar la creación de un contrato de apoyo a proyectos empresariales en el sector agrario, presentada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 354, de 10 de junio de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Impulsar la creación de un contrato de apoyo a proyectos empresariales (CAPE) al estilo del regulado en Francia.

2. Introducir algún marco contractual en este sentido en el catálogo de medidas y recomendaciones anunciado en favor del relevo generacional en el sector agrario.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación

El Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas a la Proposición no de Ley relativa a impulsar la creación de un contrato de apoyo a proyectos empresariales en el sector agrario.

Palacio del Congreso de los Diputados, 18 de junio de 2025.—**Àgueda Micó Micó**, Portavoz adjunta del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 19

ENMIENDA NÚM. 1

Grupo Parlamentario Plurinacional
SUMAR

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso insta al Gobierno a:

1. Impulsar la creación de un contrato de apoyo a proyectos empresariales (CAPE), **descartando el impulso de contratos no laborales que puedan generar relaciones de dependencia encubierta en el ámbito del relevo generacional agrario.**
2. Introducir algún marco contractual en este sentido en el catálogo de medidas y recomendaciones anunciado en favor del relevo generacional en el sector agrario, **promoviendo una estrategia integral de apoyo para la incorporación digna y progresiva de jóvenes, con especial atención a las mujeres y al modelo de agricultura social y profesional.**
3. **Desarrollar y reforzar herramientas públicas para facilitar el acceso a la tierra, como:**
 - a. **La creación de un banco de tierras públicas y activo.**
 - b. **Un registro estatal de fincas susceptibles de cesión o arrendamiento con garantías.**
 - c. **Promoción de figuras legales y fiscales que faciliten la transmisión intergeneracional de fincas con criterios sociales.**
4. **Garantizar que cualquier medida orientada al relevo generacional esté alineada con los objetivos de sostenibilidad, arraigo territorial y soberanía alimentaria.»**

JUSTIFICACIÓN

Ante la propuesta de crear un Contrato de Ayuda a Proyectos Empresariales (CAPE), similar al modelo francés, consideramos que hemos de ser prudentes y priorizar un enfoque que no ponga en riesgo los derechos laborales ni fomente modelos de relevo generacional sin garantías. La entrada de jóvenes en el sector agrario no puede depender de fórmulas contractuales ambiguas que puedan encubrir relaciones de dependencia o precariedad. El reto del relevo generacional requiere de herramientas estructurales, con vocación pública, enfoque comunitario y una clara voluntad de dignificar la vida en el campo.

161/002267

La Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación, en su sesión del día 18 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley relativa a la adopción urgente de medidas para afrontar la crisis de precios y rentabilidad en el sector cerealista español, presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Aprobar un paquete de ayudas directas al sector cerealista, con cargo a los fondos de reserva de crisis de la PAC, para compensar las pérdidas por el desplome de precios y el incremento de costes de producción.
2. Reforzar los mecanismos de control en frontera para garantizar que los cereales importados desde terceros países cumplan los mismos estándares sanitarios, ambientales

y laborales que los exigidos a los productores europeos, garantizando que las importaciones cumplan las mismas exigencias que se imponen a los productores nacionales.

3. Controlar y revisar el volumen de cereales importado de terceros países estableciendo las medidas oportunas para permitir un equilibrio de los precios del mercado interior y la rentabilidad de las explotaciones cerealistas españolas.

4. Revisar y flexibilizar las exigencias medioambientales y administrativas derivadas de las políticas y normativas europeas, estableciendo medidas que no limiten los rendimientos de la producción de cereales, flexibilizando la condicionalidad reforzada para poder potenciar al máximo la producción de cereales.»

A dicha Proposición no de Ley se formularon dos enmiendas, cuyos textos, asimismo, se insertan.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación

El Grupo Parlamentario VOX, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa a la adopción urgente de medidas para afrontar la crisis de precios y rentabilidad en el sector cerealista español.

Palacio del Congreso de los Diputados, 17 de junio de 2025.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz adjunto del Grupo Parlamentario VOX.

ENMIENDA NÚM. 1

Grupo Parlamentario VOX

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Aprobar un paquete de ayudas directas al sector cerealista, con cargo a los fondos de reserva de crisis de la PAC, para compensar las pérdidas por el desplome de precios y el incremento de costes de producción.

2. Reforzar los mecanismos de control en frontera para garantizar que los cereales importados desde terceros países cumplan los mismos estándares sanitarios, ambientales y laborales que los exigidos a los productores europeos, garantizando que las importaciones cumplan las mismas exigencias que se imponen a los productores nacionales. **Asimismo, garantizar la aplicación del Principio de Reciprocidad para asegurar que los productos importados cumplen con las normativas internas de la UE y las cantidades arancelarias establecidas en el acuerdo de libre comercio.**

3. Controlar y revisar el volumen de cereales importado de terceros países estableciendo las medidas oportunas para permitir un equilibrio de los precios del mercado interior y la rentabilidad de las explotaciones cerealistas españolas.

4. Revisar y flexibilizar las exigencias medioambientales y administrativas derivadas de las políticas y normativas europeas, estableciendo medidas que no limiten los rendimientos de la producción de cerealista, flexibilizando la condicionalidad reforzada para poder potenciar al máximo la producción de cereales.

5. Rechazar el Pacto Verde Europeo y revertir todas las políticas derivadas de su aplicación, por su impacto negativo en nuestra soberanía alimentaria.

6. Terminar con la Competencia Desleal de terceros países mediante el establecimiento de cupos y promoviendo regulaciones sobre umbrales de producción de terceros países, en especial en el ámbito cerealista, con el fin de garantizar la rentabilidad de las explotaciones españolas.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

A la Mesa de la Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación

El Grupo Parlamentario Socialista, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa a la adopción urgente de medidas para afrontar la crisis de precios y rentabilidad en el sector cerealista español.

Palacio del Congreso de los Diputados, 18 de junio de 2025.—**Montse Mínguez García**, Portavoz adjunta del Grupo Parlamentario Socialista.

ENMIENDA NÚM. 2

Grupo Parlamentario Socialista

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno de España a:

1. Seguir implantando las medidas puestas en marcha por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación para paliar los problemas del sector del cereal, como los de caída en los precios e incremento de costes de producción, a través de todas las herramientas reales y posibles, principalmente por medio de la PAC, que recoge pagos a rentas de índole ambiental, entre otras, y que tienen específicamente en cuenta a estos cultivos, sin olvidar la política de apoyo estructural a las explotaciones, a través del segundo pilar de la PAC ni los apoyos del Sistema de Seguros Agrarios Combinados.

2. Solicitar a la Comisión Europea la aplicación de un seguimiento y vigilancia activa de la evolución de las importaciones, de manera que se puedan detectar posibles distorsiones de mercado y la aplicación de salvaguardas en este caso.

3. Seguir la senda iniciada a través de la eliminación de la BCAM 8.1, relativa al mantenimiento de un porcentaje mínimo de las tierras de cultivo de la explotación como elementos o superficies no productivos, con un enfoque más restrictivo de dicha norma por un enfoque incentivador, en el que el agricultor decide de manera voluntaria si quiere dejar de producir en una determinada superficie a cambio de acogerse a un ecorregimen con una finalidad equivalente a la que tenía la anterior norma.»

161/002269

La Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación, en su sesión del día 18 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley de medidas fiscales de apoyo y protección al sector primario, presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 358, de 17 de junio de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a apoyar fiscalmente al sector primario con la adopción de las siguientes medidas:

a) Ampliar el umbral que permite a agricultores y ganaderos mantenerse en el régimen especial de tributación de los 250.000 euros actuales de ingresos a los 325.000 euros.

b) Elevar el umbral de gastos de 150.000 euros a 250.000 euros para facilitar la aplicación del método de estimación objetiva en el IRPF de forma definitiva, sin tener que ampliarse dicho umbral cada año por Real Decreto.

c) Incrementar los porcentajes de compensación de IVA soportado y repercutido, pasando las actividades agrícolas y forestales de un 12 % a un 13,5 %; y las actividades ganaderas de un 10,5 % a un 12 %.

d) Deducir o compensar íntegramente el IVA sobre el exceso de inversión en maquinaria o medios de explotación de los tres últimos años para fomentar la modernización y competitividad de las explotaciones.

e) Mayor flexibilidad en la forma de calcular el umbral de facturación, pudiendo elegir el resultado del último ejercicio o la media de los tres últimos ejercicios.

f) Deducción del 25 % del coste del seguro agrario satisfecho por el titular de la explotación.

g) Exención de tributación en la declaración de la renta de las ayudas directas recibidas por agricultores y ganaderos, así como en la base imponible del impuesto de sociedades.

h) Ampliación de los gastos de difícil justificación, pasando de 2.000 euros a 3.000 euros anuales para los empresarios titulares de explotaciones que tributen en estimación directa.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión de Agricultura, Pesca y Alimentación

El Grupo Parlamentario VOX, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas a la Proposición no de Ley de medidas fiscales de apoyo y protección al sector primario.

Palacio del Congreso de los Diputados, 17 de junio de 2025.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz adjunto del Grupo Parlamentario VOX.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 23

ENMIENDA NÚM. 1

Grupo Parlamentario VOX

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

Se propone modificar la parte dispositiva quedando como sigue:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Apoyar fiscalmente al sector primario con la adopción de las siguientes medidas:

a) Ampliar el umbral que permite a agricultores y ganaderos mantenerse en el régimen especial de tributación de los 250.000 euros actuales de ingresos a los 325.000 euros.

b) Elevar el umbral de gastos de 150.000 euros a 250.000 euros para facilitar la aplicación del método de estimación objetiva en el IRPF de forma definitiva, sin tener que ampliarse dicho umbral cada año por Real Decreto.

c) Incrementar los porcentajes de compensación de IVA soportado y repercutido, pasando las actividades agrícolas y forestales de un 12% a un 13,5%; y las actividades ganaderas de un 10,5% a un 12%.

d) Deducir o compensar íntegramente el IVA sobre el exceso de inversión en maquinaria o medios de explotación de los tres últimos años para fomentar la modernización y competitividad de las explotaciones.

e) Mayor flexibilidad en la forma de calcular el umbral de facturación, pudiendo elegir el resultado del último ejercicio o la media de los tres últimos ejercicios.

f) Dedución del 25% del coste del seguro agrario satisfecho por el titular de la explotación.

g) Exención de tributación en la declaración de la renta de las ayudas directas recibidas por agricultores y ganaderos, así como en la base imponible del impuesto de sociedades.

h) Ampliación de los gastos de difícil justificación, pasando de 2.000 euros a 3.000 euros anuales para los empresarios titulares de explotaciones que tributen en estimación directa.

j) Promover de forma permanente la aplicación de un tipo impositivo del 0% en el IVA para los productos básicos de alimentación, incluyendo expresamente los aceites de oliva y de semillas, las pastas alimenticias, las carnes y los pescados, al ser considerados bienes esenciales.

2. Impulsar un plan integral de relevo generacional para el sector primario, que contemple al menos las siguientes acciones:

a) Desarrollar nuevos programas de formación profesional de carácter práctico, que permitan a los jóvenes adquirir experiencia real en el ámbito del sector primario.

b) Establecer reducciones fiscales y bonificaciones en las cargas sociales a aquellas explotaciones que incorporen jóvenes como nuevos empleados.

c) Poner en marcha campañas de comunicación y promoción del sector primario que resalten su valor cultural, económico y estratégico, especialmente dirigidas a las nuevas generaciones.

d) Crear líneas de financiación específicas con tipos de interés reducidos para jóvenes emprendedores que se incorporen al sector primario.

3. Adoptar medidas que garanticen la rentabilidad y viabilidad de las explotaciones agrarias españolas, asegurando el equilibrio en la cadena alimentaria.

a) Combatir la competencia desleal de países extracomunitarios mediante el refuerzo de los mecanismos de control de importaciones.

b) Garantizar una correcta y eficaz aplicación de la Ley 12/2013, de 2 de agosto, de medidas para mejorar el funcionamiento de la cadena alimentaria, asegurando con ello la protección y la rentabilidad de agricultores y ganaderos españoles.»

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

Comisión sobre Seguridad Vial**161/001897**

La Comisión sobre Seguridad Vial, en su sesión del día 16 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley relativa a dar a conocer la nueva normativa sobre el uso obligatorio de la señal luminosa V-16, presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 313, de 31 de marzo de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que se lleven a cabo cuantas medidas y campañas comunicativas y de difusión sean necesarias para dar a conocer la normativa sobre el uso obligatorio de la señal luminosa V-16, con el objetivo de reducir la siniestralidad vial producida por atropellos a peatones —especialmente en las vías de alta capacidad—, así como a incentivar su uso en todos los vehículos, habida cuenta que será obligatorio su uso a partir de enero del año 2026.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión sobre Seguridad Vial

El Grupo Parlamentario Socialista, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas a la Proposición no de Ley relativa a dar a conocer la nueva normativa sobre el uso obligatorio de la señal luminosa V-16.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**Montse Mínguez García**, Portavoz adjunta del Grupo Parlamentario Socialista.

ENMIENDA NÚM. 1**Grupo Parlamentario Socialista**

Enmienda a proposición no de ley

De modificación

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que se **continúen** llevando a cabo cuantas medidas y campañas comunicativas y de difusión sean necesarias para dar a conocer la normativa sobre el uso obligatorio de la señal luminosa V-16, con el objetivo de reducir la siniestralidad vial producida por atropellos a peatones —especialmente en las vías de alta capacidad—, así como a incentivar su uso en todos los vehículos, habida cuenta que será obligatorio su uso a partir de enero del año 2026.»

161/001991

La Comisión sobre Seguridad Vial, en su sesión del día 16 de junio de 2025, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley relativa a la mejora de la seguridad de los trabajadores que prestan su servicio en las carreteras españolas, presentada por el Grupo Parlamentario VOX y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 323, de 15 de abril de 2025, en los siguientes términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a promover las siguientes medidas:

1. Impulsar una campaña mediática de sensibilización y concienciación, por parte de la Dirección General de Tráfico, dirigida a los conductores y usuarios de las vías, con el objetivo de reducir los accidentes que afectan tanto al personal que trabaja en las carreteras como a los operarios de vehículos de auxilio en carretera y a los operarios de conservación y mantenimiento de carreteras.
2. Garantizar la máxima visibilidad y seguridad de los vehículos grúa mediante señalización adecuada, así como la dotación y uso obligatorio de equipos de protección individual (EPIs) por parte de los operarios de auxilio en carretera.
3. Avanzar en la conectividad y el uso de tecnologías innovadoras, incluyendo la implementación de dispositivos de preseñalización de accidentes VI6 en el caso de los operarios de auxilio en carretera y la integración con aplicaciones digitales, que permitan alertar a los usuarios sobre situaciones de emergencia en tiempo real. Asimismo, implementar conos conectados y la señal V2 IoT para fortalecer la seguridad de los operarios de conservación y mantenimiento de carreteras.
4. Mejorar la señalización viaria para alertar a los usuarios sobre el desarrollo en la vía de la actividad de los operarios de auxilio en carretera.
5. Impulsar la implementación de sistemas de comunicación digital de las situaciones de riesgo imprevistas en la conducción (eventos “obstáculo”) en los navegadores GPS y en los dispositivos de soporte para la conducción.
6. Instar a las administraciones públicas competentes a establecer la obligatoriedad de un conteo fiable de las víctimas de siniestralidad en el sector de trabajadores de auxilio en carretera.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión sobre Seguridad Vial

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley relativa a la mejora de la seguridad de los trabajadores que prestan su servicio en las carreteras españolas.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**Miguel Tellado Filgueira**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

ENMIENDA NÚM. 1

Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a promover las siguientes medidas:

1. Impulsar una campaña mediática de sensibilización y concienciación, por parte de la Dirección General de Tráfico, dirigida a los conductores y usuarios de las vías, con el objetivo de reducir los accidentes que afectan tanto al personal que trabaja en las carreteras como los operarios de vehículos de auxilio en carretera y o los operarios de conservación y mantenimiento de carreteras.

2. Garantizar la máxima visibilidad y seguridad de los vehículos grúa mediante señalización adecuada, así como la dotación y uso obligatorio de equipos de protección individual (EPIs) por parte de los operarios de auxilio en carretera.

3. Avanzar en la conectividad y el uso de tecnologías innovadoras, incluyendo la implementación de dispositivos de preseñalización de accidentes VI6 en el caso de los operarios de auxilio en carretera y la integración con aplicaciones digitales, que permitan alertar a los usuarios sobre situaciones de emergencia en tiempo real. Asimismo, implementar conos conectados y la señal V2 IoT para fortalecer la seguridad de los operarios de conservación y mantenimiento de carreteras.

4. **Mejorar la señalización viaria para alertar a los usuarios sobre el desarrollo en la vía de la actividad de los operarios de auxilio en carretera.**

5. **Impulsar la implementación de sistemas de comunicación digital de las situaciones de riesgo imprevistas en la conducción (eventos “obstáculo”) en los navegadores GPS y en los dispositivos de soporte para la conducción.**

6. **Instar a las administraciones públicas competentes a establecer la obligatoriedad de un conteo fiable de las víctimas de siniestralidad en el sector de trabajadores de auxilio en carretera.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

161/002152

La Comisión sobre Seguridad Vial, en su sesión del día 16 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley para promover la utilización de chalecos airbags en conductores de motocicletas de gran cilindrada, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 344, de 27 de mayo de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Recomendar el uso del chaleco airbag para conductores y pasajeros de motocicletas de gran cilindrada de acuerdo con las asociaciones de motociclistas y con ANESDOR, la Asociación Nacional de Empresas del Sector de Dos Ruedas.

2. Divulgar campañas que fomenten el uso del chaleco airbag como elemento de protección y seguridad recomendable para motoristas en general.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 27

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión sobre Seguridad Vial

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley para promover la utilización de chalecos airbags en conductores de motocicletas de gran cilindrada.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**Miguel Tellado Filgueira**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

ENMIENDA NÚM. 1

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. ~~Recomendar~~ **Fomentar** el uso **voluntario** del chaleco airbag para conductores y pasajeros de motocicletas ~~de gran cilindrada, de acuerdo con las asociaciones de motociclistas y con ANESDOR, la Asociación Nacional de Empresas del Sector de Dos Ruedas,~~ **priorizando los vehículos de gran cilindrada, en colaboración con asociaciones de usuarios, fabricantes y entidades especializadas en seguridad vial.**
2. ~~Divulgar~~ **Impulsar** campañas ~~que fomenten el uso del chaleco airbag como elemento de protección y seguridad recomendable para motoristas en general.~~ **de concienciación y formación, dirigidas especialmente a motoristas habituales y profesionales, sobre los beneficios del chaleco airbag como sistema avanzado de protección personal.**
3. **Encargar al Consejo Superior de Tráfico, Seguridad Vial y Movilidad Sostenible la elaboración de un estudio técnico sobre la eficacia del chaleco airbag en la reducción de siniestralidad y sobre la gravedad de las lesiones sufridas por los motoristas.**
4. **Estudiar la integración del chaleco airbag como contenido específico dentro de los materiales formativos de los cursos de conducción segura promovidos por la Dirección General de Tráfico y otras entidades colaboradoras.»**

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

161/002165

La Comisión sobre Seguridad Vial, en su sesión del día 16 de junio de 2025, aprobó la Proposición no de Ley para la autorización de acceso de los vehículos de movilidad personal eléctricos al transporte ferroviario y al transporte urbano e interurbano, presentada

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 28

por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 344, de 27 de mayo de 2025, en sus propios términos:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a impulsar las acciones necesarias para el fomento de la movilidad en VMP bajo los más altos estándares posibles de seguridad e integración, con la participación de todos los agentes implicados, en especial los operadores de transporte público, para que se pueda valorar el acceso de vehículos de movilidad personal eléctricos al transporte público, siempre y cuando cumplan los requisitos técnicos, de certificación y de seguridad que establezca la normativa vigente y, en su defecto, instar a los organismos competentes a desarrollar la regulación necesaria para facilitar dicha integración con el transporte público.»

A dicha Proposición no de Ley se formuló una enmienda, cuyo texto, asimismo, se inserta.

Se ordena su publicación de conformidad con lo previsto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa de la Comisión sobre Seguridad Vial

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, al amparo de lo dispuesto en el artículo 193 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la Proposición no de Ley para la autorización de acceso de los vehículos de movilidad personal eléctricos al transporte ferroviario y al transporte urbano e interurbano.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 2025.—**Miguel Tellado Filgueira**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

ENMIENDA NÚM. 1

**Grupo Parlamentario Popular
en el Congreso**

Enmienda a proposición no de ley

Texto que se propone:

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Impulsar las acciones necesarias para el fomento de la movilidad en VMP bajo los más altos estándares posibles de seguridad e integración, con la participación de todos los agentes implicados, en especial los operadores de transporte público, para que se pueda valorar el acceso de vehículos de movilidad personal eléctricos al transporte público, siempre y cuando cumplan los requisitos técnicos, de certificación y de seguridad que establezca la normativa vigente y, en su defecto, instar a los organismos competentes a desarrollar la regulación necesaria para facilitar dicha integración con el transporte público.

2. **Establecer, en el marco del Reglamento General de Circulación, los requisitos mínimos de seguridad, homologación y transporte de vehículos de movilidad personal en medios colectivos, tomando como referencia los estándares internacionales sobre riesgos asociados a baterías de litio y estableciendo protocolos de inspección y supervisión técnica.**

3. **Elevar a rango reglamentario, mediante real decreto, las condiciones mínimas de acceso de vehículos de movilidad personal al transporte público colectivo, partiendo de la experiencia acumulada desde la Resolución de 12 de enero de 2022 de la Secretaría General de Transporte Terrestre, a fin de dotar de seguridad jurídica tanto a operadores como a usuarios.»**

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 29

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

161/002214

La Comisión sobre Seguridad Vial, en su sesión del día 16 de junio de 2025, adoptó el acuerdo de desestimar la siguiente iniciativa:

— Proposición no de Ley relativa a revisar el sistema de etiquetas ambientales para ajustarlo a las emisiones reales y estudiar la armonización en el seno de la UE para no perjudicar la libre circulación en las zonas transfronterizas, presentada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), y publicada en el «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, núm. 354, de 10 de junio de 2025.

A dicha Proposición no de Ley no se formularon enmiendas.

Lo que se publica de conformidad con el artículo 97 del Reglamento del Congreso.

Palacio del Congreso de los Diputados, 26 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

OTROS TEXTOS

COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000002

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial de las Cortes Generales del Informe aprobado por la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, así como del voto particular presentado al mismo.

Palacio del Congreso de los Diputados, 25 de junio de 2025.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

INFORME DE LA SUBCOMISIÓN PARA MEJORAR LA PROTECCIÓN, LA PROMOCIÓN Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL

- I. Antecedentes y creación de la Subcomisión.
 - I.1 Solicitud de creación de la Subcomisión.
 - I.2 Creación por el Pleno.
 - I.3 Ampliación de plazo para conclusión de los trabajos.
 - I.4 Aprobación del Informe.
- II. Composición de la Subcomisión.
- III. Sesiones de la Subcomisión y de la Comisión de Sanidad.
- IV. Comparecencias celebradas en la Comisión de Sanidad, con indicación de la fecha de celebración y el diario de sesiones.
- V. Documentación aportada por los comparecientes.
- VI. Introducción.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 30

VII. Conclusiones y recomendaciones.

VII.1 Conclusiones.

VII.2 Recomendaciones.

VIII. Anexos.

VIII.1 Resumen de las comparecencias celebradas.

VIII.2 Análisis de la situación de salud mental.

I. ANTECEDENTES Y CREACIÓN DE LA SUBCOMISIÓN.

La Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental (núm. expte. 154/000002) se creó en el seno de la Comisión de Sanidad por acuerdo del Pleno del Congreso de los Diputados adoptado el 1 de abril de 2024.

La Subcomisión se ha reunido, formalmente, en diez ocasiones para la ordenación de los trabajos y la elaboración y aprobación del Informe. En su reunión de 20 de junio de 2024 acordó que las comparecencias se celebrarían en Comisión, habiendo comparecido un total de cuarenta expertos en la materia objeto de la Subcomisión.

I.1 Solicitud de creación de la Subcomisión.

La Comisión de Sanidad y Consumo, en su sesión del día 21 de febrero de 2024, tras debatir la Solicitud de creación de una Subcomisión, en el seno de la Comisión de Sanidad, para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental, del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso (núm. expte. 158/000001), acordó, de conformidad con lo dispuesto en el apartado tercero de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996, someter a la aprobación del Pleno la propuesta presentada por dicho Grupo Parlamentario, en los siguientes términos:

«1. Objeto de la Subcomisión.

Convocar comparecencias de representantes de todos los sectores relacionados con la Salud Mental para que expongan las necesidades existentes en la actualidad y propongan soluciones.

Los contenidos a abordar en la subcomisión deberán adecuarse a los marcos internacionalmente reconocidos por el Estado español. Es decir, deberán incluir la perspectiva de determinantes sociales y respeto a los derechos humanos que se recogen en el “Plan de Acción de Salud Mental 2013-2030” promulgado por la OMS, y deberán incluir las prioridades manifestadas por la Unión Europea en el modo en el que recomiendan hacerlo.

Así, se reconoce que la precariedad laboral y la salud mental, la salud mental de los jóvenes, y el consumo de drogas junto con otros problemas de salud mental son prioridades, tal como se refleja en las “Conclusiones del Consejo sobre la salud mental y el trabajo precario” (octubre de 2023), las “Conclusiones del Consejo y de los Representantes de los Gobiernos de los Estados miembros sobre un enfoque global de la salud mental de los jóvenes en la Unión Europea” (noviembre de 2023) y las “Conclusiones del Consejo sobre las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas que se producen conjuntamente con otros trastornos de salud mental” (diciembre de 2023), respectivamente.

Asimismo, las conclusiones y propuestas deberán estar alineadas con las recomendaciones emitidas por la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de la ONU y la OMS sobre legislación en su documento de 2023 “Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice”, y deberán respetar el marco Quality Rights de la OMS.

Todas las propuestas serán recogidas en un documento final de conclusiones que será remitido al Gobierno, para ser tenidas en cuenta para su materialización, desde el consenso con las Comunidades Autónomas, los pacientes y los profesionales del ámbito sanitario, del investigador, del social y del educativo.

2. Composición.

La Subcomisión estará integrada por 15 miembros, de los que tres pertenecerán al Grupo Parlamentario Popular, tres al Grupo Parlamentario Socialista, dos al Grupo Parlamentario VOX, dos al Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR y uno a cada uno de los restantes grupos parlamentarios. Todos los parlamentarios designados deberán ser miembros de la Comisión de Sanidad. Los grupos podrán designar a un suplente por cada uno de sus representantes. Los suplentes deberán ser miembros o estar adscritos a la Comisión de Sanidad.

3. Adopción de acuerdos.

Para adoptar acuerdos, la Subcomisión deberá estar reunida reglamentariamente y contar con la representación de grupos parlamentarios que integren a la mayoría de los miembros de la Cámara. En los acuerdos que adopte la Subcomisión se seguirá el criterio del voto ponderado. Cuando dos o más integrantes de un mismo Grupo Parlamentario votaran en sentido discordante, únicamente se tendrá en cuenta el criterio expresado por el portavoz del citado grupo en la Comisión. En ausencia del portavoz, se tendrá en cuenta el criterio expresado por el portavoz adjunto. En todo caso, se reflejará en el acta de la sesión el sentido del voto indicado por cada Diputado.

4. Información y funcionamiento.

De acuerdo con lo establecido en la Resolución de 26 de junio de 1996, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 27 de junio de 1996 sobre procedimiento de creación y reglas de funcionamiento de las Subcomisiones de la Cámara, para la realización del mencionado estudio la Subcomisión podrá solicitar que las comparecencias que se celebren en relación con su objeto de trabajo se sustancien ante la Comisión. Se aplicará en ese caso lo dispuesto en el artículo 44 del Reglamento de la Cámara. Los grupos parlamentarios podrán solicitar la documentación necesaria para la realización de los trabajos de la Subcomisión desde el momento de su constitución.

Dada la previsible complejidad y amplitud de los diferentes temas expuestos y teniendo en cuenta las diferentes visiones que puedan ofrecerse en las propuestas ofrecidas por los y las comparecientes, se realizará un esfuerzo de síntesis y de coherencia en la presentación del documento final objeto de la subcomisión descrito en el primer apartado.

5. Plazos.

La Subcomisión deberá realizar el estudio correspondiente y aprobar el correspondiente Informe en un plazo máximo de seis meses desde su constitución. El Informe será sometido para su aprobación por la Comisión de Sanidad.

El plazo para la realización de los trabajos podrá prorrogarse conforme a lo dispuesto en el punto tercero de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996.

El acuerdo del Pleno en virtud del cual se concede la prórroga deberá tener lugar antes de la finalización del plazo de seis meses establecido en el párrafo anterior.

No obstante lo anterior, el plazo previsto en el párrafo anterior podrá ser objeto de prórroga por el Pleno de la Cámara cuando los trabajos de la Subcomisión así lo aconsejen, a juicio de la Mesa del Congreso, y previa propuesta motivada de la Comisión de Sanidad.»

I.2 Creación por el Pleno.

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 21 de marzo de 2024, acordó, de conformidad con lo dispuesto en el punto segundo.1 de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996, la creación, en el seno de la Comisión de Sanidad, de una Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental, en los términos de la calificación de la Mesa de la Cámara, publicada en el «BOCG, Congreso de los Diputados», Serie D, núm. 115, de 1 de abril de 2024.

I.3 Ampliación de plazo para conclusión de los trabajos.

La Comisión de Sanidad, en su sesión del día 18 de diciembre de 2024, aprobó por asentimiento someter a la consideración del Pleno la prórroga de los trabajos de la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental (154/000002), hasta el final del próximo periodo de sesiones, de conformidad con lo dispuesto en la Norma tercera de la Resolución de la Presidencia del Congreso, de 26 de junio de 1996. DS. Congreso de los Diputados núm.249 de 18 de diciembre de 2024.

Asimismo, la Comisión de Sanidad acordó, en su sesión del día 19 de junio de 2025, y a la vista del desarrollo de los trabajos de la Subcomisión, solicitar a la Mesa de la Cámara que someta a la consideración del Pleno una nueva ampliación del plazo para la conclusión de los trabajos de la Subcomisión hasta el final del siguiente periodo de sesiones.

I.4 Aprobación del Informe.

La Subcomisión aprobó el Informe, dentro del plazo establecido, el 24 de junio de 2025, por mayoría de los miembros presentes.

II. COMPOSICIÓN DE LA SUBCOMISIÓN.

La Subcomisión ha realizado su trabajo con los siguientes miembros designados por los respectivos Grupos Parlamentarios:

Vocales.

AGIRRETXEA URRESTI, Joseba Andoni [GV (EAJ-PNV)].

ALMODÓVAR SÁNCHEZ, Emilia (GS).

ANDRÉS AÑÓN, Carmen (GS).

CALVO GÓMEZ, Pilar (GJxCAT).

CAMINO MIÑANA, Víctor (GS).

CAVACASILLAS RODRÍGUEZ, Antonio (GP).

COFIÑO FERNÁNDEZ, Rafael (GSUMAR).

MEER MÉNDEZ, Rocío de (GVOX).

ESTREMS FAYOS, Etna (GR).

FULLAONDO LA CRUZ, Marije (GEH Bildu).

GARCÍA GOMIS, David (GVOX).

NAVARRO LACOPA, Carmen (GP).

RECAS MARTÍN, Alda (GSUMAR).

SÁNCHEZ SERNA, Javier (GMx).

VÁZQUEZ JIMÉNEZ, María del Mar (GP).

Suplentes.

HERNÁNDEZ QUERO, Carlos (GVOX).

MARTÍN RODRÍGUEZ, Margarita (GS).

MORENO FERNÁNDEZ, María Isabel (GS).

APARICIO, Julia Parra (GP).

REYNAL REILLO, Esperanza (GP).

SÁEZ CRUZ, Emilio (GS).

SALVADOR I DUCH, Jordi (GR).

SAYAS LÓPEZ, Sergio (GP).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 33

El presidente de la Comisión de Sanidad, Agustín Santos Maraver (GSUMAR), actuó como coordinador de la Subcomisión.

La Subcomisión fue asistida por el Letrado de las Cortes Generales José Antonio Moreno Ara.

Altas/Bajas.

GRANOLLERS CUNILLERA, Inés (GR), baja 24/10/2024.

ESTREMS FAYOS, Etna (GR), alta 24/10/2024.

LÓPEZ TAGLIAFICO, Candela (GSUMAR), baja 12/11/2024.

RECAS MARTÍN, Alda (GSUMAR), alta 12/11/2024.

RUIZ DE PINEDO UNDIANO, Iñaki (GEH Bildu), baja 14/02/2025.

FULLAONDO LA CRUZ, Marije (GEH Bildu), alta 18/02/2025.

VAQUERO MONTERO, Maribel [GV (EAJ-PNV)], baja 09/04/2025.

ANDONI AGIRRETXEA URRESTI, Joseba [GV (EAJ-PNV)], alta 09/04/2025.

III. SESIONES DE LA SUBCOMISIÓN Y DE LA COMISIÓN DE SANIDAD.

Sesiones de Subcomisión.

30 de mayo de 2024.

Se constituyó la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental (núm, expte.: 154/000002).

20 de junio de 2024.

Se aprobó el plan de trabajo, que se reproduce a continuación, si bien entendiendo que las comparecencias tendrían lugar no cada quince días, sino coincidiendo con las semanas en las que se celebre sesión plenaria. Se hizo hincapié que en dicho plan de trabajo se señala que las comparecencias se sustanciarán ante la Comisión, aplicándose el artículo 44 del Reglamento.

El presidente de la Comisión de Sanidad es nombrado coordinador.

Plan de Trabajo de la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental (154/000002). Comisión de Sanidad.

Constituida el 23 de mayo de 2024.

Según el acuerdo adoptado por el Pleno del Congreso de los Diputados en fecha 5 de marzo de 2024, a propuesta la Comisión de Sanidad, la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental tendrá por objeto convocar comparecencias de representantes de todos los sectores relacionados con la salud mental para exponer necesidades actuales y proponer soluciones.

I. Contenidos:

Se adecuarán a los marcos internacionalmente reconocidos por el Estado Español. Es decir, deberán incluir la perspectiva de los determinantes sociales y respeto a los derechos humanos que recogen el «Plan de Acción de Salud Mental 2013-2030» de la OMS y las prioridades manifestadas por la UE.

Así, son prioridades la precariedad laboral y la salud mental, la salud mental de los jóvenes, y el consumo de drogas, con otros problemas de salud mental.

Se abordarán en los siguientes bloques:

Bloque I. Conceptos generales. Epidemiología.

Bloque II. Sensibilización, priorización y planificación.

Disminución del estigma y aumento de la visibilidad.

1. Incorporar el enfoque de salud mental en otros programas o políticas de otros sectores, y de manera transversal.
2. Garantía de calidad en la asistencia a trastornos mentales severos en las redes de salud mental.
3. Coordinación con servicios sociales y activos comunitarios.
4. Enfoque de género.
5. Calidad en la prescripción de psicofármacos y seguridad del paciente.
6. Estrategia de prevención y abordaje de la conducta suicida.
7. Estrategia de humanización de la atención a la SM. Atención personalizada y segura. Las personas con problemas de salud mental como sujeto de derecho. Enfoque de Cuidados Conscientes del Trauma.
8. Abordaje de problemas de salud mental en contextos de mayor vulnerabilidad: personas jóvenes, infancia y adolescencia, personas mayores, personas en riesgo de exclusión, migrantes, personas LGTBI y personas que padecen adicciones.
9. Salud Mental en el lugar del trabajo.

Bloque III. Recursos humanos y materiales.

1. Evaluación, planificación y reorganización con enfoque comunitario.
2. Adecuar ratios de profesionales por población, dispersión poblacional y perfil de necesidades.
3. Estabilización, atracción y retención de profesionales.
4. Recursos materiales (camas, consultas, salas de terapia, etc.).
5. Humanización de los espacios.
6. Alternativas a la institucionalización. Vivienda, trabajo y apoyo a la autonomía.

Bloque IV. Organización y coordinación.

1. Cartera de servicios CCAA (equidad).
2. Transformación digital.
3. Abordaje del aumento de demanda.

Bloque V. Formación, investigación e innovación.

1. Desarrollo de la especialidad de Psiquiatría de la I y A, de la enfermería especialista, etc.
2. Desarrollo de la figura del Agente de Apoyo Mutuo.
3. Formación continuada y de áreas de capacitación específica.
4. Unidades docentes (ratio población, calidad y acreditación).
5. Investigación en Salud Mental.

Bloque VI. Participación.

1. Implicación activa de los profesionales en las estrategias y planes.
2. Mayor participación de los pacientes y familiares.
3. Paciente experto.
4. Sociedades científicas.

Bloque VII. Desarrollo normativo para la promoción y protección de la salud en todos los ámbitos (sanitario, laboral), desarrollo de estrategias y planes para la atención y prevención de la conducta de la suicida.

Bloque VIII. Estudio de propuestas de financiación.

II. Actividad:

Las comparecencias deberán celebrarse en un calendario concreto, con una periodicidad estimada de quince días, de tres o cuatro comparecencias por sesión. Estas

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 35

comparecencias se sustanciarán ante la Comisión de Sanidad, y se aplicará en ese caso lo dispuesto por el artículo 44 del Reglamento de la Cámara, conforme a lo acordado por la Subcomisión.

Los comparecientes habrán de estar referidos al objeto de la Subcomisión y adecuarse a los contenidos anteriormente citados.

Se tratarán de 30 ponencias en 10/11 sesiones de comparecencias: 28 a propuesta de los grupos parlamentarios en función de la representación parlamentaria y dos a propuesta consensuada por los miembros de la Subcomisión.

A propuesta de la Subcomisión, y en función de la representación parlamentaria, se podrán ampliar las comparecencias a la vista del contenido de las comparecencias o de los documentos que los comparecientes puedan aportar a la Subcomisión.

Se establece la siguiente duración de las comparecencias:

- 15 minutos por ponente/compareciente.
- 5 por grupo parlamentario para la formulación de preguntas.
- 10 minutos de respuesta y/o aclaraciones del/la ponente/compareciente.

III. Documentación:

La Subcomisión podrá solicitar de las Administraciones Públicas, entidades y expertos la documentación que se estime oportuna, referida al objeto de la Subcomisión, a propuesta de los Grupos Parlamentarios.

IV. Composición y adopción de acuerdos:

15 miembros (3GPP, 3GPS, 2 GVOX, 2 GSUMAR, 1 por cada uno de los restantes).
Por voto ponderado.

V. Informe:

Todas las propuestas se recogerán en un documento de conclusiones y recomendaciones, con las aportaciones de los diferentes grupos parlamentarios, que será remitido al Gobierno para ser tenidas en cuenta para su desarrollo.

Este Informe, así como los votos particulares que los Grupos Parlamentarios presenten, se someterán al debate y a la aprobación de la Comisión de Sanidad de acuerdo con la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996.

Con carácter excepcional, y si así lo acuerda la Mesa, el mencionado informe, junto con las conclusiones de los trabajos de la Subcomisión, se remitirán al Pleno de la Cámara para su debate y aprobación.

V. Plazos:

Seis meses desde su constitución. Podrá prorrogarse por acuerdo del Pleno antes de la finalización del plazo de seis meses.

27 de junio de 2024.

Se acordaron comparecencias, entendiendo que todas se puedan redistribuir en los dos días señalados en función de la disponibilidad de los comparecientes, sin perjuicio de que se intentará mantener el orden señalado.

23 de septiembre de 2024

Oídas las propuestas de comparecencias por parte de los grupos parlamentarios, se encomendó al presidente de la Comisión de Sanidad la elaboración de un listado de comparecencias para el mes de octubre que será sometido a la aprobación de la Subcomisión.

14 de octubre de 2024.

Se aceptaron las comparecencias propuestas por el presidente de la Comisión de Sanidad para las próximas dos sesiones, en los términos habituales, entendiendo que se puede alterar el orden y que el compareciente sea sustituido por la persona que designe, en función de su disponibilidad para comparecer.

29 de octubre de 2024.

Se acordaron comparecencias de expertos, en los términos habituales, entendiendo que se puede alterar el orden, que el compareciente pueda ser sustituido por la persona que designe, en función de su disponibilidad para comparecer y, que, si ello no es posible, se acudirá a los siguientes nombres de las listas propuestas por los grupos parlamentarios.

28 de noviembre de 2024.

Se acordaron comparecencias de expertos, en los términos habituales.

Asimismo, la Subcomisión acordó reunirse el día 10 de diciembre al finalizar la sesión de la Comisión para hacer una valoración de la marcha de sus trabajos.

10 de diciembre de 2024.

Se valoró la marcha de los trabajos y se adoptaron los siguientes acuerdos:

— Solicitar ampliación del plazo de la Subcomisión hasta que finalice el siguiente periodo de sesiones.

— Crear un reducido grupo informal de diputados que pueda comenzar la redacción de un borrador de informe.

18 de febrero de 2025.

Se acordó reanudar las comparecencias a celebrar en el seno de la Comisión, para lo cual los grupos parlamentarios trasladarán las propuestas a este respecto que pretendan incluir en el orden del día de la próxima sesión de la Comisión.

Las comparecencias se celebrarían en los términos habituales.

24 de junio de 2025.

Se aprobó el Informe.

Sesiones de Comisión.

Como ya se ha indicado, la Subcomisión acordó, en su sesión de 20 de junio de 2024, que las comparecencias se celebrasen ante la Comisión de Sanidad. Previamente, la Mesa reunida con los Portavoces de la Comisión de Sanidad, en su reunión del día 24 de abril de 2024, acordó que compareciese la Comisionada Nacional de Salud Mental para informar sobre el objeto de la Subcomisión. En este sentido, se han celebrado diez sesiones de la Comisión para la celebración de las siguientes comparecencias, para informar sobre el objeto de la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental:

30 de mayo de 2024.

Comparecencia de D.^a Belén González Callado, Comisionada de Salud Mental (núms. expte.: 212/000018, 212/000172 y 212/000200).

11 de septiembre de 2024.

Comparecencias de D. Tomás Cobo Castro, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (núm. expte.: 219/000134); D.^a María Fuster Blay, presidenta

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 37

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (núm. expte.: 219/000135); D. Fernando Chacón Fuertes, vocal de la Junta de Gobierno y adjunto a la Presidencia del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (núm. expte.: 219/000136), y D. Manuel Martín Carrasco, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Autor: Comisión (núm. expte.: 219/000137).

18 de septiembre de 2024.

Comparecencias de D.^a Magda Casamitjana i Aguilà, directora del Pacte Nacional de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya (núm. expte.: 219/000138); D. Tomás López Corominas, presidente de Hierbabuena, Asociación para la salud mental (núm. expte.: 219/000139); D. Nel González Zapico, presidente de la Confederación Salud Mental España (núm. expte.: 219/000140), y D. Celso Arango López, director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (núm. expte.: 219/000141).

23 de octubre de 2024.

Comparecencias de D. Jordi Alonso Caballero, subdirector científico del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) en el Área de Epidemiología y Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III e investigador del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones en Salud (núm. expte.: 219/000159); D. Joan Benach de Rovira, director del Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET) y coordinador del Informe PRESME sobre Precariedad Laboral y Salud Mental del Ministerio de Trabajo y Economía Social (núm. expte.: 219/000160); D.^a Gemma Parramón Puig, psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña (núm. expte.: 219/000161), y D.^a Montserrat Graell Berna, jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid (núm. expte.: 219/000162).

29 de octubre de 2024.

Comparecencias de D. Francisco Pascual Pastor, presidente de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL) (núm. expte.: 219/000168); D.^a Cristina Molina Parrilla, Subdirectora asistencial de la Unidad Territorial I de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (núm. expte.: 219/000169); D. Antonio Bordallo Aragón, psiquiatra y director de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga (núm. expte.: 219/000170), y D.^a Laura Cuesta Cano, profesora adjunta de la Universidad Camilo José Cela y coordinadora de Medios Digitales en el Servicio de Prevención de Adicciones de Madrid Salud (núm. expte.: 219/000171).

13 de noviembre de 2024.

Comparecencias de D. Pablo José Puente Baldomar, psicólogo clínico y director de la Fundación Siloé, impulsora del proyecto Prometeo-Salud Mental (núm. expte.: 219/000184); D.^a Mercedes Navío Acosta, responsable de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones y gerente asistencial de hospitales del Servicio Madrileño de Salud (núm. expte.: 219/000185), y D. Nicolás Rodríguez Simarro, analista de Inteligencia de Datos relacionados con el suicidio en España y director CEO de DATHOS Science (núm. expte.: 219/000186).

10 de diciembre de 2024.

Comparecencias de D.^a Georgina Trías Gil, profesora de Antropología y Ética en la Universidad Francisco de Vitoria, experta en inteligencia emocional y directora de la empresa de desarrollo personal «Libera tu talento» (núm. expte.: 219/000211), y D.^a Emiliana Vicente González, presidenta del Consejo General del Trabajo Social (núm. expte.: 219/000212).

27 de marzo de 2025.

Comparecencias de D.ª Pilar Pasarón Polo, Directora de Relaciones Institucionales de AstraZeneca España, conjunta con D. José María Gamir Linares, director de cultura y organización del Banco Santander España (núm, expte.: 219/310), D.ª Catherine L'Ecuyer, Investigadora, divulgadora y doctora en Educación y Psicología (núm, expte.: 219/311), D. Francisco Javier Ortega Santamaría, director de la residencia comunitaria de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS), conjunta con D. José Contreras Martínez, responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS (núm, expte.: 219/312), D.ª Andrea González Henry, Presidenta del Consejo de la Juventud de España, conjunta con D. Alejandro García-Gil Berbería, responsable de políticas de protección social y empleo de Oxfam Intermón (núm, expte.: 219/313), D. Alejandro Gil Salmerón, Investigador sénior de la International Foundation for Integrated Care (IFIC) (núm, expte.: 219/314).

6 de mayo de 2025.

Comparecencias de D.^a Laura Armesto Luque, presidenta en funciones de la Sociedad Española de Psicología Clínica ANPIR (núm. expte.: 219/333), D. Rafael Penadés Rubio, psicólogo clínico del Hospital Clínic de Barcelona (núm. expte.: 219/334) y D. Guillermo Mattioli Jacobs, decano del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, conjunta con D. Roger Ballescà Ruiz, vicesecretario del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (núm. expte.: 219/335).

20 de mayo de 2025.

Comparecencias de D. Jesús Aguilar Santamaría, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (núm, expte.: 219/358), D. Manuel Franco Martín, jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora, y profesor titular de Psicopatología y Salud Mental de la Universidad de Salamanca (núm, expte.: 219/359), D. Pablo Gómez Conejo, director general de la Fundación Intrás (núm, expte.: 219/360), D.ª Carmen Gallardo Pino, presidenta de Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) y profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos (núm, expte.: 219/361), D.ª María del Mar García Martín, tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (núm, expte.: 219/362), y D.ª Ana López Trencó, miembro de MaravillosaMente y gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME) (núm, expte.: 219/363).

IV. COMPARECENCIAS CELEBRADAS EN LA COMISIÓN DE SANIDAD, CON INDICACIÓN DE LA FECHA DE CELEBRACIÓN Y EL DIARIO DE SESIONES.

Compareciente	Fecha celebración	Diario de Sesiones
D.ª Belén González Callado, Comisionada de Salud Mental.	30/05/2024	<u>DS núm. 119, de 30 de mayo de 2024</u>
D. Tomás Cobo Castro, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.	11/09/2024	<u>DS núm. 160, de 11 de septiembre de 2024</u>
D.ª María Fuster Blay, presidenta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental.	11/09/2024	<u>DS núm. 160, de 11 de septiembre de 2024</u>
D. Fernando Chacón Fuertes, vocal de la Junta de Gobierno y adjunto a la Presidencia del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.	11/09/2024	<u>DS núm. 160, de 11 de septiembre de 2024</u>
D. Manuel Martín Carrasco, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.	11/09/2024	<u>DS núm. 160, de 11 de septiembre de 2024</u>

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 39

Compareciente	Fecha celebración	Diario de Sesiones
D. ^a Magda Casamitjana i Aguilà, directora del Pacte Nacional de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya.	18/09/2024	DS núm. 165, de 18 de septiembre de 2024
D. Tomás López Corominas, presidente de Hierbabuena, Asociación para la salud mental, acordada por la citada Comisión.	18/09/2024	DS núm. 165, de 18 de septiembre de 2024
D. Nel González Zapico, presidente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.	18/09/2024	DS núm. 165, de 18 de septiembre de 2024
D. Celso Arango López, director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.	18/09/2024	DS núm. 165, de 18 de septiembre de 2024
D. Jordi Alonso Caballero, subdirector científico del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) en el Área de Epidemiología y Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III e investigador del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones en Salud.	23/10/2024	DS núm. 194, de 23 de octubre de 2024
D. Joan Benach de Rovira, director del Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET) y coordinador del Informe PRESME sobre Precariedad Laboral y Salud Mental del Ministerio de Trabajo y Economía Social.	23/10/2024	DS núm. 194, de 23 de octubre de 2024
D. ^a Gemma Parramón Puig, psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña.	23/10/2024	DS núm. 194, de 23 de octubre de 2024
D. ^a Montserrat Graell Berna, jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid.	23/10/2024	DS núm. 194, de 23 de octubre de 2024
D. Francisco Pascual Pastor, presidente de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).	29/10/2024	DS núm. 202, de 29 de octubre de 2024
D. ^a Cristina Molina Parrilla, subdirectora asistencial de la Unidad Territorial I de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.	29/10/2024	DS núm. 202, de 29 de octubre de 2024
D. Antonio Bordallo Aragón, psiquiatra y director de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga.	29/10/2024	DS núm. 202, de 29 de octubre de 2024
D. ^a Laura Cuesta Cano, profesora adjunta de la Universidad Camilo José Cela y coordinadora de Medios Digitales en el Servicio de Prevención de Adicciones de Madrid Salud.	29/10/2024	DS núm. 202, de 29 de octubre de 2024
D. Pablo José Puente Baldomar, psicólogo clínico y director de la Fundación Siloé, impulsora del proyecto Prometeo-Salud Mental.	13/11/2024	DS núm. 211, de 13 de noviembre de 2024
D. ^a Mercedes Navío Acosta, responsable de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones y gerente asistencial de hospitales del Servicio Madrileño de Salud.	13/11/2024	DS núm. 211, de 13 de noviembre de 2024
D. Nicolás Rodríguez Simarro, analista de Inteligencia de Datos relacionados con el suicidio en España y director CEO de DATHOS Science.	13/11/2024	DS núm. 211, de 13 de noviembre de 2024
D. ^a Georgina Trías Gil, profesora de Antropología y Ética en la Universidad Francisco de Vitoria, experta en inteligencia emocional y directora de la empresa de desarrollo personal «Libera tu talento».	10/12/2024	DS núm. 231, de 10 de diciembre de 2024
D. ^a Emiliana Vicente González, presidenta del Consejo General del Trabajo Social.	10/12/2024	DS núm. 231, de 10 de diciembre de 2024
Conjunta de D. ^a Pilar Pasarón Polo, directora de Relaciones Institucionales de AstraZeneca España, y D. José María Gamir Linares, director de cultura y organización del Banco Santander España, ambos en representación de la alianza empresarial en salud mental Alianza «Fundamentales».	27/03/2025	DS núm. 300, de 27 de marzo de 2025
D. ^a Catherine L'Ecuyer, investigadora, divulgadora y doctora en Educación y Psicología.	27/03/2025	DS núm. 300, de 27 de marzo de 2025

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 40

Compareciente	Fecha celebración	Diario de Sesiones
Conjunta de D. Francisco Javier Ortega Santamaría, director de la residencia comunitaria de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS), y D. José Contreras Martínez, responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS.	27/03/2025	DS núm. 300, de 27 de marzo de 2025
Conjunta de D.ª Andrea González Henry, presidenta del Consejo de la Juventud de España, y D. Alejandro García-Gil Berbería, responsable de políticas de protección social y empleo de Oxfam Intermón.	27/03/2025	DS núm. 300, de 27 de marzo de 2025
D. Alejandro Gil Salmerón, investigador sénior de la International Foundation for Integrated Care (IFIC).	27/03/2025	DS núm. 300, de 27 de marzo de 2025
D.ª Laura Armesto Luque, presidenta en funciones de la Sociedad Española de Psicología Clínica ANPIR.	06/05/2025	DS núm. 320, de 6 de mayo de 2025
D. Rafael Penadés Rubio, psicólogo clínico del Hospital Clínic de Barcelona.	06/05/2025	DS núm. 320, de 6 de mayo de 2025
Conjunta de D. Guillermo Mattioli Jacobs y D. Roger Ballescà Ruiz, decano y vicesecretario, respectivamente, del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña.	06/05/2025	DS núm. 320, de 6 de mayo de 2025
D. Jesús Aguilar Santamaría, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.	20/05/2025	DS núm. 331, de 20 de mayo de 2025
D. Manuel Franco Martín, jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora, y profesor titular de Psicopatología y Salud Mental de la Universidad de Salamanca.	20/05/2025	DS núm. 331, de 20 de mayo de 2025
D. Pablo Gómez Conejo, director general de la Fundación Intrás.	20/05/2025	DS núm. 331, de 20 de mayo de 2025
D.ª Carmen Gallardo Pino, presidenta de Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) y profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos.	20/05/2025	DS núm. 331, de 20 de mayo de 2025
D.ª María del Mar García Martín, tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.	20/05/2025	DS núm. 331, de 20 de mayo de 2025
D.ª Ana López Trencó, miembro de MaravillosaMente y gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME).	20/05/2025	DS núm. 331, de 20 de mayo de 2025

V. DOCUMENTACIÓN APORTADA POR LOS COMPARECIENTES.

— D. Tomás Cobo Castro:

- Presentación utilizada durante la comparecencia.
- Programa PAIME (Protección de Atención Integral al Médico Enfermo).

— D.ª María Fuster Blay

- Texto de su comparecencia.
- ¿Qué es la AEN-PSM?
- Actualidad en coerción y asistencia en salud mental: de la pugna declarativa al impulso a alternativas.
 - Aproximación al debate sobre el tratamiento ambulatorio involuntario desde una perspectiva bioética.
 - Artículo sobre atención domiciliaria.
 - Artículo sobre terapia multifamiliar.
 - La UAT: una adaptación del marco de Diálogo Abierto Finandés.
 - Comunicado de la AEN-PSM sobre la valoración del examen para la obtención de la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
 - Cuaderno Técnico «Coerción y salud mental».

- Heridas que no sangran: de pandemias, sanitarios y daño moral.
- «The use and status of diagnosis and classification of mental health problems».
- El Marco de Poder, Amenaza y significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo.
- El tratamiento ambulatorio involuntario. Historia de una obstinación.
- El uso de antipsicóticos en la psicosis. Alcance, limitaciones y alternativas.
- Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental.
- Escuela inclusiva, salud mental positiva.
- Hacia la creación de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia.
- Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos.
- Hacia una psicofarmacoterapia razonada.
- La grave incongruencia existente entre el nuevo sistema de apoyo y la emisión del consentimiento informado por las personas con discapacidad.
- La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales.
- La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica.
- «Belgian Superior Health Council advises against the use of the DSM categories».
- Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria.
- Medidas de seguridad, una reflexión desde la práctica clínica.
- Observatorio de derechos humanos, salud mental y prisión. Informe 2023.
- Posicionamiento de la AEN-PSM sobre el necesario reconocimiento de la categoría de enfermera especialista en salud mental.
- Prevención de la conducta suicida en contextos escolares. Una revisión de los tipos de intervención.
- Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa.
- Proyecto EVALUACOVİD-19.
- Salud Mental, Derechos y Sistema Penal-Penitenciario.
- Urgencias psiquiátricas en la COVID-19: un estudio observacional durante 2019-2021.

— **D. Fernando Chacón Fuertes**

- Texto de la comparecencia.
- Presentación utilizada durante la comparecencia.

— **D. Manuel Martín Carrasco**

- Situación de la Atención en Salud Mental en España.
- Salud mental. Concepto, contexto y actualidad.
- Libro Blanco de la Psiquiatría en España.

— **D.ª Magda Casamitjana i Aguilà:** Pacte Nacional de Salut Mental (PNSM) 2024-2030.

— **D. Tomás López Coromicas**

- Presentación utilizada durante la comparecencia.
- «Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice». Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo.
- Comunicación de la Comisión Europea: Una Unión de la Igualdad: Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 42

- Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2019.

— **D. Nel González Zapico:** Texto de la comparecencia.

— **D. Jordi Alonso Caballero**

- Presentación utilizada durante la comparecencia.
- «The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science».
- «Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews».
- «Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies».
- «Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review».
- «The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations».

— **D. Joan Benach de Rovira**

- La salud mental y la precariedad laboral: conocimiento y propuestas.
- Precariedad Laboral y Salud Mental. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

— **D.^a Gemma Parramón Puig:** Salud mental y prestación de ayuda a morir.

— **D.^a Montserrat Graell Berna:** Presentación utilizada durante la comparecencia.

— **D.^a Cristina Molina Parrilla:**

- Elementos clave para abordar la salud mental.
- Documentación complementaria. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

— **D. Antonio Bordallo Aragón:** De la escasez a la práctica: «nuevas» propuestas.

— **D.^a Laura Cuesta Cano:** Texto de la comparecencia.

— **D. Pablo José Puente Baldomar:**

- PROMETEO salud mental. Un modelo de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria para Trastornos Mentales Graves en Asturias.
- Programa PROMETEO. Calificación de Mejor Práctica en Salud 2022 por la Comisión Europea.

— **D.^a Mercedes Navío Acosta:** Texto de la comparecencia.

— **D. Nicolás Rodríguez Simarro:** Data Analytics en el mundo real.

— **D.^a Emiliana Vicente González:** texto de su intervención.

— **D.^a Catherine L'Ecuyer:** Listado de estudios académicos que apuntan al impacto dañino de las redes sociales sobre la salud mental de los niños y jóvenes.

— **D. Francisco Javier Ortega Santamaría y D. José Contreras Martínez:** presentación de la comparecencia.

— **D.^a Andrea González Henry y D. Alejandro García-Gil Berbería:**

- Informe Equilibristas. Las acrobacias de la juventud para sostener su salud mental en una sociedad desigual.
- Presentación de la comparecencia.

— **D. Alejandro Gil Salmerón:** presentación de la comparecencia.

— **D. Rafael Penadés Rubio:** presentación de la comparecencia.

— **D. Guillermo Mattioli Jacobs y D. Roger Ballescà Ruiz:**

- Datos de actividad y resultados 2022-2024. Referente de Bienestar Emocional Comunitario (RBEC).

- La atención psicológica en Asistencia Primaria, con especial incidencia de la participación de la profesión regulada de Psicología General Sanitaria. Experiencias de las comunidades de Cataluña, Canarias, Valencia, Navarra, Andalucía, La Rioja.

- La psicología general sanitaria en atención primaria. Experiencia en la Comunidad Foral de Navarra.

— **D. Jesús Aguilar Santamaría:**

- Decálogo. I Foro del Consejo Asesor Social de la Profesión Farmacéutica. «El abordaje integral de la Salud Mental, una asignatura pendiente».

- Estudio. La Salud Mental en España.

- Decálogo. 10 recomendaciones de la Sociedad Civil para luchar contra las inequidades en salud.

- Guía. Prevención y actuación farmacéutica en salud mental desde la farmacia comunitaria.

- Infografía. Salud mental y la comunicación farmacéutico-paciente.

- Infografía. Autocuidado y salud mental.

- Determinantes sociales de la salud. Abordaje desde la visión de la sociedad civil.

- Decálogo. 10 recomendaciones de la Sociedad Civil para luchar contra la soledad.

- Estudio. Abordaje de la soledad. Un desafío compartido.

— **D.ª Carmen Gallardo Pino:** presentación de la comparecencia.

— **D.ª María del Mar García Martín:** presentación de la comparecencia.

— **D.ª Ana López Trencó:** Decálogo MaravillosaMente.

VI. INTRODUCCIÓN.

Desde principios del siglo XXI y, con especial énfasis, a partir de la pandemia de COVID-19, la importancia de la salud mental ha ido en aumento tanto desde el punto de vista social como a nivel político e institucional. La población demanda una mayor dotación de recursos que permita al Sistema Nacional de Salud (SNS) ofrecer una atención de calidad a los problemas de salud mental. Asimismo, esta preocupación de la población ha puesto el foco en aquellas condiciones de vida que afectan al bienestar emocional y psíquico de las personas, como las condiciones laborales o la vivienda, y que requieren de un enfoque holístico y de un abordaje multisectorial y multinivel con la participación de las administraciones públicas y de la sociedad civil.

El aumento de los problemas de salud mental y la demanda por parte de la ciudadanía de su abordaje desde las instituciones se debe, en parte, a la propia evolución del concepto de salud, que ha pasado de considerarse como la mera ausencia de la enfermedad a definirse como un estado de bienestar físico, mental y social, tal y como lo define la Organización Mundial de la Salud. Así, el bienestar mental y social han pasado a considerarse dos elementos fundamentales para disponer de un buen estado de salud general.

En términos generales, los datos disponibles a nivel de España muestran un incremento en cuanto a la prevalencia de problemas de salud mental en la población. Si bien el aumento de problemas de salud mental puede deberse a una mayor consciencia y autopercepción de la salud mental por parte de la población, así como a un menor estigma, especialmente con aquellos problemas relacionados con el bienestar emocional. Un repaso a los diferentes sistemas de información muestra que existe una realidad que debe ser abordada por el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas, cada uno en su ámbito de competencias correspondiente.

De forma contraria a este incremento que se registra, según la Encuesta Europea de Salud en España del 2023, alrededor del 74% de la población española mayor de 15 años indica que considera que su estado de salud es bueno o muy bueno. Además, utilizando el indicador WHO-5, la población española muestra un índice de bienestar general de 74 sobre 100, siendo este superior en hombres frente a mujeres (76,7 frente a 71,4). El índice

de bienestar disminuye a medida que aumenta la edad, manteniéndose las diferencias por sexo en todos los grupos de edad.

No obstante, los datos disponibles en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) para el año 2023 muestran un incremento generalizado en la prevalencia de diagnósticos de problemas de salud mental en la población. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad han pasado de 105,17 casos por cada mil personas en 2019 hasta los 128 casos en 2023, un incremento del 65%. En el caso de los casos de depresión, estos han aumentado un 22% desde el 2019, en el que se registraron 45,77 casos por mil personas. Estos incrementos contrastan con lo registrado para trastornos como la esquizofrenia o las psicosis afectivas, donde se han pasado de 4,23 y 3,55 casos por mil personas en 2019 a 4,39 y 4,38 casos por mil personas en 2023, respectivamente.

La perspectiva de género es fundamental a la hora de analizar los problemas de salud mental de la población, pues el género supone un determinante social que condiciona un impacto desigual en la salud. Cabe destacar que estos incrementos se registran tanto en hombres como en mujeres, si bien las mujeres presentan, en términos generales, una mayor prevalencia de estos trastornos de salud mental, exceptuando el caso de la esquizofrenia que afecta más a hombres.

Al fijarnos en la prevalencia de los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente, los incrementos relativos son similares en algunos casos en los registrados en los adultos, aunque el impacto es más específico durante las primeras etapas de la vida. Por ello, el abordaje de la salud de la población durante las primeras etapas de la vida requiere de una aproximación diferente a la de la población adulta.

Según los datos de BDCAP, el problema de salud mental más prevalente en la población infantil y adolescente entre 0 y 19 años son los trastornos de ansiedad. Existe un gradiente por el cual se incrementa la prevalencia a medida que aumenta la edad, registrándose en el grupo de 15-19 años una prevalencia de 51,32 casos por mil personas en el 2023, lo que supone un incremento de alrededor del 30% respecto del año 2019. En términos generales, las mujeres presentan prevalencias mayores también a edades jóvenes, siendo la diferencia mayor en la franja de 15-19 años. Los casos de depresión también han experimentado un aumento en términos relativos, aunque la prevalencia se sitúa por debajo de los 10 casos por mil personas en población infantil y adolescente.

España es un país con un consumo de psicofármacos relativamente elevado en el contexto europeo. En el caso de los antidepresivos, ha aumentado en un 30% entre el 2018 y el 2023, llegando a una Dosis Diaria Definida (DHD) de 89,55, lo que convierte a España en el tercer país de la OCDE en consumo de este grupo de medicamentos, por detrás de Portugal y Suecia. El incremento en este periodo en el caso de los ansiolíticos y los hipnóticos es más reducido, de un 6% (48,12 DHD) y un 13% (29,07 DHD), respectivamente. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, estas últimas presentan un consumo de ansiolíticos e hipnosedantes que es el doble respecto a los hombres, y un consumo tres veces mayor en el caso de los antidepresivos. Es necesario, a la hora de analizar el consumo de psicofármacos, considerar también el sobrediagnóstico y sobretratamiento que pueden darse para responder a una situación de malestar emocional que, en realidad, podría beneficiarse de abordajes no farmacológicos, especialmente en determinados grupos de riesgo como la infancia, la juventud y las mujeres.

En definitiva, existe un empeoramiento del bienestar de la población y un aumento de la prevalencia de los principales problemas de salud mental, tanto en población infantil y adolescente como en población adulta. Desde el punto de vista institucional, se hace necesario un abordaje integral de la problemática que tenga un enfoque multinivel y multiactor, implicando a cada una de las instituciones públicas de la Administración General del Estado, siguiendo un enfoque de determinantes sociales de la salud y de salud en todas las políticas, además de incorporar a la visión de la sociedad civil y de personas expertas por experiencia en el diseño de políticas que permitan mejorar la salud mental de la población.

A raíz de esta necesidad de un abordaje integral del bienestar de la población y de la salud mental, el Ministerio de Sanidad creó a principios del año 2024 el Comisionado

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 45

de Salud Mental para dotarse de una estructura que permitiera mejorar la coordinación a nivel interministerial, con las Comunidades Autónomas y el resto de las Administraciones públicas, así como las sociedades científicas y profesionales y los colectivos de personas expertas por experiencia, y trabajar para mejorar la salud mental de la población.

MARCO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO.

Ámbito internacional y de la Unión Europea.

Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS).

A través del cual se establece un marco internacional común cuyo objetivo es avanzar hacia un mundo en el que se proteja la salud mental, no solo a través de la prevención de trastornos de salud mental sino también de la protección y acceso a servicios adecuados para aquellos que los padecen, evitando la discriminación y estigmatización en el ámbito laboral y social.

Para conseguirlo, se centra en 4 objetivos generales:

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
- Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios.
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Ámbito estatal y autonómico.

La Constitución Española establece que la actuación de los poderes públicos debe regirse por una serie de principios rectores de la política social y económica como es, entre otros, garantizar el derecho a la protección de la salud (art. 43). Ello implica la necesidad de promulgar políticas, estrategias o iniciativas que incidan en proteger la salud mental, que abarca los aspectos positivos del desarrollo emocional y psicológico del individuo.

A su vez, la Ley 14/1986 General de Sanidad contempla que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán toda una serie de actuaciones, dentro de las cuales se recoge la promoción y mejora de la salud mental, equiparando así la importancia de la protección de la salud mental con la de la protección de la salud física. Esta idea se ve reforzada, asimismo, en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 14/1986 General de Sanidad fue el marco normativo que permitió el desarrollo de la reforma psiquiátrica de 1985, y como consecuencia de ello, las Comunidades Autónomas fueron integrando los recursos en salud mental de financiación pública.

Hoy, la atención a la salud mental forma parte de las prestaciones sanitarias del SNS, incluida en la cartera de servicios comunes, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1030/2006.

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Sobre dicha base, el elemento de referencia para la mejora de la salud mental en el SNS es la Estrategia de Salud Mental del SNS, que se une a otras políticas e iniciativas a nivel autonómico y local.

En el año 2006, fue aprobada la primera Estrategia por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), con el objetivo de mejorar la atención a la salud mental de la población en el conjunto del sistema. Este documento ha sido actualizado de manera participada en dos ocasiones, primero para el periodo 2009-2013, y posteriormente para el periodo vigente 2022-2026.

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 aboga por mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención del Sistema Nacional de Salud. Fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 2 de diciembre de 2021, como consecuencia del trabajo y acuerdo de las Comunidades Autónomas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, personas usuarias y diferentes expertos y expertas en este ámbito, y dentro de las acciones del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España.

Su principal finalidad es avanzar hacia una atención integral y comunitaria de la salud mental, desde un enfoque de derechos humanos, que permita la recuperación y la inclusión social de las personas con trastornos de salud mental, además de la mejora del bienestar emocional de toda la población, poniendo también el foco en grupos de población específicos como es la infancia y la adolescencia.

Asimismo, reconoce la importancia que tienen los determinantes sociales de la salud en la consideración de la atención a la salud mental y del establecimiento de estrategias asistenciales.

Recoge diversas líneas estratégicas que desagrega en objetivos generales que incluyen tanto objetivos más específicos como recomendaciones:

- Línea estratégica 1: Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.
- Línea estratégica 2: Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental.
- Línea estratégica 3: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
- Línea estratégica 4: Atención a las personas con problemas de salud mental, basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.
- Línea estratégica 5: Salud mental en la infancia y en la adolescencia.
- Línea estratégica 6: Atención e intervención familiar.
- Línea estratégica 7: Coordinación.
- Línea estratégica 8: Participación de la ciudadanía.
- Línea estratégica 9: Formación.
- Línea estratégica 10: Investigación, innovación y conocimiento.

La aplicación de este marco normativo se ve complementado por la publicación de estrategias y planes de acción en el plano autonómico, pudiendo citar, por ejemplo:

- Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones, actualmente en elaboración en Andalucía.
- Plan de Salud Mental del Gobierno de Aragón 2022-2025.
- Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2023-2030.
- Plan estratégico de salud mental de las Islas Baleares 2016-2022.
- Aprobación en 2024 del Pacto Nacional de Salud Mental en Cataluña.
- Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 de la Comunidad de Madrid.
- Estrategia de Asistencia en Salud Mental 2024-2030 de Castilla y León.
- Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025.

A través de su publicación se logra alcanzar una mayor precisión en el abordaje de la protección de la salud mental en cada Comunidad Autónoma, competentes en la prestación de servicios sanitarios y de salud mental en su ámbito territorial, favoreciendo así la correcta aplicación del marco nacional e internacional y garantizando una mejor adaptación a las realidades de cada región.

Asimismo, hay que mencionar que, a nivel estatal, el CISNS aprobó el primer Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 en mayo de 2022, gracias al impulso del Ministerio de Sanidad, y de manera consensuada y cofinanciada con las Comunidades Autónomas. Este plan contaba con seis líneas estratégicas, proporcionando un marco completo para abordar los desafíos en esta materia. Una de sus medidas más relevantes fue la creación

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 47

de la Línea 024 de atención a la conducta suicida, que quiere ofrecer apoyo y atención profesional ante la conducta suicida, con la posibilidad de derivación rápida a los servicios de emergencia.

Recientemente, desde el Comisionado de Salud Mental se han presentado dos planes que han sido consensuados con Comunidades Autónomas, INGESA, sociedades científicas, expertos y expertas, y asociaciones de pacientes, y son: el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 y el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, que fueron aprobados en el CISNS el 14 de febrero y el 4 de abril del 2025 respectivamente.

El Plan de Acción para la Prevención del Suicidio es el primer plan aprobado con carácter específico en esta materia, y lo que quiere es reducir y prevenir la conducta suicida en la población, con especial atención a los grupos en situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, el vigente Plan de Acción de Salud Mental cuenta con ocho líneas estratégicas a desarrollar en colaboración con las Comunidades Autónomas, que han permitido actualizar las recomendaciones en salud mental, para su puesta en marcha en los próximos años.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

VII.1. Conclusiones.

A la vista de lo anteriormente expuesto, y considerando de modo integral las aportaciones realizadas por las diferentes personas que han comparecido en la Subcomisión, la documentación presentada y los debates sostenidos durante las sesiones, se plantean las siguientes conclusiones con la finalidad de dar respuesta al consenso creciente sobre la necesidad de consolidar la salud mental como una prioridad sanitaria, social y política de primer orden.

1. La salud mental forma parte del derecho humano fundamental a la salud, que los poderes públicos tienen la obligación de promover y proteger para garantizar el bienestar de las personas, su desarrollo personal y el de la comunidad a la que pertenecen.

El modelo de protección, promoción, prevención y atención en salud mental debe estar centrado en las personas, tener un enfoque de derechos y favorecer la participación de las personas con sufrimiento mental en todo el proceso.

2. La salud mental, más allá de la ausencia de trastornos mentales, está determinada por la interacción compleja de factores individuales y de condiciones sociales, económicas, ambientales, entre otras, que es necesario abordar estructuralmente para evitar que se conviertan en un factor de riesgo de aparición de problemas de salud mental y actúen, al contrario, como factores de protección.

Este abordaje, siendo universal, es prioritario en personas con mayor vulnerabilidad, véase la población infanto-juvenil, las personas de edad avanzada o la población en riesgo de exclusión social, y teniendo en cuenta también contextos de mayor vulnerabilidad, como zonas rurales o de difícil accesibilidad.

Diferentes modelos y enfoques promovidos por agencias internacionales de salud, como la Organización Mundial de la Salud o la Comisión Europea, y marcos estratégicos como el enfoque de «Salud en todas las Políticas», llevan años señalando la importancia que tienen las políticas no sanitarias —vivienda, trabajo, educación, protección social, medio ambiente...— en la prevención y promoción de la salud individual y colectiva, incluyendo la salud mental. Estos ámbitos están interrelacionados y requieren estrategias intersectoriales para ser abordados de manera efectiva, mediante el impulso de políticas integrales que permitan mejorar la salud mental y apoyar la resiliencia de las personas.

3. La detección precoz, la prevención de la conducta suicida y su atención deben ser una prioridad absoluta para el sistema sanitario y sociosanitario, de modo integral, promoviendo los cambios necesarios en todas las sectores y políticas que puedan relacionarse con el bienestar social, exigiendo la máxima implicación de todos los poderes públicos, de todas las administraciones y de la sociedad en su conjunto.

Es preciso revisar la calidad en los procesos de notificación y registro de causas de muerte por suicidio para realizar una correcta clasificación de dichos episodios. Se evitarían de esta forma episodios registrados como suicidio que probablemente no lo son, y se evitarían, también, infra registros. Esta medida, además de mejorar la calidad epidemiológica de los datos, supondría menor sufrimiento a las personas y familias afectadas.

4. Los problemas de salud mental engloban realidades muy distintas, que van desde los trastornos mentales graves hasta las afecciones leves o la dificultad en el manejo de los estados emocionales. Es necesario diseñar un modelo de abordaje que considere y dé respuesta adecuada a esta heterogeneidad, poniendo siempre a la persona en el centro de todo el proceso, priorizando la atención y los recursos en el apoyo a personas más vulnerables y con sufrimientos psíquicos más graves.

Para ello resulta imprescindible disponer de instrumentos que ofrezcan datos precisos sobre los diferentes problemas que complementen la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta de Salud Europea para España, que valoran los riesgos de mala salud y la prevalencia con una alternancia de cinco años.

5. La protección y la promoción de la salud mental implican llevar cabo acciones y/o programas grupales y colectivos orientados de forma positiva y salutogénica.

Aquellos programas comunitarios que se desarrollen para la promoción del cuidado, la salud mental y el bienestar emocional han de estar basados en la evidencia, deben ajustarse a las necesidades, características y recursos del contexto (territorio, cultura, estructura comunitaria) y del grupo de población destinatario (edad, género, nivel socioeconómico...), siguiendo, por ello, un enfoque de equidad. Dicha adaptabilidad garantizará que las intervenciones sean pertinentes, culturalmente sensibles y eficaces, sin limitarse a un único modelo de intervención.

6. El modelo comunitario e inclusivo de salud mental es idóneo para el abordaje integral de los problemas de salud mental, considerando tanto los factores sociales como los estilos de vida funcionales. Numerosos estudios demuestran que es el modelo más eficaz, el que mejora en mayor medida la calidad de vida y el que genera mayor satisfacción tanto en los pacientes como en su entorno familiar y social.

La viabilidad de este modelo exige tanto una coordinación institucional efectiva como una dotación de recursos adecuada para garantizar la viabilidad de los proyectos de vida independiente.

7. El trabajo es un mecanismo fundamental de inclusión de las personas con problemas de salud mental, en especial las que padecen trastornos más graves, porque facilita el desarrollo de relaciones y redes sociales, facilita la vida autónoma y da acceso a prestaciones sociales, al sistema de pensiones.

En este sentido es fundamental el papel que desempeñan las entidades del tercer sector en el ámbito de la inserción laboral, así como una mayor implicación del tejido empresarial en el acceso al empleo ordinario.

8. La salud mental es un factor fundamental de la salud laboral, entendida como bienestar físico, psíquico y social en relación con las características y riesgos del puesto de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en el entorno.

Según la Encuesta realizada por el INSTT, analizando los datos de población activa de 2020, el 45% de la población ocupada refiere estar expuesta a algún factor de riesgo psicosocial. Quienes más han referido la exposición a estos riesgos son las personas trabajadoras del sector servicios, ocupando los primeros lugares las actividades sanitarias y de servicios sociales. La encuesta muestra también mayor riesgo de depresión a mayor inestabilidad del empleo, llegando al desempleo.

La Clasificación Internacional de Enfermedades incluyó en 2022 el síndrome de desgaste profesional o *burnout* pero existen otros riesgos emergentes de carácter psicosocial como la violencia y el acoso o los que pueden asociarse al teletrabajo.

9. La perspectiva de género es fundamental a la hora de analizar los problemas de salud mental de la población, pues el género supone un determinante social que condiciona un impacto desigual en la salud.

10. España se encuentra en segunda posición entre los países de la OCDE en el consumo de ansiolíticos y se encuentra muy por encima de la media de los países de nuestro entorno en el consumo de hipnosedantes. La utilización de estos fármacos es muy superior en mujeres.

Las encuestas oficiales indican que este consumo se produce con o sin receta médica, de manera que se hace necesario reforzar el sistema sanitario con alternativas psicoterapéuticas y sociales, y concienciar a la población sobre los riesgos para la salud de la automedicación con psicofármacos; así como promover hábitos de vida saludable en alimentación, ejercicio físico y sueño.

Debido a que no existe una correlación clara entre una mayor prescripción de psicofármacos y una mejor salud mental, es necesario que la prescripción se realice en función de la situación clínica y las necesidades de la persona, incorporando también la perspectiva de la deprescripción de psicofármacos en aquellas situaciones en las que sea adecuado, garantizando siempre el bienestar de los pacientes.

11. La salud mental en la infancia y la adolescencia debe ser una prioridad de las políticas públicas, a las que corresponde articular sistemas eficaces de coordinación y abordaje integral de la promoción del bienestar emocional, prevención, detección precoz y atención.

Llevar una vida saludable y contar con el apoyo y la protección de un entorno de confianza son componentes fundamentales de un desarrollo óptimo durante la infancia y la adolescencia. Así, abordar los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, el cambio climático o las dificultades habitacionales y los factores que puedan afectar a la autoestima en el entorno familiar (violencias) y escolar (*bullying*...) han de erigirse en prioridad política.

Del mismo modo, resulta imprescindible mejorar los sistemas de detección precoz y de atención de la población infanto-juvenil, toda vez que la evidencia científica indica que la mayoría de los trastornos mentales comienzan antes de los 15 años, y hasta el 75% de ellos se manifiestan antes de los 18, requiriendo una respuesta temprana, sostenida y específica.

Y, en este sentido, no se puede perder de vista la necesidad de avanzar en los estudios sobre el impacto en la salud mental infanto-juvenil de determinados hábitos o prácticas de utilización de las nuevas tecnologías y las redes sociales.

12. El enfoque de la patología dual permite un tratamiento biopsicosocial, multidisciplinar, integral y personalizado eficiente y eficaz de las adicciones, establecidas como trastorno mental por las clasificaciones internacionales, y frecuentemente asociadas a otros trastornos mentales, más de la mitad de los cuales cursan con consumo problemático o adictivo de sustancias.

13. Instituciones Penitenciarias. La población penitenciaria es un colectivo en riesgo de exclusión social, y los estresores propios de la vida en prisión la convierten en un factor de riesgo para el desarrollo de problemas a nivel cognitivo y emocional. Resulta imprescindible que se avance en la integración de servicios de salud mental internos de la prisión con los dispositivos sanitarios y sociosanitarios del sistema público, desde una perspectiva comunitaria que fomente la participación de las personas reclusas y de sus familias, poniendo en marcha programas de rehabilitación psicosocial que promuevan la autonomía personal y aminoren el sufrimiento mental de las personas encarceladas. En este sentido, resulta razonable estudiar las ventajas de la transferencia de las competencias de instituciones penitenciarias a las Comunidades Autónomas, en aras, precisamente, de facilitar la atención integrada y el abordaje comunitario.

14. Personas mayores institucionalizadas. Las personas mayores son uno de los colectivos con mayor prevalencia de depresión no tratada, con más afectación de ideaciones y tentativas suicidas, y presentan de las tasas más altas de consumo de hipnosedantes y antidepresivos. Frente al recurso a la institucionalización de las personas mayores con problemas de salud mental, se debe avanzar hacia modelos de cuidados y apoyos cuyo enfoque esté centrado en las personas, en su voluntad y preferencias, y en la vida comunitaria, para que estas puedan decidir dónde y cómo desean vivir. A las

distintas administraciones y poderes públicos compete ofrecer alternativas de desinstitucionalización, promoviendo modelos de vida en comunidad como las viviendas con apoyos comunitarios, para que, en los casos en los que sea posible, las personas mayores gocen de mayor autonomía vital, mejor calidad de vida, un modelo de cuidados personalizados y se evite su aislamiento.

15. Se debe prestar particular atención a la comorbilidad de las personas con problemas de salud mental graves, que presentan una tasa de mortalidad significativamente más alta que la de la población general debido, en buena medida, a la concomitancia con enfermedades físicas y a una mayor vulnerabilidad psicosocial. Esta comorbilidad incluye afecciones cardiovasculares, diabetes tipo 2, enfermedades respiratorias o trastornos metabólicos, entre otras enfermedades, a menudo infradiagnosticadas e insuficientemente tratadas en el caso de personas con trastornos de salud mental grave. Diversos estudios señalan que las personas con trastornos mentales de salud grave también reciben menos apoyos y atención en materia de estilo de vida, tabaquismo o gestión de los efectos secundarios de los psicofármacos, contribuyendo a una reducción generalizada de la esperanza de vida en este colectivo.

16. Es necesario mejorar la calidad, equidad, eficacia y eficiencia de la atención de la salud mental en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. El actual Sistema Nacional de Salud presenta un mapa rico y complejo de profesiones, profesionales y de dispositivos dedicados a la atención de la salud mental de la población, todo ello enmarcado en las competencias que tienen atribuidas Gobierno, Comunidades Autónomas y entidades locales en materia de salud y bienestar social.

En distintas comparecencias se ha puesto de manifiesto esta riqueza y complejidad, con testimonios sobre distintas experiencias de funcionamiento de unidades y de desarrollo de programas, redes de trabajo colaborativo... en entorno urbano, rural, en Atención Primaria y en Atención Especializada, enfocadas a población adulta y a población infanto-juvenil.

Y también con testimonios de diferentes profesionales, con diferentes perfiles y competencias profesionales que confluyen en un marco amplio de abordaje de la salud mental. Un mapa complejo que es una fortaleza de las propuestas de mejora del Sistema.

VII.2. Recomendaciones.

Recomendaciones relacionadas con un modelo de salud mental centrado en las personas, con enfoque de derechos y prevención del suicidio.

— Humanización de los procesos de atención y servicios. Regular la aplicación de contenciones mecánicas y farmacológicas en unidades psiquiátricas, de salud mental y residencias geriátricas, cumpliendo las indicaciones en tiempo y forma, desde una perspectiva de derechos humanos y protección de la dignidad de la persona.

— Revisar los procedimientos de ingresos involuntarios como mecanismo de privación de libertad e introduciendo las garantías procesales pertinentes. Mejorar los sistemas de información en este ámbito para poder evaluar los procedimientos en el Sistema Nacional de Salud.

— Promover un Pacto Social para eliminar el estigma y por la no discriminación asociadas a los problemas de salud mental.

— Impulsar medidas como las figuras de apoyo para la toma de decisiones, el consentimiento informado reforzado, la planificación anticipada y las unidades de puertas abiertas.

— Garantizar la participación de personas expertas por experiencia con sufrimiento mental en los órganos de decisión, aumentando la participación de las personas afectadas en el diseño de los procesos de atención y en la evaluación de la calidad de los servicios de salud mental.

— Potenciar la formación en un modelo biopsicosocial para la atención de personas afectadas con sufrimiento mental.

— Priorizar por parte de todas las administraciones desde sus ámbitos competenciales todas las medidas y acciones necesarias para la prevención de las conductas suicidas, especialmente en lo que respecta a protocolos de actuación y orientación a la familia y entorno, y el apoyo a las personas supervivientes relacionadas con la persona finada.

Recomendaciones relacionadas con actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud y más salud mental en todas las políticas.

— Establecer un Plan de Gobierno para la Salud y el Bienestar. Salud en todas las Políticas donde se describan aquellas acciones prioritarias de gobierno en todas las políticas con un impacto determinante en la salud mental como es el empleo digno, la vivienda, la educación, la sanidad y las prestaciones sociales.

— De forma específica se avanzará de forma prioritaria en otras políticas determinantes para la salud mental:

- En relación con Vivienda. Se necesitan políticas que favorezcan el acceso a la vivienda, reduzcan la precariedad residencial y mejoren la seguridad habitacional.
- En relación con Trabajo. Es necesario avanzar en medidas estructurales como la reducción de la jornada laboral, la mejora de los salarios y la ampliación de los permisos de cuidados.

Recomendaciones relacionadas con la información, el conocimiento y la divulgación sobre la situación de salud mental.

— Mejorar la información existente sobre salud mental para la gestión sanitaria y el análisis epidemiológico e impulsar la interoperabilidad de la información sanitaria sobre salud mental con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud mental y la adecuación de las medidas de promoción y prevención.

— Realizar un estudio sobre la prevalencia de los trastornos mentales graves en España, con el objetivo de identificar las necesidades reales de este conjunto poblacional y proporcionar información específica sobre las patologías existentes, incluyendo información sobre la situación de las personas y las condiciones de vida, ampliando así el foco actual que evalúa el estado emocional de la ciudadanía.

— Añadir más indicadores sobre salud mental en el repositorio de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Valorando la pertinencia de indicadores clave sobre trastornos mentales graves, factores de riesgo y tasas de discapacidad, entre otros.

— Mejorar la calidad de los datos de mortalidad por suicidio para garantizar una correcta clasificación de los episodios (evitando diagnósticos erróneos y evitando también infradiagnósticos).

— Difundir dicha información, de forma accesible y comprensible, a población general, personas afectadas, profesionales e instituciones con competencias en esta materia.

Recomendaciones relacionadas con la promoción del cuidado, la salud y el bienestar emocional.

— Reforzar los Proyectos de Acción y Desarrollo comunitario de base territorial, como ya existen en diferentes experiencias señaladas en la Subcomisión, favoreciendo comunidades más cohesionadas, con vínculos sociales y de soporte mayores, con un enfoque de participación.

— Establecer espacios comunitarios de bienestar emocional abiertos tanto a personas con diagnóstico de trastorno mental como personas sin un diagnóstico donde se ofrezcan servicios de escucha activa, acompañamiento, actividades grupales, talleres y redes de apoyo mutuo. Estos espacios deben tener una orientación hacia los determinantes de la salud, un enfoque biopsicosocial y reforzando habilidades y dando poder a las personas participantes.

— Promover el cuidado emocional en centros educativos, adaptado a las diferentes etapas escolares y de formación profesional y universitaria, mediante entornos que

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 52

promocionen el bienestar emocional, la resolución de conflictos y la prevención de los problemas de salud mental.

— Fomentar espacios de bienestar emocional en centros de trabajo públicos y privados. Se recomienda habilitar salas de descanso emocional, implementar servicios de orientación psicosocial y programas de cuidado entre iguales, incorporándolos en los Planes de Prevención de Riesgos Laborales y de Igualdad y siendo supervisados por profesionales sociosanitarios.

Recomendaciones relacionadas con la protección en diferentes entornos y la prevención de riesgos laborales.

— Impulsar la normativa necesaria para la protección de las personas menores de edad en los entornos digitales para prevenir los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil relacionados con la ciberadicción y el ciberacoso.

— Mejorar las políticas de prevención de riesgos laborales para garantizar de forma más efectiva la protección de las personas trabajadoras frente a los riesgos psicosociales y sus consecuencias en la salud mental y garantizar que las personas con problemas de salud mental puedan mantener su puesto de trabajo.

— Para ello adecuar la normativa en materia de salud laboral a los riesgos psicosociales y los problemas de salud mental, y avanzar en la incorporación de los problemas de salud mental en la clasificación de enfermedades profesionales.

— Apoyar Programas de inclusión y Acompañamiento laboral para personas con trastornos mentales graves de iniciativa pública o del Tercer Sector Social; y mejorar la coordinación entre todas las Administraciones públicas en este ámbito.

Recomendaciones relacionadas con el refuerzo de los recursos en salud mental.

— Elaborar un diagnóstico sobre los recursos, humanos y asistenciales, en nuestros Servicios de Salud en materia de salud mental que incluya no sólo la dotación existente por categorías profesionales y su situación laboral dentro del Sistema, teniendo en cuenta las diferentes unidades y dispositivos en los que prestan servicios, con el objetivo de avanzar hacia una planificación eficiente desde la toma de decisiones basada en la evidencia.

— Continuar con la regulación de la figura de los PESTOS (Psicólogos Especialistas Sin Titulación Oficial) y su encaje como profesionales que prestan servicios incluidos en la cartera.

— Incrementar las plantillas de profesionales mediante el aumento de plazas de formación especializada (PIR, MIR, EIR) y su acreditación en el sistema sanitario, así como revisar las condiciones de trabajo de los profesionales existentes para consolidar y fidelizar, especialmente en lugares donde existe mayor dificultad de cobertura o población más vulnerable.

— Corregir las ratios profesionales en comparación con otros países del entorno, con especial atención a la incorporación de plazas acreditadas de psicología clínica, aumentándolas progresivamente hasta alcanzar las necesarias para responder a todas las necesidades relativas a la salud mental.

— Ampliar los equipos con la incorporación de otras figuras profesionales como trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales, enfermeras de salud mental, entre otros perfiles.

— Revisar y actualizar los criterios de acreditación y homologación de titulaciones para el ejercicio profesional en el ámbito de la salud mental, con especial atención a las especialidades de psicología clínica -incluyendo la psicología clínica sin la especialidad a los perfiles especializados en infancia y adolescencia. Esta revisión deberá garantizar la adecuación de las competencias profesionales a las necesidades actuales de los servicios, velando por una atención basada en la evidencia, los derechos humanos y la equidad territorial.

— Estudiar la posibilidad de gestión directa de las Comunidades Autónomas de la competencia en acreditación y titulación para una gestión más próxima a las necesidades del territorio.

Recomendaciones relacionadas con la atención y revisión, actualización de la cartera común de servicios públicos en salud mental.

— Garantizar el derecho a la atención en igualdad de condiciones en todas las Comunidades Autónomas. Proponer criterios, coberturas, protocolos y tiempos máximos de acceso.

— Incluir servicios como atención comunitaria (niveles de orientación comunitaria individual, grupal y comunitario), psicoterapia, programas de prevención en infancia y adolescencia, así como apoyos específicos para trastorno mental grave, rehabilitación e inserción social.

— Impulsar la creación de unidades específicas de atención a la salud mental infanto-juvenil en todos los niveles asistenciales, asegurando una atención especializada y adaptada a sus necesidades, dotándolas de los recursos necesarios y definiendo la naturaleza y funciones de dichas unidades. En el ámbito de la atención primaria, coordinar las unidades con el papel de la pediatría y de la medicina de familia.

— Promover los programas interdisciplinares de prevención y desmedicalización, detección temprana y atención psicológica del malestar emocional en el ámbito de los equipos de Atención Primaria, reconociendo los ya existentes en varias Comunidades Autónomas y favoreciendo su desarrollo en todo el territorio.

— Estudiar la incorporación de programas y metodologías para trabajar en la detección y abordajes de los malestares que ya han sido evaluados y tienen evidencias disponibles (como los grupos socioeducativos en Atención Primaria de Andalucía o los procesos correctores comunitarios).

— Estudiar las fórmulas para consolidar y ampliar la figura de los profesionales de referencia en salud comunitaria en el ámbito de la atención primaria de salud mental, garantizando su presencia estable en los territorios. Tomar como referencia modelos como el impulsado en Catalunya y en otras Comunidades Autónomas a través de los programas de bienestar emocional comunitario, que integran psicólogos/as generales sanitarios y otros perfiles en centros de atención primaria con enfoque territorial, preventivo y no patologizante.

Recomendaciones relacionadas con la Atención Integrada sociosanitaria en Salud Mental.

— Diversificar los modelos de atención favoreciendo la autonomía y evitando la institucionalización, priorizando la proximidad y el vínculo en los cuidados. Impulsar la atención domiciliaria, centros de día, centros comunitarios de salud mental, casas de crisis, recursos habitacionales con acompañamiento y dispositivos móviles, priorizando la proximidad y el vínculo en los cuidados.

— Tener en cuenta algunas de las prácticas de atención señaladas: Potenciar proyectos de atención integrada sociosanitaria para personas con trastorno mental grave que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad social, equipos de atención comunitaria como los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).

— Establecer equipos intersectoriales territoriales de coordinación estable (sanidad, servicios sociales, educación, justicia, empleo) que agilicen la atención a personas con sufrimiento mental.

— Crear una historia clínica única e interoperable que garantice la continuidad asistencial.

— Introducir la figura del gestor/a de caso para situaciones de alta complejidad o cronicidad.

— Avanzar en la coordinación entre los dispositivos de salud mental, la atención primaria y la atención sociosanitaria para abordar eficazmente otras patologías físicas en personas con trastornos mentales graves.

— Los diferentes planes y estrategias deben abordar la sobremortalidad por causas físicas entre personas con trastornos mentales graves, y promover redes comunitarias de apoyo, la mejora de la interoperabilidad entre servicios y la formación en este ámbito de los profesionales de la salud mental, contando con la participación de los y las pacientes.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 54

Recomendaciones relacionadas con la gobernanza, integración y sostenibilidad.

— Consolidar los espacios de coordinación institucional entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas para fortalecer el seguimiento y cumplimiento de los acuerdos recogidos en la Estrategia y Planes de Salud Mental mediante estructuras estables de gobernanza.

— Generar una red de buenas prácticas y trabajo colaborativo para compartir experiencias de trabajo en nuestras Comunidades Autónomas.

— Continuidad con la transferencia de la gestión de la sanidad penitenciaria a todas las Comunidades Autónomas siempre que estas cuenten con la dotación de medios tanto materiales como humanos, así como con la financiación necesaria por parte del Gobierno de España.

— Aumentar progresivamente la inversión pública en salud mental. Para ello se realizará un estudio y un análisis de la situación actual, para establecer cuál debe ser el porcentaje del gasto sanitario total que se dedique a la salud mental.

— Una vez establecido ese porcentaje se fijará como objetivo a alcanzar, asegurando además que esta inversión sea estructural y finalista. Esta financiación debe priorizar la atención comunitaria, la prevención y promoción de la salud mental, así como la incorporación de nuevos perfiles profesionales en el territorio, y debe contemplar criterios de equidad territorial y poblacional.

— Establecer fórmulas de financiación que promuevan la evaluación, la innovación y la investigación aplicada.

— Impulsar mecanismos que permitan medir resultados, favorecer buenas prácticas y apoyar proyectos de innovación organizativa en salud mental.

VIII. ANEXOS.

VIII.1. Resumen de las comparecencias celebradas.

Comparecencia de D. ^a Belén González Callado, Comisionada de Salud Mental.

La intervención de la Comisionada de Salud Mental se estructura como una exposición de diagnóstico, principios rectores y hoja de ruta para el periodo 2025-2027. La comparecencia articula un enfoque integral que combina el reconocimiento del sufrimiento psíquico con los determinantes estructurales de salud, desde una perspectiva centrada en derechos humanos, desmedicalización, desinstitucionalización y justicia social. El discurso se enmarca en la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026 y plantea la necesidad de un pacto de Estado transversal e interministerial.

Naturaleza y legitimidad del Comisionado.

El Comisionado, creado a finales de 2023, se describe como fruto de una demanda social creciente y de una preocupación pública extendida. Se presenta no como una estructura puramente técnica, sino como una instancia intermedia entre ciudadanía, profesionales y decisores públicos. Su origen no asistencial lo posiciona como un espacio de análisis, coordinación y propuesta, con foco en la vigilancia de derechos y la innovación institucional.

Se reivindica como continuidad y expansión de la Estrategia de Salud Mental del SNS y del Plan de Acción 2022-2024, del que se anuncia una continuidad presupuestaria en 2024 (38,5 millones de euros, cofinanciados con CCAA).

Fundamentación ética y política: salud mental como problema social.

La Comisionada enfatiza que el sufrimiento psíquico es, en muchos casos, resultado de violencias estructurales (pobreza, abuso infantil, violencia de género, racismo, migración forzada, exclusión laboral y precariedad). Se critica la medicalización del malestar y la reducción de los problemas sociales a trastornos individuales.

Este marco permite señalar la existencia de una tendencia generalizada a la iatrogenia social y farmacológica derivada de la presión asistencial, la falta de recursos y la falta de alternativas no sanitarias. Se defiende un modelo biopsicosocial de atención que, sin obviar la dimensión clínica, priorice los cuidados integrales, comunitarios e interdisciplinarios.

Problemas estructurales del sistema asistencial.

Se constata un diagnóstico compartido:

- Listas de espera inasumibles (especialmente en psicología clínica).
- Déficit de recursos humanos y condiciones laborales precarias.
- Pérdida de profesionales formados en el SNS por fuga hacia el sector privado o abandono.
- Riesgo de despersonalización, pérdida de calidad y seguridad del paciente.

Se anuncian medidas inmediatas y de medio plazo:

- Aumento de plazas MIR, PIR, EIR y de la especialidad de psiquiatría infantil (incrementos del 43% en Psicología Clínica y del 22% en Psiquiatría).
- Colaboración con OMS-Europa en una encuesta sobre el malestar de los profesionales sanitarios.
- Proyecto estatal para el reconocimiento, registro y abordaje del sufrimiento psíquico derivado del trabajo, con participación de inspectores/as laborales, médicos/as, sociólogos/as y expertos en salud mental.

Medicalización y sobremedicación.

Se plantea el exceso de prescripción de psicofármacos:

- España es el segundo país de la UE en consumo de ansiolíticos y uno de los primeros en antidepresivos.
- Entre 2017 y 2021, el consumo de antidepresivos ha crecido hasta un 50% en jóvenes entre 20 y 29 años.

Se anuncia la implementación de un plan integral de de prescripción y uso racional de psicofármacos, dirigido a profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con materiales formativos, guías clínicas y estrategias de empoderamiento ciudadano.

Prescripción social y respuesta comunitaria.

La Comisionada plantea incorporar la prescripción social como práctica ordinaria dentro del SNS. Este enfoque permitiría derivar pacientes hacia activos comunitarios (deporte, asociaciones, espacios de apoyo mutuo o sindicalismo) cuando el origen del malestar está en el aislamiento, la pobreza, el conflicto social o el agotamiento vital.

Se anuncia la creación de una mesa permanente con Derechos Sociales para promover la implementación territorial de esta política, en coordinación con municipios, servicios sociales y tejido comunitario.

Desinstitucionalización y derechos humanos.

Se retoma el legado de la reforma psiquiátrica de los años 80 y se denuncia el riesgo de reinstitucionalización ante la escasez de recursos comunitarios. La Comisionada expresa una visión crítica con la ampliación de plazas en grandes instituciones psiquiátricas y denuncia las dinámicas de control y adaptación forzada en dichos espacios.

Se plantea la necesidad de una segunda reforma psiquiátrica que sustituya los dispositivos institucionalizadores por alternativas comunitarias respetuosas con la autonomía personal. El objetivo es transitar hacia una atención que no obligue a los profesionales a elegir entre la coerción o el abandono.

Plan de derechos y vigilancia democrática.

Se anuncia como proyecto clave del comisionado el desarrollo de un plan estatal para la protección y garantía de los derechos de las personas con trastorno mental, que incluirá:

- Reformas legislativas.
- Modificación de la cartera de servicios.
- Inspección y evaluación de prácticas institucionales.
- Formación en derechos para profesionales y ciudadanía.
- Incorporación obligatoria de personas con experiencia propia en salud mental en todas las fases de diseño y ejecución de políticas públicas.

Este plan se alinea con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, y responde a denuncias de múltiples organismos nacionales e internacionales.

Plan de prevención del suicidio.

Se anticipa un Plan de Acción frente al Suicidio con financiación específica, que incluirá:

- Mejora del Teléfono 024 (asistencia en crisis).
- Incorporación de recomendaciones y derivaciones a activos de salud comunitaria.
- Identificación de factores estructurales desencadenantes.
- Mejora del acceso a recursos preventivos y de atención.

Se subraya que la prevención del suicidio exige garantizar condiciones de vida dignas, atención accesible y modelos de acompañamiento no revictimizantes.

Relación interministerial e interterritorial.

Se plantea una gobernanza en red, articulada a través del Comité Institucional de la Estrategia de Salud Mental y del Consejo Interterritorial del SNS. Se han iniciado ya contactos y líneas de colaboración con: Ministerio de Trabajo y Economía Social, para detección y abordaje del malestar laboral; Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, para actualización de protocolos de autolesiones y suicidio en el entorno escolar; Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, para implementar políticas de desinstitucionalización conjuntas.

Principios rectores del Comisionado.

El modelo defendido por el comisionado se articula sobre cinco pilares:

- Atención basada en derechos humanos y consentimiento informado.
- Desmedicalización del malestar social.
- Inversión en redes comunitarias y no institucionales.
- Participación activa de personas con experiencia en primera persona.
- Gobernanza participativa y coordinación interministerial.

Comparecencia de don Tomás Cobo Castro, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (219/000134).

El Dr. Tomás Cobo Castro, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), compareció ante la Subcomisión de Salud Mental del Congreso con el objetivo de presentar la visión del colectivo médico sobre la salud mental, especialmente la de los propios profesionales sanitarios. Su intervención giró en torno a la estructura y misión de la Organización Médica Colegial (OMC), el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), y la situación crítica de la salud mental en el ámbito sanitario.

La Organización Médica Colegial y su función social.

Cobo comenzó su intervención explicando la naturaleza y funciones del CGCOM, que representa a los 290.000 médicos colegiados en España a través de 52 colegios provinciales. La colegiación universal es obligatoria para ejercer la medicina. La OMC tiene como uno de sus pilares fundamentales la custodia del Código de Deontología Médica, que se basa en tres principios éticos: la beneficencia, el respeto a la autonomía del paciente y la justicia social.

Además, el CGCOM cuenta con tres fundaciones: la Fundación para la Cooperación Internacional, la Fundación para la Formación Médica, y la Fundación para la Protección Social. Esta última alberga el PAIME, un programa pionero en Europa que atiende a médicos con trastornos mentales o adicciones, garantizando su rehabilitación y retorno a la práctica asistencial segura.

El PAIME: un modelo único de intervención.

El PAIME fue creado hace más de dos décadas para abordar problemas de salud mental y conductas adictivas en médicos. Aunque nació enfocado en adicciones, ha evolucionado hacia el tratamiento de todo tipo de trastornos psíquicos. Actualmente se ha ampliado a otras profesiones sanitarias, como enfermería, odontología y farmacia, e incluso a los pilotos de líneas aéreas.

Las vías de acceso al programa son varias: voluntaria, inducida por el entorno profesional, por comunicación confidencial y por denuncia formal. El 85 % de los casos son por trastornos mentales, y solo un pequeño porcentaje por adicciones. Los diagnósticos más frecuentes son trastornos adaptativos, del estado de ánimo y de ansiedad. El 45 % de los casos son burnout (síndrome del trabajador quemado), reflejando la enorme presión que soportan los profesionales sanitarios.

Atención primaria: epicentro de la crisis.

El 47 % de los médicos en España trabaja en atención primaria, y esta especialidad concentra también el 44,5 % de los casos del PAIME. El Dr. Cobo explicó que esto es lógico por la proporcionalidad, pero también refleja la sobrecarga estructural del primer nivel asistencial, donde la presión, la falta de autonomía profesional, la precariedad laboral y la dificultad de desconexión emocional tras las guardias inciden especialmente.

Desde 2011 a 2022 el PAIME ha atendido a más de 5.600 casos, y más de 8.000 desde su creación. El éxito de rehabilitación ronda el 90 %, lo que lo convierte en un modelo eficaz. La curva ascendente en la demanda se explica tanto por el aumento real de problemas de salud mental como por la mayor visibilidad y conocimiento del programa.

La salud mental de los estudiantes de medicina.

Uno de los puntos destacados fue el nuevo servicio de apoyo psicológico telemático a estudiantes de medicina, que ha atendido ya a más de 1.200 contactos a través de WhatsApp. Cobo alertó sobre el estrés al que se someten los jóvenes aspirantes a médicos, desde la exigencia de notas muy elevadas hasta la alta presión emocional durante el grado y la residencia. Esta situación puede originar o agravar trastornos mentales en una etapa temprana de la carrera profesional.

El Comisionado de Salud Mental y los retos estructurales.

Cobo valoró positivamente la creación del Comisionado de Salud Mental, impulsado por el Gobierno de España en línea con la OMS y la UE. Aplaudió su enfoque basado en los determinantes sociales de la salud y la necesidad de actuar con una mirada de salud pública, no meramente sanitaria. Señaló que es esencial incrementar el número de profesionales en salud mental, incluyendo plazas en psiquiatría, psicología clínica y enfermería especializada. También reclamó un plan nacional contra el suicidio, mejoras en la prescripción de psicofármacos, y el reconocimiento del trastorno mental relacionado con el trabajo.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 58

Para Cobo, el abordaje de la salud mental debe ser interdisciplinar e intersectorial, implicando no solo a sanitarios, sino también a educación, justicia y servicios sociales. Reclamó más financiación, especialmente en atención primaria, y dotar de mayor autonomía a los profesionales. Insistió en que esta problemática debe abordarse desde el consenso político y alejada de divisiones partidistas.

El suicidio como problema prioritario.

El suicidio fue otro de los grandes temas abordados. Cobo afirmó que debe entenderse como una conducta y no como una enfermedad. Alertó del aumento de suicidios entre mayores que sufren soledad no deseada, así como del creciente peso de esta problemática entre las preocupaciones de los cuerpos de seguridad. Llamó la atención sobre los riesgos específicos para los profesionales sanitarios y citó un metaanálisis reciente del British Medical Journal que muestra que, aunque ha bajado el número de suicidios en médicos, el riesgo sigue siendo mayor en mujeres médicas.

Reacciones de los grupos parlamentarios.

Los grupos políticos agradecieron la claridad y profundidad de la intervención. Desde SUMAR se valoró la incorporación de la perspectiva de género y la necesidad de empoderar a los profesionales. Bildu preguntó por la necesidad de una ley específica de salud mental, a lo que Cobo respondió que la prioridad es aumentar profesionales y mejorar la coordinación.

VOX expresó su discrepancia con la incorporación de la perspectiva de género, pero Cobo aclaró que su fuente era científica y basada en evidencia. Desde el PSOE se valoró la acción del PAIME y se preguntó por la colaboración autonómica y los datos desagregados por género. El PP preguntó por la presión específica en atención primaria, la formación y qué contenidos deben incluirse en un futuro informe de consenso.

Cobo subrayó la necesidad de abordar el bienestar profesional desde la planificación formativa y estructural, incidiendo en que el entorno emocional del trabajo médico —en particular el contacto con la muerte y el sufrimiento— exige recursos específicos de apoyo.

Conclusión.

El Dr. Cobo concluyó reafirmando su disposición a colaborar con la Subcomisión en el proceso de elaboración del informe final. Destacó que cuidar la salud mental de los profesionales sanitarios es cuidar la salud del sistema en su conjunto, y llamó a construir soluciones desde la cooperación política y profesional.

Comparecencia de doña María Fuster Blay, presidenta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental.

María Fuster Blay compareció como presidenta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN), una entidad centenaria y estatal que reúne a profesionales de diversas disciplinas vinculadas a la salud mental. Fuster, abogada de profesión, recalcó el carácter multiprofesional de la AEN, que integra no solo a psiquiatras, sino también a psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y juristas. Asimismo, destacó la incorporación de personas con experiencia propia en salud mental, como profesionales técnicos de apoyo mutuo, lo que ilustra su modelo inclusivo y participativo.

Recalcó la independencia de la AEN, que no recibe financiación de partidos ni de la industria farmacéutica, lo que les permite abordar los temas con menor conflicto de intereses. En su intervención, optó por centrar su exposición en una cuestión específica: el sufrimiento psíquico grave, que afecta aproximadamente al 3 % de la población —1,5 millones de personas— y sus contextos. Defendió el uso de este término por encima de «trastorno mental grave», como reconocimiento de la dimensión humana y social del problema, frente a la reduccionista mirada clínico-diagnóstica.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 59

Una mirada desde los derechos humanos y los determinantes sociales.

Fuster subrayó que las personas con sufrimiento psíquico grave viven múltiples barreras que condicionan su vida diaria y vulneran su dignidad. Reivindicó que se asuma plenamente la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por España, lo que implica un cambio normativo y estructural en la manera de concebir y abordar la salud mental. En este sentido, insistió en que el problema del estigma va más allá de lo simbólico, ya que se traduce en prácticas discriminatorias reales que limitan el acceso a derechos y servicios.

Explicó que las personas con problemas graves de salud mental están sujetas, muchas veces, a medidas coercitivas como internamientos involuntarios, tratamientos forzados, contenciones mecánicas o aislamientos. Estas prácticas, sostuvo, vulneran derechos fundamentales como el de la libertad (artículo 17 de la Constitución Española) y son señaladas como discriminatorias por organismos internacionales como la ONU y la OMS. Aclaró que los profesionales de salud mental muchas veces no desean aplicar estas medidas, pero lo hacen por falta de alternativas.

Propuestas normativas y estructurales.

Entre las propuestas prioritarias de la AEN, Fuster destacó la necesidad urgente de suprimir el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula los internamientos involuntarios, y de avanzar hacia sistemas de apoyo voluntario. Consideró que estos internamientos deben ser excepcionadísimos y que deben explorarse vías como la planificación anticipada de decisiones, donde la persona defina previamente cómo quiere ser tratada en situaciones de crisis.

También abogó por eliminar los tratamientos ambulatorios involuntarios, que consideró discriminatorios y contrarios a los derechos humanos, ya que se aplican únicamente a personas con diagnósticos de salud mental. Asimismo, defendió la eliminación progresiva de las contenciones mecánicas y el impulso de unidades hospitalarias de puertas abiertas, señalando que ya existen experiencias en Europa y España, que lo hacen viable. Mencionó como referente el modelo de Trieste (Italia), basado en el respeto a la autonomía y la comunidad como eje de los cuidados.

En el ámbito penal, reclamó una reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y del Código Penal en lo relativo a las eximentes por trastorno mental. Criticó que el sistema actual esté basado en la idea de «peligrosidad», un concepto anticuado y contrario al enfoque de derechos. Propuso que se promueva un enfoque más garantista, centrado en la capacidad jurídica y en el acompañamiento digno, evitando respuestas basadas en el encierro o la exclusión.

Sanidad penitenciaria, inserción laboral y modelo de cuidados.

Fuster denunció el abandono de las personas con problemas de salud mental en prisión, destacando el déficit de recursos humanos y sanitarios. Reclamó la transferencia de la sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas para mejorar su integración con el sistema sanitario general. Recordó que muchos internos llegan a prisión sin diagnóstico ni tratamiento, y que los profesionales penitenciarios también demandan más medios y coordinación. En cuanto a la inserción laboral, insistió en que muchas personas con sufrimiento psíquico quieren trabajar y necesitan apoyos y ajustes razonables para poder hacerlo. Al mismo tiempo, señaló que otras personas, por sus circunstancias, no podrán integrarse al mercado laboral y necesitan sistemas de prestaciones más justos y suficientes. Criticó que hoy se vean obligadas a vivir con ayudas de apenas 400 euros, lo que imposibilita cualquier proyecto de vida y genera mayor sufrimiento.

Con respecto al modelo de cuidados, Fuster planteó una reflexión ética de fondo: ¿qué entendemos por cuidar? Para la AEN, aplicar coerción no puede considerarse una forma de cuidado. Apostó por modelos que respeten la autonomía, la dignidad y la voluntad de las personas, y que se basen en vínculos de confianza y en el trabajo comunitario. En ese

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 60

sentido, apoyó instrumentos como los «Quality Rights» de la OMS, que permiten evaluar la calidad de la atención desde el respeto a los derechos humanos.

Críticas al uso excesivo de psicofármacos y necesidad de alternativas.

La presidenta de la AEN también advirtió sobre el uso generalizado y muchas veces no justificado de psicofármacos, que consideró problemático. Si bien reconoció que pueden ser necesarios en determinados casos, defendió que su prescripción debe hacerse con ética, racionalidad y proporcionalidad. Subrayó la importancia de promover otras formas de intervención como la psicoterapia, la intervención comunitaria o el acompañamiento desde la experiencia vivida.

Criticó la medicalización de problemas sociales y defendió una visión integral, en la que se combatan las causas estructurales del sufrimiento, como la pobreza, el aislamiento, la falta de apoyos, el desempleo o la discriminación. Para Fuster, los psicofármacos no son suficientes si no se interviene sobre los determinantes sociales y si no se garantiza el derecho a una vida autónoma y digna.

Relación médico-paciente y autonomía en salud mental.

Fuster defendió la necesidad de reformular la relación médico-paciente en salud mental, en línea con la Ley de Autonomía del Paciente. Rechazó la idea de que las personas con sufrimiento psíquico grave no pueden tomar decisiones, y abogó por reforzar mecanismos de código-decisión, donde el profesional acompañe, pero no sustituya, la voluntad de la persona. También señaló que la legislación actual, incluida la Ley de Autonomía del Paciente, no está del todo adaptada a la Convención de Nueva York.

Visión del Comisionado de Salud Mental y balance general.

Valoró positivamente la creación del Comisionado de Salud Mental y la propia Subcomisión como señales de avance político, aunque consideró que es necesario visibilizar más a las personas con sufrimiento psíquico grave, que a menudo quedan diluidas en discursos generalistas. Llamó a seguir construyendo espacios de diálogo intersectorial y transdisciplinar, donde se escuche directamente a las personas afectadas. Finalmente, reiteró la disposición de la AEN a colaborar en los trabajos parlamentarios, aportar propuestas concretas y acompañar en la construcción de una nueva política de salud mental, más respetuosa, más humana y centrada en los derechos.

Comparecencia de Fernando Chacón Fuertes, vocal de la Junta de Gobierno y adjunto a la presidencia del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Fernando Chacón Fuertes, vocal de la Junta de Gobierno y adjunto a la presidencia del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, intervino ante la Subcomisión de Salud Mental para ofrecer un análisis riguroso y propositivo sobre el estado de la salud mental en España. Centró su exposición en los problemas de salud mental más frecuentes (ansiedad, depresión, trastornos del sueño), en contraste con otras intervenciones que se enfocaron en trastornos mentales graves, y propuso medidas concretas para adaptar el modelo asistencial a esta realidad.

Diagnóstico del problema.

Chacón comenzó señalando tres problemas fundamentales del sistema español de salud mental:

1. Aumento de la demanda, especialmente de problemas como ansiedad y depresión, no tanto de trastornos mentales graves.
2. Excesiva dependencia de psicofármacos, en detrimento de abordajes psicoterapéuticos.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 61

3. Escasez de profesionales, especialmente de especialistas en Psicología Clínica, aunque también de psiquiatras y personal de enfermería en salud mental.

Ilustró estos puntos con datos oficiales del Ministerio de Sanidad y recalcó que el sistema está sobresaturado por casos de ansiedad, depresión y trastornos del sueño, problemas que requieren abordajes distintos a los tradicionalmente centrados en trastornos graves.

Modelo teórico de intervención: estrés psicosocial.

Para estructurar su intervención, Chacón utilizó el modelo de estrés psicosocial de Barbara Dohrenwend. Según este modelo, los trastornos mentales se producen cuando una persona se enfrenta a un evento vital estresante (pérdida de empleo, duelo, violencia, etc.), cuya evolución dependerá de factores situacionales (contexto) y disposicionales (capacidades personales).

Este evento puede derivar en:

- Ningún cambio significativo.
- Crecimiento psicológico.
- Psicopatología.

De ahí que la respuesta del sistema deba darse en todos los niveles del proceso:

1. Prevención primaria (antes del evento): implica políticas públicas que reduzcan los factores estresantes sociales, como la precariedad, la falta de vivienda o el desempleo. Chacón destacó la importancia de realizar estudios epidemiológicos de largo alcance para identificar los factores con mayor impacto.

2. Fortalecimiento de factores protectores personales: propuso programas de prevención en escuelas que desarrollen habilidades de afrontamiento, resolución de conflictos, empatía y autoconocimiento. Subrayó que estos programas son eficaces y eficientes, y podrían desarrollarse a nivel estatal y ofrecerse a las comunidades autónomas para su implantación.

3. Prevención secundaria (durante el evento estresante): atención psicológica en centros educativos y servicios sociales para personas en situaciones de alto riesgo (desempleo, víctimas de delitos, cuidadores sobrecargados, etc.).

4. Intervención y tratamiento: para los casos en los que ya se ha generado un problema de salud mental, defendió la necesidad de ampliar sustancialmente el acceso a la psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud.

Propuestas estructuradas.

Chacón articuló una serie de propuestas concretas:

1. Estudios epidemiológicos que permitan conocer con precisión los principales factores de riesgo psicosocial en la población española.

2. Programas preventivos basados en la evidencia, especialmente en entornos escolares. Destacó que su implantación no necesariamente implica un alto coste económico.

3. Mejora de la atención en servicios sociales y educativos, incluyendo la contratación de profesionales de la psicología con formación específica. Criticó que actualmente se permite ejercer como orientador escolar a personas sin formación en psicología, ni pedagogía.

4. Aumento de los recursos humanos en salud mental. Reclamó un plan plurianual para alcanzar al menos 10 psicólogos clínicos por cada 100. 000 habitantes (actualmente hay unos 7) e idealmente acercarse a la media europea (18 por cada 100. 000).

5. Incorporar la psicoterapia en atención primaria, donde ya hay ensayos clínicos como PsicAP que muestran que la psicoterapia grupal es hasta cuatro veces más eficaz que el tratamiento farmacológico para problemas leves-moderados de ansiedad y depresión.

6. Resolver el déficit de especialistas PIR: aunque reconoció el esfuerzo del Ministerio de Sanidad por aumentar las plazas, lamentó que no se estén cumpliendo los objetivos anuales. Pidió incrementar las plazas PIR de forma significativa, ya que la falta de profesionales impide cubrir las plazas ofertadas en varias comunidades.

7. Flexibilizar la contratación de psicólogos con el Máster en Psicología General Sanitaria, especialmente en situaciones excepcionales o mientras se cubre la falta de especialistas, aunque reconoció que esto requiere reformas legislativas.

8. Aprovechar la experiencia de los PESTOS (psicólogos especialistas sin título oficial), que llevan décadas trabajando en el sistema y que, por razones burocráticas, no tienen el reconocimiento legal de su especialización. Consideró un desperdicio no contar con ellos y defendió buscar una solución legal que les habilite formalmente.

9. Promoción del bienestar emocional en empresas y comunidades, siguiendo el ejemplo de Cataluña y Navarra, que han implantado programas de psicología comunitaria con buenos resultados.

10. Reformas legales: propuso modificaciones normativas para permitir que psicólogos con formación suficiente puedan intervenir en contextos no sanitarios (educación, servicios sociales, residencias) y que se reconsidere la prohibición absoluta de contratar psicólogos generales sanitarios en el sistema público.

11. Homologaciones de títulos extranjeros: denunció los cuellos de botella administrativos en la ANECA y en el Ministerio de Universidades, que impiden que muchos profesionales formados fuera puedan ejercer pese a su cualificación. Consideró que es una injusticia y una pérdida de capital humano.

Reflexiones finales.

Chacón insistió en que los problemas de salud mental más prevalentes requieren un enfoque preventivo, comunitario y centrado en la psicoterapia. Denunció el sesgo del sistema hacia lo farmacológico y la escasez de recursos humanos, especialmente en atención primaria. Subrayó la urgencia de actuar y no esperar años a que se forme el personal necesario.

Concluyó pidiendo un modelo de atención escalonado, en forma de «embudo», donde los casos más leves se resuelvan en la comunidad o en atención primaria, y solo los más graves se deriven a los centros especializados. Insistió en que es posible mejorar sin grandes inversiones, optimizando los recursos y ajustando el marco normativo.

Comparecencia de don Manuel Martín Carrasco, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (219/000137).

Manuel Martín Carrasco, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, compareció ante la Subcomisión de Salud Mental del Congreso para ofrecer una visión integral de la situación actual de la psiquiatría en España. Aportó una perspectiva clínico-científica basada en su experiencia de más de 35 años como psiquiatra y presentó las principales líneas de trabajo, preocupaciones y propuestas de su organización, que agrupa a cerca de 2.000 psiquiatras.

Heterogeneidad y complejidad de los trastornos mentales.

Martín Carrasco destacó la gran diversidad de los trastornos mentales, que van desde afecciones leves como la fobia a los ascensores hasta enfermedades graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la depresión mayor. Subrayó que hablar de «salud mental» engloba realidades muy distintas, y que esta heterogeneidad contribuye a las dificultades de consenso en políticas públicas, ya que en el ámbito de la salud mental coexisten hechos científicos y valoraciones éticas y sociales. Afirmó que los trastornos mentales pueden tener un impacto devastador no solo para quienes los padecen, sino también para sus familias y la sociedad.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 63

Inversión insuficiente y estigma.

A pesar de que la carga global de enfermedad atribuible a los trastornos mentales ronda el 12 %, la inversión sanitaria en salud mental sigue siendo muy inferior, lo que evidencia un desequilibrio persistente. Martín Carrasco atribuyó esta descompensación, al menos en parte, al estigma que sigue pesando sobre estas patologías.

Transformaciones sociales y nuevas formas de malestar.

Una parte central de la comparecencia estuvo dedicada al análisis del cambio social y sus consecuencias sobre la salud mental. Según el ponente, estamos asistiendo a una «reducción de la resiliencia» general, especialmente entre las personas jóvenes, lo cual se ha hecho patente durante la pandemia. Las nuevas formas de vida, el auge de valores consumistas y hedonistas, la configuración frágil de la identidad y la presión constante en redes sociales son factores que generan un aumento de los trastornos emocionales, de la conducta alimentaria, las autolesiones y los trastornos de personalidad límite, muchas veces asociados a intentos de suicidio reiterados. Martín Carrasco alertó de que estos perfiles no están bien atendidos en el modelo actual, que sigue centrado en la patología psiquiátrica clásica.

Impacto de nuevas drogas sintéticas.

Otro fenómeno preocupante es el auge de sustancias psicoactivas sintéticas, muchas de las cuales no producen dependencia física pero sí alteraciones mentales graves. El consumo de estas sustancias, en combinación con los cambios sociales descritos, está generando nuevas formas de cronicidad que desafían al sistema de atención tradicional.

Poblaciones vulnerables.

El compareciente subrayó que, aunque se ha puesto mucho foco en jóvenes y adolescentes —de forma justificada—, no se debe olvidar a otros colectivos como las personas mayores. Estas representan el grupo con mayores tasas de suicidio y presentan patologías como las demencias, que a menudo van acompañadas de síntomas psiquiátricos. También pidió atención especial para personas migrantes, internas en centros penitenciarios y otros colectivos en situación de vulnerabilidad social.

Consumo de psicofármacos.

Respecto al consumo elevado de psicofármacos, en particular ansiolíticos e hipnosedantes, Martín Carrasco pidió contextualizar los datos. Aunque el uso es elevado, ha permanecido relativamente estable mientras que los trastornos leves y moderados han crecido. Insistió en que muchas personas acuden a atención primaria por sufrimiento psíquico y que no se puede restringir la prescripción si no se ofrecen tratamientos alternativos viables. Remarcó que no cree que nadie tome fármacos por capricho y defendió que la medicalización responde muchas veces a carencias estructurales en los servicios.

Falta de especialistas y mala planificación.

El ponente denunció una grave carencia de psiquiatras, que se agravará en los próximos años por las jubilaciones inminentes de hasta el 20 % del colectivo. Atribuyó esta situación a una planificación deficiente del sistema, tanto en la oferta de plazas MIR como en la falta de incentivos para retener profesionales. También criticó la rigidez del sistema español, que no permite combinar bien la labor asistencial con la investigación o la docencia, a diferencia de otros países. Alertó sobre la fuga de talentos al extranjero, donde se ofrecen salarios mucho más competitivos y condiciones laborales más flexibles.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 64

Propuestas para mejorar la retención de profesionales.

Entre las propuestas para atajar la escasez de psiquiatras, el presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental propuso mejorar el seguimiento y acompañamiento de los residentes, acelerar la homologación de títulos de profesionales extranjeros y permitir una mayor flexibilidad en el ejercicio profesional. También pidió una revisión de las condiciones laborales en España para hacerlas más atractivas y competitivas.

Prevención y coordinación intersectorial.

Martín Carrasco identificó dos ámbitos prioritarios para la prevención en salud mental: el entorno escolar y el laboral. Defendió la necesidad de programas de detección e intervención precoz en infancia y adolescencia, señalando que la mayoría de los trastornos graves debutan en esa etapa vital. Pidió también abordar fenómenos como el acoso escolar o el estrés laboral desde una perspectiva estructural. Subrayó que la prevención debe ir más allá del ámbito sanitario y que requiere colaboración interministerial e intersectorial.

Medicalización del malestar y necesidad de discriminación en el sistema.

El ponente abordó el debate sobre la tendencia a etiquetar como trastorno lo que en ocasiones son sufrimientos normales de la vida. Reconoció que existe un gradiente entre el malestar y el trastorno mental clínico, y pidió que el sistema sanitario disponga de mecanismos para discriminar cuándo es necesaria una intervención intensiva y cuándo bastaría con apoyo psicoeducativo.

Patología dual y coordinación sociosanitaria.

Martín Carrasco defendió la necesidad de integrar la atención a las adicciones en la red de salud mental, rompiendo con modelos separados por sectores o territorios. Consideró que la adicción es también un trastorno mental y que la atención integral es imprescindible. Reivindicó la importancia de mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, especialmente en el abordaje de casos complejos.

Internamientos involuntarios y coerción.

Frente a las críticas del uso de medidas coercitivas en psiquiatría, el compareciente negó que los psiquiatras sean defensores de estos métodos por convicción. Afirmó que en muchas ocasiones se actúa por falta de alternativas reales. Pidió que la sociedad proporcione los recursos necesarios para que estas intervenciones no se produzcan de forma traumática y abogó por la regulación de estas prácticas, así como por guías de buenas prácticas.

Conclusión y propuestas clave.

Para cerrar su intervención, Martín Carrasco identificó algunos elementos que considera fundamentales y que deberían figurar en el informe final de la Subcomisión:

- La necesidad urgente de aumentar las ratios de profesionales, especialmente en Psiquiatría.
- El refuerzo de la prevención en entornos escolares y laborales.
- La integración de la atención a las adicciones en salud mental.
- La coordinación efectiva entre atención primaria, salud mental especializada y servicios sociales.
- La flexibilización y mejora de las condiciones laborales para evitar la fuga de profesionales.
- El desarrollo de nuevos modelos asistenciales que respondan a la evolución de la demanda.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 65

Reivindicó el papel de las sociedades científicas como aliados en la elaboración de propuestas basadas en evidencia y expresó la disposición de la suya para colaborar con la administración.

Comparecencia de Tomás Corominas presidente de Hierbabuena, Asociación para la salud mental.

La comparecencia se articula en torno a tres ejes fundamentales: la defensa de los derechos humanos en salud mental, la crítica estructural al modelo asistencial vigente y la propuesta de reformas normativas y organizativas que garanticen la participación activa de las personas con discapacidad psicosocial en el diseño y control de las políticas públicas que les afectan.

Marco normativo: Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Se reivindica como referencia obligada la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por España en 2008, en particular en lo relativo al paso de un modelo basado en la sustitución de la capacidad jurídica (tutelas, internamientos involuntarios, tratamientos forzosos) a otro basado en la provisión de apoyos para la toma de decisiones y la inclusión comunitaria.

Se recuerda que la Observación General N.º 7 del Comité de la CDPD establece que solo las organizaciones dirigidas, administradas y controladas por personas con discapacidad pueden considerarse sus representantes legítimos, diferenciándolas de aquellas entidades que operan «para» personas con discapacidad desde posiciones externas.

Enfoque conceptual: discapacidad psicosocial y cuerdismo.

Se adopta el concepto de «discapacidad psicosocial» conforme a la definición de la CDPD: una situación que emerge de la interacción entre personas con sufrimiento mental o emocional y barreras actitudinales, jurídicas y ambientales que limitan su participación plena en la sociedad. En este contexto, se introduce la noción de cuerdismo, entendida como un sistema estructural de discriminación que presupone la inferioridad, irracionalidad o peligrosidad de las personas diagnosticadas con trastornos mentales.

Se vincula el cuerdismo a dos formas de injusticia epistémica, según la tipología de Miranda Fricker:

— Injusticia testimonial: descrédito sistemático de los testimonios de las personas con diagnóstico.

— Injusticia hermenéutica: falta de marcos interpretativos accesibles para comprender y comunicar la propia experiencia.

Crítica al modelo biomédico y coercitivo.

Se cuestiona el predominio de un enfoque biologicista y farmacológico, centrado en el diagnóstico y la medicación como ejes del abordaje clínico, y se denuncian prácticas ampliamente extendidas como los ingresos involuntarios, las contenciones físicas, las sujeciones mecánicas y la falta de consentimiento informado. Se señala que dichas prácticas constituyen vulneraciones sistemáticas de derechos humanos y contravienen las recomendaciones del Comité de la CDPD y del Alto Comisionado de Naciones Unidas.

Reforma normativa: artículo 763 LEC.

Se propone la derogación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula el internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico sin que concurren las garantías necesarias en materia de defensa legal, intervención judicial efectiva y consentimiento libre e informado. Se alerta del carácter estructuralmente inconstitucional

de dicho precepto, cuya aplicación práctica suele producirse sin asesoramiento jurídico ni participación real de la persona afectada.

Alternativas en clave de derechos y comunidad.

Se exponen líneas de intervención que ya están en desarrollo desde el movimiento en primera persona y el activismo en salud mental:

- Grupos de apoyo mutuo y agentes de apoyo entre pares.
- Facilitadores procesales en contextos judiciales o administrativos.
- Plataformas de participación y codiseño de políticas públicas.
- Recursos comunitarios y medidas de accesibilidad psicosocial.

Se aboga por el fortalecimiento de los apoyos sociales (vivienda, empleo, educación, relaciones significativas) como pilares del modelo de recuperación y vida independiente. Se destaca la urgencia de desarrollar un sistema estatal de apoyos y acompañamientos no sanitarios que complemente —y en ciertos casos sustituya— al enfoque clínico tradicional.

Recomendaciones a la Subcomisión.

Se formulan las siguientes propuestas de inclusión en el informe final de la Subcomisión:

- Garantizar la participación efectiva y vinculante de organizaciones de personas con discapacidad psicosocial en todos los niveles de decisión.
- Adaptar el marco legislativo español a la CDPD, eliminando figuras legales contrarias a la autonomía personal.
- Establecer un plan estatal de vivienda digna para personas en situación de sufrimiento psicosocial.
- Implementar estándares de calidad basados en los Quality Rights de la OMS.
- Reconocer el conocimiento en primera persona como fuente legítima de saber experto y motor de innovación en salud mental.

Comparecencia de don Jordi Alonso Caballero, subdirector científico del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) en el Área de Epidemiología y Salud Pública del Instituto de Salud Carlos III e investigador del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones en Salud.

Jordi Alonso Caballero compareció en calidad de investigador en salud pública mental para aportar evidencias científicas y recomendaciones desde la perspectiva de la epidemiología y la salud pública. Su intervención giró en torno a cinco ejes principales: la carga real de los trastornos mentales, los determinantes sociales de la salud mental, la importancia de una visión de ciclo vital, la existencia de intervenciones preventivas eficaces y la necesidad de sistemas de medición y vigilancia más robustos.

La carga infravalorada de los trastornos mentales.

Históricamente, la salud pública ha medido los problemas sanitarios en función de la mortalidad, lo que ha invisibilizado a los trastornos mentales, que no causan muerte directa. Sin embargo, con el concepto de «años de vida ajustados por discapacidad» (DALY, Disability Adjusted Life Year), que combina mortalidad prematura y años vividos con discapacidad, se ha revelado que los trastornos mentales son la tercera causa de carga de enfermedad en España. Esto implica que afectan de forma considerable a la calidad de vida y al funcionamiento cotidiano de las personas.

A ello se añade la menor esperanza de vida de las personas con trastornos mentales, de entre cinco y siete años menos que la población general, incluso cuando se ajusta por nivel de ingresos. Esta diferencia demuestra que los trastornos mentales son también

causas indirectas de enfermedades físicas y mortalidad, profundizando las desigualdades en salud.

El papel central de los determinantes sociales y económicos.

Alonso subrayó la importancia de los factores sociales, económicos y ambientales como determinantes claves de la salud mental. Basándose en estudios poblacionales y revisiones sistemáticas, mostró cómo factores como el bajo nivel educativo, el desempleo, los ingresos insuficientes o la precariedad laboral están estrechamente vinculados al riesgo de desarrollar trastornos mentales o de sufrir suicidio. Aunque estas variables tienen un riesgo relativo menor que los diagnósticos psiquiátricos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, su alta prevalencia en la población les otorga un impacto poblacional mayor.

Estos determinantes se agrupan en varios niveles: estructurales (políticas sociales y económicas), comunitarios (barrio, vivienda, redes de apoyo), familiares e individuales (género, edad, historial de trauma). El investigador defendió la necesidad de un enfoque poblacional y preventivo, que actúe sobre estos factores aguas arriba y no únicamente sobre los síntomas, cuando ya se ha desarrollado un trastorno.

La importancia del enfoque del ciclo vital.

Basándose en el modelo propuesto por la Comisión Lancet, Alonso insistió en que los trastornos mentales deben abordarse desde una perspectiva del ciclo vital, ya que muchos comienzan en la infancia o la adolescencia. Así, el 50 % de las fobias aparecen antes de los 8 años y el espectro autista antes de los 9. Esto implica la necesidad de intervenciones tempranas, especialmente en el periodo prenatal, en la primera infancia y durante la adolescencia, cuando el cerebro es más plástico y vulnerable.

Recordó que, aunque hay factores genéticos con alta heredabilidad (como la esquizofrenia), la mayoría de los trastornos mentales están determinados por una interacción entre predisposiciones biológicas y factores ambientales. La inmadurez del cerebro al nacer y su evolución a través de dos podas sinápticas importantes hacen que las experiencias tempranas tengan una influencia decisiva en el desarrollo mental.

Prevención y promoción: hay evidencia e intervenciones eficaces.

Frente a este diagnóstico, Alonso defendió con contundencia la necesidad de estrategias preventivas. Explicó tres tipos de prevención:

- Universal: para toda la población, en entornos como escuelas, familias, o espacios laborales.
- Selectiva: dirigida a grupos en situación de riesgo (por ejemplo, barrios desfavorecidos).
- Indicada: para personas con síntomas incipientes, pero sin diagnóstico formal.

Destacó que estas intervenciones no solo existen, sino que han demostrado eficacia en numerosos estudios, siempre que se desarrollen de forma intersectorial, es decir, implicando no solo al sistema sanitario, sino también a los sectores de educación, trabajo, servicios sociales, y vivienda. Sin esta coordinación entre ministerios y niveles de gobierno, las estrategias de promoción del bienestar mental se ven gravemente limitadas.

Medición, indicadores e investigación.

Un último eje fue la necesidad de mejorar la vigilancia epidemiológica de la salud mental. Alonso valoró positivamente la Estrategia de Salud Mental 2022-2026, pero recomendó ampliarla en dos direcciones:

- Incluir más indicadores socioeconómicos en las encuestas poblacionales.
- Incorporar el consumo de drogas y las adicciones (también las conductuales) como parte integral de los problemas de salud mental.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 68

Reclamó instrumentos de medición más rigurosos y actualizados, ya que actualmente se carece de datos inmediatos para poder actuar con rapidez. También defendió el papel esencial de la investigación para diseñar, evaluar e implementar políticas públicas basadas en evidencia.

Conclusión.

Alonso finalizó insistiendo en que los trastornos mentales no son marginales ni individuales: son una de las mayores cargas de enfermedad y desigualdad en la sociedad. Su abordaje requiere políticas estructurales, intersectoriales, preventivas y sostenidas. Y subrayó: «La promoción de la salud mental no puede quedarse solo en Sanidad. Es un reto de toda la sociedad».

Comparecencia de don Joan Benach de Rovira, director del Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET) y coordinador del Informe PRESME sobre Precariedad Laboral y Salud Mental del Ministerio de Trabajo y Economía Social.

Joan Benach, director del Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET) y coordinador del Informe PRESME sobre precariedad laboral y salud mental, compareció ante la Subcomisión de Salud Mental del Congreso para exponer una visión crítica, científica y estructural de los problemas de salud mental en España. Su intervención abordó la salud mental como una epidemia social emergente, fuertemente desigual y determinada por factores estructurales como la precariedad laboral, las condiciones de vida y la debilidad de las políticas públicas.

Comenzó destacando que la salud no debe entenderse únicamente como un resultado individual, sino como consecuencia directa de cómo vivimos, trabajamos y de los servicios y oportunidades a los que tenemos acceso. Subrayó la necesidad de incorporar el enfoque de los determinantes sociales en cualquier aproximación seria a la salud mental, alineándose con la perspectiva del modelo biopsicosocial frente al modelo biomédico tradicional. Este último, según explicó, tiende a patologizar y medicalizar los malestares sociales, centrando la atención en síntomas individuales en lugar de abordar sus causas estructurales.

El Informe PRESME, coordinado por Benach y elaborado durante más de un año con la participación de cerca de cuarenta expertos de diversas disciplinas, es una obra extensa de aproximadamente quinientas páginas. Aunque el Congreso solo dispone del resumen ejecutivo, el informe completo recoge un análisis exhaustivo de las múltiples dimensiones de la precariedad laboral y su impacto sobre la salud mental, respaldado por evidencia científica de alto nivel.

Gradiente social.

Uno de los conceptos clave de su exposición fue el gradiente social de la salud: a medida que empeoran las condiciones sociales y económicas de una persona, también se deteriora su salud mental. Este fenómeno afecta de manera desigual a distintos grupos sociales según clase, género, edad o procedencia migratoria. Recalcó que no se trata únicamente de los casos más extremos de exclusión o pobreza severa, sino de una distribución continua de riesgo y sufrimiento a lo largo de toda la jerarquía social. Esta mirada permite entender la salud mental no como una cuestión individual sino colectiva, y por tanto como un problema político.

Precariedad laboral.

La precariedad laboral fue el centro de su intervención. Explicó que este fenómeno es mucho más complejo que la simple temporalidad contractual. Se trata de una condición multidimensional que incluye elementos como la inseguridad contractual, los bajos salarios, la escasa capacidad de decisión en el trabajo, la exposición al abuso o la discriminación, y la imposibilidad de conciliar la vida personal con la laboral. Este tipo de

precariedad genera sufrimiento, reduce el bienestar y aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como ansiedad, depresión o trastornos de adaptación.

A modo de ejemplo, citó datos anteriores a la crisis de 2008, que ya mostraban tasas de precariedad muy superiores a las de temporalidad contractual, con fuertes desigualdades por clase, género y origen. Una mujer joven, obrera y migrante tenía una probabilidad de experimentar precariedad del 90 %, frente al 20 % de un hombre profesional de más de 30 años.

Esta precariedad estructural tiene un correlato directo en las tasas de trastornos mentales, como documenta el propio informe PRESME mediante modelos estadísticos que estiman cuántos casos de depresión podrían haberse evitado con mejores condiciones laborales.

Insistió en que este impacto no debe entenderse como una simple cadena causal individual, sino como una expresión del modelo social y económico. La salud mental es una forma en la que se encarna el sufrimiento social. Como explicó metafóricamente, «lo social se mete en el cuerpo»: las condiciones laborales y vitales afectan directamente a la salud física y mental. Ejemplos como el aumento del consumo de ansiolíticos y antidepresivos en España, uno de los más altos de Europa, ilustran cómo se están medicalizando respuestas normales a contextos anormales.

Frente a esta situación, propuso pasar de un enfoque centrado en la atención a individuos enfermos hacia uno poblacional y preventivo. Retomó la conocida curva de Geoffrey Rose, que muestra cómo pequeñas mejoras en toda la población pueden reducir significativamente la carga global de enfermedad. En otras palabras, no basta con intervenir sobre quienes ya están en situación de enfermedad, sino que hay que actuar de forma preventiva sobre los determinantes sociales que afectan al conjunto de la población. Eso requiere mover toda la curva poblacional hacia el bienestar.

Recomendaciones.

En cuanto a propuestas, Benach sintetizó algunas de las más de doscientas recomendaciones recogidas en el Informe PRESME, entre las que destacan cuatro bloques estratégicos:

1. Desarrollar políticas estructurales y reguladoras en el mercado laboral y la protección social, incluyendo la mejora de condiciones de vivienda, renta, tiempo de trabajo, seguridad contractual, etc.
2. Fortalecer la salud pública y la atención sanitaria, distinguiendo claramente entre ambas. Mientras la sanidad trata individuos, la salud pública actúa sobre colectivos mediante prevención, promoción y políticas del entorno.
3. Implementar políticas intersectoriales, integrando salud en todas las políticas (educación, trabajo, vivienda, fiscalidad, etc.). Aunque esto resulta difícil, existen experiencias internacionales exitosas, como la reducción de accidentes de tráfico en Suecia o los programas dietéticos en Finlandia.
4. Desarrollar sistemas de información, vigilancia e investigación que permitan entender con precisión qué está ocurriendo en materia de salud mental y precariedad. Denunció la escasez de buenos datos, tanto sobre salud mental como sobre precariedad laboral, y reclamó una inversión decidida en medición y evaluación.

En su opinión, un verdadero plan integral de salud mental debe cumplir cinco requisitos fundamentales: incorporar los determinantes sociales, garantizar la intersectorialidad, reformar el sistema sociosanitario con equidad y calidad, reforzar los sistemas de evaluación e investigación, y estar basado en un consenso político firme, estable y a largo plazo. Considera que solo así se podrá hacer frente a una crisis sistémica que, de no abordarse con urgencia y visión estructural, está destinada a agravarse.

La salud mental, en su visión, no es un lujo ni una cuestión técnica, sino un eje fundamental de justicia social y cohesión democrática.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 70

Para terminar, reiteró la necesidad de abordar el sufrimiento psicosocial desde un enfoque político, estructural y con justicia redistributiva. Reclamó valentía institucional y compromiso democrático, recordando que de las decisiones que se tomen en esta subcomisión dependen no solo estadísticas, sino las vidas y el bienestar de millones de personas.

Comparecencia de doña Gemma Parramón Puig, psiquiatra y miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña.

Gemma Parramón Puig, psiquiatra especializada en salud mental de la mujer y perinatal en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, compareció ante la Subcomisión de Salud Mental como miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de Cataluña. Su intervención se centró en la aplicación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) en personas con trastorno mental, un aspecto complejo y polémico que, según explicó, requiere una evaluación caso por caso basada en criterios clínicos, legales y éticos.

Desde el principio, Parramón recalcó que la LORE no excluye a las personas con enfermedad mental de acceder a la Prestación de Ayuda para morir (PRAM). Excluir las sería incurrir de nuevo en una forma de discriminación histórica hacia este colectivo. Subrayó que estas personas tienen los mismos derechos y deberes que cualquier ciudadano, por lo que el sistema debe adaptarse a sus características y no al revés. Defendió un enfoque que reconozca las especificidades clínicas, sociales y legales de los trastornos mentales en el contexto eutanásico.

Diferencias entre malestar emocional y trastorno mental.

Parramón distinguió entre malestar emocional y trastorno mental. Mientras el primero no se considera patológico ni constituye una base suficiente para valorar el contexto eutanásico, el segundo implica una alteración significativa de la cognición, la conducta y las emociones, generando un sufrimiento psíquico intenso y limitante. Aclaró que en psiquiatría la cronicidad se establece a partir de dos años de evolución, y que muchas enfermedades mentales no son curables, pero sí tratables.

Contexto eutanásico y tipos de escenarios clínicos.

Explicó que el contexto eutanásico en salud mental se presenta principalmente en tres escenarios: 1) cuando la enfermedad mental es el diagnóstico principal; 2) cuando coexiste con otras enfermedades físicas; y 3) cuando el trastorno mental es secundario a la enfermedad que motiva la solicitud. En todos los casos debe evaluarse si se cumplen los criterios legales, entre ellos, que exista un sufrimiento grave, constante e intolerable, que no sea susceptible de mejoría apreciable y que haya una pérdida de autonomía.

Parramón insistió en que la única persona que puede valorar su sufrimiento psíquico es quien lo padece, y que el profesional debe respetar esa vivencia subjetiva. También subrayó que no siempre se pueden ofrecer alternativas de tratamiento razonables: algunos tratamientos nuevos, como la estimulación cerebral profunda, la esketamina o la estimulación magnética transcraneal, son inaccesibles en muchas regiones de España. Otros, como la terapia electroconvulsiva, no siempre están disponibles o indicados. Además, recordó que muchos tratamientos psicológicos carecen de evidencia científica sólida.

Capacidad de hecho y proceso deliberativo.

Uno de los puntos más relevantes de su intervención fue la explicación del concepto de «capacidad de hecho», que se refiere a la capacidad de una persona para comprender su situación, valorar las alternativas, anticipar consecuencias y expresar una decisión libre y coherente. Subrayó que esta capacidad puede mantenerse incluso en personas con trastornos mentales graves, y que debe evaluarse de forma objetiva, sin prejuicios ni ideologías.

También explicó el proceso deliberativo exigido por la LORE entre la primera y la segunda solicitud, en el que se revisan los tratamientos previos y potenciales, incluidos los tratamientos biológicos, psicológicos y sociales. Este proceso se asemeja a una toma de decisiones compartida entre paciente y profesional. Rechazó la idea de imponer tratamientos forzados si la persona los rechaza conscientemente.

Situación actual y limitaciones del sistema.

Según datos preliminares en Cataluña, la mayoría de los solicitantes de la PRAM tienen niveles socioeconómicos y educativos superiores a la media, lo que sugiere que la información y la capacidad para reclamar derechos están relacionadas con la educación. Sin embargo, señaló que todavía hay muchas barreras, entre ellas, la pseudoobjeción de conciencia por parte de profesionales que dificultan el acceso a la prestación, especialmente en centros religiosos o privados.

Denunció también la carencia de apoyos psicológicos en muchas áreas y la falta de equidad territorial en el acceso a tratamientos psiquiátricos avanzados. Afirmó que esta desigualdad compromete el principio de justicia y genera incertidumbre sobre el cumplimiento de los criterios de la ley.

Relación entre cuidados paliativos y eutanasia.

En relación con los cuidados paliativos, Parramón destacó que en Cataluña hay una red bastante bien desarrollada y valorada, y que, paradójicamente, en las zonas donde mejor funcionan también se registran más solicitudes de eutanasia. En algunos casos, son los propios profesionales de paliativos quienes inician el proceso de PRAM. Rechazó la idea de que una mejor red paliativa necesariamente reduciría las solicitudes, y explicó que ambos enfoques no son excluyentes, sino complementarios.

Apoyo psicosocial y sufrimiento existencial.

Abordó el papel del acompañamiento emocional en el proceso eutanásico. Reconoció que muchos pacientes experimentan un sufrimiento psíquico profundo, incluso sin patología mental, y que este apoyo no siempre requiere intervención psiquiátrica, sino un acompañamiento humano y profesional que puede ofrecerse desde atención primaria o el entorno familiar. Subrayó que las personas que solicitan la eutanasia, en su experiencia, no lo hacen impulsivamente ni como vía rápida, sino tras procesos largos de sufrimiento.

Retos y recomendaciones.

Parramón concluyó su intervención con una serie de reflexiones y propuestas:

1. No excluir la salud mental de la LORE, y garantizar el acceso equitativo, evitando discriminaciones por diagnóstico o prejuicios sobre la capacidad.
2. Apostar por la evaluación clínica individualizada, caso por caso, más que por protocolos rígidos.
3. Dotar al sistema de herramientas adecuadas para valorar capacidad, cronicidad y sufrimiento, incluyendo instrumentos clínicos validados y formación especializada.
4. Potenciar los documentos de voluntades anticipadas y decisiones compartidas, especialmente en enfermedades neurodegenerativas y trastornos mentales graves, para preservar la autonomía futura.
5. Fortalecer la red de salud mental pública, incluyendo el acceso a tratamientos basados en evidencia y profesionales especializados.
6. Fomentar la coordinación entre atención primaria, salud mental y unidades de paliativos, para dar respuesta integral a las personas en contextos eutanásicos.

Finalmente, reiteró que el respeto a la voluntad de la persona debe prevalecer cuando se han cumplido los requisitos legales y clínicos. Reivindicó una visión no paternalista, basada en los derechos, la dignidad y la escucha empática del sufrimiento humano.

Comparecencia de doña Montserrat Graell Berna, jefa de Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid.

Montserrat Graell Berna, jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia del Hospital Niño Jesús, compareció ante la Subcomisión de Salud Mental para abordar la situación de la salud mental infantojuvenil en España, subrayando la necesidad urgente de actuaciones integrales, preventivas y comunitarias.

La voz de los adolescentes y los factores de riesgo.

Graell abrió su exposición destacando la importancia de escuchar a los propios adolescentes. Citó un barómetro reciente que muestra que un 41 % de los jóvenes de entre 13 y 18 años declaran haber tenido problemas de salud mental en el último año, y más de la mitad no pidió ayuda. Identifican como factores externos más influyentes el acoso (también el digital), los problemas familiares, la inseguridad en su entorno y la presión por el físico, especialmente entre las chicas.

Explicó que los factores de riesgo pueden clasificarse en tres grandes grupos:

— Etapa vital: la adolescencia es un periodo neurobiológicamente vulnerable. El cerebro es especialmente receptivo, lo que lo hace tanto más abierto al aprendizaje como a los impactos negativos.

— Factores individuales: incluyen la predisposición genética, la pubertad precoz (especialmente en mujeres), la obesidad, y experiencias adversas o traumáticas.

— Determinantes ambientales: destacan el maltrato, la pobreza, el acceso a tóxicos (como el cannabis) y el entorno digital, especialmente cuando se accede a contenidos no adecuados como pornografía o apuestas.

Sobre el cannabis, alertó de la sólida evidencia que lo relaciona con trastornos psicóticos, emocionales e incluso intentos de suicidio, además de deterioro de funciones cognitivas como la atención y la memoria.

Uso de Internet y salud mental.

Uno de los aspectos más alarmantes tratados fue el uso excesivo de Internet. Un 30 % de los adolescentes españoles están conectados más de cinco horas diarias (50 % en fines de semana). El uso se destina principalmente al ocio, la interacción social, y en un cuarto de los casos al consumo de pornografía. También detectó un 5 % que accede a apuestas.

Graell subrayó el impacto negativo del uso problemático de medios digitales: alteraciones en el sueño, la alimentación, el rendimiento escolar, la socialización, síntomas depresivos, ansiedad, insatisfacción corporal e impulsividad. Llamó la atención sobre la necesidad urgente de regular los algoritmos y las plataformas digitales, cuya arquitectura está diseñada para mantener la atención del usuario, especialmente peligrosa en cerebros adolescentes más sensibles al refuerzo dopaminérgico.

Factores de protección y promoción de la salud mental.

A pesar del escenario preocupante, Graell recordó que existen numerosos factores protectores: el entusiasmo y la creatividad propios de la adolescencia, la resiliencia, las habilidades de gestión emocional, un entorno familiar con buen trato, y un clima escolar seguro.

Los agentes de promoción de la salud deben ser múltiples: familia, educación, sanidad, servicios sociales y políticas públicas. Reclamó programas preventivos basados en evidencia, como los de aprendizaje socioemocional en la escuela (SEL), que han demostrado mejorar el bienestar del alumnado y del profesorado, y permiten la detección precoz de problemas como los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

También señaló la necesidad de intervenciones preventivas en familias con progenitores con trastorno mental, en niños con discapacidad intelectual y en entornos de

alta vulnerabilidad. Reivindicó la experiencia internacional de centros comunitarios como *Les Maisons des Adolescents* en Francia o *Headspace* en Australia, con atención directa, accesible y multidisciplinar.

Atención primaria, detección precoz e intervención.

Graell defendió que la atención primaria debe ser un pilar de la detección precoz e intervención en salud mental infantil, reforzando tanto el personal médico como incorporando psicólogos, tal como se ha empezado a ensayar en Cataluña y Madrid. Propuso implementar cribados sistemáticos con cuestionarios en las visitas pediátricas.

Reiteró que para intervenir eficazmente se necesita distinguir entre malestar (normativo en muchas fases del desarrollo adolescente) y trastorno mental. Para ello se requiere formación adecuada de profesionales y recursos suficientes para dar respuesta.

Crisis global de salud mental infantojuvenil.

Afirmó que el incremento de los trastornos mentales en jóvenes es real y sostenido desde hace más de una década, y que la pandemia no fue sino un acelerador. Citó a la Comisión Lancet, que ha diagnosticado una crisis global de salud mental y reclama una estrategia integral que combine medidas preventivas, intervenciones tempranas, tratamientos de calidad y cambios estructurales.

La digitalización desregulada, la presión por el éxito, los cambios en los modelos familiares y el deterioro de las condiciones socioeconómicas aparecen como factores clave del malestar. Aludió también a la importancia de reforzar la autoestima, la autonomía y el control sobre la vida como ejes del bienestar psíquico.

Suicidio y autolesiones: una prioridad urgente.

Graell fue clara al señalar que el suicidio es hoy la primera causa de muerte entre los 15 y los 29 años en España. Mostró cómo las tentativas se disparan durante la adolescencia. Defendió la necesidad inaplazable de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio, que visibilice el problema, coordine esfuerzos, fomente habilidades socioemocionales y facilite atención accesible. También desmintió el mito de que hablar del suicidio genera efecto llamada: lo importante es cómo se hace, sin detalles morbosos, desde la escucha y la prevención.

Recursos y atención especializada.

Subrayó la necesidad de reforzar los recursos profesionales y asistenciales. Aunque la psiquiatría infantojuvenil se reconoció como especialidad en 2021, España aún arrastra un déficit estructural: faltan unos 800 psiquiatras y 900 psicólogos infantojuveniles en los próximos cinco años. Advirtió de un envejecimiento preocupante del cuerpo profesional y reclamó facilitar tanto la vía MIR como la vía extraordinaria para acelerar la cobertura de plazas.

Asimismo, exigió crear unidades específicas de salud mental infantil y adolescente en todos los niveles asistenciales (ambulatorios, hospitalarios, intermedios como hospitales de día) y desligarlas de los servicios de adultos, que no están preparados ni técnica ni clínicamente para atender adecuadamente a esta población.

Educación emocional y sistemas de apoyo.

Reivindicó la educación emocional desde edades tempranas como prevención fundamental. Criticó que los programas SEL no estén extendidos en España pese a su eficacia demostrada. También denunció la sobrecarga de los orientadores escolares (hasta 1 por cada 5.000 alumnos), la insuficiente formación de los docentes en salud mental, y la necesidad de generalizar figuras como la enfermera escolar.

Coordinación y continuidad asistencial.

Finalmente, apostó por una atención integral, comunitaria y continua. Es imprescindible garantizar la transición de la infancia a la edad adulta sin discontinuidades, especialmente tras hospitalizaciones. Pidió reforzar la coordinación (y no solo la colaboración puntual) entre salud, educación, servicios sociales y justicia. También instó a diseñar modelos coste-efectivos, escalables, humanizados y basados en la evidencia.

Conclusión.

Montserrat Graell cerró su intervención reivindicando la salud mental infantil como una gran inversión de futuro. Recordó que los niños y adolescentes de hoy serán los adultos de mañana, y que ignorar su sufrimiento no solo es injusto, sino ineficaz desde el punto de vista social, económico y sanitario. Urgió a pasar de los diagnósticos a las soluciones, y a trabajar de forma conjunta desde todos los sectores y niveles.

Comparecencia de don Francisco Pascual Pastor, Presidente de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).

Francisco Pascual Pastor, presidente saliente de Socidrogalcohol, compareció ante la Comisión de Sanidad para abordar la estrecha relación entre las adicciones y los trastornos mentales. A lo largo de su intervención, planteó una reflexión crítica sobre la atención a las adicciones en España, subrayando las diferencias entre comunidades autónomas, la necesidad de un modelo integral de atención y la importancia de combatir el estigma y mejorar la formación profesional.

Las adicciones como trastorno mental.

Desde una perspectiva científica y asistencial, Pascual Pastor destacó que las adicciones —incluidas en los manuales internacionales como el DSM-5 o la CIE de la OMS— deben entenderse como trastornos mentales que afectan gravemente a la conducta. Señaló que es muy común la comorbilidad psiquiátrica, es decir, la coexistencia de adicciones con otros trastornos como la ansiedad, depresión, psicosis o trastornos de personalidad. Aunque en ocasiones se emplea el término «patología dual», el ponente prefirió hablar de comorbilidad, para mantener un enfoque holístico y biopsicosocial que tenga en cuenta no solo los aspectos clínicos, sino también los sociales y educativos.

Advirtió contra el diagnóstico apresurado, que puede llevar a sobreutilizar fármacos como las benzodiacepinas. Defendió la necesidad de esperar un «periodo ventana» tras la desintoxicación para poder hacer diagnósticos fiables, ya que muchas veces los síntomas psiquiátricos se deben al consumo y no a un trastorno independiente. También mencionó la preocupación por el sobrediagnóstico de TDAH, que a veces actúa como un cajón de sastre para explicar ciertas conductas, cuando lo que se requiere es un entorno educativo adecuado más que medicación.

Pascual expuso con claridad la falta de homogeneidad en la red asistencial. Algunas comunidades tienen recursos integrados en salud mental, otras dependen de ONG o convenios, y hay diferencias incluso dentro de una misma región. Reclamó que se garantice a todas las personas, vivan donde vivan, el acceso a los mismos derechos asistenciales, diagnósticos y terapéuticos. Criticó que muchas veces las personas con adicciones se ven sometidas a itinerarios ineficaces por falta de coordinación institucional, lo que redundaría en tratamientos incompletos o fallidos.

También criticó la desigualdad en el acceso a tratamientos sustitutivos como la buprenorfina inyectable, que en unas comunidades está disponible y en otras no, lo que provoca regresiones en los tratamientos al cambiar de territorio. Mencionó el caso de las prisiones, donde a veces se administra un tratamiento eficaz que no se puede continuar fuera por carencias en la red pública.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 75

El presidente saliente de Socidrogalcohol incidió especialmente en la formación de profesionales. Defendió la necesidad de una formación específica en adicciones, con carácter académico reglado y multidisciplinar. Propuso que se explore la posibilidad de crear la especialidad de «adictología», como existe en otros países. Advirtió sobre la precariedad del sector, que genera alta rotación de personal y falta de continuidad en la atención, afectando negativamente a pacientes y familias.

Reclamó también una coordinación real entre el sistema sanitario y el social. Puso como ejemplo negativo la situación en la que se deniega una ayuda social a una persona con adicciones si no ha dejado de consumir, lo que genera una trampa burocrática. Insistió en que se necesita una estructura sociosanitaria coherente, con programas de gestión de casos y continuidad asistencial. Subrayó que la atención también debe incluir a las familias, que a menudo desarrollan formas de codependencia que requieren intervención profesional.

Reiteró la necesidad de combatir el estigma, tanto social como institucional, que pesa especialmente sobre las mujeres con adicciones, y aún más si tienen trastornos mentales o están en prisión. Señaló que, por prejuicios de género, las mujeres reciben menos atención o son más juzgadas por sus conductas adictivas, y eso las coloca en una situación de triple vulnerabilidad.

En cuanto a la prevención, defendió una visión estructurada y basada en la evidencia, más allá de campañas puntuales. Criticó las llamadas «prevenciones Rambo», consistentes en acciones esporádicas que no dejan huella. Apostó por programas sostenidos, con evaluación rigurosa, dirigidos tanto a la población general (prevención universal), como a colectivos vulnerables (selectiva) o personas con consumos incipientes (indicada).

Pascual también se pronunció sobre nuevas adicciones y sustancias, destacando el potencial riesgo del fentanilo si se desvincula del uso clínico.

Defendió el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) como herramienta eficaz para detectar y responder ante nuevas sustancias psicoactivas. Subrayó que las drogas siempre van por delante de los sistemas sanitarios y que hay que estar preparados para adaptarse constantemente.

Por último, reclamó un liderazgo estatal, probablemente desde el Plan Nacional sobre Drogas, para homogeneizar mínimos asistenciales y evitar la fragmentación territorial. Lamentó que las reuniones interterritoriales muchas veces queden en declaraciones sin efecto. Propuso que se fijen criterios comunes exigibles en todas las comunidades, aunque luego cada una pueda ir más allá si lo desea.

Cerró su intervención con una reflexión ética y humanista: la atención a las adicciones debe poner en el centro a la persona, con todos sus derechos. Recordó que la salud mental no es solo la ausencia de enfermedad, sino el bienestar integral. Y subrayó que no basta con tratar los síntomas, sino que hay que reconstruir los proyectos de vida, ayudar a la reinserción social y laboral, cuidar también a los familiares y atender el ciclo generacional para que los hijos de personas adictas no repitan el patrón.

Conclusión.

En resumen, su comparecencia fue una defensa de un modelo integral, homogéneo, basado en la evidencia, con formación específica, sin estigmas y centrado en la persona.

Apostó por la coordinación entre niveles y sistemas, por la prevención de calidad y por una atención continua que no dependa del código postal.

Comparecencia de doña Cristina Molina Parrilla, Subdirectora asistencial de la Unidad Territorial I de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

Cristina Molina, con una amplia trayectoria en salud mental tanto en la administración pública como en el ámbito asistencial, ofreció una intervención centrada en el análisis estratégico del sistema de atención a la salud mental en España, proponiendo elementos clave para su mejora. Destacó la elevada magnitud y complejidad del problema, la

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 76

necesidad de un enfoque integral y transversal, la urgencia de pasar de los pilotos a la implementación, y la importancia de actuar sobre los determinantes sociales y los derechos humanos.

Diagnóstico general.

España es uno de los países europeos con mayor prevalencia de trastornos mentales, situación que empeora cada año. La mitad de estos trastornos se inician antes de los 15 años y el 75% antes de los 18. La salud mental representa un desafío de gran magnitud clínica, social y organizativa. En este contexto, Molina subrayó que no se pueden aplicar respuestas simples o parciales a un problema complejo.

Promoción, prevención y lucha contra el estigma.

Insistió en la necesidad de apostar por la promoción del bienestar emocional y la prevención desde edades tempranas. Recalcó la importancia de luchar contra el estigma, una de las principales barreras para el acceso y la recuperación, y valoró las iniciativas lideradas por entidades asociativas, que deberían ser apoyadas por los poderes públicos.

A raíz de la pandemia de COVID-19, ha emergido con fuerza la necesidad de promover el bienestar emocional en tres entornos clave: el educativo, el laboral y en las personas mayores afectadas por soledad no deseada. Expuso ejemplos como el proyecto Henka, dirigido a la comunidad educativa, y el proyecto EMPOWER en el ámbito laboral. Aunque muchos de estos programas están financiados con fondos europeos y han mostrado eficacia, Molina lamentó que sigan siendo pilotos sin continuidad garantizada. Su principal mensaje fue claro: es urgente pasar de los proyectos puntuales a la implementación estructural.

Detección precoz y atención infantojuvenil.

Molina abordó la importancia de la detección temprana de los trastornos del neurodesarrollo, que afectan a un 13% de la población europea. En colaboración con el Hospital Sant Joan de Déu, están desarrollando un proyecto de investigación para la detección precoz en escuelas, que ha generado publicaciones científicas, pero sigue sin implementación. Como referencia, señaló el plan nacional francés de atención integral a los trastornos del neurodesarrollo, que articula detección precoz, intervención educativa, atención social y apoyo familiar.

También insistió en la urgencia de una estrategia nacional de prevención del suicidio, centrada especialmente en jóvenes, personas mayores y población penitenciaria.

Accesibilidad y reforma del modelo asistencial.

Sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental, Molina subrayó que el sistema debe atender tanto los trastornos leves como los graves. Para ello, propuso un modelo de atención escalonada que defina con claridad las funciones de cada nivel asistencial. Reclamó reforzar la atención primaria con nuevos roles profesionales (como los referentes de bienestar emocional en Cataluña), e incorporar innovaciones organizativas y tecnológicas como intervenciones breves online, hospitalización a domicilio, atención en crisis infantojuvenil, y nuevos equipos comunitarios.

Mencionó la figura emergente del «Peer2Peer» (persona con experiencia vivida en salud mental que ofrece apoyo a otros), y defendió un enfoque comunitario en el que las personas sean tratadas en su entorno, especialmente en el caso de la población infantojuvenil, difícil de captar por los canales sanitarios tradicionales.

Formación y reforma normativa.

Coincidió con otras comparecencias en la necesidad de aumentar el número de profesionales sanitarios y mejorar su formación. Sin embargo, fue más allá al pedir una actualización de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), vigente desde hace más de 20 años. Esta reforma permitiría introducir nuevos perfiles

profesionales, redefinir los ya existentes y reducir la excesiva burocratización que obstaculiza el trabajo clínico.

Atención integral e intersectorial.

Molina subrayó la importancia de una atención integral que incluya tanto la salud física como la mental, y que vincule al sector sanitario con el social, la justicia, la educación y el trabajo. Denunció que las personas con trastorno mental grave viven de media seis años y medio menos que el resto de la población, y que los sistemas de información actuales, al no ser interoperables, impiden una verdadera coordinación sociosanitaria.

También enfatizó que la atención debe prestarse en la comunidad, con implicación de los municipios, y que aspectos como la vivienda, el empleo y el ocio son fundamentales para garantizar una vida digna. Como ejemplo de buena práctica, presentó el modelo «Acompáñame», dirigido a adolescentes con trastornos mentales graves en situación de vulnerabilidad social y familiar, que integra atención terapéutica, social, educativa y de reinserción.

Derechos humanos y colectivos vulnerables.

Molina cerró su intervención centrando la atención en los derechos humanos. Reivindicó la Resolución 52/12 del Consejo de Derechos Humanos de la ONU y la herramienta QualityRights de la OMS, que promueve servicios de salud mental basados en los derechos. Anunció la existencia de una plataforma digital impulsada desde San Juan de Dios para promover esta perspectiva, en colaboración con la Generalitat de Cataluña y la OMS.

Llamó la atención sobre la situación de los colectivos más vulnerables: personas sin hogar, personas con discapacidad intelectual y población penitenciaria. Expuso como ejemplo un modelo innovador que San Juan de Dios desarrolla desde 2003 en Cataluña para trasladar al entorno penitenciario el mismo modelo de atención comunitaria que en el ámbito civil, en colaboración con las consejerías de Sanidad y Justicia.

Síntesis final.

En sus conclusiones, Molina identificó los pilares clave para avanzar en la mejora del sistema:

1. Invertir sostenidamente en promoción y prevención, para alterar la curva creciente de demanda asistencial.
2. Impulsar una atención integral e intersectorial, que incorpore ámbitos sanitarios, sociales, educativos y laborales.
3. Superar el modelo de proyectos piloto e implementar programas basados en evidencia, con financiación y evaluación.
4. Asegurar la interoperabilidad de los sistemas de información, permitiendo la coordinación entre dispositivos.
5. Actualizar la legislación profesional, especialmente la LOPS, para introducir nuevos perfiles y funciones.
6. Aplicar de forma decidida los QualityRights de la OMS, garantizando una atención basada en derechos humanos.
7. Priorizar a los colectivos vulnerables, con modelos específicos para personas sin hogar, discapacidad intelectual y salud mental penitenciaria.

Molina concluyó recordando que la salud mental nos interpela a todos, como ciudadanía y como instituciones, e insistió en la necesidad de pasar de las palabras a los hechos.

Comparecencia de don Antonio Bordallo Aragón, psiquiatra y director de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Antonio Bordallo Aragón, psiquiatra y director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga, expuso la situación, retos y propuestas de mejora de la atención a la salud mental desde su experiencia en la práctica clínica y la gestión. Su intervención se centró en describir la realidad de su entorno asistencial, el contexto de escasez de recursos, las medidas adoptadas para afrontar el incremento de la demanda y sus propuestas para mejorar el sistema desde una visión basada en la evidencia, la humanización y la equidad.

El entorno asistencial: una red compleja y amplia.

La UGC de Málaga atiende a unos 336.000 habitantes del área sur de la ciudad y a otras poblaciones de la provincia como la zona norte y la comarca de la Axarquía, lo que suma más de 600.000 personas. Además, es referente provincial para salud mental infantojuvenil, salud mental perinatal y hospitalización pediátrica, y autonómico para trastornos de la conducta alimentaria, cubriendo así a unos 6 millones de andaluces. También presta atención a pacientes de Melilla.

Esta unidad cuenta con recursos comunitarios (como las unidades de salud mental comunitaria), hospitalización, rehabilitación, programas específicos y estructuras de tercer nivel, organizados en torno a una lógica de atención escalonada. Bordallo subraya que la atención primaria es la puerta de entrada más frecuente, con una demanda creciente de intervenciones por trastornos mentales comunes, como ansiedad o depresión, mientras los casos graves se mantienen estables.

El contexto: escasez estructural y aumento de la demanda.

Bordallo reconoce que la salud mental en España se enfrenta a una escasez estructural de recursos, particularmente aguda en Andalucía. En comparación con otras regiones y países europeos, Andalucía tiene tasas muy bajas de camas hospitalarias psiquiátricas (inferiores a la media nacional y europea), de psiquiatras (3,5 por cada 100.000 habitantes frente a 14 en Portugal o 28 en Alemania), psicólogos clínicos (3,5 frente a los 15 de Cataluña o los 18 de la media europea) y enfermeros especialistas en salud mental (7,5 frente a los 25 europeos). Esta insuficiencia dificulta el despliegue de una atención adecuada y equitativa.

En paralelo, el número de consultas en su unidad ha aumentado un 35 % en los últimos cinco años, pasando de 56.000 antes de la pandemia a 76.000 en 2023. Sin embargo, los ingresos hospitalarios se han mantenido estables, lo que indica que ha aumentado la atención a trastornos menos graves o que se ha contenido la necesidad de ingreso. A esto se añade la creciente «psicologización» del malestar social, la menor tolerancia al sufrimiento en la sociedad y un estigma que persiste para los trastornos mentales graves, aunque haya mejorado en los leves.

Medidas adoptadas: priorizar, acercarse y reorganizar.

Ante esta situación, la UGC de Málaga ha desarrollado tres líneas estratégicas: frenar la ola de demanda, priorizar la atención a los casos graves y humanizar los cuidados.

— Atención primaria reforzada: se ha intensificado la colaboración con atención primaria, estableciendo referentes de salud mental en cada equipo (psiquiatras o psicólogos), realizando coterapias y supervisiones, y promoviendo grupos psicoterapéuticos. Se destacan los GRAFA (Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad) y los GRUSE (Grupos Socioeducativos), llevados por enfermería y trabajadores sociales, que han demostrado eficacia en contener la demanda y mejorar el bienestar.

— Programas para colectivos vulnerables: Bordallo subraya la creación de equipos para primeros episodios psicóticos, que inciden en el pronóstico a largo plazo; equipos de

tratamiento intensivo comunitario, que buscan activamente a los pacientes más graves, como personas sin hogar; y programas de enlace en áreas como oncología, cuidados paliativos, perinatalidad e infancia.

— Prevención del suicidio: se ha fortalecido el Código Suicidio, que garantiza la continuidad asistencial tras un intento, y se ha ampliado el apoyo a personas con alto riesgo y a los familiares de personas fallecidas por suicidio. Bordallo defiende que el suicidio debe abordarse como un problema social, no solo sanitario, y que necesita un plan nacional específico, al margen de la Estrategia de Salud Mental.

— Otros programas relevantes: prevención de reingresos (indicador de fallo del sistema), abordaje de la depresión refractaria con terapias de alta intensidad, programas psicogerítricos, atención domiciliaria y hospitalización a domicilio.

Humanización de la atención: más que un ideal.

Una prioridad de la unidad ha sido avanzar hacia una política de contención cero, habilitando salas de confort y promoviendo espacios menos institucionalizados. Se trabaja para reducir coerciones y ofrecer alternativas como hogares de crisis, que aún no están plenamente desarrollados. Para Bordallo, la humanización está ligada a la calidad y esta, a su vez, a la capacidad de escuchar, comprender y acompañar el sufrimiento desde una perspectiva biopsicosocial.

Reformas necesarias: de la evidencia a la acción.

Bordallo formuló propuestas claras para mejorar el sistema:

— Una cartera de servicios nacional basada en evidencia: propone pactar una cartera básica de servicios que garantice equidad territorial, de modo que cualquier persona tenga acceso a intervenciones eficaces como los programas de primeros episodios psicóticos, independientemente de su lugar de residencia.

— Establecer tasas mínimas de profesionales: urge fijar objetivos de dotación profesional razonables para avanzar hacia estándares europeos, comenzando por la enfermería especializada, considerada clave por su rol en el cuidado integral.

— Planes nacionales y autónomos para cuestiones prioritarias como el suicidio: critica que este se aborde solo como parte de estrategias generales y reclama un enfoque específico y transversal.

— Desburocratizar y actualizar el modelo de gestión: denuncia que los acuerdos de gestión con las gerencias imponen objetivos poco ajustados a la realidad de los servicios de salud mental (por ejemplo, exigir tasas de reingresos similares a cirugía o penalizar el uso de antidepresivos en el segundo nivel asistencial). Reclama mayor autonomía organizativa y reconocimiento de las particularidades del modelo comunitario.

— Reconocer y proteger la autonomía de la salud mental: defiende que la salud mental necesita estructuras propias, conectadas, pero no subordinadas al modelo hospitalario clásico ni a atención primaria, dado su carácter mixto, clínico y social.

Conclusión: compromiso con la transformación desde dentro.

Bordallo cierra su intervención con un mensaje de compromiso profesional y confianza en que los cambios son posibles con voluntad, coordinación y evidencia. Agradece el trabajo de los profesionales que, a pesar de la escasez, mantienen la motivación y cuidan con humanidad. Pide al Congreso que no se limite a diagnosticar, sino que pase a la acción y legisle para garantizar derechos, equidad y calidad en salud mental.

Comparecencia de doña Laura Cuesta Cano, profesora adjunta de la Universidad Camilo José Cela y coordinadora de Medios Digitales en el Servicio de Protección de Adicciones de Madrid Salud.

Laura Cuesta Cano, profesora adjunta de la Universidad Camilo José Cela y coordinadora de medios digitales del Servicio de Prevención de Adicciones de Madrid Salud, compareció ante la Subcomisión de Salud Mental del Congreso en el Día Nacional sin Juegos de Azar. Desde su doble perspectiva como docente en tecnología y experta en prevención de adicciones, centró su intervención en la relación entre salud mental, tecnología digital y población infantojuvenil, destacando los riesgos derivados del mal uso de las tecnologías, pero también sus beneficios.

Cuesta subrayó que el sistema de recompensa del cerebro, mediado por la dopamina, es estimulado por comportamientos que nos generan placer, como el juego, el consumo de sustancias o el uso abusivo de pantallas, redes sociales y videojuegos. Esta estimulación repetida puede derivar en patrones adictivos, especialmente en jóvenes con mayor vulnerabilidad. Por ello, insistió en la necesidad de educar y prevenir desde edades tempranas, dotando a niños, niñas y adolescentes de herramientas para un uso consciente y saludable de las tecnologías.

La digitalización ha transformado todos los ámbitos de la vida —desde el ocio al aprendizaje—, y Cuesta advirtió que negar a los menores el acceso a las tecnologías equivale a negarles derechos y oportunidades. No obstante, advirtió que esta integración debe hacerse con precaución, ya que la exposición temprana y no guiada a entornos digitales acarrea riesgos evidentes. Uno de los problemas más graves es la falta de distinción entre el uso educativo de dispositivos y el acceso libre a smartphones con redes sociales y mensajería instantánea. Este matiz debe tenerse en cuenta en cualquier regulación.

Cuesta abordó los efectos de la pandemia en la salud mental de la juventud. Citando informes como el de Unicef (2021), evidenció un aumento preocupante de los casos de ansiedad, depresión y soledad, así como de la ideación suicida. La exposición prolongada a contenidos negativos en redes sociales, el fenómeno FOMO (miedo a perderse algo), la comparación con influencers y la reducción de las interacciones presenciales han tenido un gran impacto. La prevalencia de síntomas de depresión grave en adolescentes ronda el 15%, y la ideación suicida, el 10%. En el caso del ciberacoso, la ideación suicida se multiplica por cuatro.

La Encuesta ESTUDES 2023, citada por la ponente, revela que el 14,5% de los adolescentes entre 12 y 13 años presenta un uso problemático de Internet, siendo más prevalente entre chicas (18%) que chicos (11%). Este porcentaje se incrementa hasta el 20,5% entre los estudiantes de 14 a 18 años. El uso abusivo de dispositivos se vincula con una pérdida de tiempo para actividades físicas, relaciones familiares, higiene, alimentación o sueño, todos ellos factores que afectan directamente al bienestar emocional.

Pese a los riesgos, Cuesta insistió en no caer en el alarmismo ni en la demonización de las tecnologías. Muchos titulares en prensa carecen de base científica y solo alimentan el miedo de las familias. Subrayó que no hay consenso científico sobre una relación causal directa entre el uso de redes y los problemas de salud mental. Investigadores como José César Perales defienden que las redes no generan trastornos por sí solas, sino que actúan como amplificadores de problemas preexistentes. Además, estudios como el de Pew Research Center (2023) destacan los beneficios: el 71% de adolescentes dice encontrar en redes un espacio creativo, el 67% apoyo emocional, y el 80% una mayor conexión social. Incluso jóvenes de colectivos vulnerables (por raza, orientación sexual o identidad de género) encuentran afirmación e inclusión.

También se refirió a los efectos positivos en la imagen corporal, con el uso de hashtags como #bepositive o #bodypositive por *influencers* que promueven mensajes de aceptación y autoestima. Este fenómeno puede empoderar a la juventud y fomentar una cultura de autenticidad y diversidad.

Cuesta alertó sobre el error de patologizar conductas que, si bien pueden ser excesivas, no siempre son adictivas. Recordó que las adicciones tienen múltiples causas y que, si bien algunas niñas y niños desarrollan un uso problemático de la tecnología, la mayoría hace un uso funcional y beneficioso. Sin embargo, denunció un riesgo poco visibilizado: el de los juegos de azar y las apuestas online entre menores. Según datos del ESTUDES, el 6,5% de estudiantes de 12 y 13 años ha jugado dinero online en el último año, pese a estar prohibido por ley para menores de 18. Este dato sube al 10,7% entre los 14 y 18 años. La línea entre videojuegos y juego con dinero se difumina a través de micropagos, cofres botín o monedas virtuales como los paVos de Fortnite.

Sobre el marco normativo, Cuesta reconoció avances como la Ley de Protección Integral de la Infancia frente a la Violencia (LOPVI) de 2021 y el nuevo reglamento europeo de servicios digitales (DSA), que obliga a las plataformas a eliminar contenidos perjudiciales e implementar verificaciones de edad. No obstante, lamentó que en la práctica estas medidas siguen sin aplicarse eficazmente: los sistemas de verificación de edad son poco rigurosos y los contenidos inapropiados siguen al alcance de los menores.

Se refirió también al anteproyecto de ley integral de protección de los menores en el entorno digital, que prevé elevar la edad mínima de consentimiento de datos de 14 a 16 años. Consideró esta medida positiva y factible. En cambio, juzgó más difícil de aplicar la exigencia de controles parentales por defecto gratuitos en todos los dispositivos, ya que implicaría a fabricantes globales fuera del control normativo español.

La profesora valoró como imprescindible la educación digital, empezando por la familia, pero también con el apoyo de instituciones. Reclamó una alfabetización digital progresiva, adaptada a la edad, con una fuerte inversión en formación docente. Criticó que se haya digitalizado mal la escuela en muchos casos, con una sustitución acrítica de libros por PDF y *tablets* sin metodología pedagógica. Apostó por una tecnología educativa complementaria, no sustitutiva, y adaptada a los objetivos de aprendizaje.

Cuesta también alertó del riesgo de ampliar la brecha digital si no se contempla la situación de familias vulnerables sin recursos ni competencias digitales. Regulaciones demasiado restrictivas podrían perjudicar más a quienes menos acceso tienen a herramientas educativas y tecnológicas. Por eso insistió en una regulación equilibrada que tenga en cuenta todos los contextos.

Sobre el abordaje de las adicciones digitales, propuso un enfoque integral que combine intervención familiar, educativa y comunitaria. Puso como ejemplo el modelo de atención del Ayuntamiento de Madrid, basado en centros específicos en cada distrito que ofrecen atención familiar, programas escolares y trabajo comunitario.

Respecto a los signos de alerta, enumeró algunos indicios de uso problemático de la tecnología: descuido de la higiene, alteraciones del sueño, cambios alimentarios, aislamiento, abandono de actividades sociales, descenso del rendimiento escolar, irritabilidad o tristeza. Insistió en la importancia de la confianza entre progenitores e hijos para detectar a tiempo problemas como el ciberacoso o el contacto con adultos con intenciones nocivas.

Finalmente, defendió que no se puede retrasar el aprendizaje digital hasta los 16 años, porque entonces se perderían años cruciales de formación. Propuso comenzar con educación afectivo-sexual y digital desde etapas tempranas, adaptada al nivel madurativo, para que niños y niñas estén preparados para afrontar los riesgos de Internet y beneficiarse de sus oportunidades.

Conclusiones.

Cuesta concluyó pidiendo una acción decidida por parte de las administraciones: educación digital temprana, dotación de recursos públicos para atención psicológica, formación de profesionales y una regulación eficaz que responsabilice a las plataformas. Su mensaje fue claro: no se trata de prohibir, sino de educar. No se trata de asustar, sino de acompañar. Y no se trata de demonizar la tecnología, sino de prepararnos como sociedad para que los jóvenes vivan su presente —y su futuro— con autonomía, seguridad y salud.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 82

Comparecencia de doña Emiliana Vicente, presidenta del Consejo General del Trabajo Social.

Emiliana Vicente, presidenta del Consejo General del Trabajo Social, compareció ante la Subcomisión para la mejora de la Protección, la Promoción y la Atención Integral de la Salud Mental del Congreso de los Diputados para reivindicar el papel del trabajo social en los sistemas públicos y su contribución clave a la atención integral en salud mental. Su intervención se centró en destacar las fortalezas de la profesión, señalar carencias estructurales y reclamar reformas normativas y organizativas que refuercen su presencia, especialmente en el ámbito sociosanitario.

Vicente comenzó recordando que la salud mental es un derecho humano fundamental, en el marco del 76.º aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y se apoyó en los datos de la OMS para señalar la prevalencia creciente de los trastornos mentales, que afectan al 9 % de la población y alcanzan al 25 % en algún momento de la vida. Además, subrayó que más de la mitad de las personas afectadas no reciben atención adecuada, lo que requiere medidas urgentes.

La presidenta hizo especial hincapié en la salud mental de la infancia y la adolescencia, calificando este ámbito como una emergencia social. Citó el barómetro de UNICEF, que indica que cuatro de cada diez adolescentes han experimentado problemas de salud mental en el último año y que el 10 % tiene ideas suicidas frecuentes. Según el INE, el suicidio es ya la principal causa de muerte entre los jóvenes de 12 a 29 años. Frente a esta realidad, reclamó la incorporación de trabajadoras sociales a todos los centros educativos de primaria, secundaria y educación especial. Su papel sería actuar con profesorado, alumnado y familias, abordando problemas como el acoso escolar, los trastornos de conducta, la desigualdad, la hiperactividad o la falta de motivación. También alertó del impacto negativo del uso masivo y desregulado de redes sociales en el bienestar emocional de los menores.

En cuanto al sistema sanitario, Vicente señaló que los determinantes sociales tienen un peso clave en la salud mental. Factores como la desigualdad económica, la precariedad, las emergencias climáticas o el aislamiento social están profundamente interrelacionados con los problemas psíquicos. En sus palabras, «muchas veces es más determinante el código postal que el código genético». Afirmó que las mujeres representan más del doble de los casos atendidos en salud mental, reflejo de una desigualdad estructural que debe abordarse desde lo comunitario.

La presidenta defendió un enfoque que trascienda la visión médica tradicional, e insistió en que los trastornos mentales no deben entenderse únicamente como patologías individuales, sino como fenómenos que afectan también a las relaciones familiares y comunitarias. El suicidio, por ejemplo, no puede tratarse solo desde la psiquiatría, sino que requiere una intervención integral que incluya los niveles individual, familiar y social.

En este sentido, denunció que la atención social sigue sin estar plenamente integrada en los dispositivos de salud mental. La exclusión de las trabajadoras sociales de hospitales, centros de salud, dispositivos de adicciones y unidades de salud mental dificulta una respuesta coordinada y humanizada. Por ello, una de sus principales reivindicaciones fue el reconocimiento oficial del trabajo social como profesión sanitaria, algo que la estructura profesional reclama desde 2011. Este reconocimiento permitiría garantizar la continuidad de cuidados, reforzar el vínculo con las familias y asegurar una atención más próxima, eficiente y equitativa.

Vicente también abordó el papel de los servicios sociales, destacando su implantación capilar en los más de 8.000 municipios de España. Desde esta red, el trabajo social atiende cotidianamente a personas con problemas de salud mental, muchas veces en situaciones de extrema vulnerabilidad, exclusión social o aislamiento. Intervienen con personas sin hogar, personas con discapacidad, con problemas de adicción o dependencia. Por ello, insistió en que debe reforzarse la colaboración entre los sistemas sanitario, social y educativo. Reclamó la mejora de los sistemas de información compartidos, la coordinación de equipos y la incorporación de metodologías comunes como el diagnóstico social.

Entre los desafíos más urgentes, subrayó el fenómeno de la soledad no deseada, que calificó como uno de los grandes retos del país. Apoyándose en datos del Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada, advirtió que el 25 % de los jóvenes se sienten solos, lo que exige políticas decididas para fomentar vínculos intergeneracionales y espacios comunitarios sostenibles. En esta línea, defendió la necesidad de desarrollar un modelo de cuidados basado en la atención interdisciplinar, centrada en la persona, con suficientes recursos humanos y materiales.

Para todo ello, Vicente reclamó una inversión urgente y sostenida en recursos técnicos, humanos y económicos. Lamentó que en muchos casos no solo se trate de mejorar la atención, sino de hacerla llegar por primera vez. Reivindicó una ley estatal de servicios sociales que garantice los derechos sociales en todo el territorio, una medida que su colectivo pide desde hace más de treinta años. También pidió la desburocratización de la profesión, la mejora de las ratios profesionales y una mayor inversión en investigación e innovación.

Durante su intervención, se refirió también al papel de las mujeres en los cuidados, subrayando que la carga de atención familiar sigue recayendo en ellas de manera desproporcionada, algo que debe ser corregido. Y lanzó un mensaje político directo: pidió a los diputados que dialoguen y lleguen a acuerdos para que la política sirva de verdad a los intereses de la ciudadanía, y no se convierta en un espacio estéril de confrontación.

Vicente respondió insistiendo en que el trabajo social tiene una mirada integral e interdisciplinar, centrada en la persona y en la comunidad, que permite articular respuestas eficaces y sostenibles ante los desafíos de salud mental. Recordó que el trabajo social es una carrera universitaria desde hace décadas, pero que el hecho de estar encuadrado administrativamente en el grupo A2 limita el acceso de estos profesionales a puestos de responsabilidad y decisiones. Reivindicó que se abran caminos de promoción profesional y participación en la toma de decisiones, porque, en sus palabras, «quien mejor sabe cómo aplicar el trabajo social es la propia profesión».

Para concluir, subrayó que esta profesión no debe ser llamada solo cuando truena, como ocurrió durante la pandemia o más recientemente con la DANA. Reivindicó su capacidad de respuesta en situaciones de emergencia, su versatilidad en múltiples sectores y su potencial transformador si se le dan los medios adecuados. Reclamó que se confíe en su capacidad para generar redes, reforzar vínculos y articular soluciones duraderas desde lo local y lo relacional.

Comparecencia de don Alejandro Gil Salmerón, investigador sénior de la Internacional Foundation for Integrated Care (IFIC).

Alejandro Gil Salmerón compareció ante la Subcomisión para la mejora de la atención en salud mental con el objetivo de trasladar la experiencia y visión de la International Foundation for Integrated Care (IFIC), una organización internacional que promueve la mejora de la coordinación y efectividad de los sistemas de salud mediante modelos de atención integrada. Su intervención giró en torno a un mensaje central: la atención integrada es clave para transformar de manera sostenible la salud mental en España, superando la actual fragmentación del sistema.

La situación actual: una atención mental fragmentada y desigual.

Gil Salmerón comenzó su intervención recordando que la salud mental, aunque fundamental para el bienestar, ha sido históricamente relegada en los sistemas sanitarios. En España, como en Europa, la incidencia de trastornos mentales ha crecido, sobre todo tras la pandemia de COVID-19, que evidenció múltiples carencias: largos tiempos de espera, escasez de profesionales en la atención primaria y desigualdades territoriales.

Uno de los principales problemas identificados es la falta de coordinación. Las personas con trastornos mentales graves suelen pasar por múltiples profesionales y dispositivos —medicina familiar y comunitaria, psiquiatras, dispositivos sociales— sin que exista un hilo conductor claro entre ellos. Esto provoca pérdidas de información, retrasos

en el tratamiento y discontinuidad en la atención. Además, existe una desconexión estructural entre los servicios sanitarios y sociales, lo cual debilita la respuesta global a las necesidades del paciente.

¿Qué es la atención integrada?

La atención integrada es un modelo que busca precisamente superar esa fragmentación. Se basa en tres pilares fundamentales:

1. Coordinación efectiva entre niveles asistenciales y sectores (sanitario, social, comunitario).
2. Continuidad en los tratamientos y en el seguimiento, evitando interrupciones.
3. Enfoque centrado en la persona, no en la enfermedad ni exclusivamente en el profesional.

Gil Salmerón ilustró este modelo con el ejemplo de una persona con depresión severa. En el sistema actual, esa persona puede estar expuesta a una atención dispersa, mientras que en un modelo integrado todos los actores implicados —sanitarios, sociales, familiares— trabajarían de forma conjunta, estableciendo un plan coherente y sin interrupciones.

Avances e iniciativas en España.

Aunque reconoció que en España se han producido avances, como ciertos modelos colaborativos entre médicos de familia y psicólogos clínicos en algunas comunidades autónomas, advirtió que estos no se han generalizado. Las desigualdades territoriales, la falta de integración tecnológica y la resistencia al cambio institucional siguen siendo barreras importantes. Gil compartió que, de media, una persona con enfermedad mental grave puede interactuar con ocho o diez proveedores distintos de servicios, muchos de los cuales operan en silos sin comunicación entre sí.

Carencias en todas las fases del proceso asistencial.

El investigador desglosó las principales necesidades no cubiertas a lo largo del proceso de atención en salud mental:

- Prevención: Falta de acceso a programas preventivos, baja priorización institucional y estigma persistente.
- Detección temprana y diagnóstico: Tiempos de espera prolongados, déficit de profesionales y diagnósticos tardíos.
- Seguimiento y rehabilitación: Desconexión entre niveles asistenciales, escasa integración de servicios comunitarios, débiles apoyos familiares y carencia de sistemas de referencia y contrarreferencia.

Según Gil existe una desconexión -salud mental al margen de la salud general; el «bastión» de la salud mental genera más burocracia y menos eficacia; mayor gasto (más recursos sin mejorar los resultados), riesgo para el paciente por diagnósticos tardíos y peor adherencia por falta de seguimiento. Acceso a la salud mental condicionado por el lugar en que se vive.

Recomendaciones desde el enfoque integrado.

Para revertir esta situación, propuso recomendaciones organizadas en tres niveles:

1. Persona: Promover la educación en salud mental, escuchar a los pacientes en el diseño de los servicios y reforzar el apoyo a los cuidadores familiares.
2. Servicios: Asegurar la continuidad asistencial, mejorar la coordinación interdisciplinaria y proporcionar apoyo psicosocial más allá del tratamiento farmacológico.

3. Sistema: Fomentar el intercambio de buenas prácticas entre comunidades autónomas, integrar sistemas sanitarios y sociales mediante herramientas digitales, y crear equipos interdisciplinares.

Insistió en que la atención integrada no es solo una idea teórica, sino una realidad posible si hay voluntad política y colaboración intersectorial.

Conclusión: una oportunidad para transformar.

Gil cerró su intervención subrayando que estamos en un momento clave para transformar la atención a la salud mental. La integración real entre servicios sanitarios, sociales y comunitarios permitiría no solo mejorar resultados clínicos, sino también transformar vidas. Para ello, invitó a los diputados y diputadas a preguntarse qué pueden hacer desde su ámbito para hacer de este modelo una realidad.

Comparecencia conjunta de doña Andrea González Henry, presidenta del Consejo de la Juventud de España y don Alejandro García-Gil Berbería, responsable de políticas de protección social y empleo de Oxfam Intermón.

La comparecencia conjunta de Andrea González Henry, presidenta del Consejo de la Juventud de España, y Alejandro García-Gil Berbería, responsable de políticas de protección social y empleo en Oxfam Intermón, se centró en presentar el informe *Equilibristas*, elaborado por ambas entidades. El estudio analiza el impacto de los determinantes socioeconómicos en la salud mental de las personas jóvenes, poniendo de relieve cómo la precariedad económica, el desempleo, la imposibilidad de emancipación y las desigualdades estructurales agravan los problemas de bienestar psicológico y emocional entre la juventud.

Emergencia de salud mental entre la juventud.

Alejandro García-Gil abrió la intervención destacando la multiplicación por seis de los casos clínicos de jóvenes atendidos en salud mental en los últimos años, un aumento superior al registrado en otros grupos de edad. Aclaró que esta tendencia no es atribuible exclusivamente a la pandemia de COVID-19, ya que el deterioro ya era visible entre 2017 y 2019. A lo largo del informe se establece una clara correlación entre factores socioeconómicos y problemas de salud mental, observándose una mayor prevalencia en jóvenes que sufren pobreza, desempleo, dificultad para emanciparse o situaciones de carencia material severa.

El estudio, basado en datos de la Fundación FAD Juventud y el Centro Reina Sofía, con datos entre 2017 y 2023, detecta un aumento de los problemas de salud mental entre 15 y 29 años previo a la situación prepandémica. Se muestra que en 2023 el 45 % de las personas jóvenes afirmó haber recibido un diagnóstico de salud mental en algún momento. Este porcentaje se eleva notablemente en colectivos vulnerables: hasta el 60 % entre quienes estudian y trabajan y un 56 % entre quienes viven en carencia material severa, frente al 37 % de quienes se encuentran en situaciones más acomodadas.

Ideación suicida y acceso desigual a recursos.

Uno de los datos más alarmantes es el aumento de la ideación suicida. De nuevo, este fenómeno es más frecuente en jóvenes con mayor precariedad: entre quienes sufren carencia material severa, un 35 % ha tenido ideas suicidas, frente al 16 % en situaciones económicas favorables. El informe no establece una relación causal directa entre pobreza y mala salud mental, pero sí una correlación sólida.

En cuanto al acceso a recursos, solo el 17 % de los jóvenes atendidos en salud mental por la sanidad pública recibió atención en menos de un mes. Las barreras económicas dificultan el recurso a terapia privada, que puede suponer el 15 % del salario medio. Esto excluye especialmente a jóvenes vulnerables, mujeres y personas en pobreza severa.

Precariedad como origen del malestar.

Andrea González Henry centró su intervención en un análisis político y estructural. Señaló que los datos no son anecdóticos, sino el reflejo de una generación atrapada en la precariedad: crisis económicas encadenadas, imposibilidad de emancipación, paro estructural, prácticas no remuneradas, bajos salarios, viviendas inasequibles y una profunda incertidumbre sobre el futuro.

Rechazó la visión reduccionista que aborda la salud mental solo desde el acceso a la atención psicológica y reclamó un enfoque que contemple las condiciones de vida como determinantes del bienestar emocional. La forma en que trabajamos, nos relacionamos, habitamos y participamos en la comunidad afecta profundamente a la salud mental. Si las personas jóvenes viven bajo un estrés constante por la falta de oportunidades y redes de apoyo, difícilmente pueden desarrollar su proyecto vital.

Vivienda, empleo y participación.

Solo el 14,8 % de los jóvenes está emancipado, la tasa más baja desde que existen registros. Muchos viven en pisos compartidos sin privacidad ni estabilidad. A esto se suma una tasa de paro juvenil que sigue siendo la más alta de la UE, y una precarización del empleo con contratos temporales o de pocas horas, salarios bajos y prácticas sin remunerar. El resultado es una juventud agotada, con ansiedad y sin expectativas de futuro.

Andrea subrayó que esta situación también debilita la participación democrática: si los jóvenes apenas pueden sobrevivir, se ven forzados a abandonar el compromiso político y social, con consecuencias negativas para la cohesión de la sociedad. Además, reclamó que la juventud no sea tratada como un colectivo homogéneo. Las personas jóvenes LGTBIQ+, migrantes, racializadas, con discapacidad o que viven en zonas rurales enfrentan obstáculos añadidos que multiplican su vulnerabilidad.

Reivindicación de lo comunitario y de la acción política.

Ambos comparecientes insistieron en que la salud mental se construye en comunidad. Es necesario invertir en redes de apoyo, centros juveniles, asociaciones de barrio y entornos seguros para encontrarse, especialmente tras el aislamiento potenciado por la pandemia y las redes sociales. Reclamaron que las políticas públicas se diseñen con participación directa de la juventud, de forma que las medidas se adapten realmente a sus realidades.

Andrea utilizó la metáfora del termómetro: la salud mental de la juventud refleja la temperatura de la sociedad. Si aumenta la ansiedad, el suicidio o la desesperanza, es porque las condiciones estructurales están fallando. Frente a esto, pidió no limitarse a prescribir psicólogos y fármacos, sino actuar sobre las causas profundas: vivienda, empleo digno, tejido comunitario, justicia climática.

Conclusión de los comparecientes.

En su cierre, Alejandro y Andrea reafirmaron la necesidad de abordar el problema desde los determinantes sociales, destacaron la importancia de las políticas públicas con enfoque de juventud y se mostraron abiertos al diálogo con todos los grupos políticos. Reclamaron que las personas jóvenes estén presentes en la elaboración de políticas que les afectan y recordaron que el Consejo de la Juventud representa a más de 50 organizaciones juveniles de todo tipo. Pidieron trabajar conjuntamente para garantizar condiciones dignas de vida, con salud mental y bienestar emocional para toda la juventud.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 87

Comparecencia conjunta de don Francisco Javier Ortega Santamaría, director de la residencia comunitaria de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental (AFAEPS), y don José Contreras Martínez, responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS.

Una experiencia integral y comunitaria en salud mental desde Albacete.

Francisco Javier Ortega y José Contreras, representantes de AFAEPS, trasladaron al Congreso una experiencia de más de tres décadas en atención comunitaria e integral a personas con enfermedad mental. AFAEPS es una entidad sin ánimo de lucro, de utilidad pública, con un equipo de 93 profesionales que atienden a unas 400 personas en Albacete. Su misión es promover la inclusión social de estas personas como ciudadanos de pleno derecho. Forman parte de múltiples redes y foros de participación a nivel local y nacional, y han recibido numerosos reconocimientos por su labor, como el premio «Toda una vida para mejorar».

Modelo de atención comunitaria e inclusiva.

AFAEPS destaca por su modelo integral, que combina recursos residenciales, viviendas supervisadas, rehabilitación psicosocial y formación para el empleo. La residencia comunitaria, con 49 plazas, lleva 15 años funcionando al 100 % de ocupación, lo que evidencia su necesidad y el déficit de dispositivos similares en otras provincias (por ejemplo, Ciudad Real o Guadalajara carecen de ellos). Este recurso se basa en una lógica comunitaria, no asistencial, donde se prioriza la participación activa de las personas residentes en la vida social, cultural y asociativa.

Sin embargo, identifican un problema estructural: cuando los usuarios superan los 65 años, suelen quedar fuera del sistema de dependencia porque no alcanzan los grados de valoración requeridos, pese a seguir necesitando apoyos. Se encuentran con que hay grados 1 o grado 2 por buen nivel de funcionamiento, pero no se valora suficientemente la dependencia o sus dificultades. Eso implica que esas personas no pueden dar el paso a una residencia de mayores porque no tienen suficiente nivel de dependencia. Eso provoca cierta «perversión». Sus centros tienen objetivo comunitario, no asistencial, y si no pueden dar salida hacia residencias de mayores a personas de esa edad, no solo no le pueden dar asistencia de calidad, sino que no pueden dar paso a otras personas que necesitan una plaza residencial.

El empleo como pilar de la recuperación.

Uno de los grandes ejes de su intervención fue la centralidad del empleo en la recuperación psicosocial. AFAEPS identificó que el 81 % de las personas en edad laboral con enfermedad mental están desempleadas. Dentro del conjunto de la discapacidad, son las personas con trastorno mental las que sufren mayores tasas de desempleo. Subrayaron que todos los colectivos implicados —usuarios, familias, profesionales— coinciden en que el trabajo con calidad es esencial para la salud mental.

AFAEPS gestiona un centro especial de empleo desde 1997 y una agencia de colocación. Ofrece servicios de carpintería, lavandería, catering o ayuda a domicilio, realizados con altos estándares de calidad. También han promovido más de 60 cursos con certificados de profesionalidad, ofreciendo formación inclusiva a personas con y sin diagnóstico. Enfatizan que esta inclusión es clave para romper con el estigma: dentro del aula todos son alumnos, no pacientes.

El modelo IPS y las barreras al empleo ordinario.

Contreras y Ortega reivindicaron la metodología IPS (Individual Placement and Support), un modelo basado en el empleo con apoyo en entornos ordinarios. Esta metodología, aunque avalada científicamente y aplicada en otros países, apenas se ha implementado en España y está ausente en Castilla-La Mancha. Subrayan que es clave

que los profesionales acompañen el proceso de inserción laboral, respetando los deseos de las personas usuarias, incluso cuando sus demandas parezcan poco realistas en un inicio.

Destacaron también el peso del estigma y el autoestigma como barreras centrales. Muchas personas no comunican su diagnóstico por miedo al rechazo en entrevistas laborales, lo que añade complejidad al proceso de inclusión. En los centros especiales de empleo, AFAEPS realiza ajustes personalizados —horarios, funciones, tiempos de incorporación— para garantizar la salud mental en el entorno laboral. También defendieron la introducción de la baja laboral parcial o progresiva para adaptarse a las necesidades de cada caso.

Rehabilitación psicosocial y trabajo comunitario en entornos rurales.

José Contreras explicó la labor del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, que en 2024 atendió a 328 personas, el 60 % hombres, con mayoría de diagnósticos de esquizofrenia. El 90 % estaban desempleados. Una de las fortalezas de AFAEPS es haber creado equipos móviles de intervención comunitaria que operan en pueblos remotos, permitiendo la atención a 130 personas en zonas rurales y despobladas. En muchos casos, el primer contacto es a través de los servicios sociales, y AFAEPS facilita la derivación al sistema de salud mental.

Se trabaja también en la integración urbana: encuentros con usuarios en cafeterías de sus barrios, acompañamiento en su entorno, reforzando vínculos sociales. Sin embargo, alertan de que más de 100 personas llevan más de diez años en el centro sin posibilidad de transición. Denuncian la falta de recursos alternativos para fases más crónicas, como centros de día o apoyos ocupacionales. También subrayan la necesidad de impulsar nuevas figuras, como el asistente personal profesionalizado —ya existente en Castilla y León, Andalucía o Valencia— para personas con deterioro funcional.

Desinstitucionalización y autonomía.

La desinstitucionalización es uno de los retos de la estrategia nacional y europea. AFAEPS ya avanza en ese camino, pero señala obstáculos. Muchas personas han desarrollado autonomía en viviendas supervisadas, pero no pueden emanciparse por falta de recursos como ayudas al alquiler, apoyos puntuales o pensiones suficientes. Proponen reforzar recursos para facilitar esa salida, liberar plazas y promover proyectos vitales independientes.

Coordinación interinstitucional y sinergias.

Ortega y Contreras subrayaron la importancia de la coordinación entre sanidad, servicios sociales, empleo y educación. En Castilla-La Mancha, participan en una comisión de gobierno del Área de Salud Mental con los responsables sanitarios. Consideran que la experiencia de las fundaciones públicas en Castilla-La Mancha y Andalucía, que integran a varias consejerías como patronos, puede servir de modelo para otras comunidades. Proponen que esta integración facilite sinergias, financiación y un enfoque integral de atención.

Reflexiones finales y propuestas concretas.

AFAEPS propone reforzar la red de recursos comunitarios con:

- Más plazas residenciales y viviendas supervisadas (Albacete tiene más de 100 personas en lista de espera).
- Adaptaciones laborales personalizadas, incluyendo medias jornadas y empleo compartido.
- Generalización del modelo IPS para el empleo con apoyo.
- Desarrollo de la figura del asistente personal.
- Reformas en la ley de dependencia para atender adecuadamente a personas con enfermedad mental mayores de 65 años.

— Campañas de sensibilización para combatir el estigma y promover el empleo inclusivo.

— Coordinación institucional entre áreas de salud, dependencia, empleo y educación.

— Itinerarios de salida de los recursos (residencias, viviendas, centros de rehabilitación), para no cronificar ni institucionalizar.

Concluyeron que su modelo funciona porque genera vínculos, escucha las necesidades de las personas, trabaja de forma personalizada y busca siempre el horizonte de la autonomía y el proyecto vital propio. La salud mental, insistieron, requiere recursos, acompañamiento, formación y empleo, pero sobre todo una mirada que reconozca la dignidad y capacidad de todas las personas.

Comparecencia de doña Catherine L'Ecuyer, investigadora, divulgadora y Doctora en Educación y Psicología.

La intervención de Catherine L'Ecuyer, investigadora y doctora en Educación y Psicología, se centró en el impacto de las redes sociales en la salud mental juvenil durante la pandemia. Durante su exposición, analizó un informe publicado por la fundación *Common Sense Media* (2021), patrocinada por Twitter, la Fundación Bill y Melinda Gates y las fundaciones de Mark Zuckerberg y Jeff Bezos, en el que se minimiza la incidencia de las redes sociales en la salud mental de la juventud. Dicho informe, significativamente titulado «Afrontar la COVID-19: cómo usan los jóvenes los medios digitales para manejar su salud mental», reconoce que quienes usan redes sociales tienen casi tres veces más probabilidades de padecer síntomas depresivos (moderados a severos) que quienes no las usan o lo hacen de modo muy limitado. Sin embargo, el informe divulga las tesis corporativas que afirman que las redes sociales no son un factor coadyuvante para los problemas de salud mental, sino que es la juventud con problemas de salud mental la que acude a las redes sociales en busca de apoyo.

La evidencia científica, sin embargo, desmiente los planteamientos divulgados por *Common Sense Media* de forma contundente. En 2024, el cirujano general de EE.UU. (máxima autoridad sanitaria) publicó el informe «Social Media and Youth Mental Health», que vincula el uso de redes con suicidio, trastornos alimentarios, baja autoestima, TDAH, depresión y ansiedad. Recomendó aplicar el «principio de seguridad»: implementar medidas de protección hasta demostrar rigurosamente que las redes son seguras. Otros dos grandes ensayos-control aleatorizados por clúster, citados por la doctora, demostraron que la retirada al azar de las pantallas reduce los síntomas depresivos, un elemento más que demuestra la relación de causalidad descrita.

Sin embargo, la industria y sus aliados políticos niegan que exista tal causalidad, y prefieren hablar de correlación, con el objetivo de paralizar las intervenciones públicas en defensa de la salud mental de las personas usuarias. Apunta la compareciente que el negocio de las empresas tecnológicas y plataformas digitales no está en proporcionar contenidos sino en entregar clientes a sus patrocinadores. Hay, al respecto, un elemento de hipocresía estructurante en la raíz de este sistema, por el cual, si un Gobierno o un partido patrocinan un contenido es propaganda, pero si lo hace una empresa, es publicidad. Esta lenidad ante las acciones de las multinacionales del sector deviene fundamental para permitirles operar sin mayores obstáculos.

Así, el modelo de negocio de las tecnológicas consiste en mantener la atención de los niños el máximo tiempo posible para sacar el mayor beneficio posible, y para eso despliegan una serie de equipos multidisciplinares con el fin de incorporar mejoras tecnológicas que les permitan retener la atención de modo más eficiente y duradero. En 2021 una exdirectora de Facebook, Frances Haugen, testificó ante el Congreso USA que Facebook hacía daño a los niños, y que nunca cambiaría por su cuenta. Insistió en que los algoritmos estaban diseñados para generar odio y violencia, y en que los modelos que maximizan el tiempo en línea favorecen la controversia, la desinformación y el extremismo.

La industria dedica muchos millones al marketing amparada bajo las políticas de responsabilidad social corporativa: patrocina investigaciones, «engatusa» a directores de colegio, paga cátedras, patrocina congresos, fundaciones y entidades como *Common Sense Media*... Todo ese circuito académico fabrica, a su vez, a expertos que pueden incluso llegar a asesorar a Gobiernos con el objetivo de influir sobre las políticas públicas y orientarlas a los intereses corporativos del sector.

Recomendaciones para la Subcomisión:

1. Aumentar la edad de acceso a redes sociales a 18 años (y hasta 21 para contenido pediátrico), requiriendo modificar normativas europeas.
2. Obligar a tecnológicas a advertir riesgos de salud mental en dispositivos y apps.
3. Crear portal de transparencia sobre donaciones a entidades/académicos (como en el sector farmacéutico en EE.UU.).
4. Obligar a medios a destacar contenido patrocinado/propaganda en redes.
5. Exigir declaraciones de ausencia de conflicto de interés a expertos que asesoren a gobiernos.
6. Incluir metodología de investigación en facultades de Periodismo para identificar estudios sesgados.
7. Prohibir publicidad de redes a menores (como con el tabaco).
8. Desmontar la narrativa del «uso responsable»: es incompatible con dispositivos diseñados para la adicción y cerebros en desarrollo.
9. Campañas de sensibilización: que estar en redes «esté tan mal visto como fumar».
10. Revisar la LOMLOE para eliminar contradicciones: no promover competencia digital temprana mientras se declara el uso de dispositivos un problema de salud pública.

Comparecencia conjunta de doña Pilar Pasarón Polo, directora de Relaciones Institucionales de AstraZeneca España, y don José María Gamir Linares, director de Cultura y Organización del Banco Santander España, ambos en representación de la alianza empresarial en salud mental Alianza «Fundamentales».

La comparecencia conjunta de Pilar Pasarón Polo, directora de Relaciones Institucionales de AstraZeneca España, y José María Gamir Linares, director de Cultura y Organización del Banco Santander España, tuvo como objetivo presentar el trabajo de la alianza empresarial en salud mental Fundamentales. Esta alianza agrupa a grandes compañías preocupadas por la salud mental de sus trabajadores y busca incidir positivamente tanto en sus plantillas como en el entorno social más amplio.

Contexto y razón de ser de la alianza.

Pasarón explicó que Fundamentales nace de la convicción de que la salud mental es una prioridad que debe abordarse desde todos los sectores, incluido el privado. La pandemia de COVID-19, dijo, actuó como catalizador, exponiendo la fragilidad del bienestar psicológico y acelerando la toma de conciencia sobre su importancia en el entorno laboral. Afirmó que, según la OCDE, los trastornos mentales suponen ya un 4,2 % del PIB en España y que cerca del 15 % de los trabajadores sufren algún problema de salud mental.

Las cifras de bajas laborales por problemas psicológicos en España son alarmantes: casi 600.000 en 2023, un 15,8 % más que en 2022 y el doble que en 2016. Factores como la precariedad, el exceso de supervisión, la falta de control sobre el tiempo de trabajo, la escasa conciliación y el impacto del coste de vida, influyen negativamente en la salud emocional de los trabajadores.

En ese marco, la alianza busca no solo mitigar estos efectos sino ser también un modelo transformador para otras organizaciones. Según Pasarón, el sector empresarial no solo debe responder al problema, sino convertirse en un «sistema instituyente de salud», con capacidad de liderazgo e influencia positiva.

Composición y objetivos de la alianza.

La alianza está integrada actualmente por siete grandes empresas: Astara, AstraZeneca, Banco Santander, Daikin, HP, Indra (a través de Minsait) y SEAT. Estas compañías suman unos 70.000 empleados en España, pero el impacto social de sus actuaciones se estima en más de 250.000 personas, considerando su entorno de influencia. Todas las empresas participantes tienen en común no estar vinculadas directamente al ámbito sanitario, lo que hace más relevante su implicación.

Además, Fundamentales cuenta con la colaboración de asesores especializados como Willis Towers Watson (WTW), y con el apoyo de entidades del ámbito profesional y clínico como el Consejo General de Psicología de España, la Fundación Manantial, el doctor Celso Arango y la Cámara de Comercio de Madrid. Estas alianzas permiten incorporar tanto la visión profesional como la perspectiva de las personas con experiencia directa en problemas de salud mental.

Diagnóstico compartido e indicadores comunes.

Gamir explicó que una de las primeras acciones de la alianza fue desarrollar un marco común de indicadores para evaluar la situación de cada empresa. Este diagnóstico se centró en cuatro bloques:

1. Prevención y detección precoz: encuestas de clima laboral, detección de riesgos psicosociales, tasa de bajas por salud mental, rotación laboral, existencia de servicios médicos y psicológicos internos, etc.
2. Sensibilización y formación: actividades formativas para responsables y plantillas, campañas de concienciación, existencia de voluntarios para apoyo entre compañeros, etc.
3. Apoyo a los empleados: medidas de conciliación, teletrabajo, desconexión digital, apoyo en momentos vitales críticos (maternidad, duelo, enfermedad familiar...).
4. Bienestar y servicios accesorios: programas de deporte, salud, apoyo financiero, guarderías en los centros de trabajo, entre otros.

Este sistema común de indicadores permite establecer un punto de partida homogéneo y detectar fortalezas y áreas de mejora entre las compañías.

Acciones destacadas y buenas prácticas.

A lo largo de 2023 y 2024, se organizaron eventos y jornadas para compartir experiencias y visibilizar el papel de las empresas. Por ejemplo, en junio de 2023 se celebró un encuentro junto a la Cámara de Comercio de Madrid con representantes de empresas, administración y profesionales clínicos. En octubre, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, se realizó otra jornada con la participación del Consejo General de Psicología, representantes del Ministerio de Empleo y la Comisión Europea, y testimonios de personas con experiencia en salud mental.

Entre las buenas prácticas ya implantadas destacan la existencia de canales confidenciales de denuncia para situaciones de *mobbing*, la formación de los *managers* en salud emocional, las encuestas de compromiso y las políticas de desconexión digital. Pero tanto Pasarón como Gamir subrayaron que aún hay mucho camino por recorrer, sobre todo en el plano preventivo. La detección temprana y la desestigmatización son los ejes clave del trabajo futuro.

Relación con las administraciones y extensión a otras empresas.

En las intervenciones parlamentarias se les preguntó cómo trasladar esta experiencia a las pymes y al sector público. Gamir explicó que muchas pequeñas empresas ya han mostrado interés, y que la alianza tiene vocación de compartir herramientas, modelos de diagnóstico y programas con todo aquel que quiera replicarlos. También insistió en que el trabajo conjunto con profesionales expertos ha sido fundamental para la validez de la iniciativa.

Desde las empresas se reconoce que los gobiernos (tanto el Ministerio como las comunidades autónomas) están dando pasos importantes en salud mental, y que hay buena disposición al diálogo, aunque todavía hay margen para una mayor coordinación. Además, se remarcó que la perspectiva de género está incluida en sus diagnósticos, al poder desagregar los datos por sexo, edad y otros demográficos.

Futuro de la alianza.

Para 2025, la alianza tiene como metas reforzar la concienciación, normalizar las conversaciones sobre salud emocional en el trabajo y avanzar en la inserción laboral de personas con experiencia en salud mental. Ya están desarrollando itinerarios formativos específicos para managers y responsables de recursos humanos en el primer semestre del año, que se extenderán a toda la plantilla en el segundo semestre. También se están evaluando medidas para facilitar la reincorporación laboral tras procesos de salud mental, como adaptaciones del puesto o flexibilización de la jornada.

Gamir cerró su intervención destacando el valor del aprendizaje mutuo entre empresas y el papel fundamental del conocimiento experto. Como ejemplo inspirador, citó el testimonio de una persona acompañada por Fundación Manantial que logró reincorporarse al mundo laboral tras superar un episodio grave de salud mental.

Por su parte, Pasarón enfatizó que el sector privado tiene mucho que aportar, tanto en visibilización como en implementación de soluciones reales. La alianza Fundamentales es un ejemplo de cómo el tejido empresarial puede asumir una función activa y transformadora frente a uno de los grandes retos de salud pública del presente.

Comparecencia de doña Georgina Trías, profesora de Antropología y Ética en la Universidad Francisco de Vitoria, experta en inteligencia emocional y directora de la empresa de desarrollo personal «Libera tu talento».

Georgina Trías comparece ante la Subcomisión de Salud Mental con una propuesta basada en su experiencia como docente, antropóloga, experta en inteligencia emocional y exdiputada, reivindicando una mirada profunda sobre las raíces existenciales, culturales y relacionales de la crisis de salud mental que atraviesa España.

Una crisis de sentido y de vínculos.

Trías parte de la idea de que la actual crisis de salud mental es también, y, sobre todo, una crisis antropológica, existencial y cultural. Citando a Viktor Frankl y su obra *El hombre en busca de sentido*, sostiene que, incluso en las situaciones más extremas, el ser humano conserva un espacio de libertad interior para elegir cómo responder a lo que le ocurre. Esta libertad, afirma, es clave para afrontar las dificultades con resiliencia y propósito. En su opinión, la pérdida del sentido de la vida y la desvinculación social, agravadas por una cultura que promueve el individualismo, la satisfacción inmediata y el relativismo moral, han dejado al individuo sin anclajes ni referentes sólidos.

En este contexto, alerta sobre la fragilidad identitaria generada por una construcción del yo basada en la apariencia, el rendimiento y el reconocimiento externo, alimentada por las redes sociales y la cultura del consumo. Esto, a su juicio, incrementa la ansiedad, la depresión y la desconexión social, especialmente entre los jóvenes.

La importancia de lo relacional y de la trascendencia.

Trías propone recuperar la dimensión trascendente de la vida, no necesariamente desde una perspectiva religiosa, sino desde la necesidad de ir más allá del yo. Servir, amar, crear vínculos, cuidar a otros... son caminos hacia la plenitud humana que nos ayudan a encontrar sentido. Insiste en que el bienestar emocional no puede desligarse del modo de vida, del entorno cultural y de las relaciones interpersonales. La verdadera salud mental exige un modelo integral que combine lo biológico, lo psicológico, lo social y lo espiritual.

La familia como núcleo esencial.

Uno de los ejes centrales de su intervención es la defensa del papel de la familia como espacio insustituible de arraigo, contención emocional y transmisión de valores. Para Trías, la familia es el primer entorno donde se experimenta el amor incondicional, y su debilitamiento contribuye directamente a los problemas de salud mental, en particular a la soledad no deseada, que califica de «epidemia silenciosa». Cita datos del Observatorio Demográfico CEU-CEFAS y experiencias internacionales como la del Ministerio de la Soledad del Reino Unido para demostrar que muchas políticas no han tenido los resultados esperados, precisamente por no abordar las raíces del problema: la desestructuración familiar, la baja natalidad y la pérdida de vínculos.

Trías también plantea una reflexión crítica sobre el hecho de que cada vez más jóvenes renuncien al proyecto de formar una familia. A su juicio, la falta de ilusión por construir un hogar o vivir la experiencia de la maternidad o paternidad es un síntoma más de la crisis existencial. Considera que este fenómeno debe abordarse como un problema social y no como una simple elección individual, ya que la ausencia de vínculos genera vacío vital, y la soledad —especialmente en la juventud— es un factor determinante en la creciente tasa de suicidios.

El papel de las empresas y de los liderazgos.

Desde su experiencia en el ámbito empresarial, Trías subraya la necesidad de promover un liderazgo virtuoso en las organizaciones. Inspirada en la idea aristotélica de la *eudaimonia*, aboga por culturas laborales centradas en el florecimiento humano, la pertenencia, la confianza y la realización personal. El trabajo, dice, debe ser un espacio donde desarrollar virtudes como la fortaleza, la prudencia y la justicia, no una fuente de alienación.

Educación, espiritualidad y desarrollo interior.

También destaca la importancia de formar a docentes, familias y jóvenes en inteligencia emocional, autoconocimiento y habilidades sociales. En su visión, la educación debe ayudar a los jóvenes a responder a las grandes preguntas de la existencia: ¿quién soy?, ¿de dónde vengo?, ¿a dónde voy? La renuncia a una vida con sentido convierte la existencia en un mero pasar de los días, sin motivación ni propósito.

Trías defiende una antropología que recupere la noción de naturaleza humana, frente a lo que considera dos amenazas actuales: el naturalismo (que diluye al ser humano en la naturaleza sin reconocer su especificidad) y el transhumanismo (que desdibuja los límites de lo humano con la tecnología). Estas corrientes, alerta, socavan la construcción de la identidad, sobre todo entre los más jóvenes.

Soledad, suicidio y redes sociales.

La soledad es otro de los temas centrales de su intervención. Trías alerta de su impacto transversal en todas las edades y pone el foco en los jóvenes, que son quienes más la sufren. Explica que la hiperconectividad digital no ha solucionado el aislamiento emocional y cita a Sherry Turkle y a Byung-Chul Han para hablar de una «crisis de narración» y de pérdida de identidad. Las redes sociales, dice, han fragmentado nuestra memoria y debilitado la posibilidad de construir una biografía coherente.

Relaciona esta desconexión con el aumento del suicidio entre jóvenes —la segunda causa de muerte según la OMS— y sostiene que este fenómeno no debe tratarse solo como una emergencia sanitaria, sino como una llamada de atención a una sociedad que no ofrece horizontes de esperanza.

Respuestas estructurales y personales.

Trías combina en su discurso la reivindicación de una responsabilidad personal —la libertad de elegir cómo vivir, incluso en circunstancias difíciles— con la necesidad de

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 94

políticas públicas que generen condiciones materiales y culturales para la salud mental. No basta con más psicólogos o con sistemas de salud reforzados, afirma: hay que reconstruir los vínculos rotos, crear entornos de pertenencia y recuperar la centralidad de la familia.

Subraya que las soluciones no deben ser solo técnicas ni burocráticas, sino que han de estar impregnadas de humanidad, de visión ética y antropológica. «La familia no debe ser sustituida por el Estado —dice—, sino apoyada y fortalecida».

Reflexiones finales.

Cierra su intervención con una llamada a reconectar con lo esencial: el amor, la esperanza y el sentido. Recupera una cita de Viktor Frankl: «Quien tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cómo», y concluye que solo si abordamos con honestidad esta crisis antropológica podremos construir soluciones duraderas.

Comparecencia de don Nicolás Rodríguez Simarro, director CEO de Dathos Science y analista de inteligencia de datos relacionados con el suicidio en España.

Rodríguez Simarro, director de CEO de Dathos Science y analista de inteligencia de datos relacionados con el suicidio en España, compareció ante la Subcomisión de Salud Mental para exponer sus hallazgos e investigaciones en dicha materia. En su exposición sustentó la necesidad de incorporar equipos externos multidisciplinarios en los análisis estadísticos, distinguiendo así la perspectiva de los profesionales sanitarios y la de los analistas de datos, para mitigar posibles sesgos. Destacó que los analistas de datos, a diferencia de lo que sucede con los profesionales sanitarios, no requieren ver al paciente de riesgo, en tanto que trabajan con datos anónimos, que son lo que les permite generar información, alertas y niveles de riesgo, útiles para que el profesional sanitario pueda ejercer su labor. De tal modo, propuso implementar modelos predictivos que faciliten identificar conductas de riesgo a partir del análisis de variables epidemiológicas, sociales y forenses.

El compareciente expuso un conjunto de patrones estadísticos relativos a la incidencia del suicidio en hombres y mujeres obtenidos a partir del examen de una serie de datos que se remontan 150 años atrás. Se destacó que en un lapso de siete generaciones persiste la estadística por la cual el 75% de los casos de suicidios corresponden a hombres. Igualmente, se enfatizó la prevalencia del suicidio en el grupo etario de hombres de entre 40 y 59 años, así como en edades muy elevadas, por encima de 85 años. Durante la intervención se indicó que, en España, uno de cada cuatro suicidios corresponde a una persona mayor, aspecto que requiere un análisis específico. Igualmente, relevante es la emergencia del suicidio en edades muy tempranas, así como su incidencia en la primavera y el verano, aspecto que complica determinadas simplificaciones respecto de los patrones climáticos de suicidio en los países nórdicos.

Respecto a estrategias preventivas, el compareciente apuntó la importancia de invertir en predicción, recordando que cada euro que se destina a predecir o anticipar eventos de riesgo, revierte en un ahorro de dos euros al hacer innecesarias respuestas reactivas. En este sentido, citó como un caso de éxito la campaña «Los 36» (2022), que consiguió evitar muertes mediante la anticipación. Al respecto, un ámbito de particular incidencia del suicidio son los hogares y domicilios particulares, en los que tienen lugar el 62% de los casos, lo que requeriría considerarlo una zona de riesgo en los análisis, tanto en atención primaria como hospitalaria.

Desde la perspectiva del análisis de datos, se insistió en un marco conceptual que podría definirse a partir de tres términos clave: predecir, prevenir y proteger, una perspectiva fundamental para lograr que la medicina del siglo XXI sea más preventiva que reactiva. De tal modo, el compareciente introdujo metodologías analíticas específicas, tales como la del proyecto denominado «gemelo y espejo», por el que se crea un modelo predictivo que permite analizar cómo se comporta la sociedad desde el punto de vista de los datos. Aplicando este modelo a un caso real, como el de la DANA en la provincia de Valencia, el compareciente indicó la utilidad de este modelo, que permitiría relacionar los

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 95

recursos de atención psicológica disponibles, la población total de un conjunto de municipios y otros datos como los diagnósticos de hospitalización, identificando así perfiles de riesgo y franjas etarias a las que se debe prestar especial atención.

Comparecencia de doña Mercedes Navío Acosta, responsable de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones y gerente asistencial de hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

Mercedes Navío Acosta, responsable de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones y gerente asistencial de hospitales del Servicio Madrileño de Salud, compareció ante la Subcomisión de Salud Mental para exponer los avances, prioridades y retos del modelo madrileño. Su intervención puso en valor la importancia de priorizar la salud mental desde una perspectiva integral y con enfoque biopsicosocial, abogando por una estrategia ambiciosa, sostenida por financiación suficiente y políticas públicas coordinadas.

La compareciente subrayó que, pese a que la ansiedad y la depresión son los trastornos más prevalentes, es fundamental no perder de vista los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia o los trastornos psicóticos, que suelen ser los menos atendidos, pese a requerir más cuidados. De tal modo se formula la «ley de cuidados inversos», por la que quienes más atención necesitan son, a menudo, quienes menos la reciben. En este sentido, la compareciente urgió a reforzar la atención a estos pacientes, y lamentó que persistan los estigmas sobre los trastornos de salud mental graves, aunque deba celebrarse que se haya reducido respecto de los trastornos comunes.

En cuanto a la planificación sanitaria, se insistió en desterrar el discurso que lo considera «gasto» y enfatizar el campo semántico de la «inversión», recordando para sustentarlo que hay evidencias claras de retorno económico elevado en programas de salud mental. Al respecto, la compareciente citó estudios que muestran que intervenciones tempranas, como la prevención del suicidio o el abordaje de primeros episodios psicóticos, pueden generar retornos de hasta 50 euros por cada euro invertido. Por tanto, rechazó el «pesimismo presupuestario» y llamó a blindar la financiación mediante leyes presupuestarias con carácter finalista.

Desde una visión estratégica, esta intervención defendió la importancia de mantener los consensos generados desde la reforma psiquiátrica en torno al modelo comunitario e integrador. Reivindicó una atención basada en la transversalidad: ni exclusivamente médica, ni exclusivamente social. Para la compareciente, el modelo biopsicosocial sigue siendo el más adecuado y debe mantenerse sin lecturas reduccionistas que prioricen una dimensión sobre las demás.

En relación con la Comunidad de Madrid, se informó de la aprobación de tres planes sucesivos con una inversión de más de 100 millones de euros, para lo que se contrató a más de 700 profesionales de todas las categorías (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especialistas, etc.). Esta inversión se ha destinado especialmente al refuerzo de la atención comunitaria (centros de salud mental, atención a domicilio, hospitales de día, etc.) y a la población infantojuvenil, muy afectada por la pandemia. Indicó asimismo la compareciente que en los últimos cinco años se han creado 21 nuevos equipos de salud mental.

Durante la intervención también se puso el acento en la importancia de abordar las adicciones desde una perspectiva clínica y preventiva. Se alertó del riesgo de banalizar los consumos, especialmente de cannabis y cocaína, por su asociación con trastornos psicóticos graves. En este sentido, se comentó acerca de cómo sufrió Madrid la devastadora epidemia de heroína de los ochenta, destacándose la importancia de no repetir algunos de los errores que se cometieron. Actualmente, la comunidad cuenta con dispositivos específicos para adicciones comportamentales (por ejemplo, el uso problemático de pantallas), como los programas de los hospitales Ramón y Cajal, 12 de Octubre o el Gregorio Marañón.

La compareciente también se refirió a la situación del suicidio, y apuntó que Madrid tiene una de las tasas más bajas del país, pese a lo cual reclamó no caer en la

autocomplacencia, siendo urgente desplegar un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. En Madrid, afirmó, llevan más de diez años trabajando con un enfoque multisectorial, y el plan autonómico actual, con más de dos años de implementación, contempla desde formación sistemática en atención primaria hasta actuaciones en colegios, cuerpos de seguridad, profesorado o medios de comunicación. Subrayó que los programas desarrollados están avalados por publicaciones científicas de alta calidad y que han demostrado eficacia, efectividad y rentabilidad.

Sobre la atención en salud mental infantojuvenil, se detalló que se han fortalecido especialmente los hospitales de día para adolescentes y que se han diseñado protocolos educativos para reforzar la capacidad de los centros escolares para afrontar las situaciones de angustia, así como para erigirse en espacios de detección precoz. La Comunidad de Madrid también está pilotando experiencias de interconsulta con equipos de salud mental en los centros educativos, poniendo en práctica modelos que van desde la presencia física a distancia. En definitiva, es imprescindible reforzarse el papel del contexto escolar en tanto red protectora.

La compareciente también defendió una atención integral que incluya tanto lo hospitalario como lo ambulatorio y la atención primaria. Detalla que, en Madrid, los psicólogos clínicos están presentes en centros de salud, hospitales y en SUMMA 112, facilitando así un abordaje multidisciplinar que permita distribuir los casos según niveles de complejidad. Aun así, alertó sobre la urgencia de reforzar los recursos humanos a nivel nacional. Señaló igualmente la necesidad de un plan estratégico estatal centrado en la formación y retención de psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras especialistas en salud mental, así como en el desarrollo de nuevas figuras, como la de los gestores de casos.

La intervención también versó acerca de los retos de los sistemas de información en salud mental, y la necesidad de que estos se transformen en verdaderas herramientas de planificación y calidad asistencial. Se reivindicó la inversión en digitalización con criterios de equidad, orientados a la transformación y mejora del actual modelo. Otro de los aspectos tratados fue el papel del trabajo en la salud mental. La interviniente defendió que el empleo no debe verse solo como un factor de riesgo, sino también como un potente factor protector. Consideró esencial que las empresas incorporen estrategias de cuidado de la salud mental de sus trabajadores y que se entienda el trabajo como un espacio con sentido, estructura y potencial terapéutico.

Sobre el abordaje del malestar psíquico, la compareciente diferenció los trastornos clínicamente significativos de los malestares de la vida cotidiana. Consideró necesario responder a estos últimos desde la prescripción social, los recursos comunitarios y la activación de factores protectores; un abordaje exclusivamente clínico conllevaría patologizar de manera inadecuada el sufrimiento vital. Los recursos comunitarios, enfatizó la compareciente, deben complementar la atención sanitaria, nunca sustituirla.

Al respecto, y para facilitar que dichos recursos lleguen a la juventud, que muchas veces no accede a ellos por canales convencionales, se están desarrollando los Espacios LibreMente, que pretenden ser puntos de entrada alternativos, más accesibles, informales y más conectados con la realidad adolescente. Estos espacios pretenden acercar los servicios de salud mental a la comunidad, priorizando una lógica de anticipación, flexibilidad e innovación.

Por último, cabe destacar que la compareciente respondió a los portavoces parlamentarios reiterando que no hay que construir nuevos paradigmas, resulta fundamental consolidar los consensos existentes y blindar su financiación. Reivindicó que no se cuestione el modelo comunitario ni el enfoque biopsicosocial, sino, más bien, que se le dote de medios humanos y económicos. Reclamó compromiso político para que las transformaciones necesarias en salud mental no dependan de coyunturas o voluntades aisladas, sino de una estrategia nacional, ambiciosa, coherente y sostenible.

Comparecencia de don Pablo José Puente Baldomar Fundación Siloé. Proyecto Prometeo.

Pablo José Puente Baldomar, psicólogo clínico y director de la Fundación Siloé, compareció ante la Subcomisión para la mejora de la salud mental del Congreso para presentar el proyecto Prometeo, un programa de atención comunitaria destinado a personas con trastornos mentales graves en situación de vulnerabilidad social. El programa, implantado en Asturias, ha sido reconocido por la Comisión Europea como una de las mejores prácticas en salud, y busca ofrecer una alternativa eficaz a la institucionalización mediante la inserción de las personas en viviendas comunitarias con apoyo profesional.

Enfoque del programa Prometeo.

Prometeo opera bajo un enfoque de desinstitucionalización, siguiendo recomendaciones internacionales. Se basa en el modelo «housing first» (*housing-led*), en el cual el acceso a la vivienda no es la meta del proceso terapéutico, sino su punto de partida. Frente al modelo tradicional «continuum of care», que exige superar etapas para acceder a una vivienda, Prometeo sitúa a la persona desde el principio en un entorno comunitario, ofreciendo así un marco que favorece la autonomía personal desde la cotidianidad.

Las viviendas están ubicadas en los núcleos urbanos más poblados de Asturias — Gijón, Oviedo y Avilés— y se insertan en barrios comunes, fomentando la inclusión social. El programa cuenta con 28 viviendas activas y atiende actualmente a 73 personas, habiendo acompañado a 127 desde su inicio en 2008.

Fases de intervención y metodología.

Prometeo se estructura en dos fases: una primera de intervención intensiva (aproximadamente 18 meses), en la que se trabajan aspectos como la estabilización psicopatológica, la adherencia al tratamiento y las habilidades para la vida diaria; y una segunda fase de vivienda estable, sin límite temporal, orientada a la autogestión. En esta última, las personas gestionan el alquiler, suministros y convivencia en viviendas compartidas, adaptadas a sus bajos ingresos. La vivienda, sin embargo, es solo una parte del proceso, que se acompaña de apoyos terapéuticos.

El programa se fundamenta en principios bioéticos, centrados en el respeto a las decisiones de la persona y en un enfoque de derechos. Se aplica el modelo *recovery*, que pone en valor la voz en primera persona del paciente, y se emplean técnicas validadas como la rehabilitación psicosocial y la psicoeducación, tanto con los pacientes como con sus familias.

Coordinación intersectorial y multidisciplinariedad.

Uno de los pilares del proyecto es la coordinación efectiva entre el sistema sanitario, los servicios sociales y entidades del tercer sector. En Gijón, donde el programa está más consolidado, la coordinación entre la Fundación Siloé, los servicios sociales municipales y los equipos de salud mental ha sido clave para el éxito del modelo. Oviedo y Avilés, por su parte, han iniciado recientemente el programa y están en una fase incipiente.

Los equipos de intervención son multidisciplinares y contratados (no voluntarios), garantizando profesionalización. Actualmente, en Gijón, un equipo de seis profesionales atiende 54 personas, si bien la intensidad de la atención varía según la fase del proceso. En la fase intensiva, la intervención es diaria; en la fase de autogestión, se responde a demanda.

Resultados y evidencia científica.

Según los datos compartidos, el programa ha logrado reducciones significativas de ingresos psiquiátricos (hasta un 86%), mejorando la estabilidad emocional, la autonomía funcional, la socialización y la adherencia terapéutica. También se han detectado mejoras en la regulación emocional, aunque en menor medida, especialmente en personas con

trastornos de personalidad. Sin embargo, los niveles de empleabilidad y la creación de redes sociales autónomas siguen siendo áreas con retos.

El impacto del apoyo social ha sido especialmente destacado. A través del cuestionario Oslo-3, se evidencia que los participantes perciben como claves las redes de apoyo, incluso más que su propia autoestima o seguridad. Estas relaciones actúan como un amortiguador del malestar psíquico y contribuyen al bienestar global, reforzando el papel protector del apoyo social en salud mental.

Recomendaciones y lecciones aprendidas.

Puente Baldomar presentó varias recomendaciones basadas en los aprendizajes del programa:

- Apostar por modelos de vivienda en comunidad (*housing*) como alternativa a los dispositivos institucionales, que tienden a cronificar y generar dependencia.

- Priorizar la coordinación intersectorial entre servicios sanitarios, sociales y de vivienda. El abordaje integral es imprescindible.

- Incorporar modelos como el *recovery* o el *open dialogue*, *windhorse*, *soteria houses* que sitúan a la persona en el centro del proceso y favorecen su empoderamiento.

- Superar el paradigma biologicista del trastorno mental y adoptar una visión desde la discapacidad psicosocial, que tenga en cuenta los determinantes sociales.

- Reforzar políticas públicas de acceso a la vivienda y fomentar la empleabilidad protegida como última fase del proceso de inclusión.

- Evaluar los programas con herramientas validadas y modelos de seguimiento que garanticen eficiencia, sostenibilidad y mejora continua.

Conclusión

La comparecencia de Pablo José Puente Baldomar dejó clara la viabilidad, la eficacia y la pertinencia del modelo Prometeo como propuesta avanzada de atención comunitaria para personas con trastornos mentales graves. Con una trayectoria de dieciséis años, resultados validados, premios internacionales y un enfoque centrado en la persona, el proyecto representa una alternativa real al modelo institucional tradicional. Su éxito se basa en la combinación de vivienda, apoyos terapéuticos, empoderamiento de las personas, coordinación intersectorial y trabajo en red. La Subcomisión valoró incluir esta experiencia como referencia en su informe final, al considerarla ejemplar y potencialmente escalable.

Comparecencia de Doña Laura Armesto Luque, presidenta en funciones de la Sociedad Española de Psicología Clínica ANPIR.

La intervención de ANPIR subrayó que la psicología clínica es una especialidad sanitaria regulada por ley (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) y que exige una formación rigurosa mediante el sistema PIR (Psicólogo Interno Residente), equivalente al MIR en Medicina. Este proceso incluye un examen nacional altamente competitivo y cuatro años de residencia clínica a tiempo completo en el sistema público, donde los futuros especialistas reciben formación práctica y teórica en todos los dispositivos sanitarios relevantes, incluyendo unidades de agudos, salud mental infantojuvenil, rehabilitación, adicciones y cuidados paliativos.

Se destaca que el psicólogo clínico es un profesional capacitado no solo para ofrecer tratamiento individual, sino para realizar diagnósticos integrales, coordinarse en red con otros profesionales sanitarios y sociales, planificar intervenciones comunitarias y garantizar la continuidad asistencial. Esta formación garantiza la atención psicológica especializada a pacientes con trastornos mentales graves y complejos en todos los niveles del sistema sanitario.

Defensa del estándar clínico y riesgos de alternativas no reguladas.

La intervención denuncia la proliferación de propuestas que buscan sustituir o complementar la atención psicológica del sistema público mediante figuras profesionales que no cuentan con la formación especializada PIR. Esta tendencia, a juicio de ANPIR, pone en grave riesgo la calidad, la seguridad y la equidad del sistema. Uno de los principales peligros es la ley de cuidados inversos: que las personas más vulnerables reciban atención de menor calidad. Otro riesgo es la fragmentación asistencial por la incapacidad de estos profesionales para integrarse de forma efectiva en el sistema sanitario. También se alerta del peligro de patologización de malestares normales de la vida cotidiana, que pueden resolverse sin intervención sanitaria, como se observó tras la pandemia de la COVID-19.

Frente a estas propuestas, ANPIR sostiene que permitir el acceso a la atención psicológica especializada a través de figuras sin formación PIR implica aceptar una salud mental de «segunda categoría» en comparación con la salud física.

Formación PIR, especialidades emergentes y necesidades estructurales.

La Sociedad reclama la consolidación y expansión del sistema PIR como vía exclusiva para el acceso a la atención psicológica pública. Se valora positivamente el incremento progresivo de plazas en los últimos años —de 129 en 2015 a 274 en la última convocatoria—, pero se insiste en la necesidad de aumentar esta cifra de forma sostenida. Se estima que España debería alcanzar una ratio de 20 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes, frente a los actuales 5-7, lo que implicaría triplicar el número de especialistas actuales.

ANPIR también propone la ampliación de la duración del PIR a cinco años, para permitir una mayor profundización en áreas como psicoterapia, neuropsicología, adicciones o patología dual. Asimismo, se demanda la creación de la especialidad de Psicología Clínica Infantojuvenil, ya reconocida en psiquiatría, para dar respuesta a la creciente demanda en este grupo poblacional.

Crítica al uso alternativo de psicólogos generales sanitarios.

Durante el debate parlamentario, ANPIR responde con contundencia a la propuesta de algunas comunidades autónomas (como la Comunidad Valenciana) de crear figuras estatutarias para el psicólogo general sanitario en el SNS. Se argumenta que esta figura fue creada en 2011 con un propósito distinto: intervenir en contextos no hospitalarios o privados, no en atención especializada del SNS. Equiparar al psicólogo general sanitario con el clínico especialista es, según Armesto, un error técnico y legal que no reconoce la diferencia en competencias, formación ni responsabilidad clínica. Una sentencia de la Audiencia Nacional —mal interpretada por algunos sectores— aclara que hacer prácticas en el sistema público no equivale a adquirir las competencias requeridas para trabajar como especialista.

Además, experiencias internacionales (Reino Unido y Australia) han demostrado que planes como «Improving Access to Psychological Therapies» han generado satisfacción entre los usuarios, pero no han mejorado los indicadores poblacionales de salud mental, ni han reducido la demanda. El criterio de «satisfacción del usuario» no puede sustituir al rigor clínico ni a la eficacia poblacional.

Malestar no es trastorno mental: la importancia de un diagnóstico adecuado.

Una parte esencial de la intervención es la diferenciación entre malestar psicológico y trastorno mental. La compareciente subraya que no todo sufrimiento requiere intervención sanitaria. A menudo, se trata de reacciones normales ante problemas vitales, sociales o económicos, que remiten espontáneamente con el tiempo o con el apoyo del entorno. Medicalizar estos estados puede resultar contraproducente y generar dependencia del sistema, además de suponer un uso ineficiente de recursos.

Ejemplo de ello es el impacto de la pandemia de COVID-19: la mayoría de la población sintió miedo, ansiedad o tristeza, pero no desarrolló trastornos clínicos. En muchos casos, intervenir prematuramente o sin necesidad podría haber inducido iatrogenia.

Equidad territorial y planificación sostenible.

ANPIR también plantea preocupaciones sobre la inequidad en la distribución de recursos humanos en psicología clínica, con diferencias importantes entre comunidades autónomas y entre zonas urbanas y rurales. Esta desigualdad impacta directamente en la calidad de la atención que recibe la población. La solución, según la ponente, no pasa por bajar los estándares formativos para «cubrir huecos», sino por reforzar el sistema formativo PIR, acreditar más unidades docentes y mejorar las condiciones laborales para atraer y retener talento en el SNS.

Además, se insiste en que la planificación debe basarse en estudios rigurosos de necesidades poblacionales y en la evidencia científica. El Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 ha sido un buen inicio de planificación a corto plazo, y el nuevo Plan 2025-2027 puede consolidar esa línea siempre que se mantenga el enfoque de progresividad, realismo y sostenibilidad.

Propuestas específicas de ANPIR:

1. Consolidación del sistema PIR como única vía de acceso a la psicología clínica pública.
2. Ampliación de la duración del PIR a cinco años, con formación en subespecialidades.
3. Creación de la especialidad de Psicología Clínica Infantojuvenil.
4. Incremento sostenido de plazas PIR en línea con el crecimiento planificado de otras especialidades.
5. Mejora de las condiciones laborales: tiempo adecuado para las consultas, espacios apropiados, frecuencia de atención, etc.
6. Garantía de que solo profesionales con formación PIR intervengan en trastornos mentales dentro del SNS.
7. Planificación basada en necesidades reales y evidencia, evitando soluciones cortoplacistas.
8. Medidas para reducir la inequidad territorial en el acceso a psicólogos clínicos.
9. Rechazo a propuestas de figuras paralelas sin acreditación PIR para trabajar en el SNS.
10. Apuesta por la salud mental como derecho universal, sin doble estándar frente a la salud física.

Comparecencia de D. Rafael Penadés Rubio, psicólogo clínico del Hospital Clínic de Barcelona.

Diagnóstico estructural: escasez de profesionales y exceso de psicofármacos.

La comparecencia parte de una constatación clave: España se encuentra a la cola de Europa en cuanto a recursos humanos en salud mental —por debajo incluso de países como Rumanía, Lituania o Portugal—, y simultáneamente se sitúa entre los primeros países en consumo de psicofármacos. Este desajuste sugiere una falta de capacidad para ofrecer intervenciones psicológicas eficaces que pueda traducirse en una medicalización sistemática de los problemas de salud mental.

Penadés plantea que esta correlación refleja una pérdida de libertad terapéutica: al no contar con suficientes profesionales cualificados para ofrecer alternativas psicológicas, el sistema se ve obligado a recurrir de forma predominante a la farmacoterapia.

Carencia de datos e indicadores para la planificación.

El compareciente señala una grave deficiencia en la disponibilidad de datos fiables para la planificación estratégica del sistema. Ni la ratio real de psicólogos clínicos en activo, ni las listas de espera, ni las tasas de reemplazo profesional están documentadas con precisión por las administraciones públicas. Esta carencia impide evaluar adecuadamente las necesidades del sistema y desarrollar una estrategia nacional coordinada y basada en evidencia.

Reclama la creación de registros oficiales de profesionales, estadísticas de actividad y publicación sistemática de listas de espera como prerequisites para una planificación racional y sostenible.

Propuesta de «solución milagro» y hoja de ruta estratégica.

Inspirado en una técnica de intervención terapéutica («solución milagro»), Penadés formula una visión deseable del sistema y desgana las condiciones necesarias para alcanzarla. Sus principales propuestas estructurales incluyen:

- Aumento sostenido de plazas PIR y MIR, priorizando la formación de psicólogos clínicos y psiquiatras.
- Acreditación completa de todas las plazas PIR disponibles y agilización de los procesos formativos.
- Plan de reposición generacional, ante el inminente retiro de profesionales acreditados en la década de los 2000.
- Estudio de planificación a medio y largo plazo, integrando ratios deseadas y tasas de jubilación previstas.
- Actualización de la cartera de servicios en salud mental, para garantizar el acceso efectivo y continuo a tratamientos psicológicos basados en evidencia.

Crítica a la falta de accesibilidad y propuestas de ordenación.

El sistema actual presenta múltiples barreras de acceso a la atención psicológica especializada. Las personas deben pasar por Atención Primaria, esperar derivaciones múltiples y afrontar largos tiempos de espera. Este modelo, según Penadés, no garantiza el derecho a recibir atención psicológica oportuna y adecuada.

Proclama la necesidad de una ordenación profesional coherente. Reconoce que existen diferentes figuras profesionales (como el psicólogo general sanitario), pero afirma que no pueden ni deben ejercer las mismas funciones que los psicólogos clínicos. Propone establecer un itinerario formativo único y ordenado, que distinga claramente las competencias de cada perfil profesional y evite solapamientos o confusión en los roles clínicos.

Atención primaria y estructuras intermedias.

Destaca la importancia de fortalecer la atención primaria y dotar de mayor peso a las estructuras intermedias (dispositivos comunitarios, atención domiciliaria, intervención escolar, laboral o familiar), como vía para detectar precozmente los problemas, evitar cronificaciones y acercar la atención a las realidades cotidianas de los pacientes.

Reivindica la atención comunitaria como un modelo más eficaz y humano, y advierte del colapso de estructuras si se continúa focalizando la atención exclusivamente en hospitales o centros de salud mental tradicionales.

Continuidad asistencial y medidas estructurales.

Penadés pone el foco en la discontinuidad asistencial como uno de los grandes problemas del sistema. La alta rotación profesional, la precariedad contractual y la falta de estabilidad impiden ofrecer tratamientos psicológicos consistentes. La eficacia de la intervención disminuye cuando los pacientes deben explicar repetidamente su historia a nuevos profesionales.

Propone como solución diseñar programas estructurales y no meramente temporales (evitando, por ejemplo, programas de salud mental que duren solo dos años), y garantizar la financiación finalista y prolongada para asegurar continuidad, calidad y fidelización profesional.

Necesidad de nuevas especialidades.

El ponente defiende la creación de nuevas especialidades en psicología sanitaria, especialmente:

- Psicología Clínica Infantojuvenil, ya regulada en psiquiatría, pero aún no reconocida para psicología.

- Psicología en Cuidados Paliativos, Neuropsicología, entre otras.

- Argumenta que estas subespecialidades están ampliamente reconocidas a nivel internacional y que su implantación permitiría mejorar la atención a colectivos específicos con necesidades particulares.

- Psicoterapia como tratamiento prioritario

- Se denuncia la desconexión entre la evidencia científica y la práctica clínica.

Aunque las guías clínicas internacionales recomiendan la psicoterapia como primera línea de intervención en muchos trastornos (TOC, ansiedad, depresión, TLP), el acceso real a este tratamiento en el SNS es extremadamente limitado.

- Para mejorar esta situación, se proponen:

- Redefinir la cartera de servicios incluyendo la psicoterapia como prestación básica.

- Garantizar que las decisiones clínicas sobre tratamientos psicológicos sean tomadas por profesionales formados en psicodiagnóstico y psicoterapia (psicólogos clínicos).

- Establecer niveles asistenciales diferenciados, que permitan adaptar la intervención (desde acompañamiento psicosocial a psicoterapia reglada intensiva) en función de la gravedad y complejidad del caso.

Participación de la población y enfoque biopsicosocial.

Penadés insiste en que el diseño del sistema debe incorporar las demandas y preferencias de la población. Los pacientes reclaman acceso a psicoterapia, acompañamiento humano y atención centrada en su contexto vital, no exclusivamente intervenciones farmacológicas. Por ello, recomienda integrar la perspectiva de los usuarios en la toma de decisiones políticas y organizativas.

Además, subraya que la salud mental no debe entenderse exclusivamente desde un enfoque clínico, sino como un fenómeno multifactorial influido por determinantes sociales, económicos y ambientales. La intervención requiere de equipos interdisciplinarios y de una visión integradora que conecte salud, comunidad y entorno.

Conclusión: puntos prioritarios para una política efectiva.

- Duplicar la oferta de plazas PIR e implementar una estrategia de reposición generacional.

- Crear nuevas especialidades clínicas en psicología, especialmente en infancia y adolescencia.

- Establecer un sistema único de ordenación profesional y competencias, evitando solapamientos.

- Actualizar la cartera de servicios en salud mental, priorizando la psicoterapia eficaz.

- Fortalecer la atención primaria y comunitaria para la detección y abordaje precoz.

- Estabilizar plantillas mediante medidas estructurales y financiación sostenida.

- Publicar registros oficiales y listas de espera, con datos abiertos y comparables.

- Incluir a los psicólogos clínicos en la toma de decisiones clínicas.

— Garantizar equidad territorial y universalidad en el acceso a tratamientos psicológicos.

— Reconocer la salud mental como derecho ciudadano, integrándola plenamente en el SNS.

Comparecencia conjunta de D. Guillermo Mattioli Jacobs y D. Roger Ballescà Ruiz, decano y vicesecretario, respectivamente, del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña.

1. Consolidación del perfil del «referente de bienestar emocional y comunitario».

Desde septiembre de 2021, Cataluña ha implantado una figura innovadora en la atención primaria: el «referente de bienestar emocional y comunitario». Esta iniciativa surge ante la insuficiencia crónica de psicólogos clínicos en el sistema público y se apoya en la contratación de más de 350 psicólogos generales sanitarios con formación adicional. Su labor se centra en la detección, valoración y atención de personas con malestar emocional o en situación de riesgo psicosocial, desde un enfoque comunitario e integral.

La intervención de estos profesionales se restringe al ámbito prepatológico y se orienta a la prevención, evitando el abordaje de trastornos mentales consolidados y derivando los casos que exceden su ámbito competencial. Su trabajo se desarrolla en equipo interdisciplinario y prioriza la prescripción social como estrategia de vinculación comunitaria y fortalecimiento de redes de apoyo.

2. Expansión autonómica del modelo.

La experiencia catalana ha sido replicada, con diferentes matices normativos, en comunidades como Canarias, Valencia, Navarra y La Rioja. En todos los casos se constata el mismo patrón: la imposibilidad de cubrir la demanda con psicólogos clínicos obliga a recurrir, con carácter transitorio y bajo fórmulas jurídicas diversas, a la figura del psicólogo general sanitario. Esta contratación se legitima por analogía con la práctica médica, en la que también se recurre a médicos generalistas en ausencia de especialistas.

Valencia, por ejemplo, a través de la Ley 8/2022, establece expresamente la necesidad de incorporar psicólogos generales sanitarios cuando no se disponga de suficientes especialistas. El objetivo compartido es doble: desmedicalizar el abordaje de los trastornos mentales comunes y garantizar una detección precoz efectiva en atención primaria.

3. Distinción entre niveles asistenciales.

Los comparecientes insisten en la necesidad de clarificar los roles profesionales. El psicólogo general sanitario se concibe como un profesional capacitado para trabajar en niveles asistenciales no especializados, con funciones de prevención, acompañamiento y derivación. La psicología clínica especializada, en cambio, debe reservarse para la intervención en trastornos mentales diagnosticados, de mayor gravedad o cronicidad.

Este modelo binivel permitiría descongestionar la atención especializada, racionalizar los recursos y mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a servicios de apoyo emocional. El trabajo compartido y coordinado entre sanitarios generales y especialistas clínicos se presenta como una solución viable y ya practicada en múltiples dispositivos.

4. Evaluación de impacto de la figura en Cataluña.

Según datos oficiales de la Consejería de Salud (2022-2024), los referentes de bienestar emocional realizaron más de 6.600 actividades grupales y cerca de 9.000 comunitarias, atendiendo a un total de 134.334 personas. Entre los resultados destacan:

- 58.000 personas atendidas en grupos
- 12.000 con prescripción social
- 7.200 personas atendidas por duelo

- 13.000 por dolor crónico
- 87.150 con sintomatología mental incipiente
- Casi 14.000 valoradas con test de bienestar emocional

Estas cifras revelan una importante capacidad de contención, prevención y orientación comunitaria que complementa al sistema especializado, aliviando la presión asistencial y abordando el malestar antes de su cronificación.

5. Obstáculos legales a la integración profesional.

Uno de los principales escollos para la consolidación de esta figura es la redacción actual de la disposición adicional séptima de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011), que impide a los psicólogos generales sanitarios ejercer en el Sistema Nacional de Salud (SNS) más allá del ámbito privado. Esta norma, junto con la Ley de Economía Social, genera un «veto estructural» que ha quedado obsoleto ante la realidad asistencial y las demandas ciudadanas.

Los comparecientes reclaman una modificación normativa que reconozca el papel legítimo y necesario de estos profesionales en atención primaria, estableciendo claramente sus funciones y evitando su exclusión de facto del sistema público.

6. Situación del colectivo de psicólogos especialistas sin titulación oficial (PESTOS).

Se denuncia la situación de entre 600 y 900 psicólogos que, a pesar de llevar entre 14 y 25 años trabajando en el SNS, no poseen el título oficial de especialista en Psicología Clínica. Este colectivo, conocido como PESTOS (Psicólogos Especialistas Sin Titulación Oficial), ejerce funciones clínicas, tutoriza residentes PIR y coordina servicios, pero sin reconocimiento formal.

Las consecuencias de esta situación son múltiples:

- Imposibilidad de acceder a la carrera profesional.
- Falta de movilidad laboral dentro del SNS.
- Exclusión de procesos de estabilización.
- Pérdida de talento acumulado por jubilación o desmotivación.

La propuesta planteada es una vía de homologación extraordinaria, limitada a quienes iniciaron su labor antes de marzo de 2011 (fecha de entrada en vigor de la Ley de Economía Social) y puedan acreditar al menos seis años de ejercicio profesional en funciones clínicas. Esta fórmula, ya aplicada a médicos mestos, permitiría regularizar la situación sin menoscabar la calidad asistencial ni vulnerar la normativa europea (que, según el dictamen jurídico aportado, no impide dicha homologación en el caso de psicólogos).

7. Implicaciones para la planificación de recursos humanos.

Según los datos presentados, la creación de la especialidad en 1998 permitió la homologación de unos 7.300 psicólogos clínicos. Sin embargo, se calcula que en 2030-2033, por razones de edad, esta cohorte habrá desaparecido del SNS. Mientras tanto, las promociones vía PIR han producido solo unos 3.000 nuevos especialistas. A este ritmo, se tardarían más de 50 años en alcanzar la ratio recomendada de 18 psicólogos clínicos por 100.000 habitantes.

La homologación del colectivo PESTOS, junto con un incremento sostenido de plazas PIR y el fortalecimiento de unidades docentes, se presentan como medidas indispensables para evitar una crisis estructural de profesionales en salud mental.

8. Atención a profesionales sanitarios y promoción del autocuidado.

Se expone también la necesidad de cuidar la salud mental de los propios profesionales del sistema. Se menciona el programa Galatea, financiado por los colegios sanitarios catalanes, como modelo pionero de atención emocional al personal sanitario, educativo y

social. Asimismo, los propios referentes de bienestar emocional tienen como una de sus funciones formar a sus equipos en técnicas de gestión emocional, reforzando el autocuidado desde la base.

9. Articulación entre niveles y sectores.

Se subraya la importancia de fortalecer la coordinación entre ámbitos sanitarios, educativos y sociales. Los programas comunitarios implantados en Cataluña trabajan estrechamente con el entorno de los usuarios, fomentando su vinculación con el barrio y sus recursos. La acción comunitaria se identifica como una dimensión fundamental para abordar el malestar emocional desde una perspectiva preventiva, integradora y no medicalizadora.

10. Hacia una arquitectura normativa coherente y ordenada.

Ambos comparecientes insisten en la necesidad de deshacer los «nudos legales» que impiden una ordenación profesional clara, eficaz y equitativa. Proponen:

- Establecer un marco legal que permita la convivencia ordenada entre psicología general sanitaria y clínica especializada.
- Promover la creación de nuevas especialidades en psicología (como la infantojuvenil), actualmente inexistentes.
- Reconocer y regular perfiles consolidados en la práctica asistencial pero excluidos jurídicamente del SNS.
- Diseñar una hoja de ruta legislativa y formativa que garantice una cobertura universal, eficaz y basada en la evidencia científica.

Comparecencia de D. Jesús Aguilar Santamaría, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

Relevancia del reto de la salud mental.

La salud mental se ha convertido en uno de los principales desafíos sanitarios y sociales en España. Según datos del Sistema Nacional de Salud, más de un tercio de la población experimentará algún trastorno mental en su vida, una cifra que supera el 50 % en mayores de 75 años. Este fenómeno se ve agravado por el estigma, el silencio y la falta de comprensión social, lo que añade una segunda carga a quienes padecen estas condiciones.

Frente a esta realidad, la farmacia comunitaria, con su gran capilaridad territorial, su cercanía y su contacto cotidiano con los ciudadanos, se presenta como un recurso sanitario estratégico para la prevención, detección, acompañamiento y derivación en el ámbito de la salud mental.

La red de oficinas de farmacia como infraestructura clave.

En España hay más de 22.000 oficinas de farmacia, el 70 % en zonas rurales, que atienden diariamente a unos 2,3 millones de personas. Muchas de estas farmacias representan el único recurso sanitario en pequeños municipios. Esta estructura permite detectar señales de alerta en salud mental a través del contacto humano, la observación de cambios en hábitos de consumo farmacológico, el seguimiento terapéutico o las conversaciones cotidianas.

El papel del farmacéutico va mucho más allá de la dispensación. Incluye el seguimiento del tratamiento, la prevención de interacciones y el control de la adherencia, aspectos especialmente críticos en el abordaje de los trastornos mentales.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 106

Estrategia social de la profesión farmacéutica.

El Consejo General ha desarrollado desde hace cuatro años una Estrategia Social alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. Esta hoja de ruta integra el compromiso del colectivo farmacéutico con la sostenibilidad, la equidad, la diversidad y la atención a la vulnerabilidad. La salud mental se contempla desde una perspectiva integral, considerando determinantes sociales como el entorno, el nivel socioeconómico o la red de apoyos.

Producción de conocimiento: informes y recomendaciones.

El Consejo ha promovido varios estudios clave:

- Informe de Salud Mental en España (2023): proporciona una radiografía completa sobre prevalencia, causas, inequidades y barreras en el acceso a servicios.
- Determinantes sociales de la salud (2024): analiza cómo variables como la edad, el género o el aislamiento influyen en la salud mental.
- Informe sobre la soledad (2025): profundiza en la soledad como factor de sufrimiento emocional, con impacto en mayores, pacientes crónicos y adolescentes. Identifica oportunidades para que las farmacias actúen como espacios de acompañamiento y prevención.

A partir de estos estudios se ha elaborado un decálogo de recomendaciones, entre las que destacan: Integrar salud mental en la atención primaria y comunitaria; Formar a todos los profesionales en salud mental e Incorporar las oficinas de farmacia en el sistema asistencial como red centinela.

Proyectos de intervención destacados.

Entre las iniciativas concretas impulsadas se encuentran:

Campaña «Menos estigma, más estima» (2024): sensibilización pública y formación a farmacéuticos para la identificación precoz y el acompañamiento.

Escuelas Rurales de Salud Mental: actualmente en 297 farmacias de 35 provincias, buscan empoderar a pacientes y cuidadores en autocuidado emocional, adherencia, prevención del suicidio y hábitos saludables. Se estima que beneficiará a más de 5.000 personas.

Colaboraciones autonómicas:

- Málaga: vínculo directo con la unidad provincial de salud mental.
- Murcia: educación sobre uso responsable de psicofármacos.
- Castilla-La Mancha: visibilización positiva de trastornos mentales graves.
- Navarra: campaña «Detrás de esa cruz hay vida» para hablar abiertamente del suicidio.
- Aragón: integración en la estrategia autonómica de prevención del suicidio.
- Barcelona: Proyecto Ítaca, apoyo a farmacéuticos con problemas de salud mental.

Cinco líneas estratégicas de acción.

El Consejo General propone cinco líneas prioritarias para consolidar el papel de la farmacia comunitaria en salud mental:

1. Formación continua especializada en aspectos psicosociales, detección precoz y gestión emocional.
2. Protocolos nacionales de derivación desde la farmacia hacia los servicios de salud mental.
3. Integración en equipos multidisciplinares, reconociendo al farmacéutico como agente activo en el seguimiento terapéutico y la coordinación asistencial.

4. Refuerzo de la adherencia terapéutica, área donde el farmacéutico puede ejercer un seguimiento clave.

5. Inclusión efectiva en atención primaria y comunitaria, aprovechando la capilaridad y la cercanía de las farmacias.

Infrautilización institucional y retos estructurales.

A pesar de los avances, se denuncia la escasa inclusión de la red farmacéutica en las estrategias nacionales de salud mental, como la Estrategia 2022-2026 o el Plan de Acción COVID-19. Según Aguilar, esta omisión no es accidental, sino fruto de una estructura institucional que no termina de valorar la función sociosanitaria de las farmacias.

Se señala la necesidad de voluntad política para aprovechar una red ya existente y muy valorada socialmente. El problema no es técnico ni profesional —donde hay buena colaboración con médicos, enfermería y otras disciplinas— sino de falta de integración institucional.

Posicionamiento ante la financiación y sostenibilidad.

Se subraya que la farmacia comunitaria española es una conquista social de la ciudadanía, no del colectivo profesional. El sistema de márgenes hace que los farmacéuticos estén directamente interesados en la sostenibilidad del sistema sanitario. Sin embargo, las farmacias rurales, que representan el 80% de las ubicadas en municipios pequeños, se enfrentan a dificultades financieras graves.

El actual modelo basado en la venta podría evolucionar hacia un modelo mixto de pago por servicio, que remunere la labor sanitaria y social de las farmacias en temas como salud mental. Esta transición requeriría ajustes normativos y consensos entre administraciones.

Abuso de psicofármacos y prescripción social.

España presenta un alto consumo de psicofármacos, fenómeno que los farmacéuticos detectan en su práctica diaria. Se evidencia que muchas veces el recurso al medicamento suple carencias estructurales en atención psicológica y acompañamiento emocional. El farmacéutico, en su rol de primera escucha, puede contribuir a desmedicalizar el sufrimiento psicosocial, promoviendo alternativas como la prescripción social y la derivación temprana.

Coordinación y cohesión territorial.

La farmacia puede ser un elemento cohesionador del sistema sanitario, pero actualmente existen grandes diferencias entre comunidades autónomas respecto a su papel. La coordinación nacional es insuficiente, y se reclama establecer mínimos homogéneos para garantizar igualdad de acceso a los servicios farmacéuticos, especialmente en zonas rurales o desfavorecidas.

Se insiste en que la farmacia comunitaria no pretende asumir funciones clínicas ajenas, sino actuar dentro de sus competencias, como agente de proximidad, prevención, educación sanitaria y enlace con la red asistencial.

Comparecencia de D. Manuel Franco Martín, jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora, y profesor titular de Psicopatología y Salud Mental de la Universidad de Salamanca.

Particularidades de la salud mental como ámbito asistencial.

La salud mental presenta características diferenciadas frente al resto de ámbitos sanitarios. Entre ellas, destaca que muchas personas con trastornos mentales graves no son conscientes de su enfermedad, lo que dificulta la atención basada en la demanda espontánea. Este hecho, junto con el estigma social persistente y la tendencia a asociar

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 108

actos violentos con trastornos mentales, sitúa a estas personas en una situación de marginalidad extrema. Frente a esta realidad, se propone una reorganización del sistema que tenga en cuenta estas especificidades y asuma una actitud proactiva por parte de los servicios públicos.

Enfoque biopsicosocial y necesidad de coordinación intersectorial.

La salud mental no puede abordarse exclusivamente desde una perspectiva biomédica. La interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales exige una intervención conjunta entre atención primaria, salud mental y servicios sociales. Esta necesidad de coordinación se ha planteado reiteradamente desde los primeros planes de salud mental y continúa siendo una asignatura pendiente. La fragmentación de los servicios sigue generando barreras de acceso, ineficiencias y desatención a colectivos especialmente vulnerables como personas mayores, habitantes de zonas rurales y personas con discapacidad.

Crítica a la organización de los equipos de salud mental.

El modelo actual de «equipo» de salud mental se considera más teórico que operativo. Los criterios de contratación y sustitución no responden a perfiles funcionales, sino a trayectorias administrativas, lo que dificulta la constitución de equipos verdaderamente integrados. Se subraya también la complejidad y escasa comprensión de la red de recursos disponibles, incluso entre los profesionales, lo que repercute en la calidad asistencial.

Listas de espera y desigualdades en el acceso.

Las listas de espera son presentadas como un factor estructural de inequidad. La atención tardía agrava los cuadros clínicos y desplaza a los pacientes con más recursos hacia la sanidad privada. Además, generan ineficiencia: alrededor del 50 % de las primeras citas no llegan a realizarse. Este fenómeno también se traduce en una mayor presión sobre las urgencias y un uso más frecuente de los ingresos hospitalarios como respuesta al sufrimiento no atendido a tiempo.

Diferenciar salud mental y enfermedad mental.

Se plantea la necesidad de distinguir entre el malestar emocional (propio de la vida cotidiana) y la enfermedad mental propiamente dicha. La actual gestión del sistema tiende a medicalizar la insatisfacción, en un contexto social que tolera mal la frustración. Esta confusión deriva en una sobreutilización de psicofármacos y en el desdibujamiento del concepto de enfermedad mental grave. Es urgente un enfoque que reconozca las diferencias y evite la patologización del sufrimiento humano.

Persona *versus* enfermo: modelos de atención en tensión.

La atención en salud mental puede organizarse en torno a dos paradigmas: el centrado en la enfermedad o el centrado en la persona. El primero prioriza las estructuras hospitalarias y la hiperespecialización, mientras que el segundo apuesta por la atención comunitaria, funcional y cercana. No se trata de excluir uno u otro modelo, sino de encontrar un equilibrio que permita adaptar la respuesta a las necesidades individuales, priorizando siempre la dignidad y el entorno vital del paciente.

Modelo aplicado en Zamora: atención comunitaria integral.

Desde 2012, el Complejo Asistencial de Zamora ha implementado un modelo comunitario basado en la gestión de casos por parte de enfermería con disponibilidad 24 horas, lo que permite responder de forma flexible a la demanda real. Todos los centros de salud cuentan con equipos formados por psiquiatra, psicólogo y

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 109

personal de enfermería de salud mental, incluyendo zonas rurales. Esta integración en atención primaria permite una gestión ágil, cercana y coordinada, con resolución compartida y sin dependencia de estructuras burocráticas.

Intervención comunitaria real: domicilios, centros y entorno.

La intervención se realiza en los espacios naturales de vida: domicilios particulares, residencias de mayores o centros para personas con discapacidad. No se traslada a los pacientes a los servicios, sino que son los profesionales quienes acuden al entorno de la persona. Este modelo reduce barreras, mejora la pertinencia de la atención y refuerza la dignidad del paciente, especialmente en el caso de personas con movilidad reducida o dependencia.

Resultados del modelo: eficiencia y reducción de recursos hospitalarios.

La aplicación del modelo ha generado reducciones significativas en las estancias hospitalarias: un 80 % en Zamora (de 42 a 12 camas) y más del 50 % en Valladolid. También se ha observado una disminución en las urgencias atendidas, así como una caída del gasto farmacológico, con más de 100.000 euros ahorrados anualmente solo en antipsicóticos en la zona básica de Toro. Estos datos muestran que un modelo comunitario, aunque exige una inversión inicial, resulta más eficiente y menos costoso a medio y largo plazo.

Crítica al modelo de financiación de la actividad sanitaria.

Se cuestiona el actual sistema de financiación basado en volumen de actividad (consultas, ingresos, camas), que no se ajusta a las particularidades de la salud mental. Se propone que la financiación se vincule al estado de salud de la población, no al número de intervenciones. Más actividad no implica más eficiencia ni más calidad. La calidad debe medirse por la capacidad del sistema para comprender, acompañar y mejorar la vida de las personas.

Complementariedad público-privada centrada en la persona.

El debate sobre la colaboración público-privada debe abordarse desde la perspectiva del beneficio para el paciente, y no desde posiciones ideológicas. El sistema público y el privado no son equivalentes ni intercambiables, pero pueden ser complementarios. Se cita como ejemplo la posibilidad de que el sector privado facilite soluciones habitacionales adaptadas a las preferencias individuales, algo que la administración pública no puede resolver con agilidad.

Intervención en jóvenes: educación emocional desde la escuela.

Se aboga por prevenir los trastornos mentales en jóvenes desde la escuela, trabajando la tolerancia a la frustración y dotándoles de herramientas de afrontamiento. No se trata de crear centros especializados, sino de integrar la educación emocional en el currículo y en la vida cotidiana de los centros educativos.

Accesibilidad e intervención centrada en la gravedad.

La accesibilidad no puede medirse solo por los tiempos de espera, sino también por la capacidad del sistema para priorizar según la gravedad. Se reivindica una gestión dinámica de las agendas, orientada a la necesidad y no al orden de llegada. En este contexto, el papel de la enfermería de salud mental resulta estratégico para la detección y derivación ágil de situaciones críticas.

Reducción del uso de psicofármacos: una cuestión sistémica.

El abuso de psicofármacos se explica no por el estado emocional de la población, sino por la estructura del sistema: consultas breves, formación insuficiente del personal de

atención primaria y falta de alternativas no farmacológicas. La intervención psicosocial requiere tiempo, escucha y herramientas específicas que no están disponibles en el modelo actual, por lo que la medicación se convierte en la salida más rápida, pero menos efectiva a largo plazo.

En definitiva, el modelo defendido se basa en la racionalidad, la funcionalidad y la centralidad de la persona. Requiere profesionalizar los equipos, invertir en formación e intervención comunitaria, y reorganizar los recursos según resultados y no actividad. Es un modelo posible, probado y más sostenible. El objetivo último no es mantener a las personas en el sistema, sino acompañarlas en procesos de recuperación reales, con calidad, respeto y eficacia.

Comparecencia de D. Pablo Gómez Conejo, director general de la Fundación INTRAS.

Papel del tercer sector en el modelo comunitario de salud mental.

La Fundación INTRAS, con treinta años de trayectoria, se presenta como parte activa de una red estatal de entidades del tercer sector (Red ISEM), que trabaja desde un enfoque comunitario, educativo y social. Estas entidades colaboran estrechamente con las redes públicas de salud mental, especialmente en contextos locales, rurales o de difícil acceso. Con más de 22.000 profesionales involucrados, el sector asume tareas de rehabilitación psicosocial, apoyo a la inclusión laboral y gestión de viviendas, operando como complemento esencial al sistema sanitario.

Modelo de atención centrado en la persona y basado en derechos.

El modelo defendido por INTRAS rechaza el paradigma paternalista y promueve la autonomía y la responsabilidad del usuario en su proceso de recuperación. La atención se personaliza desde planes de apoyo individualizados, definidos en función de los objetivos vitales de cada persona. Este enfoque —reconocido por la OMS y por marcos legales nacionales e internacionales— se articula en torno al respeto a la autodeterminación y a la idea de vida significativa, más allá del diagnóstico.

Evolución histórica del modelo de atención: del custodialismo a la autonomía.

Se describe una evolución en los sistemas de atención a personas con trastorno mental grave: de un modelo institucional centrado en la calma social y la planificación por plazas, a uno profesional organizado por cupos, y finalmente hacia un modelo centrado en el proyecto vital de la persona. Esta transición implica el paso de planes de intervención a planes de apoyo al proyecto de vida, y del cuidado en instituciones al cuidado en entornos naturales y comunitarios.

Importancia del contexto y los apoyos en el entorno natural.

Se subraya el valor de la vivienda como pilar del proceso de recuperación. Las viviendas deben permitir la vida independiente y la participación comunitaria, superando el modelo tradicional de residencias o pisos tutelados con baja autonomía. Se citan proyectos piloto exitosos con colectivos de doble exclusión (sinhogarismo, menores protegidos, víctimas de violencia) que han demostrado la viabilidad de este enfoque en distintos contextos.

Lucha contra el estigma y sensibilización social.

Las entidades del tercer sector integran de forma estructural la lucha contra el estigma, tanto en sus fines fundacionales como en sus actividades diarias. Se promueven acciones comunitarias participativas que permitan hablar abiertamente de salud mental, fomentando espacios donde la ciudadanía se involucre activamente y reconfigure su percepción del trastorno mental grave. Se reconoce el papel clave de los medios de comunicación como aliados en este proceso de cambio cultural.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 111

Innovación tecnológica como herramienta de inclusión y eficiencia.

La Fundación INTRAS lidera un clúster tecnológico con más de 70 organizaciones, orientado al desarrollo de soluciones que mejoren la personalización, accesibilidad y sostenibilidad de los apoyos. La tecnología, incluida la inteligencia artificial, permite anticiparse a crisis, personalizar apoyos virtuales, facilitar la autonomía y reducir costes. Se enfatiza que la tecnología debe diseñarse desde el usuario, garantizando su utilidad real, evitando así la acumulación de herramientas inservibles.

Incorporación de los determinantes sociales de la salud mental.

Se reivindica la necesidad de que el sistema incorpore análisis sistemáticos sobre factores como pobreza, empleo, vivienda o discriminación, e impulse políticas intersectoriales que no solo atiendan, sino que prevengan. Se subraya que el «código postal» sigue siendo uno de los determinantes más relevantes del acceso y calidad asistencial, lo que obliga a priorizar a los colectivos en situación de exclusión desde un enfoque de equidad.

Derechos humanos y autonomía personal como marco normativo.

Se propone alinear el sistema con los principios de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, incluyendo la garantía del consentimiento informado, el respeto a la voluntad del usuario y la aceptación incondicional de su valor como persona. Este paradigma constructivo exige abandonar modelos rígidos, poco adaptados, y centrarse en el diseño de apoyos personalizados para vivir con dignidad, no en función de la productividad o los resultados clínicos.

Reforzar la atención comunitaria y la colaboración intersectorial.

Se promueve la creación de equipos multidisciplinares comunitarios que colaboren estrechamente entre servicios sociales y sanitarios. La atención domiciliaria y la figura del asistente personal deben ser fortalecidas, en especial para los casos más graves. Se defiende revisar la Ley de Dependencia y su sistema de valoración, ya que las fluctuaciones funcionales del trastorno mental impiden a muchas personas acceder a los apoyos. Esta reforma es clave para garantizar la equidad en el acceso a prestaciones y servicios.

Rol del tercer sector como actor profesionalizado.

A diferencia de otros ámbitos como la atención a mayores, en salud mental existe una red consolidada de entidades sociales con alta profesionalización. Estas entidades pueden desempeñar un papel central en la planificación e implementación de los apoyos, si se les incorpora de forma estable en el sistema. Se propone establecer mecanismos de coordinación institucional permanentes, así como reconocer y dignificar el rol del cuidador profesional, cuya retribución es actualmente inferior al promedio nacional, pese a su responsabilidad.

Participación activa de personas usuarias y familiares.

Se plantea que las personas con experiencia propia y sus familias participen activamente en el diseño, evaluación y mejora de las políticas públicas. Este enfoque participativo es coherente con el modelo centrado en derechos y con los principios de salud mental comunitaria. Además, permite identificar mejor las necesidades reales y aumentar la eficacia de las intervenciones.

Potenciar la innovación tecnológica con respaldo estructural.

Se aboga por incluir los desarrollos tecnológicos dirigidos a la autonomía en los catálogos oficiales de prestaciones, así como por la formación digital de profesionales sociales y sanitarios. La tecnología debe dejar de ser una herramienta marginal y convertirse en una infraestructura básica del sistema. Asimismo, se subraya la necesidad de facilitar el

acceso a datos e interoperabilidad de los sistemas, ya que la investigación y la inteligencia artificial requieren grandes volúmenes de datos para ser útiles y responsables.

Inclusión social y empleo: una deuda pendiente.

Las personas con trastorno mental grave son el colectivo con menor tasa de empleo entre las personas con discapacidad. Solo una de cada diez accede a un empleo estable. Se defiende mantener herramientas como los centros especiales de empleo, que Europa está cuestionando, y fomentar el empleo con apoyo individualizado. El actual contexto de alta demanda laboral representa una oportunidad para avanzar en inclusión laboral si se diseñan estrategias adaptadas.

La comparecencia concluye con una defensa del papel del tercer sector como agente transformador del modelo de salud mental. Desde una lógica de derechos y dignidad, se propone avanzar hacia un sistema centrado en la persona, adaptado a los contextos locales y capaz de incorporar la tecnología, la innovación social y la participación ciudadana. El modelo es viable, eficiente y más humano, siempre que las políticas públicas respalden con firmeza esta dirección.

Comparecencia de Doña Carmen Gallardo Pino, presidenta de Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) y profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos.

Identidad y trayectoria de FUNDADEPS.

La Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) es una entidad sin ánimo de lucro con una amplia trayectoria en la promoción de la salud en España. Nacida en el año 2003 como continuación de la Asociación de Educación para la Salud (1985), tiene su sede en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid y se ha consolidado como una institución pionera en el ámbito europeo en materia de educación para la salud. Su actividad se articula en torno a la creación de redes y sinergias entre instituciones públicas y privadas, desarrollando programas formativos, de investigación y transferencia centrados en la cultura de la salud.

Determinantes sociales y modelo biopsicosocial.

La intervención de FUNDADEPS se sustenta en una concepción integral de la salud, basada en el enfoque biopsicosocial y en los determinantes sociales. Se parte de la premisa de que la salud mental no depende exclusivamente del individuo, sino de múltiples factores estructurales y contextuales como el lugar de nacimiento, la vivienda, el entorno laboral, las condiciones de envejecimiento o el acceso a la educación y a recursos sanitarios. En este marco, se pone especial énfasis en los derechos humanos y la equidad como pilares fundamentales del sistema de atención en salud mental.

La fundación sitúa su trabajo en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Agenda 2030, incorporando de forma transversal la perspectiva de género. Este enfoque, por tanto, pretende trascender los límites del modelo clínico tradicional, orientándose hacia una acción transformadora de los contextos sociales que afectan a la salud mental, en especial entre poblaciones vulnerables como la juventud o las mujeres.

Programas clave en salud mental juvenil.

FUNDADEPS ha desarrollado más de una decena de programas, con especial atención a la prevención y promoción de la salud mental entre la juventud. Durante la comparecencia se destacaron tres iniciativas principales:

— Entre Mentes: orientado a profesionales sanitarios y del ámbito educativo, proporciona herramientas para la detección precoz y el acompañamiento emocional, así como estrategias de intervención comunitaria.

— Saludablemente: programa dirigido a familias, enfocado en la prevención del suicidio juvenil y la promoción del bienestar emocional. Promueve la formación y sensibilización de los entornos familiares como agentes protectores clave.

— PAJEPS (Programa de Jóvenes Educadores para la Salud): con más de treinta años de trayectoria, se centra en formar a jóvenes como agentes de salud en sus comunidades. El programa incluye una semana intensiva de formación y un proceso de intervención tutorizado que culmina en acciones concretas en el entorno del joven participante.

Estos programas integran metodologías innovadoras, como el uso terapéutico de la lectura, la sensibilización activa y la formación en habilidades psicosociales. Además, se articulan en un marco intersectorial, con el objetivo de fomentar la implicación de todos los actores sociales y comunitarios.

Propuestas dirigidas a las administraciones públicas.

En su intervención, la representante de FUNDADEPS formuló diversas propuestas orientadas a mejorar la respuesta institucional frente a los problemas de salud mental, especialmente entre la juventud:

— Impulso de políticas públicas estructurales y con alcance territorial, que garanticen la continuidad de los programas de prevención y promoción de la salud mental.

— Refuerzo de la atención primaria como eje vertebrador de la detección temprana y el acompañamiento psicosocial, reconociendo su papel fundamental en la estrategia de salud mental.

— Reforzamiento de la educación para la salud en el sistema sanitario y educativo, incluyendo la formación continua de los profesionales sanitarios y sociosanitarios.

— Desarrollo de campañas institucionales de concienciación, orientadas a la ciudadanía y centradas en la desestigmatización, la prevención del suicidio y la importancia del bienestar emocional.

— Promoción de un enfoque de salud mental basado en derechos humanos, que asegure la participación activa de las personas afectadas y garantice intervenciones con enfoque de equidad e inclusión.

Reivindicaciones principales.

A lo largo de la comparecencia se subrayaron varias demandas que FUNDADEPS considera imprescindibles para un abordaje eficaz y transformador de la salud mental:

— Reconocimiento institucional del valor estratégico de la promoción y la prevención. Se denunció la invisibilización histórica de la educación para la salud y la necesidad de aumentar su presencia en las agendas políticas y presupuestarias.

— Clarificación conceptual y operativa entre promoción y prevención, destacando que son estrategias distintas que deben ser complementarias, no confundidas ni sustituidas entre sí.

— Ampliación de la formación universitaria en salud pública, promoción y prevención, destacando la escasa presencia de estos contenidos en los planes de estudio de Ciencias de la Salud y la urgencia de corregir dicha carencia.

— Desarrollo de intervenciones basadas en la comunidad, con atención a poblaciones vulnerables (jóvenes, mujeres, mayores), mediante programas adaptados territorialmente.

— Potenciación de entidades con experiencia contrastada, como FUNDADEPS, para consolidar programas de prevención y promoción sostenibles, eficaces y con arraigo comunitario.

Reflexiones finales y conclusiones.

La comparecencia concluyó con una llamada a integrar el trabajo de entidades como FUNDADEPS en la arquitectura institucional del sistema nacional de salud mental. Se recalcó la necesidad de situar la promoción de la salud como un pilar fundamental de las

políticas públicas, especialmente en contextos pospandémicos donde la salud mental se ha convertido en una prioridad urgente.

Se remarcó que la asistencia sanitaria, siendo imprescindible, no basta por sí sola: la prevención y la promoción son claves para disminuir la carga social y sanitaria de la enfermedad mental. En este sentido, se instó a reconocer y apoyar de manera decidida las estructuras comunitarias, los profesionales del ámbito preventivo y los programas sostenidos en el tiempo, con recursos adecuados.

El testimonio de FUNDADEPS reafirma la importancia de incorporar la perspectiva comunitaria, de derechos y de género en las políticas de salud mental, con una apuesta clara por el fortalecimiento de la educación para la salud como motor de transformación social. La experiencia acumulada y la metodología de intervención desarrollada por esta fundación constituyen una referencia para avanzar hacia un modelo de salud mental más preventivo, más equitativo y humano.

Comparecencia de doña María del Mar García Martín, tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.

La señora García Martín, tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Enfermería, trasladó en su intervención la profunda preocupación de la entidad a la que representa por la salud mental tanto de la población general como del colectivo enfermero, en un contexto marcado por el aumento de trastornos emocionales, el colapso del sistema sanitario y la sobrecarga laboral.

La compareciente destacó el papel estratégico de las enfermeras en la atención a la salud mental, especialmente a través de la especialidad en enfermería en salud mental, una de las siete especialidades de enfermería reconocidas legalmente, aunque se debe notar que la médico-quirúrgica sigue sin desarrollar. La implantación de la enfermería en salud mental es desigual en las distintas comunidades autónomas, de tal modo que en algunas ni siquiera existe la categoría, y en otras, aun existiendo, no están ocupadas por enfermeras especialistas. Se indicó que apenas hay 6.500-6.600 enfermeras de esta especialidad, cifra que juzga insuficiente para atender la creciente demanda; asimismo, consideró también insuficiente la última convocatoria EIR, que ofertó solo 351 plazas en dicha especialidad.

Respecto a la situación de la salud mental en la población, se afirma que, según datos recientes, se observa un incremento significativo de trastornos como ansiedad, depresión e ideación suicida. Desde una perspectiva más cualitativa, la compareciente relata que, durante el Día Internacional de la Enfermería, la entidad a la que pertenece lanzó una campaña denominada «Pregunta a tu enfermera». Esa campaña les permitió observar el alto porcentaje de personas cuyas consultas versaban sobre enfermedad mental.

Sin embargo, las propias enfermeras sufren de forma alarmante este deterioro emocional. Nueve de cada diez profesionales aseguran haber tenido síntomas de ansiedad, insomnio o depresión relacionados con la sobrecarga asistencial, la falta de reconocimiento y la presión constante. Al respecto de la falta de reconocimiento profesional, destaca que 6 de cada 10 enfermeras han pensado en abandonar la profesión. A esto se suma el aumento de agresiones, con más de 2.800 casos denunciados en 2023, aunque se estima que muchos más no se notifican. La enfermería es el colectivo más agredido dentro del personal sanitario, y las cifras aumentan año tras año. Se trata, evidentemente, de una situación que perjudica notablemente la salud mental de las enfermeras.

Uno de los ejes claves de la comparecencia es la prevención del suicidio, donde la figura de la enfermera especialista en salud mental puede jugar un papel decisivo. La compareciente aporta una serie de datos que ponen de relieve la profundidad del problema del suicidio, la principal causa de muerte no natural, cuya incidencia entre la población infantil y adolescente va en aumento. Al respecto, y en materia de prevención, enfatiza la importancia de la enfermería escolar como agente fundamental de prevención, detección precoz y acompañamiento emocional en menores. En España, afirma la compareciente,

se cuenta con 2929 enfermeras escolares, desigualmente repartidas por el territorio español, y con una ratio bastante alejada de la media europea: una enfermera escolar por cada 6300 alumnos frente a una enfermera escolar por cada 750 alumnos. La entidad a la que representa la compareciente solicitó que hubiera una enfermera en cada escuela para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas con patologías crónicas.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería también ha reclamado reformas legislativas que reconozcan plenamente la formación, capacidades y competencias de la enfermería, como su inclusión en el grupo A1 o A unificado, y que se eliminen obstáculos normativos que les impida acceder a puestos de dirección. Y se debe destacar que durante la intervención se solicitó que se cuide a quienes cuidan, y que las estrategias de salud mental tengan en cuenta a las enfermeras, resultando fundamental que se instaure el Programa de Ayuda Integral a la Enfermera Enferma (PAIEE), para proporcionar atención psicológica al colectivo enfermero.

Comparecencia de doña Ana López Trencó, miembro de Maravillosamente y gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME.

La señora López Trencó, miembro de Maravillosamente, gerente de la asociación ASAPME, y miembro del Patronato de Fundación Manantial, comparece ante la subcomisión no solo como médica experta en salud mental y miembro de dicha entidad, sino que aspira a poner voz a la situación de miles de personas con trastorno mental grave que continúan invisibilizadas por el estigma, la falta de atención específica y la carencia de recursos.

En la intervención se celebra el aumento de la conciencia social sobre los problemas de salud mental tras la pandemia, pero no sin advertir que el discurso social está centrándose mayoritariamente en trastornos leves o adaptativos, relegando a un segundo plano a los trastornos mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la depresión mayor. Estos afectan a cerca de un 3 % de la población adulta, en torno al millón y medio de personas en nuestro país, aunque el impacto de estos trastornos en las familias de las personas afectadas multiplica por tres su impacto.

La interviniente destaca, entre los datos más alarmantes, la reducción de hasta diez años en la esperanza de vida por enfermedades físicas desatendidas, una tasa de empleo de solo el 17,7 % y una alta rotación laboral, puesto que quien logra acceder a un empleo lo pierde en una media de seis años. Todos estos factores contribuyen a la exclusión social, al igual que la alta incidencia de abandono escolar, provocado por la falta de atención temprana: un 14,2% de los casos de abandono escolar están vinculados a trastornos mentales en la infancia.

Durante la comparecencia se enfatiza cómo el impacto se agrava por factores socioeconómicos, culturales, de género y de territorio. En especial, las mujeres en situación de vulnerabilidad y quienes viven en entornos rurales enfrentan mayores obstáculos, agravados por un sistema asistencial fragmentado. También denuncia el abandono institucional de las familias cuidadoras, a menudo mujeres mayores de 55 años, sin empleo y con su propia salud deteriorada.

Durante la intervención se subraya la necesidad de diferenciar entre trastornos mentales leves y graves, resultando imprescindible adoptar un enfoque integral en el que se considere el papel de los factores biológicos y los genéticos junto a los sociales. Excluir el componente biológico en el caso de los trastornos mentales graves promovería una visión incompleta y generaría falsas expectativas de control de la situación. La interacción entre todos los factores es compleja, y sobredimensionar los factores ambientales y los hábitos de vida, en este contexto, culpabiliza a los pacientes. La compareciente pone como ejemplo la diabetes, en cuyo tratamiento no se duda de la predisposición genética, ni se plantea que mejorar las condiciones materiales y asistenciales pueda sustituir al abordaje terapéutico. Ello no implica desatender el entorno y los factores ambientales, sino que se trata de contemplar un abordaje integral y holístico tanto de las causas como de las consecuencias de los trastornos mentales graves.

Desde MaravillosaMente, entidad a la que representa la compareciente y cuyos planteamientos repasa, defiende un modelo centrado en tres pilares: la recuperación funcional, la autonomía y la dignidad. Para ello, la entidad propone un decálogo de medidas que incluyen el diagnóstico precoz, el acompañamiento psicosocial, la inclusión laboral y un sistema asistencial integral. Se considera crucial que haya una financiación suficiente, para lo cual se debe reconocer, fortalecer y dotar de recursos a los sistemas autonómicos y locales, responsables de la atención directa y del acompañamiento continuo.

A modo de conclusión, se destacan tres necesidades fundamentales: convertir los trastornos mentales graves en prioridad real y efectiva, incluidos como eje central en el futuro Pacto de Estado por la salud mental; garantizar la inclusión sociolaboral como parte esencial de la recuperación de las personas con problemas de salud mental; y disponer de datos reales y actualizados para avanzar hacia una planificación eficaz, equitativa y centrada en las necesidades de las personas afectadas.

VIII.2. Análisis de la situación de salud mental.

Para complementar las aportaciones que se han realizado desde las comparecencias de la Subcomisión se han revisado una serie de documentos de referencia de nuestro entorno y se presenta, a continuación, una síntesis que nos permita conocer con más detalles cuál es la situación de la salud mental en nuestro país. Se han seleccionado dichos documentos porque han sido algunas de las fuentes más mencionadas en las diferentes comparecencias.

Los documentos revisados han sido los siguientes:

— Ministerio de Sanidad. (2020). Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos a partir de registros clínicos de atención primaria (BDCAP 2017). Gobierno de España.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

— Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2023). Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en salud mental.

<https://www.consalmmental.org/publicaciones/Resumen-Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2023.pdf>

— Ministerio de Sanidad. (2024). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Gobierno de España.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

— Consejo de la Juventud de España & Oxfam Intermón. (2024). Equilibristas: Las acrobacias de la juventud para sostener su salud mental en una sociedad desigual.

https://www.cje.org/wp-content/uploads/2024/06/AF_INFORME-JUVENTUD_compressed.pdf

— Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Gobierno de España.

https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 117

— Unión General de Trabajadoras y Trabajadores (UGT). (2024). Salud mental y trabajo 2024.

https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/2024_Informe_Salud_Mental_Trabajo.pdf

2.1. Diagnóstico de la situación de la salud mental en España según registros de Atención Primaria (BDCAP 2017).

a) 2.1.1 Prevalencia general de problemas de salud mental.

— El 27,4% de la población con tarjeta sanitaria presentaba al menos un problema de salud mental registrado.

— Mayor prevalencia en mujeres (30,2%) que en hombres (24,4%).

— Entre los menores de 20 años, los problemas son más frecuentes en varones; a partir de esa edad, en mujeres.

b) 2.1.2 Problemas más frecuentes.

— Trastornos de ansiedad: 6,7% de prevalencia general; hasta el 10,4% si se incluyen síntomas relacionados. Es el problema más común.

— Trastornos del sueño: 5,4% (15,8% en mujeres mayores).

— Trastorno depresivo: 4,1% (5,9% mujeres, 2,3% hombres); aumenta con la edad.

— Reacciones de adaptación (estrés agudo, TEPT): 2,3%.

— Psicosis en conjunto: 1,2%; siendo más prevalente la psicosis afectiva (0,72%).

c) 2.1.3 Problemas en menores de 25 años.

— Trastornos hiperkinéticos (TDAH, etc.): 1,8% (3 veces más en varones).

— Problemas de aprendizaje: 1,6%.

— Síntomas de comportamiento: 1,2%.

— Problemas alimentarios no anorexia: 0,27%.

d) 2.1.4 Gradientes y desigualdades.

— Sexo: predominio femenino en adultos, masculino en infancia/adolescencia.

— Renta: clara relación inversa entre nivel de renta y prevalencia de problemas, especialmente en esquizofrenia (hasta 12 veces más en los niveles bajos), trastornos de personalidad (11 veces), somatización (7 veces), y depresión (2,5 veces).

— Tamaño del municipio: los problemas son más frecuentes en áreas urbanas, salvo el TDAH.

— Situación laboral: mayor prevalencia en personas desempleadas.

— País de nacimiento: mayor prevalencia en personas nacidas en España que en extranjeras.

e) 2.1.5 Uso de psicofármacos.

— El 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres e40 años recibió al menos un antidepresivo, ansiolítico o hipnótico.

— Consumo en DHD (dosis diarias definidas por 1.000 personas y día):

• Antidepresivos: 98,8 DHD.

• Ansiolíticos: 64,5 DHD.

• Hipnóticos/sedantes: 40,2 DHD.

— El uso es mayor en mujeres, crece con la edad, y sigue un gradiente social y de ruralidad (más en zonas pequeñas).

— Antipsicóticos: 241,7 DHD en personas con psicosis (mayor en hombres y niveles bajos de renta).

— Fármacos para demencia: 376,2 DHD (sin diferencias marcadas por sexo o renta).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 118

— Psicoestimulantes (TDAH): 214 DHD, más en varones adolescentes de rentas altas.

f) 2.1.6 Prácticas clínicas desaconsejadas (indicadores «no hacer»).

— El 53,4% de mayores de 75 años con insomnio recibió benzodicepinas, pese a no estar recomendado.

— El 8,2% de personas mayores con insomnio o Parkinson recibió neurolépticos.

g) 2.1.7 Resumen ejecutivo del documento BDCAP, Ministerio de Sanidad, 2017).

1. Prevalencia general: 27,4% de la población con tarjeta sanitaria presentó algún problema de salud mental registrado. Más frecuente en mujeres (30,2%) que en hombres (24,4%).

2. Problemas más comunes: ansiedad (6,7%), trastornos del sueño (5,4%), depresión (4,1%), reacciones de adaptación (2,3%), psicosis (1,2%).

3. En menores de 25 años: TDAH (1,8%), problemas de aprendizaje (1,6%), síntomas de comportamiento (1,2%).

4. Desigualdades: mayor prevalencia en rentas bajas, desempleados, mujeres adultas, zonas urbanas, y personas nacidas en España.

5. Consumo de psicofármacos: muy elevado, con predominio femenino y en mayores. Uso frecuente de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos.

6. Prácticas clínicas inadecuadas: más del 50% de mayores con insomnio reciben benzodicepinas.

2.2 Diagnóstico sobre la situación de la salud mental en España según el Informe de Derechos Humanos 2023.

a) 2.2.1 Visión general.

— El informe denuncia vulneraciones sistemáticas de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

— Señala que, tras la pandemia, la salud mental se ha convertido en una preocupación prioritaria en la sociedad española.

— Colectivos especialmente vulnerables: personas jóvenes, mujeres, personas LGTBI, personas de clase baja y media-baja, con dificultades económicas, con discapacidad o que consumen drogas.

b) 2.2.2 Desigualdades estructurales y discriminación.

— Persisten formas múltiples de discriminación por edad (edadismo), género, discapacidad psicosocial y orientación sexual.

— Edadismo: infradiagnóstico y escasa atención a la salud mental en personas mayores; alta prevalencia de depresión no tratada y riesgo elevado de suicidio en este grupo.

— Discriminación institucional:

- En seguros: exclusión sistemática de cobertura para problemas de salud mental.
- En bancos: bloqueo de cuentas a personas con discapacidad psicosocial sin base legal clara.

c) 2.2.3 Infancia y adolescencia.

— Aumento significativo de problemas de salud mental en menores desde la pandemia.

— Suicidio infantil y juvenil en crecimiento alarmante: +41% en personas de 15 a 19 años entre 2021 y 2022.

— Falta de recursos especializados en salud mental infantil y juvenil: carencia de profesionales, largas listas de espera y sobremedicación.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 119

— Propuesta clave: desarrollo de una red de atención comunitaria infantojuvenil específica, accesible y libre de coerción.

d) 2.2.4 Violencias específicas hacia mujeres.

— Las mujeres con problemas de salud mental sufren violencia de género con mayor frecuencia (hasta 4 veces más).

— Denuncias de violencia institucional en contextos sanitarios: infantilización, falta de consentimiento informado, medicalización del sufrimiento.

— El 80% ha sufrido algún tipo de violencia en pareja; más del 40% ha sido víctima de violencia sexual.

e) 2.2.5 Trato coercitivo e ingresos involuntarios.

— Persistencia de ingresos y tratamientos psiquiátricos involuntarios, con uso frecuente de medidas coercitivas (contenciones físicas o químicas).

— El 60% de personas encuestadas ha sido ingresada sin consentimiento.

— El informe propone un modelo de atención psicosocial integral, comunitario y libre de coerciones, con planes específicos como los desarrollados en la Comunidad Valenciana.

f) 2.2.6 Accesibilidad psicosocial.

— Se identifica como una barrera clave e invisibilizada para el acceso a servicios sanitarios, educativos, sociales y judiciales.

— La falta de accesibilidad psicosocial se traduce en exclusión, desprotección y vulneración de derechos.

— Se reclama su reconocimiento legal y desarrollo normativo específico.

g) 2.2.7 Suicidio.

— Se registraron 4.227 suicidios en 2022 en España (+5,6% respecto a 2021).

— El 30% correspondió a personas mayores de 65 años.

— El estigma impide la petición de ayuda y fomenta el aislamiento.

— Se insiste en reforzar la atención psicológica, la prevención en centros educativos y laborales, y la red de apoyo comunitaria.

h) 2.2.8 Situación laboral.

— Alta tasa de desempleo y discriminación en el empleo de personas con trastornos mentales.

— El 90% oculta su diagnóstico en el entorno laboral por miedo al estigma.

— Falta una cultura laboral que promueva la salud mental y la adaptación del puesto.

i) 2.2.9 Acceso a la justicia.

— Barreras múltiples: de comunicación, comprensión, procedimiento y actitudinales.

— Reclamación de un turno de oficio especializado en discapacidad psicosocial.

— Se destaca como buena práctica el Plan de Acceso a la Justicia del País Vasco.

j) 2.2.10 Resumen del diagnóstico según el Informe de Derechos Humanos en Salud Mental 2023 (SALUD MENTAL ESPAÑA).

1. Vulneración de derechos: denuncias sistemáticas de discriminación por género, edad, discapacidad psicosocial, orientación sexual.

2. Jóvenes: alza de suicidios, carencia de recursos específicos, sobremedicación, falta de atención especializada.

3. Mujeres: alta exposición a violencia de género, violencia institucional, infantilización médica, medicalización del sufrimiento.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 120

4. Coerción psiquiátrica: frecuentes ingresos involuntarios y uso de contenciones físicas y químicas.

5. Accesibilidad psicosocial: barrera invisible para acceso a recursos educativos, sanitarios y judiciales.

6. Suicidio: aumento continuo desde la pandemia; falta de atención integral y comunitaria.

7. Trabajo: estigma laboral, ocultamiento del diagnóstico, ausencia de apoyos.

2.3 Diagnóstico de la salud mental en España según el Informe Anual del SNS 2023.

a) 2.3.1 Prevalencia de problemas de salud mental.

— El 34% de la población padece algún trastorno mental registrado en atención primaria.

— En personas de 50 o más años, la prevalencia supera el 40%; en mayores de 85, supera el 50%.

— Trastornos de ansiedad: los más comunes (106,5 por mil habitantes), afectan al 10% de la población (14% mujeres, 7% hombres).

— Trastornos del sueño: 81,6 por mil.

— Trastornos depresivos: 47,8 por mil.

— Tendencia creciente desde 2016 en todos los principales trastornos.

b) 2.3.2 Problemas en menores de 25 años.

— Trastornos más comunes:

• Ansiedad: 32,8 por mil.

• Trastornos del aprendizaje: 29,0 por mil.

• Trastornos hiperkinéticos (como TDAH): 24,9 por mil.

— Aumentos significativos desde 2019 en todos estos indicadores.

— Prevalencia de consumo de cannabis: 21,8% en adolescentes de 14 a 18 años.

c) 2.3.3 Suicidio.

— 4.228 muertes por suicidio en 2022 (8,8 por 100.000 habitantes).

— Mayor tasa en hombres mayores de 85 años (45,4 por 100.000).

— Desde 2019 se observa una tendencia creciente.

— En menores de 30 años, la mortalidad por suicidio se mantiene estable pero preocupante.

d) 2.3.4 Desigualdades sociales en salud mental.

— Las personas con bajo nivel educativo perciben peor salud mental y presentan mayor prevalencia de obesidad, sedentarismo y hábitos no saludables.

— La tasa de riesgo de pobreza alcanza el 34% en menores de 16 años y el 26,5% en la población general.

— El índice de dependencia y el envejecimiento poblacional elevan la carga de enfermedad mental.

e) 2.3.5 Factores de riesgo asociados.

— Obesidad: 16% de la población adulta.

— Sedentarismo: 36,4% de la población; más prevalente en mujeres y en personas con menor nivel educativo.

— Consumo diario de tabaco: 19,8% (más en hombres).

— Consumo de riesgo de alcohol: 1,3% de adultos.

— Uso problemático de videojuegos: 5,1% de adolescentes.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 121

- f) 2.3.6 Atención sanitaria en salud mental.
- Gran parte de los diagnósticos se produce en atención primaria.
 - La frecuentación médica en primaria es de 5,5 visitas por persona/año.
 - Los tiempos de espera siguen siendo un problema estructural: 87 días de media para la primera consulta especializada.
 - Recursos humanos insuficientes en atención primaria y especializada.
 - No se reporta un aumento proporcional de recursos humanos en salud mental pese al incremento de la demanda.
- g) 2.3.7 Salud mental en cifras de mortalidad.
- La mortalidad por suicidio es estable pero alta en población envejecida y masculina.
 - Comparativamente, España tiene una de las tasas de suicidio más bajas de la UE, pero con una evolución preocupante en jóvenes y mayores.
- h) 2.3.8 Resumen del diagnóstico según el Informe Anual del SNS 2023.
1. Prevalencia: 34% de la población con problemas de salud mental; ansiedad (10%), trastornos del sueño (8%), depresión (5%).
 2. Infancia y juventud: alza en ansiedad, trastornos del aprendizaje e hiperactividad. Consumo de cannabis elevado.
 3. Suicidio: 4.228 muertes (2022), principalmente en hombres mayores. Estabilidad en jóvenes.
 4. Desigualdades: impacto del nivel educativo, pobreza infantil, envejecimiento y situación laboral.
 5. Atención sanitaria: desbordamiento en primaria, tiempos de espera altos, escasa psicoterapia pública.
 6. Factores de riesgo: obesidad, sedentarismo, alcohol y videojuegos en adolescentes.
- 2.4. «Equilibristas: juventud y salud mental en una sociedad desigual». Las acrobacias de la juventud (Oxfam Intermón y CJE, 2024).
- a) 2.4.1 Crisis de salud mental juvenil.
- Aumento del 590% en casos clínicos de problemas psicológicos en jóvenes (15-34 años) entre 2011 y 2022.
 - La juventud es el grupo de edad más afectado por la emergencia de salud mental en España.
 - El 45,7% de las personas jóvenes ha sido diagnosticada con algún trastorno mental.
 - 6 de cada 10 jóvenes con carencia material severa han experimentado ideación suicida.
- b) 2.4.2 Factores estructurales clave.
- Las principales causas de malestar psicológico identificadas por la juventud:
 - Precariedad laboral (temporalidad, parcialidad involuntaria, sobrecualificación).
 - Dificultad de acceso a la vivienda.
 - Carencia material y pobreza juvenil persistente.
 - Incertidumbre sobre el futuro y presión social constante.
 - La juventud afectada por múltiples desigualdades (género, orientación sexual, racialización, discapacidad) está en mayor riesgo.
- c) 2.4.3 Síntomas y diagnósticos más comunes.
- Ansiedad (37,8%), cansancio/aparición (46,2%), tristeza (44,2%), miedo al futuro (42,7%).

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 122

— Diagnósticos frecuentes: depresión (17,7%), ansiedad (15,9%), TDAH (7,6%), trastornos de la alimentación (6,1%).

d) 2.4.4 Ideación suicida.

— El 48,9% de los jóvenes ha tenido ideas suicidas; más de la mitad con frecuencia.

— Más prevalente en mujeres jóvenes, personas con carencia material severa, jóvenes en paro o que trabajan y estudian a la vez.

— La prevalencia se duplica entre quienes sufren dificultades económicas.

e) 2.4.5 Acceso a la atención en salud mental.

— Solo el 17,4% de jóvenes fue atendido en la sanidad pública en menos de un mes.

— Media de espera para atención psicológica infanto-juvenil en Madrid: 5 meses.

— Solo el 36,9% de jóvenes ha acudido a un profesional de salud mental durante el último año.

— La principal barrera para no acudir: el coste de la terapia privada (37,8%).

f) 2.4.6 Sistema sanitario público: insuficiente y desbordado.

— España tiene la ratio más baja de psicólogos/as por habitante de toda la OCDE: 5,14 por cada 100.000.

— Solo 1,14 especialistas en psicología clínica infanto-juvenil por cada 100.000 habitantes (frente a los 5 recomendados).

— Las personas jóvenes más vulnerables son derivadas a atención primaria o a unidades generales sin personal especializado.

g) 2.4.7 Percepciones y actitudes.

— La juventud ha superado el tabú de la salud mental y muestra gran conciencia emocional.

— Perciben la salud mental como un problema estructural, no individual.

— Alta desconfianza hacia las instituciones y el sistema sanitario por falta de respuesta e incompreensión.

h) 2.4.8 Diagnóstico según «Equilibristas. Juventud y salud mental en una sociedad desigual».

1. Aumento del 590% en problemas psicológicos jóvenes (2011-2022). 45,7% ha sido diagnosticado.

2. Factores estructurales: precariedad laboral, vivienda inaccesible, incertidumbre vital, discriminación.

3. Síntomas comunes: ansiedad, tristeza, cansancio, miedo al futuro. Ideación suicida: 49% de jóvenes, más alta en mujeres, desempleados y jóvenes pobres.

4. Atención insuficiente: esperas medias de 5 meses, solo el 36,9% ha tenido atención profesional.

5. Baja ratio de psicólogos: 5,14 por 100.000 habitantes; muy lejos de estándares internacionales.

6. Percepción: fuerte conciencia estructural del problema y desconfianza institucional.

2.5 Diagnóstico según la Estrategia de Salud Mental del SNS (2022-2026).

a) 2.5.1 Prevalencia y riesgo de mala salud mental.

— El 18% de la población e15 años está en riesgo de padecer un trastorno mental (GHQ-12 ≥ 3).

— El riesgo es mayor en mujeres (21,9%) que en hombres (13,9%), y crece con la edad, especialmente a partir de los 65 años.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 123

— En niños (4-14 años), el 13,2% está en riesgo, con mayor prevalencia en niños (15,6%) que en niñas (10,5%).

b) 2.5.2 Problemas de salud mental más comunes (Atención Primaria, BDCAP 2017).

- Trastornos de ansiedad: 6,7%
- Trastornos del sueño: 5,4%
- Trastornos depresivos: 4,1%
- Psicosis en conjunto: 1,2%
- Problemas más frecuentes en mujeres adultas; en infancia y adolescencia predominan en varones.

c) 2.5.3 Gradientes sociales.

— Clara relación entre salud mental y determinantes sociales:

- Renta: mayor prevalencia en niveles bajos (esquizofrenia 12 veces más en el grupo de renta más baja).
- Situación laboral: mayor riesgo en personas desempleadas e incapacitadas.
- Municipio: mayor prevalencia en zonas urbanas >100.000 hab.
- País de nacimiento: más frecuentes en personas nacidas en España.

d) 2.5.4 Consumo de psicofármacos.

— En 2017, el 34,3% de mujeres y el 17,8% de hombres e40 años consumió al menos un antidepresivo, ansiolítico o hipnótico.

— Consumo en DHD:

- Antidepresivos: 98,8 DHD
- Ansiolíticos: 64,5 DHD
- Hipnóticos/sedantes: 40,2 DHD

— Mayor consumo en mujeres, mayores de 65 y en zonas con menor renta.

e) 2.5.5 Desigualdades estructurales.

— El modelo hospitalocéntrico predomina frente a los servicios comunitarios.
— Carencia de profesionales en psicología clínica, psiquiatría y enfermería en salud mental.

- Desarrollo desigual de recursos y servicios entre comunidades autónomas.
- Acceso limitado a psicoterapia pública: predominio de abordajes farmacológicos.

f) 2.5.6 Infancia y adolescencia.

- El 70% de los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años.
- Problemas emergentes:

- Uso disfuncional de TIC, ciberadicciones, ciberacoso.
- Trastornos de conducta.
- Violencia filio-parental.

— Atención especializada infantil escasa y fragmentada.

g) 2.5.7 Suicidio.

- Primera causa externa de muerte en España.
- 3.941 muertes en 2020; especialmente prevalente entre hombres y personas mayores.
- Alta infradeclaración y subregistro.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 124

- Necesidad urgente de estrategias específicas de prevención y acompañamiento.
- h) 2.5.8 Salud mental y género.
 - Las mujeres presentan más ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos y trastornos alimentarios.
 - Mayor exposición a determinantes sociales negativos: pobreza, sobrecarga de cuidados, violencia de género.
 - Las mujeres con trastornos mentales graves sufren mayor discriminación y vulnerabilidad social.
- i) 2.5.9 Salud mental y trabajo.
 - El 22% de los trabajadores europeos sufre estrés laboral.
 - La salud mental es la segunda causa de baja laboral en España.
 - Exposición a precariedad, externalización, teletrabajo y aislamiento digital como factores emergentes de riesgo.
- j) 2.5.10 Análisis DAFO del sistema de salud mental.
 - Fortalezas: base normativa sólida, implicación profesional, experiencias comunitarias pioneras.
 - Debilidades: escasa inversión, falta de coordinación interinstitucional, desigualdad territorial, medicalización excesiva.
 - Oportunidades: fondos europeos, alta sensibilidad social, inclusión de la salud mental en la agenda política.
 - Amenazas: privatización, estigma persistente, descoordinación, resistencia al cambio.
- k) 2.5.11 Diagnóstico según la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026.
 1. Prevalencia: 18% de población adulta en riesgo de trastorno mental; 13,2% en niños (mayor en varones).
 2. Problemas más comunes: ansiedad, sueño, depresión, psicosis.
 3. Determinantes sociales: renta, desempleo, entorno urbano, ser nacido en España.
 4. Consumo psicofármacos: muy elevado en mujeres, mayores y población con menos renta.
 5. Sistema sanitario: hospitalocéntrico, escasa atención comunitaria, desigualdad territorial, baja inversión.
 6. Infancia y adolescencia: alta prevalencia y baja respuesta especializada.
 7. Suicidio: primera causa externa de muerte, especialmente en hombres y mayores.
 8. DAFO: fortalezas normativas, debilidades estructurales, oportunidades de inversión, amenazas por estigma y privatización.
- 2.6. Diagnóstico según el informe «Salud Mental y Trabajo 2024» (UGT).
 - a) 2.6.1 Aumento sostenido de las bajas laborales por salud mental.
 - En 2023 se registraron más de 600.000 bajas laborales por problemas de salud mental, el 16,8% del total.
 - La duración media de las bajas por trastornos mentales fue 2,3 veces superior a la media general.
 - Las mujeres y jóvenes de 16 a 35 años acumulan la mayoría de las bajas.
 - Sectores más afectados: sanidad, servicios sociales, comercio, hostelería, educación e industria.

b) 2.6.2 Condiciones laborales como factor determinante.

— Inseguridad laboral, temporalidad, jornadas prolongadas, sobrecarga, trato con clientes o alumnado y falta de autonomía, se asocian directamente con mayor riesgo de ansiedad, depresión y suicidio.

— Solo un 12% de las empresas tiene programas de bienestar emocional.

— Existen ocupaciones de alto riesgo psicosocial, como profesionales sanitarios, docentes, empleados de atención al público y conductores.

c) 2.6.3 Precariedad y desigualdad.

— La precariedad multiplica el riesgo de desarrollar trastornos mentales (hasta un 77% más de ansiedad y 61% más de depresión).

— Las mujeres, jóvenes, migrantes y personas con discapacidad o identidades diversas están especialmente expuestas.

— El 25% de las personas en España percibe su trabajo como inseguro; el porcentaje más alto de la UE.

d) 2.6.4 Teletrabajo y digitalización.

— El teletrabajo ha generado aislamiento, tecnoestrés, adicción digital, pérdida de límites vida/trabajo y despersonalización.

— La dirección algorítmica del trabajo aumenta la presión y reduce la autonomía.

— Se demanda una regulación preventiva específica para los riesgos psicosociales derivados de las TIC y la IA.

e) 2.6.5 Violencia y acoso.

— Uno de cada cinco trabajadores ha experimentado violencia o acoso en el trabajo.

— La violencia psicológica es la más frecuente; las mujeres jóvenes son las más expuestas al acoso sexual.

f) 2.6.6 Suicidio.

— 3.952 suicidios en España en 2023. De ellos, más de 1.200 eran personas trabajadoras, en su mayoría en ocupaciones de atención directa.

— El estrés laboral, sanciones y precariedad son factores de riesgo vinculados al suicidio.

— Solo se reconoce como accidente laboral un número muy limitado de estos casos.

g) 2.6.7 Adicciones.

— Aumento del consumo de hipnosedantes desde la crisis de 2008, con especial incidencia en mujeres >45 años y personas en sectores precarizados.

— La precariedad está directamente asociada con mayor consumo de psicofármacos.

h) 2.6.8 Evaluación y prevención deficiente.

— La evaluación de riesgos psicosociales es deficitaria, sobre todo en microempresas.

— Los servicios de prevención ajenos están sobrecargados y despersonalizados.

— Solo el cumplimiento formal de la normativa está presente en muchas empresas, sin una cultura real de prevención.

i) 2.6.9 Falta de reconocimiento como contingencia profesional.

— Los trastornos mentales derivados del trabajo no están reconocidos como enfermedades profesionales.

— En 2023 solo se reconocieron 127 casos oficialmente.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 126

— La carga de la prueba recae en la persona trabajadora, lo que invisibiliza el problema y desplaza el coste al sistema público de salud.

j) 2.6.10 Costes económicos y sociales.

— Se estima que el coste de las bajas por salud mental supera los 30.000 millones de euros anuales en España.

— La depresión y la ansiedad provocan la pérdida de 12.000 millones de días de trabajo al año a nivel global.

— La inversión en prevención genera retornos económicos significativos (hasta 4 euros por cada euro invertido).

k) 2.6.11 Diagnóstico según el informe «Salud Mental y Trabajo 2024» (UGT).

1. Bajas laborales: más de 600.000 en 2023 por salud mental; duración 2,3 veces mayor que otras causas.

2. Condiciones laborales: inseguridad, temporalidad, sobrecarga y trato con usuarios aumentan ansiedad y depresión.

3. Precariedad y desigualdad: factores de riesgo clave, especialmente para mujeres, migrantes y jóvenes.

4. Teletrabajo y digitalización: aislamiento, intensificación, tecnoestrés, despersonalización, vigilancia algorítmica.

5. Acoso y violencia: 1 de cada 5 trabajadores lo ha sufrido. Las mujeres jóvenes, las más expuestas.

6. Suicidio: más de 1.200 trabajadores fallecieron por esta causa en 2023.

7. Adicciones: alza del consumo de hipnosedantes ligado a precariedad laboral.

8. Prevención: evaluación deficiente de riesgos psicosociales; falta de reconocimiento de enfermedades mentales como profesionales.

9. Costes: 30.000 millones €/año por salud mental laboral; sólo 12% de empresas cuentan con planes de bienestar emocional para sus empleados y empleadas.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie D Núm. 369

2 de julio de 2025

Pág. 127

VOTOS PARTICULARES

A la Mesa de la Comisión de Sanidad

El Grupo Parlamentario VOX al amparo de lo dispuesto en el artículo 117 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta los siguientes votos particulares a la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental.

Palacio del Congreso de los Diputados, 25 de junio de 2025.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz adjunto Grupo Parlamentario VOX.

VOTO PARTICULAR NÚM. 1

Grupo Parlamentario VOX

Voto particular a iniciativa no legislativa

JUSTIFICACIÓN

Mejora técnica.

cve: BOCG-15-D-369