



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

COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 165

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 9

celebrada el miércoles 18 de septiembre de 2024

Página

ORDEN DEL DÍA:

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 (número de expediente 154/000002):

- De la directora del Pacte Nacional de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya (Casamitjana i Aguilà). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000138) 2**
- Del presidente de Hierbabuena, Asociación para la salud mental (López Corominas). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000139) 12**
- Del presidente de la Confederación Salud Mental España (González Zapico). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000140) 21**
- Del 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 (Arango López). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000141) 29**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 2

Se abre la sesión a las seis y quince minutos de la tarde.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS PARA INFORMAR SOBRE EL OBJETO DE LA SUBCOMISIÓN PARA MEJORAR LA PROTECCIÓN, LA PROMOCIÓN Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL (número de expediente 154/000002):

— **DE LA DIRECTORA DEL PACTE NACIONAL DE SALUT MENTAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (CASAMITJANA I AGUILÀ). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000138).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias a todos y perdón por este bochornoso retraso, pero es consecuencia, como todos sabemos, de lo largo que ha sido el Pleno.

Hoy tenemos la segunda reunión de la Subcomisión de Salud Mental, pero en formato Comisión para que pueda quedar reflejada en el *Diario de Sesiones*, y tenemos cuatro comparencias importantes para nuestros trabajos. La primera, de doña Magda Casamitjana i Aguilà, directora del Pacte Nacional de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya. La segunda, de don Tomás López Corominas, presidente de Hierbabuena, una asociación de salud mental. La tercera, de don Nel González Zapico, presidente de la Confederación de Salud Mental de España y, por último, de don Celso Arango López, director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y jefe del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Mis disculpas muy sentidas, de verdad, a todos ellos por este retraso, pero es como funciona esta casa.

Inmediatamente doy la palabra la señora Casamitjana i Aguilà para que intervenga por un periodo de unos quince minutos, pero siéntase libre, por favor. Después habrá intervenciones de los grupos de cinco minutos. Bienvenida.

La señora **DIRECTORA DEL PACTE NACIONAL DE SALUT MENTAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA** (Casamitjana i Aguilà): Muchísimas gracias, presidente.

Tenía una presentación preparada, pero empiezo sin ella a la espera de que alguien me la pueda poner aquí, en el ordenador.

El señor **PRESIDENTE**: Alguno de los técnicos, por favor, ¿podría bajar? Esperamos cinco minutos.

La señora **DIRECTORA DEL PACTE NACIONAL DE SALUT MENTAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA** (Casamitjana i Aguilà): No, puedo empezar, ningún problema. Empiezo haciendo un poco el análisis. Sé que están ustedes muy cansados, que llevan muchas horas de Pleno y, por lo tanto, empiezo ya.

En primer lugar, muchísimas gracias por invitarme a explicar este Pacto Nacional de Salud Mental en el que estamos trabajando en Cataluña. Tengo quince minutos para la exposición y, por lo tanto, no me entretendré en muchísimos de los temas que querría explicarles y, sobre todo, en los miles de documentos a los que haré referencia o que hemos hecho, pero los tendrán ustedes para poderlos consultar. Hay un índice; empezamos con los antecedentes, la misión del pacto, el marco referencial, la organización de este Pacto de Salud Mental de Cataluña, cómo hemos hecho una metodología de trabajo, cuáles son las políticas de este Pacto de Salud Mental de Cataluña, los documentos que hemos creado y, de momento, cómo estamos implementando este pacto nacional.

Cabe destacar, primero de todo, que el sector y la población en general de todo el mundo —no solo en Cataluña, ustedes lo saben— después de la pandemia COVID se ve absolutamente desbordada no solo por el impacto que genera de malestar emocional en las personas por el aislamiento pandémico, sino también por el auge de complicaciones en las personas que ya tienen problemas de trastornos mentales. A partir de aquí, nos sentamos para ver cuál es exactamente la manera de ver conjuntamente —todo el Gobierno con la sociedad civil y el sector— cómo somos capaces de coger el toro por los banyes, que decimos en catalán, para atajar ese auge que no teníamos previsto. Lo primero que hacemos es que en el Parlament de Catalunya se crea la Comisión de Estudio sobre la Salud Mental y las Adicciones en Cataluña. El Pleno decide hablarlo desde el punto de vista político, implicar a absolutamente todo el mundo para ver exactamente cómo podemos salir. Esto es el 3 de noviembre de 2021. A partir de aquí se decide hacer un Pleno extraordinario monográfico, solo hablando de la salud mental, y añadimos a partir de entonces el bienestar emocional de toda la población. Nos piden a los que estábamos en ese momento ideando de qué manera podríamos hacer este pacto: No traten ustedes solo de atender a las personas que tienen un trastorno mental y, por tanto, ver de qué manera podemos hacer la recuperación

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 3

comunitaria, etcétera, sino que, por favor, miren ustedes cómo podemos atender el malestar emocional que nos está desbordando y, con los números que tenemos, provocando un problema gravísimo, en Cataluña sobre todo en jóvenes, aunque después vemos también intentos de suicidio y muchísimos otros problemas en personas mayores, de las cuales se dice que han fallecido no por suicidio, sino por caídas. Y vamos viendo que esto nos está atrapando.

Entonces, como digo, se hace este Pleno extraordinario y con la firma de los cinco grupos parlamentarios más numerosos se decide pedir al Gobierno de la Generalitat de Catalunya en aquel momento que promueva este Pacto Nacional de Salud Mental: Hagan ustedes el favor, con todo el sector y con los políticos implicados, de buscar una solución. A partir de aquí, en un acuerdo de gobierno se crea el programa para la elaboración del pacto, del cual yo soy la directora. Como directora, yo soy licenciada en Filología Catalana, los temas de salud mental los padezco en mi casa y, por tanto, tengo una experiencia bestial de lo que es tener una persona conviviendo conmigo desde los 23 años hasta los 64 de ahora. Digo: Vale, vamos a mirar esto. Yo me dedico a la política desde hace muchos años; ya había tratado los casos de síndrome de alcoholismo fetal para ver exactamente qué podemos hacer con estos casos tan graves de salud mental, para los cuales no tenemos en este momento ninguna solución que no sea intentar hacer lo posible, pero acaban en la calle. Fue bien la dirección de este proyecto, acabamos creando un equipo llamado GUIA que lo que hacía era salir de los espacios de salud y tratar a estos chavales en la calle, en casa, etcétera, y estamos teniendo muy buenos resultados. Por tanto, me dijeron: A ver cómo tú eres capaz de idear este pacto. ¿Qué hice? Llamar directamente a la Organización Mundial de la Salud. Ya habíamos tenido anteriormente algunas reuniones y, por tanto, nos plantamos todo un equipo en Ginebra y les dijimos: Nosotros tenemos que hacer esto, ¿nos pueden ayudar? Nos dijeron: Perfecto, vamos a hacer un convenio. Esto me salva las espaldas y da al pacto una seriedad importante. Detrás del Pacto Nacional de Salud Mental y Bienestar Emocional tengo a la OMS que me va pasando todas las directrices, que nos va diciendo exactamente lo que tenemos que hacer, que me va ayudando a situar todas las acciones que se hacen a nivel mundial un poco al nivel micro que es Cataluña. Por tanto, hacemos este convenio y la OMS nos dice: Te vamos a dar las directrices, vas a hacer un programa fantástico desde el punto de vista teórico —lo tenemos, son unos documentos magníficos—, lo que te va a costar es implementar esto y, por tanto, de la misma manera que yo te ayudo, tú nos ayudas a nosotros viendo cómo vas planteándolo. El convenio de la OMS ha sido no solo entre tú y yo para tratar de hacer las cosas, sino que ahora cada vez nos piden más colaboración, porque lo que estamos implementando en Cataluña les interesa para ellos implementarlo en los otros países. Por tanto, en este caso la idea de ir directamente a la Organización Mundial de la Salud yo creo que nos da mucho peso.

Como digo, ellos nos han dicho: De acuerdo, pero las directrices de la OMS son muy claras y, por tanto, lo primero que os pedimos es que se tienen que garantizar los derechos de las personas. Por tanto, el primer punto del convenio es que Cataluña no solo tiene que hacer difusión y formación de los QualityRights, como ellos los llaman, sino que tienen que implementar todo aquello que está escrito de manera eficiente, eficaz y consolidada. Nosotros dijimos que sí, y sobre todo lo que les quiero explicar hoy es este cambio de paradigma y este cambio de cultura más que desde el punto de vista de profesionales sanitarios, de absolutamente todo. Nos dicen desde la Organización Mundial de la Salud: Les pedimos, por favor, que se concentren ustedes en las cualidades, en las habilidades y en las capacidades de las personas; no hagan ustedes un pacto nacional o un pacto de salud mental de Cataluña en el que ustedes se centren única y exclusivamente en los diagnósticos. Nosotros, que somos un grupo inmenso de personas —todo el sector está trabajando para llevar a cabo este pacto—, tenemos clarísimo que un problema de salud mental tiene que estar bien diagnosticado. Sin diagnóstico no vamos a ningún sitio. No decimos de ninguna manera que los psiquiatras no tienen que participar, al revés, pero solo es una parte de lo que nos pide la OMS. Aparte del diagnóstico, la persona es un ser, tiene su identidad y tiene que continuar viviendo con su identidad, siendo padre, siendo hijo, siendo juez, siendo médico o siendo profesor. Por tanto, insisten: hagan ustedes políticas para los activos y habilidades de las personas y no solo para los déficits que tienen. Esto significa replantear bastante lo que son las políticas. Insisten en que diseñemos cuáles son las necesidades no solo de la persona afectada, sino de su entorno, que es el que en este momento lo cuida más, en las necesidades del sector y, por tanto, sobre todo de los profesionales de todo el sistema: los profesionales de salud, los profesionales que están en estos momentos en residencias —sobre todo en este caso tenemos un problema gravísimo con los docentes—, pero también nos piden que en el marco comunitario y territorial la recuperación tiene que ser a través de monitores de esplai, de centros cívicos, de bibliotecas, de actividades extraescolares. Si no formamos a este grupo de personas tan importantes, la recuperación en la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 4

comunidad de una persona con un trastorno mental será mucho más complicada. Por tanto, nos comprometemos no solo a hacer difusión, sino a que verdaderamente sea posible.

Tenemos un marco de referencia. Todo esto es lo que les estaba explicando. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. El marco de referencia internacional de la Organización Mundial de la Salud son estos cuatro ejes, desde 2013 en que nos dicen: Países del mundo, hagan ustedes el favor de hacer esto. Estamos a 2024 y de momento, por ejemplo, en Cataluña, no hemos cumplido ninguno de los objetivos y, por tanto, nos dicen: pues le damos a usted tiempo hasta 2030. Pero los objetivos son estos, es decir, quién lidera todo el sistema de la salud mental; no solo la atención sanitaria, sino quién lidera el espacio social, quién lidera educación, quién lidera el ocio, quién lidera la cultura, qué país o comunidad autónoma tiene una estrategia clara de salud mental. Por tanto, nos dicen: Vean ustedes quién lidera y qué gobernanza tiene esta comunidad autónoma o este país para poder garantizar que la salud mental de todos sus ciudadanos se está atendiendo.

La segunda, por descontado, son los servicios de atención de salud mental y servicios sociales integrados en Cataluña. Todos juntos comenzamos y, por tanto, si no hacemos esto con los sistemas de información, nos vamos a volver locos. Es imposible poner a la persona en el centro si no sabes exactamente qué está pasando en derechos sociales, que está pasando en educación, si está trabajando, si no está trabajando, si está estudiando, si no está estudiando... Solo con los sistemas de información de salud no podemos completar la recuperación de la persona. Por tanto, prevención, promoción y detección precoz, y, por descontado, reforzar los sistemas de información —yo creo que crearlos de nuevo, para que todos los departamentos tengamos exactamente los mismos sistemas de información—, la evidencia por descontado y la investigación y la innovación. En este momento en Cataluña tenemos un 90% de investigación sobre todo el tema sanitario y solo un 10% sobre la investigación social: cómo viven nuestras personas con trastornos mentales, cuántos trabajan, cuántos estudian, cuántos tienen hijos, cuántos, cuántos... No lo sabemos.

El marco de referencia de Cataluña sería esto. Somos los campeones de los planes y, por tanto, cada plan explica su individualidad, y lo que quiere el pacto es hacer un paraguas sobre todo esto. Hemos puesto no solo la referencia a Cataluña, sino también el marco general, las directrices desde el Gobierno del Estado español. La organización de este pacto está adscrita al departamento de Presidencia; por tanto, dependo del presidente de la Generalitat, no dependo de ningún departamento. Todos los departamentos son para mí lo más importante. Cuando hablo con Derechos Sociales, son ellos los que tienen que actuar, no sanidad, por tanto, tenemos que mirar qué rol tiene cada uno de esos departamentos. Tenemos una comisión interdepartamental que funciona muy bien, con todos los directores generales de todos los departamentos, donde ponemos en común los problemas que nos encontramos, y una Mesa. Miren ustedes, los miembros de la Mesa de momento nos han aprobado todos los documentos. Toda esta gente, tan diferente y tan dispar, ha sido capaz de colaborar con nosotros y aprobar los documentos que les vamos a hacer llegar. En cuanto a la gobernanza, el gobierno o la dirección del pacto, que está con los departamentos, hay una permanente de la Mesa, y la Mesa es la que acaba dando el vistiplau de lo que es. En cuanto a la metodología de trabajo, solo quiero decirles que hemos hecho durante un año una lectura muy muy específica de todo lo que se está haciendo en el mundo. Les recomiendo que se miren ustedes Escocia, Irlanda y alguna cosa de Australia muy interesante, sobre todo de cómo están organizando esta atención comunitaria. Bueno, ya se lo mirarán.

En lo relativo a las políticas del pacto, resalto el diagnóstico. Hemos hecho un documento de unas seiscientas páginas donde hemos mirado exactamente en qué situación está Cataluña en temas de salud mental, trastornos mentales y bienestar emocional y cuáles son todas las acciones políticas y los recursos económicos —ya les digo yo que no m'ha surtit— que tiene cada departamento. El contenido son seis líneas estratégicas, de las seis líneas estratégicas salen veinticinco objetivos estratégicos y de los veinticinco objetivos estratégicos, ochenta y nueve objetivos operativos que se podrían poner ahora mismo ya en práctica. También tenemos una evaluación y les diré cuánto dinero necesito para hacer todo esto. A partir de aquí, les dejaré que lo lean para que ustedes lo vean, porque hoy no tengo tiempo. De las cuatro líneas de la OMS, hemos pasado a seis. Hemos insistido en muchas más: en todos los temas de accesibilidad, de vulnerabilidad, etcétera, y, sobre todo, en el primero, que es el de empoderamiento y participación de la persona que, insisto, es el eje principal de nuestro pacto. Sin los derechos de la persona no hay atención de la salud mental de ninguna de las personas. Este es un poco el ejemplo de todo esto que les estoy explicando, para que vean ustedes la complejidad de todo ello.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 5

No les voy a explicar los objetivos operativos, se los miran ustedes. Estoy a su disposición para venir todas las horas que haga falta para explicarles cada uno de ellos y para contestar a sus preguntas. Ha sido un trabajo bastante complicado, pero al final yo creo que ha participado todo el mundo y tenemos muy claro hasta dónde tenemos que ir.

Tenemos un objetivo de evaluación. El pacto se tiene que evaluar, todas las acciones que se hagan se tienen que evaluar porque sin evaluación no iniciaremos nada. Todos estos documentos son los que tiene el pacto. Verán ustedes que hablamos de cultura, de actividad física, de gobernanza, de cincuenta mil historias que nos han ido apareciendo. Aquí están los documentos, el análisis de situación que les digo y los informes. Este es muy importante porque el catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, el señor Guillem López Casanovas, se ha atrevido a hacernos una propuesta de cuánto vale este pacto, que ya les digo que son unos 180 millones de euros en dos legislaturas —ocho años— solo en salud. Ahora me está calculando qué presupuesto se tendría que poner en educación. Estamos en 590 millones de euros para la educación inclusiva, los mismos 590 millones de euros de toda la Xarxa de Salud Mental de Cataluña; derechos sociales —desayunar, comer, dormir, etcétera— son 70 millones de euros; y centros especiales de trabajo, 116 millones de euros. Creo que todo esto no cuadra, por tanto, tenemos que hacer un esfuerzo para verlo.

Sobre todo, quería explicarles lo que estamos implementando con este convenio de cooperación, para que se lo puedan mirar, y lo que significan estos QualityRights que les estoy diciendo. Hemos hecho para la OMS la traducción de los materiales en catalán y en castellano, ya se los hemos pasado a la comisionada para que estén a su disposición. Tenemos también cómo formar a todos los profesionales de todos los departamentos para que sepan qué son los QualityRights y, sobre todo, en temas de *peer*, de planificación de decisiones anticipadas, en contención, en puertas abiertas en los espacios de agudos; por tanto, estamos intentando aplicar lo que podemos. Esta es la lucha contra el estigma. Solo quiero decirles que hicimos un convenio interdepartamental con una asociación en la que, entre todos los departamentos, llegamos a tener una bolsa de 1,5 millones de euros para hacer una lucha contra el estigma desde los ayuntamientos hasta toda la sociedad; están a su disposición y están también en castellano. Tuvimos una reunión y, desde el pacto, constituimos un grupo de trabajo de todos los sectores implicados sobre cómo teníamos que abordar este tema de las pantallas, y salió una recomendación que estuvo muy bien.

Por lo que se refiere a los trabajos iniciados por el pacto en las universidades —voy rápido, porque tengo muy poco tiempo—, juntamos a todas las universidades y tenemos un informe de las universidades que, de verdad, me tendría que esconder debajo de la mesa porque es bestial lo que están sufriendo las universidades con los chavales que no tienen atención allí. Necesitan un punto, como hay un punto lila para las mujeres y para temas de racismo. ¿Por qué no hay un punto azul para decir: Estoy aquí, estudiando durante ocho horas, que alguien me escuche porque me estoy ahogando? Hemos hecho esta jornada y ha ido muy bien, sabemos exactamente qué es lo que necesitan. En salud, por descontado, estamos iniciando cómo abordamos estos trastornos del neurodesarrollo, un problema gravísimo. Estamos diagnosticando, pero no estamos solucionando el problema. No tenemos soluciones ni bastantes profesionales para ayudar a las dislexias, a las discalculias, etcétera, etcétera. En trabajo, hemos creado un proyecto que se llama ocell de foc, pájaro de fuego, que llamamos pájaro comunitario, que es una plataforma que busca, no espera, busca en la calle a todos los chavales que están despistados, la gran mayoría con problemas de ansiedad o salud mental, los recogemos y hacemos una comunitaria. ¿Tú qué necesitas? Pues a mí me gustaría tocar la flauta, a mí me gustaría estudiar, a mí me gustaría trabajar. De momento hemos atendido a 20 000 chavales. Por tanto, con este trabajo, el pacto nacional, si no es comunitario con la relación de todos los departamentos, de todos los recursos y sistemas de informaciones, no sem sortirem.

Con la acción climática, por descontado. Con cultura hemos conseguido que se hiciera un programa de tres años, Cultura y Salud Mental, y estoy encantada de la vida. Tenemos cuatro profesionales solo para mirar exactamente cómo la cultura puede ayudar a la salud mental y al bienestar emocional. El Gran Teatro del Liceo nos ha ayudado con un proyecto chulísimo que os invito a ver, que es que las personas de la orquesta van con musicoterapeutas a las salas de agudos y, sobre todo, a hospitales de día de jóvenes. En actividad física también estoy muy contenta. Lo hemos hecho exactamente mirando qué se está haciendo en actividad física en todos los centros de salud, y se pueden ustedes poner las manos en la cabeza porque se hace absolutamente todo lo que se puede. A veces lo hace la enfermera, a veces el amigo del otro amigo, a veces el psiquiatra; por tanto, creemos que es una oportunidad hacerlo.

Aquí hemos hecho un estudio de todo lo que dijo el monográfico, con todo a lo que el Gobierno se ha comprometido. Fuimos a ver a la comisionada de salud mental, por tanto, les digo y les pido que nos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 6

ayuden. Estamos a su disposición en temas de QualityRights, en temas de *peer*, en temas de formación, en todo, pero le pedimos un plan de vivienda porque a las personas con problemas de salud mental nadie les puede contratar, nadie quiere alquilarles un piso, están mal viviendo en muchos sitios, con la familia, sin la familia, en hostales. No se pueden llegar a imaginar lo que estamos haciendo y, por tanto, necesito, sí o sí, un plan de vivienda. Esto ha servido para ver que hay un poco de desorden, pero se puede ordenar; que la financiación no es solo de salud, sino que tiene que ser de todos los demás departamentos; que la atención basada en derechos es imprescindible y que la salud comunitaria, también.

Aquí les explico un poco el problema que tenemos con la comunitaria. Este es el sistema de salud catalán: 590 millones de euros. Cuando nos vamos a lo que hacen los otros departamentos, cada uno hace un poco lo que puede, pero no se habla con ellos, no tenemos ni idea de lo que hacen, no se coordinan y, por tanto, es imposible poder trazar un plan de vida para la persona afectada. Esto se lo miran porque es el modelo de la xarxa de salud comunitaria en salud mental. Que no nos digan que no hay dinero, que no nos digan que no hay servicios, que no nos digan que no hacemos nada. Esto funciona en Cataluña, entonces, ¿cómo hacemos llegar a la persona del medio hasta cualquier ramificación?

Creo que ahora sí termino, muchísimas gracias. Tengo muchísimas cosas que decirles, pero aquí les dejamos un poco las jornadas y las reuniones. Y esto sí que me hace ilusión y se lo voy a enseñar. **(Muestra un documento)**. La OMS nos pide que determinemos qué tendría que hacer cada uno de los departamentos; nos han pasado lo que ellos creen y nosotros estamos poniendo todo lo que creemos que cada departamento tendría que hacer para poder tener una buena atención. Quiero decirles que he pedido un presupuesto de 20 millones de euros para empezar, porque, si no, no puedo implementar el pacto, porque se tiene que hacer un atlas y tenemos que hacer muchísimas cosas y no sabemos por dónde empezar. Además, tenemos el tema del bienestar emocional y, por descontado, cantidad de problemas principales detectados que tenemos que solucionar.

Yo creo que llego hasta aquí. Muchísimas gracias por el tiempo añadido. Estoy a su disposición.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Vamos a empezar el turno de preguntas. No hay nadie del Grupo Mixto. Maribel, del Grupo Vasco, PNV, está en otra Comisión en este instante.

Tiene la palabra el portavoz de Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Bona tarda. Buenas tardes.

La verdad es que estoy abrumado. Haber puesto en marcha una dinámica de este tipo es un trabajo ingente y buscar la credibilidad y la implicación de los departamentos y de los diferentes profesionales es una tarea enorme. De cara a lo que estamos aquí tratando, que es un pacto de salud mental, ¿cuál sería concretamente su demanda a este pacto, a este grupo de trabajo? Porque todos partimos de la falta de desarrollo comunitario, de la falta de implicación, de la falta de desarrollo de lo que fue toda la revolución de la salud mental en los años ochenta y que prácticamente llegamos a lo comunitario y a todas las áreas. ¿Cómo podríamos recoger concretamente una demanda suya?

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Junts per Catalunya no está.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Republicano.

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Senyora Magda Casamitjana, moltes gràcies.

Primer, també, em sumo a les felicitacions del company. Crec que s'ha fet des de la Generalitat de Catalunya, i en aquest cas des del departament que liderava, una feïnada ingent. Crec que la iniciativa de fer un ple monogràfic només per parlar d'això i escoltar veus molt diferents i no només les sanitàries ajuden a reforçar el que ha de ser un pacte interdepartamental. Són molts els factors que influeixen en la salut mental. I sí, és cert que la covid-19 ens va ensenyar una cosa que potser tots ja sabíem que hi era, però que la miràvem una mica de perfil i que la soledat que va provocar la covid-19 sí que va fer que l'adolescència ho visqués d'una altra manera.

Li faré unes preguntes molt breus per si ens les pot respondre i, si no, si ens les podria fer arribar d'alguna manera. Ja ho ha dit: és imprescindible que tots els departaments de la Generalitat tinguin una estratègia igual per la salut mental i el benestar emocional, però voldríem saber com és d'imprescindible que aquests departaments vagin tots lligats. També, quan ha esmentat la cura i l'atenció dels professionals a la salut mental, exactament a què es refereix? Perquè l'atenció comunitària sigui efectiva, quins

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 7

departaments i accions s'han de reforçar econòmicament perquè això sigui així? I com es preveu garantir el finançament adequat pels serveis de salut mental a Catalunya? Han parlat d'una xifra important. Quines mesures s'estan implementant per assegurar que els recursos arribin realment a les persones que les necessiten? Que són les persones amb problemes de salut mental, però també pensem que hem d'evitar que arribin a tenir aquestes persones aquests problemes de salut mental. També, tirant una mica cap a casa meva i venint d'una zona rural, m'agradaria saber quines mesures es poden dur a terme per millorar l'accés dels serveis de salut mental a les zones rurals que, a vegades, no tenim tanta facilitat com en una àrea metropolitana. Gràcies.

Gracias, presidente.

Señora Magda Casamitjana, muchas gracias. Primero, también me sumo a las felicitaciones del compañero. Creo que desde luego la Generalitat de Catalunya y el departamento que lideraba han hecho un trabajo ingente. La iniciativa de un pleno monográfico solo para hablar de eso y escuchar voces muy diferentes, y no solo las sanitarias, ayuda a reforzar el que ha de ser un pacto interdepartamental. Además, son muchos los factores que influyen en la salud mental. Y sí, es cierto que la COVID-19 nos enseñó algo que quizás todos ya sabíamos que estaba, pero la mirábamos un poco de lado, y la soledad que provocó la COVID-19 hizo que la adolescencia lo viviese de otra manera.

Si me permite, le haré unas preguntas muy breves que me gustaría que nos respondiera y, si no, nos las puede hacer llegar quizás de alguna manera. Ya lo ha dicho, es imprescindible que todos los departamentos de la Generalitat tengan una estrategia igual para la salud mental y el bienestar emocional, pero querríamos saber cuán imprescindible es que esos departamentos vayan de la mano. También, cuando habla del cuidado y la atención de los profesionales para la salud mental, ¿a qué se refiere exactamente? Y para que la atención comunitaria sea efectiva, ¿qué departamentos y acciones habría que reforzar económicamente para que fuera así? ¿Cómo se prevé garantizar la financiación adecuada para los servicios de salud mental en Cataluña? Han hablado de una cifra importante. ¿Qué medidas están implementando para asegurar que los recursos lleguen realmente a las personas que los necesitan, que son las personas con problemas de salud mental? Pero hay que pensar también que hemos de evitar que estas personas lleguen a tener estos problemas de salud mental, habría que prevenir. Y tirando un poco hacia casa y viniendo de una zona rural, me gustaría saber qué medidas se podrían llevar a cabo para mejorar el acceso a los servicios de salud mental en las zonas rurales, que a veces no tenemos tantas facilidades como un área metropolitana.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Moltes gràcies a la companya que ens ha traslladat tota aquesta informació amb relació a aquest pacte nacional. Veiem que és un document supercomplet.

Muchas gracias a la compañera que ha informado tan ampliamente sobre el pacto nacional, es un documento muy completo.

Seguro que muchas de las dudas que se nos vienen están contempladas dentro del documento que analizaremos a fondo, que es extenso, y seguro que había muchos más temas que nos querías explicar. A mí me vienen algunos temas en concreto a la hora de elaborar estos planes tan transversales y que cuentan con la implicación de tantos departamentos y tantos actores. Quisiera saber si han encontrado mucha duplicidad o coincidencia en servicios y cómo se aborda esto para poder ordenar. Aquí hay dos factores importantes. Por un lado, la detección de aquellas personas afectadas por problemas de salud mental y, por otro lado, y como fase final, cómo conseguir que sean informadas también de las conclusiones de todos esos servicios de los que también nos informabas que se concluyen y que se van concretando a través de las medidas que se llevarán a cabo. Asimismo, quería preguntarte si destacarías alguna experiencia positiva de estas medidas que se realizan. Y, después de esa transversalidad, también el tema de la implicación de la atención primaria. Hablabas de la complejidad del departamento de salud, pero en concreto me interesaría saber el tema de la atención primaria, como también el de las escuelas. Yo también vengo de la vida municipal, he sido alcaldesa de mi ciudad, Castelldefels, y quisiera que nos hablara de la implicación de los ayuntamientos, saber un poco qué papel pueden tener los ayuntamientos y cómo se canaliza un monstruo tan grande como puede ser este pacto que quiere abordar esta gran

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 8

problemática, qué papel deben tener los ayuntamientos en este proceso. Y una última duda sobre el tema de datos. Hemos hecho bastantes conferencias y se nos comentaba que muchas veces falta saber cuáles son las causas. Evidentemente, nosotros focalizamos mucho en los determinantes sociales, a los que también han hecho referencia, pero quisiera saber si realmente se ha hecho una recogida de datos para conocer cuáles son las causas principales de estos problemas de salud mental.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Grupo Parlamentario VOX.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, presidente.

Solamente quería preguntarle si han hecho hincapié en el problema de salud mental en el ámbito laboral y, especialmente en el ámbito de los Mossos d'Esquadra, si tienen contabilizado el nivel de incidencias de salud mental, de suicidios dentro de ese cuerpo, ya que, por ejemplo, las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, la Guardia Civil y la Policía Nacional, son los que más suicidios acumulan, con un 15% más o menos de media cada uno de los cuerpos. ¿Qué planes de salud mental tienen ustedes en caso de detectar alguna situación anómala en cualquier miembro de los Mossos d'Esquadra?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Muchas gracias, presidente.

Moltes gràcies, directora, moltes gràcies per l'exposició, per venir aquí i per explicar-nos aquest pla que té tanta transcendència per nosaltres.

Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias, directora, gracias por la exposición, por venir y por explicarnos este plan tan trascendente para todos.

Como decía la directora muy bien, la OMS señala: «No hay salud sin salud mental». La pandemia lo dejó en evidencia, lo comprendimos todos, la atención a la salud mental de la población es una demanda social, es una prioridad de los Gobiernos, de todos los Gobiernos, tanto del Gobierno del Estado como de los de las comunidades autónomas e incluso de los Gobiernos municipales; todos estamos preocupados y ocupados en mayor o menor medida en solventar este tema que teníamos pendiente, que es la atención de la salud mental. A raíz de la pandemia, el Gobierno de España se activó mucho con el Plan de Acción 2021/2024 Salud Mental y COVID-19, que puso alguna partida presupuestaria en manos de las comunidades autónomas para desarrollar los primeros dispositivos con esos 100 millones de euros, como la creación de la especialidad de psiquiatría infantil, muy importante, para atender a la población infantil, o el teléfono de la conducta suicida, el 024, que ahora mismo se está analizando. La ministra ya ha anunciado este nuevo plan de acción de prevención de las conductas suicidas y la actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que era muy necesaria, porque no se actualizaba desde 2006. De alguna forma, si es que se puede encontrar algún efecto positivo en la pandemia, ha sido que nos ha hecho poner el acento en la salud mental y no solo el acento, sino también el trabajo. Precisamente, la estrategia pone en valor los planes de las comunidades autónomas, son una herramienta fundamental de la estrategia. Alguien tiene que hacer esto. El ministerio puede hacer, pero, en definitiva, las competencias son de las comunidades autónomas y yo creo que, más allá de las competencias, la implicación en el bienestar de los ciudadanos y las ciudadanas. Entonces, nosotros valoramos muy positivamente todos los planes de acción que desarrollan e intentan llevar a cabo las comunidades autónomas, siempre de la mano del conocimiento y la experiencia de los expertos y profesionales en materia de salud mental, por supuesto contando con los pacientes y los familiares, que son también protagonistas en este nuevo marco que tenemos de definición de la atención sanitaria. Queremos a las personas en el centro y se ha de contar con su voz. Esta tarde tendremos también otras comparecencias de profesionales y de asociaciones de pacientes, precisamente por la trascendencia de unos y otros, pero sin abandonar esta dimensión comunitaria tan importante para hacer esto. Hay que hacerlo entre todos, es una cuestión de todos intentar eliminar el estigma que todavía pesa sobre las enfermedades mentales, para que no se conviertan en estigma los problemas de salud mental, que son

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 9

diferentes de las enfermedades; y que tampoco se convierta en un estigma de este malestar emocional, que no sea un reproche social.

Nuestro grupo entiende que el abordaje comunitario es fundamental para esta salud mental y este bienestar emocional y a mí me gustaría hacer dos o tres preguntas. La primera, dentro del Pacto Nacional de Salud Mental de Cataluña, ¿se tendrán en cuenta iniciativas que están llevando ya a cabo ayuntamientos? Me permitirán decirles que fui durante doce años concejala del Ayuntamiento de Barcelona, conozco bien los planes de salud mental porque, además, estaban en el área de mi competencia en la última época, y, concretamente, en relación con los jóvenes y adolescentes hay algunos dispositivos muy interesantes. Hay un chat 24 horas, 365 días, para la población de doce a veinte años. Hay un punto en concreto —y lo digo con orgullo, permítanme— de atención a la población adolescente por ese malestar emocional, para prevenir y poner en alerta los servicios. En fin, hay unos cuantos dispositivos y creo que, como el Ayuntamiento de Barcelona, también los habrá en otros ayuntamientos y también de otras comunidades autónomas. Se tendrá en cuenta. La segunda, ¿qué resistencias ha encontrado la directora para poner en marcha, para implementar este plan? Me gustaría conocer qué resistencias han sido las más importantes, más allá de la necesidad de recursos económicos, que ya entendemos que son muy necesarios siempre en todas las medidas. ¿Esas resistencias son de coordinación? Lo pregunto para saber qué dificultad tiene este plan y que pueda ser trasladable a otros planes de otras comunidades.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Cavacasillas.

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Gracias, señor presidente.

Muchísimas gracias, señora Casamitjana, le agradezco que esté aquí, su intervención y también que haya comunicado en su inicio un caso personal de problema de salud mental, que refuerza la importancia que tienen los problemas de salud mental en la sociedad y que cada uno de nosotros podemos tenerlos directa o indirectamente. La verdad es que ha abordado muchísimos temas y también los compañeros le han hecho algunas de las preguntas que el Grupo Parlamentario Popular también le quería hacer. Dentro de su experiencia, ¿qué acción, qué medida o qué parámetro que están trabajando ahora mismo considera que va a ser clave en los próximos meses y que pueda también servir de ejemplo para las distintas estrategias a nivel nacional o, incluso, para los planes de salud mental de las distintas comunidades autónomas?

Por otro lado, ha comentado también que ha estado reunida con la comisionada de Salud Mental, con lo cual entiendo que tiene una relación directa con el Ministerio de Sanidad. Dentro de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad 2022/2026, según el trabajo ya realizado desde que se creó el pacto nacional de la Generalitat en mayo de 2022, ¿cuál sería la medida que incluiría dentro de esa estrategia o qué estrategia o medida de las que se incluyen en la estrategia nacional modificaría o cambiaría? Dentro de la atención temprana en la edad infantojuvenil, ha comentado esas acciones de actividades extraescolares, ha comentado también la relación que tienen con las universidades y los jóvenes que están allí e, incluso, ha hablado de una acción activa de búsqueda de problemas de salud mental en las generaciones más jóvenes, pero ahí está la importancia también de la relación que tengan —y ahí va la pregunta— con la Consejería de Educación de la Generalitat y si tiene alguna acción clave o de éxito que nos pudiera comentar. Por último, dentro de esta Subcomisión de salud mental, el objetivo es la creación y la elaboración entre todos de un documento de consenso para mejorar la protección, la promoción y la atención de los problemas de la salud mental. Si tuviera que redactar ese documento, ¿qué es lo que sí o sí debería estar incluido en él?

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra la señora Casamitjana.

La señora **DIRECTORA DEL PACTE NACIONAL DE SALUT MENTAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA** (Casamitjana i Aguilà): De acuerdo, insisto en que hay comparecientes después, por tanto, haré una explicación rápida, pero estoy a su disposición para venir las veces que quieran. He ido al

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 10

Brillante a tomarme un café y un chocolate y esto me ha dado energías para seguir viniendo las veces que ustedes quieran. **(Risas)**.

Lo primero que pido es que las personas con problemas de salud mental tengan un techo. Si no tengo este techo para estas personas, no podré ejecutar casi nada. La persona tiene que sentirse en su casa, no puede estar malviviendo. Mi hermana vive conmigo, está de mí hasta el gorro, pero es su única salida. Por lo tanto, lo primero sería un plan de vivienda. En Cataluña no tenemos tantas competencias, necesito un plan específico de vivienda en el que el Estado español puede ayudar, puede ayudar al país, puede ayudar a la Comunidad Autónoma de Cataluña. Por lo tanto, yo creo que es lo primero, si no, no podemos iniciar ni la comunitaria ni la atención a domicilio, nada. No podemos saber cómo vive, cómo está. No, porque está absolutamente fuera de su ser y, por lo tanto, yo creo que no tiene ni identidad. La identidad de la persona para nosotros es lo más importante. Por tanto, esto es lo que les pido, si pueden. Y, sobre todo, hay que implicar a todo el mundo. Decía una amiga mía que no se puede ir por la vida de puntillas. En la salud mental o empezamos a pisar fuerte todos —todos— o no creo que lo solventemos. Todos, desde los profesionales sanitarios, a los padres, a los hermanos, a los amigos, que son los que en este momento están escuchando a las personas que se quieren suicidar. ¿Cómo va un amigo a solucionar el problema de otro amigo? Si no tiene formación, si no sabe dónde va a derivar al chaval.

Paso a responder a la representante de Esquerra Republicana. Cada departamento de la Generalitat de Catalunya, como cualquier comunidad autónoma, si no tiene una estrategia clara, con dinero y con una cartera de servicios clara no vamos a hacer nada. En educación tiene que tener definido cómo va a hacer promoción y prevención en cada una de las etapas. Cómo y qué va a hacer para luchar contra el estigma en cada una de las clases. ¿Cómo va a defender los derechos de las personas? Tienen que explicar en el colegio que una persona con problemas de salud mental es igual de persona que otra. ¿Cómo lo explican? ¿A qué edad, a los tres años o mejor a los catorce? Lo tenemos que tener claro, sino aquí todo el mundo explica todo y nos vamos a perder. Tenemos que saber cuál es la vulnerabilidad de la persona pero en el colegio, en su casa, en las actividades extraescolares, en todas partes, la persona vive todo el día. Por lo tanto, tenemos que tener una estrategia clara.

Si Cataluña no es capaz de atender, cuidar a los profesionales de primera línea, el país no va a avanzar. Si caen los profes, si caen los médicos, si caen los médicos de cabecera, si caen los policías, los mossos, ¿qué vamos a hacer? Solo les digo que el día 6 empezó el cole y que 1600 profesores están de baja el primer día. Si no somos capaces, como país, de reforzar el cuidado, la atención y la escucha, lo tenemos mal.

Para la financiación, hay 180 millones solo en salud. Por tanto, ya haremos el cálculo. Es imprescindible que todos los departamentos tengan suficiente, porque, si no, salud se va cargando de dinero y se va cargando de acciones, pero se quedan allí. La gente va a salud porque es allí donde les pueden atender. No van a servicios sociales porque no hay los servicios adecuados, no hay los recursos adecuados. No pueden ir a trabajar. Nadie les dice que existe un centro especial de trabajo y que les van a ayudar a entrar a la ordinaria con un soporte de un profesional. Por lo tanto, necesitamos dinero para todas las personas.

Los ayuntamientos no podemos vivir sin ellos —yo he sido alcaldesa de Roses solo cuatro años, solo me soportaron cuatro años **(risas)**—, no se puede. La persona vive en ese lugar. Un ayuntamiento no puede decir: A mí no me toca. Pues sí, tiene que saber quién es la persona que necesita y hacer, a través de sus trabajadores sociales, lo que haga falta para que sea feliz.

Al Grupo SUMAR quiero decirle que estoy a su disposición, porque ya sé que todo esto es muy grande.

Temas concretos. Hay muchísimos actores. No se pueden llegar a imaginar lo que nos ha costado, yo creo que un año pidiendo que nos escucharan. Suerte que yo iba de parte del presidente de la Generalitat y esto les hacía ponerse un poco firmes, pero me ha costado horrores, horrores y horrores, porque era meterme en casa y decirme: Tú qué haces aquí. Por tanto, me ha costado mucho, pero ha valido la pena. El problema es que saben que voy a seguir picando en la pared y están un poco así, pero es verdad que me ha costado horrores. Cada uno tiene su planificación, cada uno tiene su método y cada uno tiene su acción. No, esto a mí no me toca. ¿A mí que me vienes a decir? ¿Que yo, ahora, con un chaval en un cole, cuando veo que está mal, tengo que coordinarme con salud, con derechos sociales, con los padres, con el CDIAP...? ¿Yo? Yo soy profe, a mí no me toca. Vale, no hay problema; yo creo que han entendido que el pacto va de esto, que nos tenemos que comunicar, que tenemos que crear circuitos y que tenemos que crear, sí o sí, maneras de derivación y que a la persona solo la atiende una persona, que no tenga que ir a veinticinco para saber lo que le pasa.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 11

Sobre las experiencias positivas, estoy encantada de la vida, estoy muy feliz. En cuanto al tema de QualityRights, por descontado todos los proveedores de Cataluña están haciendo formación sobre QualityRights, todo Sant Joan de Déu, todo Benito Menni; es que no se lo pueden imaginar. Nos lo vienen a decir y, por lo tanto, ahora estamos marcando un sello con la OMS para decir: Ellos lo han hecho.

Sobre las puertas abiertas, yo he encerrado a mi hermana en un espacio como este. Estamos consiguiendo que se entre sin que la puerta haga ¡clac! y viendo que las personas de dentro no son peligrosas, lo estamos consiguiendo. Estamos consiguiendo también todo el tema del neurodesarrollo. El trabajo que se está haciendo ahora de coordinación con los médicos, con los pediatras, con los CDIAP, con los EAPS, con los CESMIS, con las familias... es bestial. Se pelean entre ellos, ya se lo pueden imaginar, porque cada uno tiene sus competencias, pero ver que tienen un objetivo común y que lo vamos a conseguir... Bueno, poquito a poquito, son pequeñas batallas ganadas y espero ganar la guerra. Por descontado, sí que ha habido algunas de estas.

Estamos trabajando con el Ayuntamiento de Barcelona, que es un referente claro. Yo no voy a ningún sitio sin el Ayuntamiento de Barcelona. El Pacto Nacional de Salud Mental tiene de referente al Ayuntamiento de Barcelona y ahora estamos haciendo una estrategia para la Diputación de Barcelona que después será referente para las otras diputaciones, es decir, para Tarragona, Lleida y Girona. Por lo tanto, tengo que decir que he tenido la cooperación absoluta del Ayuntamiento de Barcelona, que nos permite copiar lo que va bien, y ahora lo estamos extendiendo. Necesitamos un poquito más de dinero.

En cuanto al tema de los datos, es muy complicado saber cuáles son las causas. En este momento tenemos datos claros: un 70% de los problemas de salud mental tienen que ver con los determinantes sociales —estamos analizando exactamente qué quiere decir esto—, más la interseccionalidad, es decir, persona mayor, que vive sola... En cuanto a las pantallas, tenemos muy claro que desde que se fabricó el iPhone 14 y empezamos a hacer *likes* esto empezó a desbaratar todas las cabezas y a estar más pendientes de lo que te dicen que de lo que eres. El iPhone 14, según los expertos, es el que ha provocado toda esta especie de *bullying* y de cambio absoluto de formas de pensar; por descontado, también la pandemia.

También les he de decir que me he convertido en una activista; he pasado de ser política a activista. No podemos mantener una atención a la salud mental a mínimos. Como dicen, somos los más pobres. Venimos de tener muy pocos recursos y vamos avanzando, pero cuesta muchísimo, cuesta muchísimo.

En relación con Interior, los profesionales nos preocupan muchísimo. Los mossos d'esquadra, los policías municipales y demás tienen muchísimos más casos de suicidios y de problemas de salud mental. Lo que hemos hecho de momento con el pacto ha sido intentar poner un equipo de diez o doce psicólogos para atención inmediata y, para los casos más graves, se ha contratado externamente a un proveedor de salud mental para que los atienda de inmediato. Esto es lo que yo querría. En Cataluña todos los sanitarios tienen una fundación que se ocupa de ellos en salud mental, todos; los docentes no, los de Interior tampoco, los otros tampoco... A mí me gustaría crear esto, es decir, aparte de que tengan la mutua y de que tengan su Seguridad Social, necesitamos una respuesta inmediata por parte de profesionales que sepan y que ayuden a estos 1600 profesores, que seguro que no tienen trastornos mentales, seguro que la gran mayoría son malestares emocionales, pero que no van a trabajar porque no pueden.

Con la comisionada la verdad es que estoy muy contenta, porque, al fin y al cabo, viene a Cataluña a final de mes y, por tanto, podré ser un poquito más reiterativa, pero se ha puesto siempre a nuestra disposición. El relato es muy parecido y, por lo tanto, creo que podemos avanzar muchísimo con la colaboración. Sin el Gobierno de España y sin todo lo que ha hecho estaríamos también en inferioridad para continuar. Las iniciativas que tenemos que llevar a cabo solamente —ya lo he dicho— cuentan con el Partido Socialista, con el Ayuntamiento de Barcelona, con una experiencia magnífica, y ahora con la Diputación.

En cuanto a las resistencias, bueno, son resistencias amables. Hay tal desorden, hay tanta gente que quiere hacer cosas, hay tantas cosas que se hacen —unos A, otros B y otros C— que cuando decimos «yo quiero poner orden», no les hace ninguna gracia. No venimos a abolir nada, no venimos a cerrar ningún proyecto, no venimos a hacer la guitza —como decimos— a nadie; pedimos, por favor, que entre todos nos ayuden a tener un orden en lo que hacemos. ¿Es un problema nuestro? Sí. Desde el Gobierno no hemos dado suficientes directrices para que la gente sepa lo que tiene que hacer. Por lo tanto, el pacto son directrices claras de lo que tiene que hacer cada uno para ayudar a toda la población.

Lo siento si no he contestado a alguien, pero, insisto, quedo a su disposición para cualquier cosa que ustedes necesiten. Yo vengo aquí o ustedes vienen a Cataluña.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 12

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora Casamitjana, por su exposición, y ya veremos cómo continuamos.

La señora **DIRECTORA DEL PACTE NACIONAL DE SALUT MENTAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA** (Casamitjana i Aguilà): Muchísimas gracias.

Estoy a su disposición para venir todas las veces que haga falta.

— **DEL PRESIDENTE DE HIERBABUENA, ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL (LÓPEZ COROMINAS). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000139).**

El señor **PRESIDENTE**: Nuestro siguiente ponente es don Tomás López Corominas, presidente de Hierbabuena.

Tiene usted la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE HIERBABUENA, ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL** (López Corominas): Buenas tardes a todos y a todas.

En primer lugar, quiero agradecer que se nos haya convocado para comparecer ante los representantes del pueblo soberano.

No sé si son conscientes de que la población de personas que ha vivido experiencias extraordinarias y de sufrimiento emocional intelectual y social extremo jamás ha sido escuchada oficialmente, y no solo en la sede del Poder Legislativo, tampoco ningún representante de una organización de personas en situación de discapacidad psicosocial ha formado parte nunca del Comité de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Nuestros espacios de representación han sido ocupados desde antes de que pudiéramos pensar en ellos, se han suplantado nuestras voces y se ha usurpado nuestra capacidad de decisión. Por poner solo un ejemplo, nos toca de vez en cuando contemplar, desde nuestra posición ignorada, situaciones como que en un acto con motivo del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, la semana pasada, quien hable con el título de la vivencia de personas expertas con experiencia propia en salud mental sea un familiar, tío de un compañero. Por ello, hoy es una gran satisfacción participar aquí, y más a continuación de Magda Casamitjana, que les ha hablado de la implementación de las herramientas de calidad y derechos de la OMS. Es una satisfacción asociativa y también personal, porque yo mismo debo mi situación actual como liberto de la psiquiatría, con el alta reglamentaria y desintoxicado de drogas neurolépticas después de mucho tiempo —pronto hará cuarenta años desde que me volví loco—, a la afortunadísima oportunidad que tuve en los años 2009 y 2010 de conocer mis derechos y la forma de ejercerlos, gracias a mi participación en la evaluación de servicios de salud mental del Principado de Asturias que llevó a cabo la Consejería de Salud asturiana, con el apoyo continuo y la herramienta de evaluación de la Organización Mundial de la Salud, que entonces la OMS estaba ensayando y que con el tiempo produciría la iniciativa QualityRights. Sinceramente, confío en que ustedes sean capaces de alcanzar a comprender la importancia de estos recursos y herramientas y de que nuestra población en toda España pueda beneficiarse de los apoyos que habrán de desarrollarse.

Vengo hoy como representante de una organización con veinticuatro años a sus espaldas —o a nuestras espaldas—, demasiado pequeña aún, de una comunidad autónoma también pequeña, pero con una historia detrás, ya lejana, de avances en la atención a la salud mental, que afortunadamente parece que en los últimos tiempos, por fin, se ha decidido a poner el foco en nosotros, en nuestro sufrimiento, en nuestros derechos y, sobre todo, en nuestro bienestar. Vengo como representante de mi organización, Hierbabuena, y quizá como portavoz de la población española de personas con experiencias de sufrimiento psicosocial, pero no como portavoz de un conjunto de individuos y colectivos tan amplio y diverso, entre otras cosas, porque nuestra ínfima capacidad de recursos ha impedido hasta ahora no ya que pudiéramos encontrarnos presencialmente en condiciones adecuadas para conseguir ponernos de acuerdo en constituir alguna estructura de ámbito estatal, sino que pudiéramos conocernos personalmente para poder entendernos.

Nosotros no tenemos detrás la financiación del Estado, no somos una gran empresa de servicios concertados ni hemos crecido gracias a las subvenciones de una de las industrias más poderosas del planeta que hasta ahora ha determinado las prioridades de salud mental. Si en nuestros estatutos no figurara desde que tenemos uso de razón —sí, usamos la razón— la renuncia a financiación farmacéutica ni de partidos políticos, hay que decirlo—, tal vez les hubiera podido enviar yo también un libro blanco de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 13

sufrimiento y de recuperación o del conocimiento colectivo compartido, basado en esas experiencias en primera persona del plural que ha ido creciendo en las últimas décadas, solapado por esa otra ciencia enfocada en descubrir en nosotros deficiencias cuando no es capaz de verlas en sí misma, a la que por cierto deseo toda la suerte del mundo para que algún día, por fin, después de tantas décadas de búsqueda infructuosa, encuentre las pruebas, biológicas por supuesto —como diría aquí al lado Tejero—, del sufrimiento que, según sus creencias, habita en nuestros cuerpos.

Hasta entonces, confiamos también en poder ir generando algo de conciencia —de la que esa psiquiatría carece— de lo que llamamos cuerdisimo o sobre la vulneración sistemática de nuestros derechos —anosognosia, creo que lo llaman los especialistas—. Afortunadamente, ya hay muchos profesionales de salud mental con esa conciencia, y han tenido el ejemplo aquí, la semana pasada, con la presidenta de AENProfesionales de Salud Mental, a quienes muchos tenemos también mucho que agradecer.

En el *powerpoint* hay como para varias horas, así que trataré de ir saltando diapositivas para dejarme sin exponer lo menos posible. En todo caso, dada esa deuda histórica con nuestras voces —jamás escuchadas en los foros en los que nuestro conocimiento debería ser prioritario—, confío en que en sucesivas comparecencias tengan a bien convocar a más compañeras y compañeros mucho más preparados que yo, profesionales de ámbitos variados, muchos con sus estudios y con sus doctorados, desde la perspectiva en primera persona, para que les ilustren respecto a los saberes y hallazgos que nuestra experiencia va produciendo sobre apoyos y recursos posibles, pero también sobre los relacionados con esa deuda histórica y con la memoria de tantas personas abandonadas y maltratadas a lo largo de nuestra historia también reciente. No puedo dejar de acordarme en una ocasión como esta de Andreas, una joven de veintiséis años que murió en Oviedo, en el Hospital Universitario Central de Asturias, en 2017, tras setenta y cinco horas atada a la cama, por lo que parece una cadena de errores —si no negligencias— que aún no han sido aclarados por el hospital.

Nuevamente, muchas gracias. Por si al final se me olvida, quiero decirles que, por supuesto, estamos a su disposición de aquí en adelante para lo que ustedes puedan considerar. Creo que la creación de esta subcomisión, con el planteamiento que he leído, es un gran paso en la buena dirección y en el buen sentido. Este puede ser por fin el inicio de una gran conversación en la que podamos participar y ser escuchados y escuchadas.

Muchas gracias.

Voy a proceder, a ver si está lista la presentación.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, sí.

El señor **PRESIDENTE DE HIERBABUENA, ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL** (López Corominas): Quiero empezar por aquí (**apoya su intervención en una presentación digital**), porque la dignidad es uno de los derechos fundamentales que están en cuestión en nuestras vidas: los derechos que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos... Bueno, voy a saltarlo. Metí aquí también el de «los españoles son mayores de edad a los dieciocho años», porque una de las dificultades que tenemos nosotros es que, en general, incluso en la legislación, somos considerados casi como menores de edad.

Este es el documento que ustedes tienen. Yo lo he enviado solicitando que se traduzca, porque creo que sería muy bueno para ustedes y para nosotros; es un poco la base de la propia subcomisión, lo que figura en el planteamiento de la subcomisión, y ahí señala claramente a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Por cierto, por eso lo había puesto, porque dice que las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España, y entre ellos está la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que es un tratado internacional que se firmó en 2006 y que España firmó ya en 2008, y hasta hoy. La convención exige sobre todo un cambio desde la sustitución de la toma de decisiones y la coerción, hacia la igualdad y la no discriminación, la toma de decisiones con apoyos, el consentimiento libre e informado —algo que no existe en psiquiatría, no existe—, la participación efectiva y significativa y la inclusión comunitaria. Esto es texto del propio documento.

Simplemente como introducción, se habla de estigma; nosotros hablamos de cuerdisimo, porque eso del estigma de ir al psicólogo es bastante lejano a lo que vivimos las personas cuando salimos del psiquiatra con un diagnóstico o varios de psiquiatría. Nosotros hablamos de ese sistema de creencias, sesgos, ideas, actitudes o comportamientos que, a semejanza del machismo o del racismo, estereotipan,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 14

prejudican, discriminan y generan violencia hacia las personas que padecemos diagnósticos de la psiquiatría o somos tachadas de locas desde una posición de superioridad basada en la presunción de que los demás están cuerdos. El cuerdisimo limita nuestros derechos, evita nuestra participación en igualdad e impide nuestra libertad. Este concepto —yo no sé si ustedes lo conocen—, que a mí, la verdad, me abrió los ojos —bueno, el ojo que me queda—, tiene que ver con el conocimiento, con cómo se comunica y cómo has comprendido. Miranda Fricker, que es la investigadora que lo ha desarrollado, habla de dos tipos de injusticia epistémica. Uno es la injusticia testimonial, que es cuando tu conocimiento es ignorado y tu credibilidad es invalidada sobre la base de los atributos, en este caso, que acompañan al diagnóstico. La cuestión es que en lo nuestro hay un desequilibrio absoluto, porque a un lado estamos la sinrazón, los locos, los que no pintamos nada, y al otro lado está la ciencia, está la gran institución, está el Estado, está la autoridad. No se pueden ustedes imaginar lo que es vivir esa situación en una consulta, en la calle o donde sea, cuando oyes a la gente hablar de lo que se supone que son nuestras vidas. La otra es la injusticia hermenéutica, cuando tu experiencia no es comprendida por los demás ni, sobre todo, por ti mismo, al no disponer de conceptos que la puedan identificar o explicar adecuadamente ni de herramientas para acceder a este conocimiento. La inmensa mayoría de las personas que viven estas experiencias no tienen ni idea de que existe un movimiento en primera persona muy potente, que es una pena que no puedan conocer, porque te transforma la vida.

Voy a ir pasando, porque es verdad que son demasiadas diapositivas. Estos son toda una serie de elementos que espero que, si tienen a bien, puedan luego repasar ustedes. Esto lo pongo porque nosotros, en Asturias, sí tenemos una cierta entrada con las autoridades. Es verdad que el plan de salud mental se hizo muy abierto, con mucha participación, y esta es una de las líneas que nosotros introducimos, que es fomentar la conciencia de cuerdisimo, la prevención del estigma y garantizar los derechos y el buen trato de las personas con discapacidad psicosocial y/o problemas de salud mental. Esto, en parte, es porque la línea anterior era de lucha contra el estigma y jamás se puso un euro para luchar contra el estigma. Además, al final, la lucha en esto va contra nosotros. O sea, al final, no es una cuestión de lucha, es una cuestión simplemente de que nosotros podamos explicar y hacer entender cuáles son nuestras vivencias y, luego, que cada cual actúe en consecuencia. El problema es que nosotros generalmente no tenemos esa capacidad de llegar a la población, a ustedes o a quien corresponda.

También en este documento, entre los glosarios que les recomiendo, está el de discapacidad psicosocial, porque esta guía adopta la definición de discapacidad de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad y entiende que la discapacidad psicosocial surge de la interacción entre personas con dificultades de salud mental reales o percibidas y barreras actitudinales y ambientales que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. Ejemplos de esas barreras son la discriminación, el estigma y la exclusión. Son las barreras fundamentales que tenemos que padecer en esta discapacidad o en esta forma de llamarlo discapacidad. En realidad, la gran virtud es haber conseguido introducirlo dentro de un tratado internacional. Tiene bastante que ver con las otras discapacidades, que son más evidentes, más palpables y en las que, por lo tanto, las barreras son más fáciles de identificar, pero en nuestro caso hay algunas diferencias. De hecho, nosotros no hablamos de personas con discapacidad, sino de personas en situación de discapacidad psicosocial, porque la discapacidad está ahí fuera, por decirlo de algún modo. En todo caso, el término pretende reflejar un enfoque social más que médico de las experiencias mentales y emocionales, poniendo el foco en esas barreras actitudinales y ambientales que restringen la participación igualitaria de una persona en la sociedad. Ya digo que esto está en el documento.

La subcomisión habla de promoción, protección y atención integral a la salud mental. Estos son marcos que nosotros trabajamos. De hecho, cuando lo leí, dije: Si es que es justo esto. La Carta de Ottawa, que es del año 1986, dice: La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, identificar y satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. Para identificar tus aspiraciones, primero tienes que poder pensar en ellas. Cuando nosotros entramos en esta rueda de la salud mental, generalmente las necesidades las marca la oferta que se nos hace. Entiendo que tampoco es una cuestión de los servicios de salud mental o de los profesionales, pero el hecho es que ha habido un abandono absoluto desde que se hizo la reforma. No se pusieron los medios adecuados, y lo que ha venido después es el desastre en el que estamos ahora, y digo «desastre» plenamente consciente de lo que digo. Para poder identificar tus aspiraciones tienes que poder, primero, identificar tus necesidades y,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 15

en todo caso, cambiar o adaptarte al medio ambiente; y no es solo que yo me adapte, es que también el ambiente se adapte a nosotros. Por supuesto, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, y mucho menos la salud mental.

Dentro del marco de protección está la convención y está el documento que tienen ustedes a su disposición, que espero que se traduzca al castellano, por cierto. Ahí figura que la discapacidad psicosocial nuevamente surge de la interacción entre personas con dificultades de salud mental reales o percibidas y las barreras. Por eso es fundamental la identificación de barreras, y en eso estamos más o menos trabajando en nuestras entidades. Debe haber una identificación de barreras —luego explico esto—; una identificación de apoyos, ajustes, adaptaciones, activos o cualquier cosa que nos pueda beneficiar, y, a la vez, una identificación de qué cambios son necesarios en los entornos, en las actitudes y, en este caso, en la legislación.

No voy a extenderme sobre QualityRights, porque ya lo ha explicado perfectamente Casamitjana. Espero que en Asturias y en toda España se puedan poner marcha estas iniciativas. En el marco de la atención integral, como decía, está QualityRights por un lado y, por otro lado, está esa I+D+i, investigación, desarrollo e innovación, basada en la experiencia y en el conocimiento en primera persona del plural, porque no se trata de que seamos expertos por experiencia. No queremos ser cualquiera al que cogen en un centro de salud mental y le dicen: Hale, tú eres experto por experiencia. Es como decir que hay un experto en medicina el primer año de carrera de Medicina. Esta es una cuestión de conocer qué es lo que se está hablando, qué es lo que se está debatiendo y cuáles son los hallazgos que se están encontrando desde la perspectiva en primera persona. Está la red mundial de usuarios supervivientes de la psiquiatría —a lo mejor, sería bueno plantearse por qué existe una red mundial que se llama de supervivientes de la psiquiatría—, que participó en la redacción de la convención y fue la que introdujo a nuestra población —ENUSP es la europea—; hay asociaciones, colectivos y grupos de apoyo mutuo en primera persona; está el movimiento internacional del Orgullo Loco; está Hearing Voices, que es una red mundial muy potente de escuchadores de voces; hay investigación en primera persona —ya digo que hay cantidad de compañeros haciendo sus doctorados y demás—, que se llama Mad Studies, y hay recursos y apoyos que se están desarrollando ya en primera persona y que se podrían desarrollar mucho más si realmente hubiera un cierto apoyo. Y en ese I+D+i, al final, está la identificación, porque de lo que se trata es de que nosotros podamos identificar esa demanda original.

Estas son algunas de las entidades; rápidamente he buscado logos y demás, pero seguro que hay muchas más que yo no conozco. Como ya digo, es muy complicado incluso que podamos hablar entre nosotros. Ahora hay una iniciativa, y yo agradezco a la comisionada que, de algún modo, esté favoreciendo que podamos organizarnos sin presupuesto. Estamos ahí y por lo menos tenemos este contacto.

Hierbabuena, que es mi asociación, se creó en el año 2000. Es la principal organización asturiana de personas con discapacidad psicosocial, formada y dirigida por quienes hemos vivido experiencias extraordinarias y/o de sufrimiento emocional, intelectual y social extremo. El otro día le preguntaban a María Fuster por qué hablaba de sufrimiento y no de trastorno. Claro, lo que nosotros vivimos es sufrimiento. Entiendo que para los médicos será enfermedad y para los psicólogos son trastornos, pero son sus puntos de vista. Nosotros estamos hablando de poner en el centro nuestras vidas, y lo que nosotros vivimos es sufrimiento y es emocional, es intelectual, es sobre todo social y es muchas veces extremo. Contamos con experiencia como usuarios y como objeto del cuerdismo, ya digo, de esas barreras actitudinales y ambientales asociadas a los diagnósticos. Nuestros fines incluyen promover la dignidad, la autonomía, la plena participación; procurar los apoyos que necesite cada persona ante esas barreras; facilitar sobre todo sus propias decisiones, y, por supuesto, exigir nuestros derechos.

La convención tiene un comité, que es el que tiene la interpretación autorizada y ha ido explicando, porque ha visto que no se estaban cumpliendo, distintas partes de la convención. Ha hecho sus observaciones generales; ahí tienen todas las que hay. Yo quiero pararme en la observación general número 7, sobre la participación de las personas con discapacidad a través de las organizaciones que las representan, porque da la definición de organizaciones que representan a las personas con discapacidad. Dice que solo pueden ser aquellas dirigidas, administradas y gobernadas por personas con discapacidad y que la mayoría de sus miembros han de ser personas con discapacidad. Distingue entre organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones para las personas con discapacidad que prestan servicios o defienden los intereses de las personas con discapacidad, lo que, en la práctica, puede dar lugar a conflictos de interés si esas organizaciones anteponen sus objetivos como entidades de carácter privado a los derechos de las personas con discapacidad. Y hay otra cuestión que no se va a debatir aquí, pero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 16

es el hecho de cómo de algún modo las asociaciones, a la fuerza, —yo no critico a ninguna asociación, porque entiendo que la evolución histórica es la que es—, acaban entrando en el mundo del tercer sector, en un tercer sector que está compitiendo a su vez con organizaciones o con empresas con ánimo de lucro y, al final, hay una deriva que hace que por el asociacionismo vertical, estás representando a tu empresa, estás representando a tus usuarios, estás representando a tus trabajadores y estás dejando fuera del foco incluso la defensa de los intereses de esas personas. Esto sería muy largo de explicar. En todo caso, en el artículo 49 recién modificado se habla de que los poderes públicos impulsarán las políticas que garanticen la plena autonomía personal y la inclusión social y fomentarán la participación de sus organizaciones, de las organizaciones de las personas con discapacidad. No dice de las organizaciones para personas con discapacidad, aunque, por supuesto, hay que fomentarlas también. Estas son organizaciones de personas en discapacidad.

En el año 2019 tuvimos la suerte de enterarnos de que la Asociación ActivaMent de Cataluña estaba elaborando un informe para el comité de la ONU sobre la situación de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial en España. El comité revisa, en teoría, mínimo cada cuatro años, a cada país. Hicimos este informe alternativo de la coalición ActivaMent-Hierbabuena y de ahí salió el informe de observaciones y recomendaciones del Comité a España. Para mí, lo fundamental está aquí. Le preocupa al comité que varias leyes y políticas nacionales, regionales y municipales —en particular, el texto refundido que tienen ahí de la ley de promoción de la autonomía personal— no estén en consonancia con la convención ni con el modelo de discapacidad basado en los derechos humanos. Al comité le preocupa que esta falta de armonización dé lugar a la utilización del modelo médico de la discapacidad en el marco del cual las personas son clasificadas según el diagnóstico y excluidas del amplio alcance previsto en la convención —lo hablaba antes Marta Casamitjana—, según el cual la discapacidad se reconoce en relación con las deficiencias y las barreras presentes en el entorno social, sobre todo en el caso de la discapacidad psicosocial.

Preocupan al comité otras cuestiones y yo les ruego que lean este informe, porque ahí lo tienen todo. El comité del tratado internacional le está diciendo a España qué es lo que debe hacer para cumplir con ello. En el año 2021 se hizo la Ley 8/2021 de adaptación de la legislación civil y procesal, una ley ordinaria, para adaptar a la convención esas leyes que había que reformar. No se ha hecho todavía la ley orgánica. La ley orgánica de adaptación de la legislación española es la que, por ejemplo, regula la libertad. Voy a ir saltando, porque si no me eternizo. Simplemente es la cuestión de la libertad. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad; nadie puede ser privado de su libertad. El artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil permite que se nos prive de libertad sin garantías, que es lo que debería regular una ley con respecto a un derecho fundamental, que es el derecho fundamental que fundamenta todos los derechos fundamentales, la libertad.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Le parece que dé la palabra a los grupos?

El señor **PRESIDENTE DE HIERBABUENA, ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL** (López Corominas): Sí, adelante.

El señor **PRESIDENTE**: El Grupo Parlamentario Mixto no está. El Grupo Parlamentario Vasco no está. Tiene la palabra Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias por esta intervención y por haber venido y dado su visión.

Podría ser una de sus recomendaciones que, cara a las conclusiones de trabajo, a una plataforma, a un consenso, a un pacto de salud y bienestar mental en la elaboración de ese pacto, estén las personas que han sufrido esta situación. ¿Y cómo podríamos hacer eso? ¿Podría ser por medio de algunas organizaciones o hacer una sesión de organizaciones? Porque hay bastantes asociaciones. Me gustaría saber si tienes alguna idea de cómo articularlo, en la práctica, cara a este trabajo, para que pudiéramos contar con esa colaboración o nosotros ponernos al servicio de esas necesidades.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Junts per Catalunya no está.
Tiene la palabra el Grupo Republicano.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 17

La señora **GRANOLLERS CUNILLERA**: Gracias, presidente.

Le agradezco que haya podido venir aquí a explicarlo a esta subcomisión que al final elaborará unas conclusiones que pueden llegar a ser el futuro de la salud mental en el Estado. Por tanto, creo que es totalmente imprescindible escuchar todas las visiones y creo que la suya es totalmente fundamental, si queremos aplicar políticas que sean realmente factibles. Además, creo que se complementa con lo que había hablado la ponente anterior, Marta, de hacerlo interdepartamental.

Solamente le voy a hacer unas preguntas. ¿Cómo cree la asociación que debería abordar el soporte que necesitan las familias con familiares con trastornos mentales y qué herramientas deberíamos ofrecerles para ayudarlos? ¿Qué acciones realiza su asociación, Hierbabuena, para educar y sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud mental? También le voy a preguntar sobre las zonas rurales: ¿qué estrategias cree que se han de realizar para mejorar el acceso al servicio de salud mental en las zonas rurales que, como bien sabrá, a veces, es difícil de encontrar?

Aprovecho también, señor don Tomás López, para darle las gracias otra vez. No me puedo quedar, por cuestión de agenda, pero después recuperaré las respuestas. También, me disculpo con los ponentes que van a intervenir después.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo SUMAR, por favor.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Lo primero de todo, muchas gracias, señor López Corominas, por acompañarnos hoy.

En este caso en concreto, quiero excusar a mi compañero Rafael Cofiño. Él conoce de primera mano la experiencia y nos recomendó mucho poderla escuchar en primera persona, y hoy sí que me apetecía escucharlo por temas de salud en concreto.

Gracias también por poner en el foco algo tan simple que tendría que ser muy evidente en el trabajo que hacemos, que es poner en el centro a las personas que padecen este sufrimiento emocional o psicosocial, como bien comentabas y que, por lo tanto, tendría que ser el abecé del trabajo que llevamos a cabo. Por lo tanto, también le doy las gracias por trasladárnoslo y ponerlo en el centro con tanta crudeza.

También por referirse a otro tema, que al final parece algo sencillo, y es tratar a las personas que padecen este sufrimiento psicosocial con igualdad de derechos y con todas las garantías de derechos que tiene el conjunto de la sociedad. En este caso —lo has comentado y entraremos en el detalle de toda la documentación que nos has hecho llegar— nos gustaría preguntarte en qué derechos profundizarías, en qué temas crees que tendríamos que poner el foco de esta falta de libertad, a la que también hacías referencia al final de tu intervención.

También quiero preguntarte sobre medidas y acciones destacadas que lleváis a cabo que pueden ser tenidas en cuenta en el trabajo de conclusiones que tenemos que realizar, destinadas a la mejora de la salud y de esta autonomía necesaria, pensar en medidas concretas. Me gusta detallar cosas que realmente se puedan hacer.

Y, por último, pregunto qué les pedirías a estas administraciones, en este caso, por la capacidad que podemos tener nosotros de incidir con el documento de trabajo que llevaremos a cabo; en concreto, qué apoyos se requerirían para avanzar en estos objetivos que plantea.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, presidente.

Quiero sobre todo darle la bienvenida a esta, su casa, que es la casa de todos los ciudadanos, y quiero agradecerle su presencia.

Quiero empezar diciendo que, cuando ha dicho que son una asociación joven, con veinticuatro años, lo ha dicho un poco con la boca pequeña, como diciendo que todavía son muy jóvenes; y quiero recordarle que esta es la segunda sesión de esta subcomisión; nosotros vamos veinticuatro años tarde, detrás de ustedes. Llegamos tarde porque, a pesar de que ha sido una subcomisión coordinada con un gran consenso por parte de todos los grupos, siempre decimos que la Comisión de Sanidad es el caso aislado donde no hay tanta distorsión en los debates y tanta polarización. Sobre todo, creo que llegamos tarde porque faltan muchos medios, falta mucha información y falta mucho aprendizaje y, principalmente, yo me he quedado con la parte

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 18

en la que usted habla de sufrimiento. Nos olvidamos muchas veces de ponernos en la parte empática; estamos hablando de personas que llevan muchos años sufriendo, muchas veces en silencio, una situación en la que no saben dónde acudir y en la que muchas veces ni siquiera los profesionales sanitarios tienen medios alrededor para poder realizar los tratamientos adecuados para paliar el sufrimiento o, por lo menos, ser capaces de cogerlos de la mano y ayudarlos a salir adelante.

Celebro personalmente que, a pesar de su vivencia personal, usted haya salido adelante sin contar con todos los medios. Los que hemos tenido familiares al lado con grandes adicciones sentimos una gran impotencia por no tener una administración que te acompañe.

Por nuestra parte, queremos aprovechar sus veinticuatro años de experiencia en este aspecto. Sobre todo, saber, a pesar de que ustedes trabajan solamente el ámbito de Asturias, cuáles cree usted que son los pilares fundamentales que hacen falta inmediatamente para acabar con el sufrimiento de estas personas y, de verdad, estar de una vez por todas a la altura de lo que nos reclama la sociedad civil.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
El Grupo Socialista, por favor.

La señora **SAINZ MARTÍN**: Muchísimas gracias.

La comparecencia de don Tomás López es realmente como un perfume, y me explico. Durante muchísimos años, personal y profesionalmente he podido asesorar al Real Patronato sobre Discapacidad. Siempre le habíamos dado muchísima fuerza a las organizaciones de base, a las organizaciones locales, y durante muchísimos años las familias y los grupos que tenían esa situación de dependencia, desde un punto de vista de la salud, lo entienden muy bien desde la parte de vista física y psíquica, pero la mental siempre ha sido como un interrogante. Por lo tanto, primero quiero felicitarle por el esfuerzo durante esos años de una asociación pequeña. Por eso decía que a veces es el perfume al que tenemos que ir, porque la experiencia puede ser muy valiosa a la hora de trasponerlo a una futura ley.

Me gustaría preguntarle, con la experiencia de esos años, con qué redes o qué otras organizaciones del mismo modelo o similar de autoayuda ha podido contactar su asociación y si ven de importancia que eso se tenga en cuenta en una futura ley. También qué papel ha representado para ustedes y para su asociación el apoyo del entorno, de la comunidad y de las familias. Sobre todo, como una tercera pregunta, qué resistencias, desde un punto de vista organizativo e incluso en su ámbito local, han recibido durante todos estos años hasta llegar ustedes aquí, a la casa precisamente de los representantes del pueblo.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
El Grupo Popular, por favor.

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

Señor López, buenas tardes y bienvenido a esta Comisión. Esta es la casa de la soberanía nacional, y yo me alegro de que esta tarde usted comparezca aquí. Queríamos felicitarle porque tiene una labor importante como presidente de una asociación que estoy segura de que hace un trabajo encomiable de acompañamiento tanto a pacientes como a familiares. Pero yo sí que quería dejar alguna cosa clara, porque este va a ser un grupo de trabajo que recogerá unas recomendaciones que, como Poder Legislativo, mandaremos al Poder Ejecutivo, como Gobierno, y nosotros defendemos la libertad. El internamiento no se hace sin medidas que defiendan esa libertad de los pacientes; ya lo recogía la Ley de Enjuiciamiento Civil, la de 1881, que, fíjese, es del siglo XIX. Defendemos, por supuesto, y estamos muy comprometidos con la estigmatización. Se ha luchado durante años, aunque es verdad que queda muchísimo por hacer, se ha luchado mucho y hoy ya no queda un solo manicomio, en España no se habla de loqueros, tenemos una terminología muy ajustada y eso se está viendo en nuestros jóvenes y en nuestros menores, que están hoy muy comprometidos con la salud mental y tienen un marco de respeto muy lejos de otras generaciones, hoy mucho más mayores, que, por desgracia, vivieron otra situación. Por lo tanto, ¿usted cree que el lenguaje influye en el estigma?

A nosotros sí que nos gustaría dejar claro que la prestidigitación del uso del lenguaje no puede despistar cosas absolutamente necesarias y serias, como es el ámbito de esta Comisión, para la evidencia científica, en la que creemos y defendemos rotundamente en el Grupo Parlamentario Popular, de esa atención médica y especializada que se requiere, acompañada siempre de una atención social imprescindible y urgente. La libertad, la lucha contra el estigma y, por supuesto, la evidencia científica sí

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 19

que están en los principios de nuestra defensa y de aquello que consideramos imprescindible e irrenunciable para el resumen de las aportaciones de esta Comisión.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Puede contestar.

El señor **PRESIDENTE DE HIERBABUENA, ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL** (López Corominas): Sobre la evidencia científica —voy a empezar por ahí—, quiero decir que la ciencia de la vida es muy amplia, y limitar la ciencia a una parte muy concreta de nuestras vidas es falsearla en realidad. Se puede decidir que la ciencia de nuestras vidas es el cerebro, son los neurotransmisores o es lo que sea, pro nosotros vivimos, en nuestra sociedad. Hay ciencias sociales, hay un montón de ciencias. Yo respeto la evidencia científica cuando lo es. De hecho, agradezco infinitamente los estudios y espero que, realmente, algún día puedan encontrar esa piedra filosofal, pero en la actualidad hay muchas carencias. Sé que se estudia el cerebro, que hay muchísima información, muchísima investigación, pero ¿cómo se traslada eso a nuestras vidas? ¿En forma de fármacos? Al final, siempre es lo mismo, es una cuestión de cómo contener. Pero no voy a entrar mucho ahí. Lo que quiero decir es que la evidencia científica es muy amplia y no debemos limitarnos solo a una parte. Estamos hablando de nuestras vidas, y nuestras vidas son nuestras relaciones, es el empleo, es la vivienda, es el hecho de que no te dejen estudiar, es el hecho de que, a la hora de ir a buscar trabajo, si aparece el diagnóstico, automáticamente seas descartado. Somos la población con mayor índice de paro. Eso no será evidencia científica, pero algo será.

Sobre el lenguaje y la prestidigitación, la prestidigitación es la que se nos ha hecho a nosotros, que se nos ha nombrado desde fuera sin consultarnos para nada y, realmente, el cuerdismo le puede a usted gustar o no, pero está muy estudiado y es ciencia también. De hecho, viene del sanismo en Estados Unidos, que se estudió precisamente en el ámbito judicial, donde se vio que había una discriminación absoluta. Viene de los años sesenta, no es algo que me invente yo, y tiene varias fuentes. El mentalismo viene de *mental health services*, porque es la discriminación que se produce en los servicios de salud mental, que es uno de los ámbitos donde mayor estigma se produce hacia nosotros, probablemente porque te ven en tus peores situaciones y porque, además, la gente en esta situación tiene que estar muy harta... Bueno, no sé por qué. El hecho es que también hay estudios sobre eso, también es evidencia científica.

Yo comprendo que usted no entienda que nosotros podemos ver las cosas de otra manera, que tenemos nuestro propio lenguaje, que tenemos nuestra propia vida y que lo que nos viene de la medicina desde hace doscientos años como que no casa con nuestras vidas. Es decir, yo entiendo que para los profesionales de la salud mental o para los médicos sea medicina y sea enfermedad, que sea nuestro cuerpo, que el problema esté en nuestros cuerpos, que nosotros seamos deficientes, y no digo que no. El hecho es que yo me creí eso durante veinte años, y les aseguro que yo soy de los moderados, hasta que descubrí mis derechos y resulta que, mira por dónde, hoy estoy aquí, sin medicación. Yo no recomiendo a nadie que deje los fármacos, mucho menos de golpe. Yo profundicé en la psicosis gracias a las tres veces que, por distintas causas, lo dejé de golpe, y además está muy estudiado eso, y está claro lo de la adherencia del tratamiento, Yo tuve adherencia al tratamiento porque veía que dejaba los fármacos y me daba el simio, como digo yo. Es decir, te produce un efecto rebote que te dispara otra vez la psicosis.

Podría hablar de resistencias en el lenguaje o en el hecho de que no te escuchan o en el hecho de que no podamos expresarnos por nosotros mismos y recibamos ese rechazo, por decirlo de algún modo. Resistencias es también el hecho de que los medios de comunicación, cada vez que se produce alguna barbaridad, nos la achacan a nosotros y automáticamente todos nos veamos en la palestra como asesinos en potencia. Yo creo que el problema que tenemos nosotros fundamentalmente es ese, el miedo generalizado, el desconocimiento sobre nosotros que se transforma o se traduce en una presunción de riesgo, en presunción de peligrosidad, que es equivalente a la presunción de culpabilidad, y por eso no tenemos derecho a la libertad.

Yo les invitaría a que conocieran realmente cómo se producen esos internamientos involuntarios y cómo el juez se lava las manos porque el experto es el psiquiatra y el juez no va a llevar la contraria a un psiquiatra. Yo entiendo también las circunstancias, y una unidad carcelaria dentro de un hospital lleva a eso también. Habría mucho que hablar, pero ahí habría que hacer ciencia y evidencia científica de cómo se están produciendo esos ingresos involuntarios, esos internamientos involuntarios en los que el juez no escucha a la persona. Yo tenía por aquí el 763. Aquí se supone que la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa. Nadie tiene derecho a un abogado, ni siquiera

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 20

se te dice. Tú te enfrentas a un juez que habla con el médico, el médico le hace ver su punto de vista y tú no tienes derecho a aportar tu punto de vista. El 763 no se está utilizando, no voy a decir porcentajes, pero a lo mejor el 90% de las veces para lo que se creó. De hecho, ya digo que una de las cosas que recomienda al Estado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es que se revisen o deroguen las disposiciones legislativas como el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que es un artículo que, por cierto, fue ordinario durante mucho tiempo porque la Ley de Enjuiciamiento Civil es ordinaria. El Tribunal Constitucional le dijo al Estado que había que hacerlo orgánico y ya digo que se hizo orgánico en la Ley del Menor, con esas formas que se utilizan aquí y que yo no entiendo. Se hizo orgánico en la Ley del Menor. Mientras tanto, el Tribunal Constitucional dijo que se siguiera utilizando.

Yo les invito a que conozcan de verdad cómo se están produciendo los internamientos involuntarios y el tratamiento forzado. En este Parlamento se tumbó el tratamiento ambulatorio involuntario hace años, se tumbó dos veces en Cataluña, pero ahora se ha colado de rondón con esa fórmula mágica de la medicación inyectable, los depot, que a la larga se convierte en un tratamiento ambulatorio involuntario, sobre todo cuando no tienes información. Ya digo que el consentimiento informado no existe, que debería ser una libre decisión. Si ustedes están pensando que estamos hablando de personas fuera de la realidad, evidentemente, yo he estado fuera de la realidad. Nosotros solemos decir que la pérdida de contacto con la realidad es con nuestra realidad y, en general, la gente no tiene ni idea de cuál es nuestra realidad.

¿Qué pedir a la Administración? Que escuche. Yo vengo hoy aquí no sé muy bien por qué, no sé ni siquiera quién ha decidido que yo viniera, pero hay cantidad de compañeros y compañeras mucho más preparados para explicarles estas cuestiones a ustedes. Lo que hace falta es escuchar, a lo mejor esa reunión con organizaciones de personas en situación de discapacidad. Si yo les pidiera a ustedes algo, sería eso, que realmente escuchen, no a mí, sino a mis compañeros y compañeras que están desarrollando todo ese conocimiento.

En la asociación nosotros hacemos, por una parte, grupos de apoyo mutuo, grupos de apoyo entre las personas que hemos vivido estas experiencias, sin profesionales en principio, horizontales. Estamos desarrollando la figura del agente de apoyo entre pares, que es una figura profesional. Nuestra idea es que esté fuera de los servicios de salud mental como apoyo. La idea que nosotros tenemos es crear, ahora que estamos teniendo apoyos, una organización profesionalizada con personas en primera persona y con profesionales que puedan dar ese apoyo, lo que se llamaría accesibilidad psicosocial. Igual que en el resto de discapacidades hay accesibilidad en función de las barreras, en el nuestro la diferencia es esa, que la cuestión psicosocial no es de una cosa concreta de mi cuerpo, es una cuestión de enfrentarse a las barreras que las personas tienen, que han ido acumulando a lo largo de su vida en la educación, en el empleo, en la vivienda, en las relaciones sociales de todo tipo. Ahí la cuestión es que tú tengas un apoyo. Está la figura del agente de apoyo entre pares, está la figura del facilitador procesal, por ejemplo. En los internamientos involuntarios vendría muy bien un facilitador, que lo que hace es intermediar un poco o explicarle a la persona, cuando está en un juicio, cuál es la situación y, a la vez, que el juez entienda a la persona con discapacidad. En un internamiento haría falta una figura así, que le explique a la persona la situación en la medida de sus posibilidades, que le acompañe, que esté de su lado, porque el problema cuando tú ingresas en una situación de estas es que estás solo, abandonado, y si estás en psicosis yo he oído a compañeros contar auténticos infiernos.

Entiendo que también, al final, es una cuestión de recursos. Yo entiendo que también en los ingresos involuntarios hay una escasez de personal brutal, yo suelo decir que haría falta que fueran unidades de derechos intensivos. El problema es que muchas veces el psiquiatra firma contención, si procede, y a veces al auxiliar, si es un fin de semana y hay una persona para ocuparse de un montón de gente, pues le procede, pero no le procede a la persona, le procede al profesional. Hay cantidad de cosas. Pues un facilitador procesal sería una situación judicial, una situación en la que se ha judicializado su situación, y ahí debería poder intervenir.

Yo entiendo que pueda haber resultado hostil, y pido disculpas, porque sé que es verdad que a veces me dejo llevar, pero hay que conocer la realidad. Si no se conoce la realidad, es imposible que se pueda hablar con propiedad de estas cuestiones. Lo que hace falta es que tengamos esa conversación. Yo entiendo que podemos tener esa hostilidad de base, y está claro que nosotros partimos de una hostilidad. Yo suelo decir que nosotros somos recipientes de hostilidad, y muchas veces la hostilidad que nosotros expresamos viene de toda esa hostilidad que hemos recibido. Pido disculpas a todo el mundo si lo que digo puede sonar así. Yo valoro infinitamente el trabajo de todo el mundo y soy muy consciente. Yo a veces digo que, a lo mejor, habría que estudiar cómo se produce el cuerdisimo en el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 21

cerebro, que también sería muy interesante, y no solo estudiar esa otra parte que conviene a otros. Me estoy yendo por las ramas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por su intervención, porque no todos los puntos de vista se expresan igual y todos necesitan sus propias formas y formatos, o sea que ha sido el comienzo de esta conversación que vamos a mantener y que vamos a ampliar. Muchísimas gracias. Ha sido el primero, y no es nada fácil abrir brecha en este terreno.

— DEL PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA (GONZÁLEZ ZAPICO). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000140).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a nuestro próximo ponente, que es el señor Nel González Zapico, presidente de la Confederación Salud Mental España.

Señor Pérez Zapico, le escuchamos.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA** (González Zapico): Muchísimas gracias, presidente.

Como sé que hoy todos ustedes están de trabajo hasta las narices, y puesto que yo defiendiendo el bienestar y la salud mental, voy a ser muy breve, porque después de todo, como sabemos que esta subcomisión va a hacer un informe y van a verse todas las opiniones, ahí se verá lo que se puede hacer. Sobre todo, quiero que sepan que Salud Mental España, yo personalmente o cualquier departamento técnico, queda a su disposición para solventar cualquier duda que pueda surgir.

Empiezo dando las buenas tardes, muy tarde ya, y voy a ser muy breve. Muchas gracias de verdad a esta Comisión de Sanidad por contar con la voz de las personas con problemas de salud mental y sus familias. Es un honor poder expresar en este espacio nuestras reivindicaciones como movimiento asociativo, así como nuestra forma de entender el abordaje de la salud mental. Confío en que las comparencias que están teniendo lugar en estas semanas sirvan para mejorar la prevención, la promoción y la atención integral que damos a la salud mental en nuestro país.

Antes de comenzar, permítanme que comparta muy brevemente con ustedes qué es la confederación para quienes no nos conozcan. Somos una entidad sin ánimo de lucro, de utilidad pública, que surgió en el año 1983 —ya hicimos cuarenta y un años—; llevamos más de cuatro décadas defendiendo los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y trabajando para mejorar su calidad de vida y la de sus familias y personas allegadas. Integramos a dieciocho entidades de socios numerarios, una por autonomía más o menos, que suman más de 340 entidades y contamos con más de sesenta mil socios y socias en todo el territorio nacional. Nosotros tenemos nuestra junta directiva y nuestros debates, y pensamos —escuchando lo que dijo antes que yo Tomás López Corominas, que lo conozco de toda la vida, yo también soy asturiano— que lo mejor de todo es con ustedes, o con vosotros —me gusta que seamos ciudadanos y ciudadanas iguales—, ir siempre de la mano, acompañarse, aprovechar lo que fue el pasado, hacer un futuro mejor, pero en base al diálogo, a la comprensión y a compartir y hablar. Eso es lo que queremos en Salud Mental, eso lo consideramos nosotros salud mental.

Es una realidad que en España las personas con problemas de salud mental se encuentran en una situación de vulnerabilidad y esto se debe a numerosas cuestiones, pero yo quiero destacar dos de ellas nada más. No nos engañemos, la principal es la escasez de recursos que se destinan a la salud mental y un modelo de atención que no contempla la complejidad de todo este ámbito. El año pasado, en la confederación realizamos un estudio en colaboración con la Fundación Mutua Madrileña para conocer cuál era la situación de la salud mental en España y, según este estudio, cuatro de cada diez personas en España valoran de forma negativa su salud mental, el 22,8% de la población española tiene experiencia propia en salud mental, nada menos que el 18,9% consume psicofármacos y un 26% acude actualmente a un especialista en salud mental. Y a esto le sumamos que un 42% ha sufrido una depresión a lo largo de su vida, un 47% ha experimentado ataques de ansiedad o pánico y un 36% ansiedad prolongada en el tiempo. No hay que ser pesimistas, pero esto es una catástrofe.

Ante esta realidad preocupante, nos tenemos que preguntar como sociedad qué tipo de modelo de atención queremos ofrecer a las personas, cómo queremos cuidar la salud mental. Hacernos estas preguntas es importante porque van a determinar la base de las acciones que llevaremos a cabo y que pediremos a los poderes públicos y a ustedes como legisladores. Les voy a poner un ejemplo muy claro. Si nuestro modelo de atención es biologicista, pensaremos que los problemas de salud mental tienen una

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 22

causa orgánica, que es un desarreglo químico del cerebro y, por tanto, a la hora de atender a las personas nos centraremos en la medicación, pensaremos que el fármaco es lo más importante. Por el contrario, si nuestro modelo de atención es biopsicosocial, entenderemos que los problemas de salud mental son atravesados por diversos factores, no solo el biológico, sino también social, el cultural, el biográfico y la trayectoria y los momentos de la vida de cada persona. Por tanto, plantearemos la creación de equipos interdisciplinarios, la inclusión de grupos de pares, el proyecto de vida o plan personal de futuro, el plan de asistencia integrado, el documento de instrucciones previas o la designación de personas de confianza. Como ven, son visiones muy distintas.

En Salud Mental España huimos del tradicional enfoque biologicista por considerarlo reduccionista —no inútil, pero sí reduccionista— y aprovechamos este foro para insistir en que los problemas de salud mental tienen múltiples causas. Además de las vivencias de la persona, afectan cuestiones como las dificultades económicas, la desigualdad, las dificultades para acceder a un empleo digno y a la vivienda, la falta de inclusión, la soledad no deseada y la discriminación por lo que todos sabemos: raza, sexo, inclinación sexual y mil cosas más. Todos ellos son problemas estructurales que nos generan mucho malestar y por eso abordar la salud mental significa abordar también los condicionantes sociales que impactan en el bienestar de las personas. De esta forma seguimos lo dispuesto en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013/2030, promulgado por la OMS, que recoge la importancia de estos determinantes sociales y el respeto por los derechos humanos. Insisto, eso es lo fundamental y lo nuevo. Además, a lo largo del pasado año 2023 el Consejo de la Unión Europea reconoció en distintos documentos de conclusiones que la precariedad laboral, las personas jóvenes y el consumo de drogas son prioridades que es necesario abordar en el ámbito de la salud mental. En este sentido, el próximo día 10 de octubre vamos a dedicar el Día Mundial de la Salud Mental al ámbito del empleo, y lo hacemos bajo el lema «Trabajo y salud mental, un vínculo fundamental». El trabajo es un factor muy importante para el bienestar para cualquier persona, y mucho más para una persona que tenga un problema de salud mental. Sin embargo, el 47% de las personas ocupadas en nuestro país señalan encontrarse expuestas a factores de riesgo para su salud mental en su lugar de trabajo. Bajos salarios, temporalidad, falta de conciliación, elevados ritmos o sobrecarga de trabajo, acoso laboral o brecha salarial son algunas de las formas que puede adoptar la precariedad laboral, y todo ello impacta directamente en la salud mental. Por eso reivindicamos que es necesario cuidar los entornos y las condiciones laborales para promover el bienestar de las personas trabajadoras.

Por otro lado, la baja inserción laboral de las personas con problemas de salud mental es una de las principales barreras para su inclusión social, debido en gran medida a los prejuicios que todavía tienen muchas empresas y administraciones públicas. El empleo forma parte de su evolución y permite ser ciudadanas y ciudadanos de pleno derecho, así como formar parte activa de la sociedad y de la comunidad económica. Por tanto, la confederación reclama a las empresas un sistema de apoyos y adaptaciones que haga valer el derecho al trabajo de las personas con problemas de salud mental, igual que se adaptan los lugares de trabajo para otras discapacidades. Reclamamos también el cumplimiento de las cuotas de reserva de empleo para las personas con discapacidad, que actualmente es de un 10% —una buena noticia—, tanto en la Administración pública como en el sector privado. Y, además, reivindicamos que el cupo reservado para las personas con trastorno mental sea de al menos un 2%.

Hay otro problema que sufren las personas con problemas de salud mental en el ámbito laboral y es el estigma. Esta es una de las principales barreras a las que se enfrentan. ¿En qué se traducen? En conductas de rechazo, menosprecio, distancia social, discriminación y a veces también de miedo. Y esta discriminación que dice haber sufrido el 75% de las personas con problemas de salud mental se extiende a todos los espacios: el familiar, el educativo, el penitenciario, el policial, el judicial, los poderes Ejecutivo y Legislativo y las administraciones públicas; por supuesto, también se da en la atención sanitaria. ¿Se pueden imaginar cuánto dificulta esto la recuperación y la integración? Es muy reveladora la siguiente cifra que les voy a dar: solo el 12,9% de las personas con un diagnóstico de salud mental comparte sus problemas con sus compañeros y compañeras de trabajo. Esto nos da una idea del miedo que se tiene a compartir con su entorno laboral lo que les pasa, y eso genera angustia y malestar. Y si al problema de salud mental le añadimos una adicción, la cuestión se vuelve más complicada. La existencia simultánea en una misma persona de un trastorno mental y una adicción se denomina, como ustedes saben, patología dual. Puede darse por consumo de sustancias, como alcohol o drogas, o también por otras costumbres sin sustancias, como el juego y las apuestas *online* o la adicción al móvil, a Internet, a la compra compulsiva, a la pornografía o a los videojuegos, y eso se da mucho, sobre todo, en nuestra juventud.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 23

La patología dual es cada vez más frecuente y existe poca formación entre los y las profesionales, así como escasez de recursos específicos. Es necesario concienciar sobre el riesgo que supone el consumo de drogas en el desencadenamiento de un problema de salud mental, especialmente entre las personas más jóvenes. Precisamente en este grupo de edad estamos asistiendo a un empeoramiento de la salud mental. La mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los catorce años y más del 70% comienzan antes de los dieciocho años. Según el barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023 de la FAD, el 59,3% de los jóvenes reconoce haber tenido algún tipo de problema de salud mental y un 28% de las personas jóvenes no acude a terapia por no poder pagárselo, por no poder permitirse. Por eso desde la confederación reclamamos la implementación de una asignatura de educación emocional adaptada a las necesidades de cada nivel educativo. El objetivo es enseñar al alumnado a gestionar sus emociones y también apostar por un modelo de sociedad alejado del individualismo, de la competitividad y de la cultura del éxito basada en el culto a la imagen y a las aspiraciones económicas. Todo el mundo sabemos que, en nuestra sociedad, el éxito todo lo justifica. El profesorado es, además, una pieza clave en la adquisición y mejora de competencias en la gestión emocional y es importante su autocuidado y que los cuidemos también.

Pero si hablamos de gente joven, hay algo en lo que creo que debemos poner el enfoque de manera urgente y es en la prevención del suicidio. La semana pasada tuve el honor de participar en la jornada organizada por el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad en el marco del Día Mundial de la Prevención del Suicidio. Y el Congreso también realizó una declaración institucional con motivo de ese día, cosa que nos parece un precedente extraordinario y muy importante. Está claro que hay voluntad de abordar esta problemática y de dejar de mirar a otro lado. Esta es una muy buena noticia porque en la confederación siempre decimos que hablar salva vidas y más en el tema del suicidio, que ha estado históricamente rodeado de un grandísimo estigma de incompreensión, culpa, vergüenza y miedo. Según nuestro informe, en España el 14,5% de la población ha tenido ideas suicidas o ha intentado suicidarse. En 2022 murieron 4227 personas por suicidio, un 5,6% más que el año anterior. Y según el Instituto Nacional de Estadística, en los últimos cinco años, desde 2018, las cifras han aumentado casi un 20%. Para atender esta situación de emergencia hemos de tener una sanidad pública fuerte y sólida que garantice la universalidad y la atención a todas las personas, sean quienes sean. Son inadmisibles las listas de espera que hay en la actualidad para ver a profesionales de la psiquiatría y también el tiempo que disponen en consulta para atender a las personas. Y, por supuesto, faltan profesionales de psicología en la sanidad pública que den respuesta a las urgentes necesidades a las que nos enfrentamos. En cualquier caso, quiero resaltar que la salud mental no solo se atiende desde lo sanitario, sino también desde lo social. Es importante crear mecanismos para una adecuada coordinación sociosanitaria. La atención a la salud mental debe hacerse de manera transversal, teniendo en cuenta las distintas esferas que afectan a la persona. Esto significa hacerlo bajo una perspectiva interdisciplinar que incluya a profesionales de la enfermería, la psicología, trabajo social, terapia ocupacional, psiquiatría, ayuda a domicilio, auxiliares, etcétera, toda la gente que pueda echar una mano. De esta forma, se evitaría el interminable peregrinaje de las personas por los diferentes dispositivos de ambas redes con el consecuente desgaste emocional, psíquico y también económico. Al final, todas estas cuestiones se enmarcan bajo un mismo paraguas, el de los derechos humanos.

En línea con las recomendaciones emitidas por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU y por la OMS, todos y todas queremos que las personas que entran en un hospital salgan mejor de lo que entraron, pero esto no siempre es así en salud mental. Hay veces que las personas con problemas de salud mental salen mucho peor de lo que entraron en su ingreso, con un trauma todavía mayor. Hay una realidad y es que en todo el mundo se siguen aplicando medidas coercitivas y de control en el ámbito de la atención a la salud mental. Los tratos violentos, inhumanos y degradantes contra personas con problemas de salud mental que nos suenan a épocas pasadas son todavía demasiado frecuentes, están presentes y además en nuestro país están normalizados, y algunos tienen legislación favorable. Por eso es imprescindible dar los pasos necesarios para eliminar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que es la regulación que permite la mayor violación de los derechos humanos y choca de lleno con la convención: contenciones físicas y sujeciones mecánicas, aislamiento, uso del poder o el chantaje y la fuerza para doblegar la voluntad de las personas sobre medicaciones y medicaciones forzadas, falta de intimidad, reclusión y un largo etcétera. Como antes decía Tomás, es un mundo muy desconocido. Son prácticas que se derivan, sin lugar a dudas —y esto no es ninguna acusación—, de la falta de recursos y de la inversión necesaria para hacer las cosas de otro modo, uno

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 24

que sea respetuoso con las personas, pero también son consecuencia de la opacidad, de la ausencia de controles y de registros, de un sistema cuyo funcionamiento perpetúa las vulneraciones de derechos. Y esto ocurre porque muchas veces, muy a pesar de los profesionales sanitarios, a quienes les gustaría hacer las cosas de otra manera, faltan recursos. No tienen medios y podrían evitar un gran número de crisis y hacer las cosas como profesionalmente les gustaría, mucho mejor. Falta también formación específica para que los y las profesionales conozcan y opten por otras alternativas y, sobre todo, que tendamos a las contenciones cero. Las vulneraciones de derechos se dan además en momentos de extrema vulnerabilidad, cuando las personas tienen dificultades para defenderse o contar con el apoyo de su entorno. Y estas situaciones se agravan por la falta de información, la ausencia de alternativas terapéuticas y la dificultad para realizar una planificación anticipada de decisiones. Según el informe que elaboramos el año pasado, el 60 % de las personas con problemas de salud mental asegura haber tenido un ingreso involuntario y un 40 % dice que recibió poca o ninguna información clara, suficiente y comprensible sobre su trastorno.

Desde Salud Mental España defendemos lo siguiente: ante la coerción, siempre hay alternativas. En pleno siglo XXI y en una sociedad como la nuestra, que presume de ser tan avanzada en todos los sentidos, ¿cómo no van a existir alternativas a la violencia, a la reclusión forzosa o a la sobremedicación? Claro que las hay. La principal herramienta de la que disponemos es la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Tiene carácter vinculante, está en vigor desde 2008 y España es un Estado firmante. Algunos de sus imperativos en forma de reconocimiento de derechos ya se han ido trasladando al ordenamiento jurídico español, pero otros están todavía muy lejos de materializarse. A la vista de la convención —voy acabando, porque no les quería cansar pero miren—, este tipo de privación de libertad constituye una discriminación por motivos de discapacidad. Estamos obligados como país a adaptar nuestra práctica clínica a los estándares de los derechos humanos y ustedes tienen la clave —ustedes, los legisladores— para provocar un verdadero cambio que nos acerque a la normativa ya aprobada, que es una cuestión de dignidad de las personas; no estamos inventando nada.

Ya acabo. El año pasado presentamos un informe de tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental que elaboramos junto con el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III. Los tratamientos e internamientos involuntarios en salud mental no deben tener cabida en el ordenamiento jurídico español, salvo en las situaciones de urgencia vital que se defienden en el propio estudio. En estos momentos existe un desfase entre lo que marca la ley y lo que sucede en los hospitales en las áreas de psiquiatría, en las urgencias hospitalarias y en las residencias, también de mayores. Dentro de estas perspectivas de derechos humanos, la confederación puso en marcha en el año 2022 el primer Observatorio Estatal de Salud Mental, Derechos e Igualdad. Es una iniciativa pionera cuya función principal es orientar de forma gratuita acerca de cómo actuar en caso de sufrir vulneraciones de derechos por causa de un problema de salud mental. El observatorio está abierto a cualquier persona, sea cual sea su edad, nacionalidad o clase social y con independencia de su situación legal en España. Además, cada año publicamos un informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, una herramienta importante que también está alineada con la convención.

Termino ya destacando dos cuestiones. Son necesarios más recursos para garantizar una atención interdisciplinar integral y especializada que minimice el sufrimiento de las personas, el de sus familias y de personas allegadas. Por otro lado, hay que, por favor, humanizar los tratamientos y fomentar la autonomía de las personas con problemas de salud mental. Quiero creer que cada vez tenemos más claro que cualquiera de las personas que estamos hoy aquí podemos pasar por un bache, por un trastorno adaptativo, por una depresión, por cualquier problema de salud mental, y si no somos nosotros, podrían ser nuestros padres, nuestras madres, hijos e hijas, hermanos, hermanas, algún amigo o amiga o algún compañero o compañera de trabajo, y la forma en que tratemos a quienes están en esta situación tan difícil es un reflejo de cómo nos gustaría que nos trataran a nosotros mismos y a nosotras mismas si estuviésemos en su piel.

Para concluir, me gustaría leer un breve extracto del manifiesto del Día Mundial de la Salud Mental, un documento que cada año elaboran personas que forman parte de nuestro Comité Pro Salud Mental, dicho sea de paso, en la Confederación Salud Mental España. En el órgano de gobierno de la comisión permanente y en la junta directiva somos paritarios, hombres, mujeres, personas que dicen que tienen un diagnóstico y personas que no lo tienen. La salud mental y el bienestar deben ser una prioridad global. Gracias por escuchar nuestro mensaje, porque al escuchar desaparecen las barreras de incomunicación,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 25

desaparecen las cadenas y despertamos en un mundo nuevo, en el mundo del bienestar que todos queremos para todos.

Muchas gracias de todo corazón.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por la exposición. Empezamos por el portavoz de Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias a usted.

Yo aquí tengo un temor. Yo tengo una edad y podríamos pensar que para el Legislativo abolir un artículo es relativamente fácil sin existir las alternativas. ¿Cuál es su recomendación en este sentido? Creo que tendremos que recoger bastantes cuestiones del informe que nos anuncia y tendremos que trabajar sobre ello. Sobre todo, hablo del temor de que se hicieron legislaciones en los años ochenta y en los noventa, llegó una indefensión y eso llegó de rebote otra vez a los tratamientos biologicistas. ¿Cómo podemos hacer para que no se repita esa historia?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El siguiente es el Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Muchísimas gracias, señor González. Ha hecho una intervención que ha resumido bastante las comparecencias que hemos ido escuchando y creo que ha tocado diferentes temas en los que hemos ido trabajando en las distintas intervenciones.

Ha hablado de un estudio y nos ha dado diversos datos y quisiera saber si tienen datos concretos sobre las causas, es decir, si en este estudio se determinan cuáles son las principales causas. Después ha hablado del modelo de atención, destacando el psicosocial, evidentemente, y quería preguntarle su opinión sobre los programas de prevención. También quiero agradecerle que ponga el foco en el empleo, pues en nuestro grupo consideramos que es un tema importante. Y en cuanto a la preocupación por los jóvenes, querría saber cómo podemos profundizar. Se están dando nuevos paradigmas constantemente ante la situación de los jóvenes y me gustaría saber cómo podemos abordar ese tema.

Por último, ha hablado de la perspectiva interseccional. Creo que todos somos conscientes de que se necesitan más recursos y de que hay que fortalecer la atención primaria. En este caso, tenemos claras estas necesidades, pero también queremos saber si podría ayudar que existiera una mejor coordinación. La existencia de diferentes actores pudiendo actuar sobre una misma problemática, ¿cómo se podría abordar también? No solamente la parte de los recursos, que evidentemente compartimos, sino también una mayor coordinación en las políticas. En la primera comparecencia veíamos esta transversalidad y nos gustaría saber su opinión en relación con esto.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Es el turno del Grupo VOX.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, presidente.

Señor González, por supuesto, le agradezco su intervención y estudiaremos con interés su informe. Ha hecho usted un análisis detallado de la situación y tengo que decirle que en alguna cosa se puede llegar a discrepar. Sobre todo, hay que romper una lanza a favor de nuestros profesionales. Creo que la falta de medios es la razón de llegar tarde. Lo ha expresado antes, llegamos muy tarde. Es un tema que se puso encima de la mesa a raíz de la pandemia, pero lleva existiendo durante mucho tiempo y muchos gobiernos regionales con competencias no han hecho nada. La dejadez por parte de algunas administraciones regionales ha llevado al cierre de unidades de psiquiatría, al cierre de camas y a la pérdida de profesionales y eso ha agravado todavía más la situación y nos hemos encontrado con una situación muy grave.

Si algo podemos sacar en claro de todo lo que está pasando ahora mismo en torno a la salud mental es que por fin hemos eliminado el tabú del suicidio, esa palabra que no se atrevía nadie a decir. No sabíamos si podíamos hablar de ello o no, porque poner ese tema encima de la mesa quizá podía provocar, por así decirlo, un efecto llamada o una incitación. Y nos hemos encontrado con que, a pesar de que estamos hablando de salud mental, de que se está poniendo la salud mental encima de la mesa, a pesar de que se advirtió ya en el año 2020, cuando se trataron temas en muchos parlamentos regionales,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 26

usted ha constatado un aumento desde 2017 o 2018 de más de un 20%. El suicidio en España es un tema que tenemos que tratar y, aunque es muy delicado y complicado, nos tiene que concernir a todos. Estamos hablando de más de 4200 ciudadanos que deciden quitarse la vida; incluso serían muchos más porque algunos pasan por accidentes muchas veces.

Por mi parte, no me atrevería a ponerle ningún pero. Simplemente, quiero romper una lanza por los profesionales, que hacen lo que pueden con los escasos medios que tienen al no trabajarse en conciencia en temas tan complicados y complejos como la salud mental. Lo hemos visto en la comparecencia anterior, la visión de alguien que ha sufrido esa otra parte que muchas veces nosotros no vemos.

Le agradezco enormemente sus palabras, su intervención y su informe, que ya he dicho que estudiaremos con atención, y los animo a que sigan ustedes luchando y poniendo voz. Y, por supuesto, esta es su casa y puede venir las veces que haga falta.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Grupo Socialista, por favor.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Gracias.

Es evidente y se nota, aparte de los años que lleváis, desde 1983, que trabajáis con las federaciones, las comunidades, las familias y las entidades. Yo conozco bien FEAFES Extremadura y sé el trabajo que hacéis y lo cerca que estáis de las personas y de sus familias. Tal vez por eso puedes hablar con tanta claridad y poner de manifiesto toda esta columna vertebral, desde el empleo hasta la humanización, pasando por el modelo óptimo para mejorar.

Esta Comisión, como ha mencionado antes mi compañero, tiene la misión de estructurar los recursos, recursos que estamos viendo en estas comparecencias que están desordenados, siendo el desorden mayor o menor según a qué comunidad o territorio mires. Aquí quería felicitarte por ponerlo encima de la mesa; recogeremos todas esas aportaciones.

Apostáis por un modelo comunitario de atención a la persona con trastorno mental, un modelo que responda de forma integral tanto a las necesidades como a las expectativas. Pues bien, dentro de este modelo, quisiera hablar de la humanización; ya no solamente de todo ese trabajo que se está realizando para erradicar el estigma, sino de la humanización de las instalaciones y de las administraciones. Es muy interesante que las instalaciones se puedan renovar, porque se puede vivir mejor, es posible vivir mejor estando en una institución. Lo que no es normal es que todavía tengamos centros cuyas instalaciones son del año 1975 y que no se haya cambiado ni su modelo de trabajo ni la estructura física. Partiendo de esta reflexión, ¿qué propuestas planteas desde la confederación para mejorar la situación de las personas con trastorno mental grave? Para adaptar este modelo de atención centrado en la persona, ¿deberían ser obligatorios unos criterios regulados en un reglamento por una administración para que se cumplan los mínimos en todos los territorios o debería seguir dejándose a voluntad de las comunidades y de los directores de los recursos?

También quiero preguntarte por los centros penitenciarios y por el tratamiento que se realiza durante toda la fase del proceso. ¿La figura de los facilitadores procesales que has mencionado antes puede ser un garante de que se cumplan estos artículos que son difíciles de modificar, como el 763? ¿Podría ser alguien que vele por que se haga de una forma más segura o prestando más atención a las voluntades de ellos?

Centrándome en el enfoque de los derechos fundamentales, es evidente que el proyecto de vida es fundamental en todas las personas y afecta la salud en general: física, social y mental. Hay personas que tienen muchas dificultades para adquirir una vivienda digna y asequible y para aquellas que tienen una pensión no contributiva, en su mayoría no es que sea imposible, es que no se puede hacer. Por tanto, ¿qué propuesta tienes para que puedan acceder a una vivienda después de estar en un piso de inserción, por ejemplo? Y con esto quiero tocar también el tema del empleo, porque, evidentemente, no es que la tasa de actividad laboral sea menor, sino que sufren esa discriminación laboral y la baja no tiene una inserción principal. Nosotros nos esforzamos en los programas, tenemos muchas ideas, pero luego no tenemos esas empresas que realmente quieran realizar la inserción laboral y nos cuesta mucho trabajo porque no estamos formados tampoco. ¿Qué perspectiva o qué paradigma de cambio tienes en relación con la inserción laboral?

Y no mucho más. Quería hablar también de las personas mayores, del acceso de los geriatras a los centros de mayores y de la articulación de la red de recursos comunitarios.

Gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 27

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Turno del Grupo Popular.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Gracias, presidente.

Muchas gracias, Nel González, por estar aquí y aguantarnos hasta esta hora. Nosotros no estamos cansados, así que espero que usted tampoco. Es un ponente veterano —ya ha estado aquí y conoce la Comisión— y espero que por lo menos hoy se vaya de aquí pensando que la Cámara es lenta, pero avanza, que poco a poco vamos avanzando para poder conseguir nuestro pacto de salud mental, que es el objetivo que nos hemos trazado.

En primer lugar, quiero reconocer la larga trayectoria y el trabajo que vienen realizando, que los compañeros de la subcomisión ya han mencionado. Le han hecho preguntas específicas porque tiene mucha experiencia en integración laboral, en estigma, en todos los campos, y no quisiera repetirme, porque esto de preguntar la última es lo que tiene, que te van pisando todas las preguntas. Ya sabemos, porque tenemos unos cuantos ponentes a nuestras espaldas, que el modelo de atención tiene que adaptarse a las nuevas demandas asistenciales de la población —esto ya nos lo han ido explicando—, entonces, en ese modelo social de atención comunitaria, ¿qué papel juegan las asociaciones o qué papel debería tener la asociación, que no sea solo acogida e información, cuando ya han recibido un diagnóstico o cuando se están aproximando porque piensan que tienen un malestar, un trastorno o lo que sea? Antes o después del diagnóstico se acercan, la asociación siempre está ahí; pero en un modelo de atención, ¿qué papel podrían llegar a ocupar?

En el Grupo Popular nos gusta hacer una pregunta a todos los ponentes, y es que el objetivo de esta Comisión, entre otras cosas, para poder mejorar la atención, es conseguir un informe con el mayor consenso. Entonces, desde su punto de vista y su posición, ¿qué no deberíamos dejarnos atrás? O sea, si hay algo que no debemos olvidarnos de mencionar en nuestro informe, ¿qué sería, desde su punto de vista?

Nada más. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Le voy a rogar que conteste en no más de cinco o diez minutos.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA** (González Zapico): Es muy fácil contestar, porque las preguntas son muy concretas y ya estamos casi en familia.

El representante de Bildu me ha pedido una recomendación para que no se repita lo de hacer leyes y que después quede todo en agua de borrajas. Efectivamente, tiene usted razón, leyes en este país tenemos suficientes, hay que aplicarlas. Desde luego, lo único que hace falta es, según Salud Mental España, que se asignen los recursos económicos suficientes. La mejor ley de salud mental que se puede hacer en España es que la ley de presupuestos generales del Estado asigne recursos económicos suficientes para atender la salud mental. Por datos de gente solvente y conocida en nuestro país, podemos afirmar en Salud Mental España que desde el año 2008 al año 2024 hay una brecha de 4000 millones de euros para atender la salud mental, solamente esto, esa brecha, en tantos años. Reconociendo eso, habría que ponerse manos a la obra. Y como ustedes son los que legislan, si hay que implementar partidas económicas en la ley de presupuestos del Estado, habrá que ver que parta de la iniciativa —a lo mejor, no lo sé— de esta subcomisión. Eso, por una parte. Es decir, tenemos bastantes leyes; hay que poner medios.

En cuanto a la pregunta de la señora diputada de SUMAR sobre las causas, no las tenemos, pero sí tenemos la condición humana, como cualquier otra, y las causas son fáciles de identificar. Son diferentes en cada persona o en cada situación, pero siempre son, más o menos, las mismas, y son la falta de formación, de apoyo emocional y de orientación en el ámbito educativo; después, no ser capaz de organizar tu vida como te gustaría, porque somos humanos. Pero no lo dejo solamente en la responsabilidad de las personas, sino también de la sociedad y de los poderes públicos, porque la pedagogía se hace y ya sabemos que cuesta dinero, pero hay que hacerla; hay que invitar a la gente a que tomen el poder sobre su propia vida y que, además, crean en ellos mismos y tengan una capacidad. La salud mental y el bienestar, señorías, son un derecho, y si partimos de derechos, debe de garantizarlos el Estado. Nosotros somos parte de ese Estado y ponemos el dedo sobre la llaga.

Efectivamente, las medidas concretas de cómo apoyar el empleo de la juventud son muy difíciles, porque la salud mental es una cosa y en la juventud la dificultad es enorme. Vemos la precariedad que tenemos en el empleo y el poco interés que se tiene, a veces, en potenciar la Formación Profesional. ¿Por

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 28

qué todos tenemos que ser ingenieros si podemos ser unos magníficos fontaneros y ganar un sueldo muy digno? Ahí también hay mucho estigma y también hay mucha barrera que tenemos que poner encima de la mesa. Hablamos de la dignidad de las personas y hablamos de la dignidad de la gente, y la coordinación entre los actores es absolutamente fundamental, porque hay cantidad de recursos dispersos: hay un trabajador o trabajadora social en el ayuntamiento, está también el centro de salud, está la Atención Primaria, está la atención especializada, el movimiento asociativo...

La última pregunta —que me ha gustado mucho— que ha realizado la compañera del Grupo Popular ha sido sobre el papel del movimiento asociativo. Estamos todos juntos, todos en el mismo carro. Nosotros somos un movimiento que, por los datos de los que disponemos, tenemos capacidad para atender a casi medio millón de personas al año en España a distintos niveles. Somos un movimiento de acogida, sabemos mucho de salud mental, escuchamos a la gente, orientamos a la gente, protegemos en lo que podemos y damos la cara por ella, pero, sobre todo, defendiendo sus derechos. Daré otras respuestas antes de llegar a lo último que dijiste, que para mí es de lo más grave que tenemos en salud mental, que son los centros penitenciarios.

Señoría de VOX, es esa falta de recursos lo que ha hecho que se pierdan profesionales, que se pierda calidad, que se pierdan oportunidades y que esté la gente como está, con listas de espera, con un agobio increíble para los profesionales.

Yo también me felicito de que se hable del tema del suicidio, pero tenemos que saber que es una causa social y que tenemos que implicarnos todos, hablando y protegiéndonos unos a otros. Hablo, sobre todo, del ámbito profesional. Yo trabajé cuarenta y dos años en una empresa y, efectivamente, tuve compañeros —no había mujeres entonces— entre los que había mucha movida durante muchos años. Efectivamente, es absolutamente fundamental el apoyo, por una parte —como decía, también, Tomás López Corominas— entre pares, pero también entre nosotros, entre compañeros y compañeras de trabajo. Tenemos que apoyarnos, conocernos y, en vez de echar la zancadilla, echar una sonrisina a ver si podemos hacer alguna cosa unos por otros.

Nosotros somos entidad colaboradora del Estado, somos una parte de ese brazo del Estado. El Estado no puede llegar a todas partes y nosotros atendemos aquello que elegimos, que es a la gente que representamos. Apostamos por el modelo comunitario, porque creemos que es aquel que garantiza de verdad una realización de la gente. El otro es infinitamente más caro. Aquí, luego, hablará un profesional de psiquiatría que lo puede decir. No estamos inventando nada, pero en Alemania, que es la locomotora de Europa, el 85% de la inversión en salud mental se hace a través del modelo tradicional de hospitales, camas y demás. Nosotros creemos que eso lo podemos superar, porque aquí tenemos otra tradición, las familias son diferentes, la mujer tuvo acceso al empleo mucho más tarde y tenemos una idiosincrasia diferente. No podemos compararnos con Alemania, ni debemos porque somos mucho mejores que los alemanes en estas cosas; lo siento. **(Risas)**.

Una cosa que también explicaste muy bien es el tema de las instalaciones. No basta con atender a la gente, no basta con serlo, hay que parecerlo también, es decir, tienen que ser instalaciones modernas. Uno de los problemas más graves que observamos en Salud Mental España es que la gente joven no participa, porque cómo vas a hablar tú de salud mental a un rapaz o a una rapaza que están con el teléfono si los quieres llevar a un zulo. Llévalos a un sitio donde haya luz, donde haya juventud, donde la gente pueda hablar, pero a su nivel, que lo hagan ellos. Nosotros tenemos que poner los medios para que la gente joven se implique en la parte no solo personal, sino también social.

Sobre lo que has dicho de qué propuesta se haría para que fuera uniforme, efectivamente, eso es una cosa que también depende del Legislativo y depende de lo que vosotros propongáis. No se pueden hacer dieciocho modelos de salud mental, tiene que ser un modelo. Ya sabemos que están hechas las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, pero habrá que buscar un mínimo que mantenga esa cohesión, por lo menos que garantice que somos todos y todas iguales, o que nos llegue a todos.

Se ha hecho una pregunta terrorífica sobre centros penitenciarios. Los manicomios modernos en nuestro país son las cárceles. Yo también soy asturiano y en Villabona, prisión de alta seguridad de Asturias, me dijo la médica jefa de la prisión que el 35% de la población reclusa estaba tomando tratamientos psiquiátricos. Eso era en su día; no sé cómo estará ahora. Pero eso es una realidad. Es otra tragedia. ¿Por qué? Pues porque la ley está hecha como está y, si una persona en un brote empuja a un policía, es un atentado contra la autoridad y va a la cárcel. Y como esta hay muchas cosas que deberíais replantearos vosotros y vosotras, que sois los que podéis poner encima de la mesa papeles nuevos. Confiamos en vosotros.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 29

Los proyectos de vida y de acceso a la vivienda. Esto es algo que no depende de nosotros, también depende de los recursos, también depende de lo que se legisle. Y una cosa que también nombraste y que me parece fundamental es la gente mayor. Yo soy mayor, pero dentro de poco ya seré viejo y, entonces, ¿qué va a pasar? Que vamos a encontrarnos con lo que decía antes Tomás López Corominas; no habló del edadismo, pero es lo mismo. Se piensa que los viejos no valen para nada o valen cada vez menos, cuando a veces es dilapidar el talento. Hay que cuidar a la gente mayor, que no se sientan solos, y hay que aprovechar lo que nos pueden seguir dando, porque lo que nos dieron ya lo aprovechamos. Eso no es un acto de caridad, es una cuestión de justicia y de respeto por la dignidad humana desde que naces hasta que se te acaba la vida.

Ya dije antes del movimiento asociativo que somos gente que estamos ahí, que tenemos mucha capacidad de atención. En Salud Mental España tenemos sobre 4300 profesionales, tenemos muchas asociaciones y atendemos, escuchamos y orientamos. Una cosa de la que también tenemos que felicitarnos: hace poco tiempo, dos años, firmamos un convenio con la Embajada de México para atender a la población mexicana residente en España en nuestras asociaciones. Eso habría que hacerlo con todo el mundo, porque, después de todo, yo tengo la fortuna de no haber tenido que emigrar, pero si hay alguien que tenga un problema de salud mental, igual puede ser orientado, apoyado y escuchado por una asociación nuestra, como cualquier ciudadano o ciudadana española.

Lo más importante que nos queda de cara al futuro ahora sería cómo atendemos las nuevas demandas. En salud mental ya no es el padre o la madre desesperada con un hijo o una hija con psicosis, ahora llega gente a la que ni entendemos. Hace poco tiempo, el año pasado, en una asociación en la Comunidad Valenciana vi por primera vez niños en un escenario, por supuesto, con todos los requisitos cumplidos, y me dije: ¡Madre mía, madre mía, qué mundo! Yo miro para allá y ya no entiendo nada. La nueva realidad es tremenda, nos va a arrollar a todos, por eso tenemos que hacer una reflexión como sociedad civil y os pedimos a vosotros como legisladores que la escuchéis.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor González Zapico.

El señor **PRESIDENTE DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA** (González Zapico): Muchas gracias, presidente.

— **DEL 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 (ARANGO LÓPEZ). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000141).**

El señor **PRESIDENTE**: Pedimos a nuestro último compareciente, el doctor Celso Arango López, que se acerque a la Mesa. **(La señora López Tagliafico pide la palabra).**

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Presidente, quería excusarme, porque tengo que coger el tren y es el último, y, como tengo un peque muy peque, tengo que volver a casa. Discúlpeme, seguiré la comparecencia *online* o la recuperaré en otro momento.

Muchas gracias.

El señor **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** (Arango López): En relación con esta disculpa tengo que decir que, cuando me dijeron que tenía que intervenir, yo pedí venir el último, porque tenía que dar un máster que acababa a las tres y media de la tarde y no quería llegar tarde. Lo único que les pido es que la próxima vez que vayan al médico y se retrase media hora no se lo tengan en cuenta. **(Risas).**

Señor presidente, ¿sale la presentación aquí?

El señor **PRESIDENTE**: Estamos esperando al técnico.

El señor **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** (Arango López): Muy bien. Mientras tanto, les agradezco la invitación para estar aquí y, además,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 30

el hacerlo detrás de mi buen amigo Nel, con el que comparto muchísimas cosas; y, entre ellas, comparto que los problemas complejos no pueden tener soluciones sencillas, que deben de ser soluciones complejas y, en ese modelo biopsicosocial, debemos todos evitar caer en el reduccionismo.

Yo tenía muchas posibilidades de traer aquí temas que me preocupan, que me ocupan en el día a día en la sanidad pública, en la que trabajo, pero como he visto a los conferenciantes —los que hubo los primeros cuatro días y las personas que han intervenido hoy— he pensado que iban a hablar de sus aspectos más subjetivos, de los aspectos que tienen que ver con el funcionamiento en sus comunidades autónomas o el funcionamiento a nivel del Estado español, y he pensado que podía traerles unos datos que son alternativos o complementarios a estos. Lo que he hecho es traer una serie de datos objetivos de números y de porcentajes de cómo está el estado de la salud mental en España en comparación con el resto de Europa, porque yo creo que está muy bien el compararnos, sobre todo, con los países de nuestro entorno de la Unión Europea. El próximo miércoles tengo una comparecencia en Bruselas, en el Parlamento Europeo, donde voy a presentar estos datos en colaboración con el presidente de la Sociedad Europea de Psiquiatría. Yo creo que nos ayudan a ver una foto —porque cada uno decimos lo que decimos— para tratar de saber realmente dónde estamos con los datos crudos de los que disponemos. **(Apoya su intervención en una presentación digital).** Yo no sé si se ve. Se ve, ¿verdad? Otra cosa: no se fíen nunca de las personas que dicen que van a ser muy breves. Yo me voy a limitar —y lo voy a poner aquí— a diez minutos, para luego responder a sus preguntas.

¿Qué les voy a presentar? El índice de salud de la Unión Europea y del Reino Unido, veintisiete países de la Unión Europea y Reino Unido, con determinantes de salud mental desde el punto de vista individual, genético, tóxicos, personales, factores ambientales de riesgo, de protectores y el socioeconómico, el estado de la salud mental de la población en la prevalencia de los trastornos mentales en los distintos países en Europa, la tasa de suicidio o el impacto que tienen los trastornos mentales en los distintos países en Europa. Estas diapositivas luego las dejaré aquí para que ustedes puedan disponer de ellas. Y, luego, la capacidad de respuesta, ante toda esta problemática cómo están respondiendo los países en cuanto a recursos humanos, en cuanto a infraestructuras, recursos y también a todos esos determinantes y aspectos que tienen que ver con la sociedad, el trabajo y las escuelas o los colegios de los que hemos hablado tanto aquí. Les voy a dar una serie de pinceladas —el informe es mucho más amplio— de aspectos que yo creía que podían ser de interés. No se ve muy bien, pero yo se lo voy diciendo.

En consumo de alcohol estamos peor que la media, consumimos más alcohol que la media en un número de 10,5 litros anuales per cápita frente a 9,9, con 23 millones de personas que presentan trastorno por el uso de sustancias en Europa. En tabaco, en porcentaje de la población de más de 15 años que fuma diariamente, también estamos peor que en Europa, es un 18,5 para la media europea y es un 19,8 para España. Entre los factores ambientales que son predictores de riesgo de trastorno mental uno muy importante es el maltrato, el abuso y el acoso, y dentro de ellos hay uno que nos preocupa especialmente, sobre todo a los que somos psiquiatras infantiles como yo, el ciberacoso. En tan solo tres años en Europa el ciberacoso ha aumentado un 3% en chicos y un 3% en chicas, siendo mayor en chicas que en chicos. Ahora ya tenemos acoso que acompaña a los menores a su casa las veinticuatro horas del día, se mete con ellos en su cama y cosas que aparecen ahí no se borran y los acompañan toda su vida. Es uno de los factores identificados como de depresión, de ansiedad y un factor de riesgo de suicidio en menores.

Vivienda y hacinamiento, de lo que también se ha hablado aquí. Esto es cómo está España frente a la Unión Europea: el 16% de la población total que vive en malas condiciones de vivienda. Aquí —esta es una de las excepciones— estamos mejor —un 7,6— que la media europea, bastante mejor que la media europea, no así en tasa de hacinamiento. Hay personas que se van del medio rural, que viven en ciudades muy pobladas, y estamos con un 21% en la tasa total de hacinamiento, frente al 13,8% en Europa. Hemos visto algunos factores de riesgo en las diapositivas, que les voy a dejar. Yo enseñé algunas ahora, pero tenemos muchísimas más que quedan aquí a su disposición.

Pasamos a la prevalencia de los trastornos mentales. España tiene más trastornos mentales que la media de los países europeos. Aparece aquí una heterogeneidad importante que va desde el 20% de la población —uno de cada cinco— hasta aproximadamente uno de cada seis personas con trastornos mentales. Dependiendo de los países, algunos tienen los datos más actualizados y otros menos actualizados. En cuanto al impacto, tampoco tenemos buenas noticias, porque los años vividos con discapacidad por causa de trastornos mentales en la población total por cada 100 000 habitantes son mayores en España que en la media europea, 2644 años de vida perdidos por causa de trastornos de salud mental por cada 100 000 habitantes, frente a 2797 en España. Y hay algo que a mí me preocupa

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 31

especialmente y no estamos bien, de hecho, tenemos una mayor prevalencia de trastornos mentales en personas con menos de 20 años por cada 1000 habitantes, 172. A mí esto es algo que me preocupa realmente, y no puedo más que coincidir con lo que se ha dicho de que recibimos muy recientemente, con el Gobierno anterior, la aprobación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, y espero que también se apruebe en el futuro la de psicología, de la infancia y de la adolescencia, pero es donde tenemos un deber muy importante con estas nuevas generaciones, que además son —y se ha visto con la pandemia— especialmente vulnerables. Es cierto que se ha incrementado toda la incidencia y prevalencia de trastornos mentales, pero lo ha hecho fundamentalmente en segmentos específicos de la población, y mucho tiene que ver con adolescentes, especialmente con chicas adolescentes.

En suicidio estamos mejor. La tasa de suicidio por 100 000 habitantes es de 10,2%. En los países, por lo general, del sur de Europa es mejor; la tasa de suicidio en España es mejor, del 7,9%, y es cierto que ha habido una disminución generalizada, un 15% de reducción de suicidio entre el 2011 y el 2021, con un pequeño repunte con la pandemia. Muchas de las cosas que yo he oído hoy aquí son exactamente igual de aplicables para el resto de la medicina. Cuando las personas con una patología dicen que ellos tienen sufrimiento y el médico hace un diagnóstico, cuando la persona sufre dolor, sufre una tumoración, sufre una inmovilidad funcional, sufre una alucinación, el médico lo que hace es diagnosticar, y dice: Esta tiene un cáncer de mama, este tiene una artritis reumatoide, este tiene una cefalea y este tiene una esquizofrenia. Son cosas que trascienden más allá de la psiquiatría a otras áreas de la medicina, por ejemplo, el tema de la contención mecánica, que es muy preocupante. En nuestro hospital tenemos un proyecto de tendencia a la contención cero, pero cuando se hace un corte transversal un día en un hospital general, en cualquiera —el mío, que está a dos kilómetros de aquí, en un hospital público grande—, el porcentaje de contenciones mecánicas que son aplicadas en psiquiatría no pasa del 10%. La mayor parte de las contenciones mecánicas están en la urgencia, están en los despertares, están en geriatría, están en medicina interna, están en otras muchas especialidades. Quiero decir que, como aquí estamos hablando de lo nuestro, tenemos que hablar de lo nuestro, pero que no perdamos la visión de que muchas de las cosas de las que estamos aquí hablando son comunes a otras áreas de la medicina.

Un aspecto que para la Organización Mundial de la Salud es importante es que el problema está en los recursos. Efectivamente, siempre faltan recursos para todo; pero en salud mental un aspecto algo más diferencial con respecto a otras especialidades médicas, por el tabú, por el estigma, por la vergüenza, por todo esto, más incluso que la falta de recursos es la falta de accesibilidad. Hay mucha gente que no accede a recursos existentes. Y no lo hace, ya digo, por problemas socioeconómicos, por listas de espera, pero también por ese tabú. Aquí aparecen los motivos por los que las personas no acuden, y en España estamos peor que la media. Personas que declaran que ellos o sus familiares encontraron dificultades para acceder a la atención a la salud mental representan un 31% o un 32%, frente al 25% de la Unión Europea, y eso es algo en lo que también debemos trabajar.

Sobre recursos humanos, yo creo que lo hemos dicho todos. Seguro que si invitan a un cardiólogo dirá que faltan recursos y que falta personal. Todos, porque todos nos miramos el ombligo y miramos lo nuestro. Por eso es importante compararnos con otros, porque aquí hay un dato objetivo: la ratio de profesionales dedicados a la salud mental es menor en España que en otros países europeos, y ese es un dato objetivo. ¿Faltan psicólogos clínicos? Desde luego. ¿Faltan psiquiatras? Desde luego. Pero las dos de estas cuatro especialidades que más faltan son psiquiatras infantiles y enfermeras en salud mental. Tenemos un déficit de enfermeras en salud mental que es incluso mayor que el de psiquiatras o el de psicólogos clínicos, como aparece en los datos que tienen ustedes en la pantalla y que les voy a dejar.

Otra cosa importante y también objetiva es que yo no puedo comparar cuánto dinero destina Alemania a la salud mental con el dinero que destina Chipre o España, porque hay países que tienen mucho dinero, una renta per cápita muy alta, y otros que tienen menos dinero. Pero sí puedo comparar el interés que supone la salud mental para un país o para otro comprobando en el gasto sanitario qué porcentaje va a la salud mental, porque eso sí me dice cómo de importante es para quien decide dónde van los dineros la salud mental frente a otras áreas de la medicina o problemas que pueda tener una sociedad. Y aquí también estamos peor frente a países como Francia, con 15, y Alemania, con 11 o 10. Esto no es dinero, esto es porcentaje del gasto sanitario. La media es 5,7 y en España estamos destinando un 5. ¿Eso qué dice? Simplemente dice que se han priorizado, en el caso de la medicina, otras áreas de la medicina. Yo no digo que esté bien o mal, digo que estamos por debajo de la media en Europa.

A mí hay algo que me preocupa muchísimo —se ha dicho aquí—, y es que los trastornos, las patologías, no son distintas. Un trastorno obsesivo compulsivo en Suecia o en España, una esquizofrenia

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 32

o un autismo son igual de distintos que los que pueden tener dos personas en la misma ciudad o tratados en el mismo hospital. ¿Pero por qué? Porque hay países donde el porcentaje de personas con trastorno mental empleadas, teniendo en cuenta la tasa de desempleo de ese país, es más alto, tienen más facilidad para el empleo en unos países que en otros, y en España estamos los penúltimos. ¿Por qué? Yo creo que tiene mucho que ver con esa filosofía que tenemos en nuestro país de que aquí, o uno está perfectamente sano para trabajar, o no trabaja nada, cero por ciento o cien por cien, y eso perjudica al empleo protegido, perjudica a personas que necesitan supervisión y que no pueden trabajar autónomamente igual que lo harían si no tuviesen ese trastorno mental, pero seguro que son más productivas y, desde luego, tienen una mejor calidad de vida si trabajan que si no trabajan.

Tenemos una tasa de abandono escolar debida a trastorno mental mayor que la media europea. Un 13,3% de los niños que abandonan el colegio lo hacen por tener un trastorno mental, y en España es el 16,5%. Eso dice algo y es que, a través del sistema educativo, no estamos dando respuesta a niños con necesidades educativas especiales: con TDH, con autismo, con discapacidad intelectual, con lo que sea.

Voy acabando. Aquí se recoge de forma resumida la capacidad de respuesta a las necesidades de las personas con trastornos mentales de la sociedad en prevención de suicidio, concienciación antiestigma, promoción de salud mental, preparación antidesastres, y en España tenemos campañas contra la concienciación antiestigma. Yo no sé qué pasará en el año 2025 ni sé qué presupuesto tendrá, pero a día de hoy no hay un plan nacional de prevención del suicidio en España como lo hay en otros treinta y ocho países, según la OMS, en el mundo. La promoción de la salud mental parental—maternal es deficiente y la preparación antidesastres también. Y cuando comparamos los distintos países, aquí los que están en la parte de arriba son los que tienen mejor respuesta en la sociedad, en los colegios y en el trabajo, o sea, que es bueno estar en la parte de arriba. Los que están a la derecha son los que tienen más respuesta a las necesidades de cubrir el sistema sanitario: profesionales, recursos asistenciales, etcétera. Lo mejor es estar en el cuadrado de arriba a la derecha. Efectivamente, hay otros que están peor que nosotros, pero nosotros estamos en el cuadrado de abajo a la izquierda, que es donde no queremos estar.

Cuando comparamos la evolución desde el año 2021 a 2024, en todos los países de la Unión Europea se han hecho muchas cosas. En España también se han hecho muchas cosas, entre otras, aprobar una estrategia nacional de salud mental 2022/2023, que costó muchísimos años, pero, al final, se pusieron de acuerdo el tercer sector, profesionales, sociedades científicas, etcétera. Yo, cada vez que oigo que van a reformar o a cambiar la estrategia, que acaba en 2026, me echo a temblar, porque, claro, acaba en 2026, pero lo importante de las estrategias no es hacerlas, es cumplirlas y medirlas y ver qué fue bien y qué fue mal. O sea, que esto de adelantarnos a los años solo porque cambian las personas del Gobierno a mí me pone realmente muy nervioso. Y como todos han puesto más dinero en salud mental porque esto es algo que ha estallado no en España, sino en todo el mundo, la realidad es que en España hemos perdido en estos últimos años un 0,3, lo cual no significa que no haya habido más inversión, estos 100 millones de euros, sino que ha habido relativamente menos inversión que en otros países. También es cierto que aquellos que de inicio estaban peor son los que porcentualmente han incrementado mejor.

Dedico los últimos dos minutos a hablar de prevención. Prevención, prevención y prevención. Se pueden prevenir los infartos de miocardio, se pueden prevenir los melanomas, se pueden prevenir los accidentes cerebrovasculares, se puede prevenir el cáncer de mama, también se puede prevenir la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo, el autismo, la esquizofrenia, la discapacidad intelectual y el suicidio. No hay ni un solo trastorno mental del cual no se pueda hacer prevención primaria. ¿Por qué? Porque conocemos ya muchos factores de riesgo y muchos datos de resiliencia y el London School of Economics —los especialistas en economía de la salud— nos dice que determinadas intervenciones no solo son eficaces, sino que son coste efectivas. Por formar a los médicos de atención primaria en detectar ideación suicida, por cada libra que se invierte, el sistema público recupera 43 libras; por poner barreras en los sitios donde se suicida la gente, 54 libras por cada libra invertida; por poner programas de aprendizaje socioemocional en los colegios dedicados a reducir los trastornos de conducta, 83 libras; por tener programas de prevención en primeros episodios psicóticos, por cada libra invertida, 18 libras de retorno. La realidad es que, en España, a excepción de Navarra, País Vasco y Cataluña, en el resto de la población y en el resto de las comunidades autónomas, si tiene un primer episodio psicótico, no está cubierta en su totalidad la atención por un grupo multidisciplinar de personas que aborden ese primer episodio psicótico.

Por eso, si tuviese que priorizar, y como sé que me van a preguntar sobre priorización en prevención, diría lo mismo que dicen nuestros colegas ingleses: formación en salud mental en los profesionales

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 33

sanitarios, educación parental, programas de antiacoso escolar en los colegios, aprendizaje socioemocional en las escuelas y ejercicio físico, que son coste eficientes; en adultos, intervenciones psicológicas breves e intervenciones en los lugares de trabajo, y en personas mayores, reducir el aislamiento no deseado, aislamiento que está llegando ya también a la infancia y a la adolescencia. Vivimos, paradójicamente, en un mundo que nunca estuvo tan globalmente conectado y nunca ha habido tantas personas que tengan aislamiento no deseado como tienen ahora. Otros Gobiernos están poniendo incluso ministerios del aislamiento, direcciones generales, secretarías de Estado, etcétera.

Todo esto, además, debemos hacerlo —esta es mi última diapositiva— sin olvidarnos de las necesidades de las personas con trastorno mental grave, que están ahí y son muchas, y no podemos medicalizar, psiquiatrizar o psicologizar los problemas de la vida diaria. Están ahí y los sufrimos todos, y cuando se muere un familiar, todos tenemos pena. Y podemos hacer prevención, pero siempre —y antes me ha gustado mucho la pregunta de cuál es la alternativa— pensando que hay personas con muchas necesidades, con trastornos mentales graves, más de un millón y medio de personas, que son o deben ser las prioritarias.

Política orientada a contar con recursos humanos, que sean al menos la media —no pido más— de la Unión Europea. Respecto a la intervención precoz, solo podemos hacer intervención precoz si hay detección precoz. Ha habido revoluciones diagnósticas en nuestra especialidad y yo creo que es necesario hablar de ellas. Yo, hace quince años, era capaz de identificar la etiología, la causa última de una discapacidad intelectual o un autismo en un 1% de los niños que veía: X frágil, síndrome de Down en algunos casos y poco más. Hoy en un niño con discapacidad y autismo la rentabilidad diagnóstica de una secuenciación del genoma o del exoma —esa prueba genética— llega al 40%. Ya les gustaría a otras especialidades médicas tener pruebas que tuviesen ese porcentaje. Ahora en algunas comunidades autónomas se están haciendo esos test diagnósticos y en otras no se hacen, y eso depende también mucho de los gerentes, etcétera.

También hay que poner el énfasis en la salud mental en la población infantojuvenil, nos jugamos el futuro, y hacerlo a través del aprendizaje socioemocional en las escuelas que fomente, entre otras cosas, aparte de que aprendan empatía, a pedir ayuda y a darse ayuda unos a otros, el pensamiento crítico alejado de dogmas y alejados de cualquier tipo de adoctrinamiento.

Con esto, concluyo.

El señor **PRESIDENTE**: Empezamos con EH Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Quiero agradecerle su comparecencia, porque para situaciones complejas no hay soluciones sencillas, pero la exposición suya ha sido muy clara. No le voy a hacer ninguna pregunta concretamente de esto, porque yo creo que el panorama y las tareas las tenemos bastante claras.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Algún pequeño comentario por SUMAR? (**Denegaciones**).

Señor Arango, por lo que ha contado, básicamente parece claro que simplemente acercarnos a la media europea en todos los procesos y en todos los procedimientos es un elemento previo a cualquier otra cuestión. Así pues, sin tener que inventar la cuadratura de la rueda, simplemente aplicar las medias europeas parece ser un primer paso imprescindible, es decir, que no hay atajos en esta cuestión. (**El señor Ruiz de Pinedo Undiano: No te hemos oído**). Perdóname. Digo que no hay atajos, en el sentido de que un primer paso imprescindible y necesario es aplicar procedimientos y medias europeas, de tal forma que recorramos todo ese camino que tenemos de distancia con Reino Unido, con Alemania o con Francia; con nuestros medios distintos y nuestra sociedad con sus peculiaridades, alcanzar esa media europea en todos los aspectos parece un paso previo e inmediato antes de grandes discusiones sobre si la rueda es redonda o es cuadrada.

VOX, por favor.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, presidente.

Quiero agradecerle también al ponente la exposición tan clara y concisa que ha hecho y, por supuesto, el trabajo que usted hace particularmente en el hospital, sobre todo en el área que lleva de psiquiatría infantil y adolescente. Ha mencionado un tema, el ciberacoso y acoso escolar, que usted ha dicho que es algo que entra y se queda para siempre, y es algo que yo puedo confirmar. En una persona que sufre un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 34

acoso escolar severo continuado es un estigma que continuará porque siempre tendrá esa semilla plantada dentro de él de no quererle a sí mismo muchas veces.

Me preocupa cómo podemos atajar este ciberacoso infantil, aparte de que los padres estén muy muy encima de sus hijos, aunque eso muchas veces conlleva un enfrentamiento entre los padres y los hijos por el control de los móviles. Asimismo, en qué forma podemos ayudar a los docentes, al personal sanitario o incluso a los padres para poder defendernos ante esta situación nueva con que nos hemos encontrado como puede ser el ciberacoso infantil y si tenemos algún estudio o datos actuales sobre la incidencia que está teniendo en la población el tema del ciberacoso, porque no sé si está el dato o si lo puede facilitar a la subcomisión y se lo agradecería. Se lo agradecería y creo que sería también un punto de partida importante. Usted me ha escuchado decir que llegamos muy tarde en muchos aspectos. Yo creo que esto, al ser novedoso, sería interesante que una de las prioridades fuera poder atajar esto antes de que se convierta en una auténtica pandemia en el ámbito de nuestros hijos.

Nada más. Simplemente, quiero agradecerle por supuesto la comparecencia que ha tenido y la deferencia de estar a estas horas aquí, tras un día tan largo, y animarle a contarnos, exponernos y compartir toda la información que usted considere y, sobre todo, quiero agradecerle de nuevo el trabajo que usted desarrolla en su hospital, especialmente el que realiza con esos niños y esos adolescentes que muchas veces se ven solos y desprotegidos y que muchas veces tienen una soledad, que ya le digo yo por experiencia que es incomprensible.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, David.
El Grupo Socialista, por favor.

El señor **CAMINO MIÑANA**: Buenas noches, ya.

Primero, querría agradecer la paciencia con los horarios que hemos tenido y, sobre todo, agradecerle esta magnífica exposición.

Yo quería comenzar también con la reflexión de que, cuando todo es salud mental, no lo es nada. A veces, hay que priorizar los conceptos y hay que saber formarse, sobre todo las personas que estamos en esta Comisión, sobre cuáles son las recetas y huir de populismos, para hablar de temas que pueden manosearse y pueden al final caer en una cuestión únicamente diagnóstica a la que no se le pone ninguna solución. Por eso, yo quiero hacer una pregunta e intentar ir directamente a dos ámbitos.

Primero, el ámbito de la digitalización y las redes sociales. Vivimos en un mundo en el que ahora hay una convivencia puramente digital en muchos de los casos, sobre todo en las personas que son nativas digitales, personas que se han educado y se han formado con un móvil en la mano y que han obtenido los conocimientos de la socialización o la información en unas redes sociales o en unas plataformas digitales. Esas plataformas digitales, la Organización Mundial de la Salud aún no ha acreditado que afecten o aceleren procesos de trastorno mental o de problemas psicológicos o psiquiátricos. Entonces, yo quiero saber cómo podemos adelantarnos a esto, porque estoy seguro de que dentro de unos años ese va a ser el gran drama del futuro y creo que debemos, como políticos, adelantarnos al presente y, por otra parte, también intentar acertar en retos que existen en las escuelas, pero también en las universidades o en centros de formación profesional en cuanto al aprendizaje emocional, porque también se dicen muchas cosas y ha acabado usted la intervención diciendo que hay que salirse un poco del esquema de lo que se está entendiendo por cuestiones de aprendizaje emocional, de si nos queremos a nosotros mismos. Son temas que a lo mejor no van a la raíz del problema, que es enfrentarse a un mundo en el que hay digitalización, en el que hay problemas, en el que hay retos y a veces se nos escapan más cosas de nuestro control. En un mundo en el que estamos todo el rato, y en esta casa sobre todo, llenos de ruido, porque a veces participar en política nos cuesta la propia salud mental también, agradezco que haya personas como usted y como todos los comparecientes, que, al menos, arrojen un poquito de luz en este ambiente oscuro y dentro de poco más oscuro porque ya se hace de noche.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Por favor, tiene la palabra el Grupo Popular.

La señora **NAVARRO LACOB**A: Muchas gracias.

Bienvenido, doctor Arango, a su casa, porque esta no es la primera vez que viene. Ha participado en muchísimas ocasiones y nosotros estamos honrados de tener a un profesional de su categoría esta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 35

tarde en esta Comisión, que va a recoger una serie de recomendaciones consensuadas que intentaremos hacer llegar al Poder Ejecutivo para que ese sea el germen y la semilla de un futuro, si puede ser, pacto de Estado en materia de salud mental. Pero quiero, sobre todo, agradecerle su calidad humana, por el compromiso que tiene con las políticas públicas de su país para venir siempre hasta aquí a aportar su grano de arena.

Desde luego que nos ha hecho una demostración comparada de datos con otros países de Europa y yo quería poner esta tarde el acento en que usted es uno de los mejores psiquiatras de Europa y también el cuarto español que ingresa en la Academia de Medicina de Estados Unidos, para que, a la hora de recoger las recomendaciones, tengamos también en cuenta el valor de aquellos que nos las traen hasta aquí, con qué mérito y dedicación vienen. Quería destacar también el impulso tan importante que lideró para la creación de la especialidad de psiquiatría infantojuvenil.

Es verdad que hemos mejorado y, como yo sabía que iba a traer esta tarde datos comparados con otros países de Europa, también había preparado unos datos, en este caso cuánto nos cuesta, y así lo tiene especificado la OCDE, cuánto cuesta a cada uno de los Estados todos los gastos implícitos que lleva derivado un enfermo o paciente de salud mental no solo para el ámbito sanitario, sino para el coste de la vida diaria en materia de educación, gastos laborales, indirectos, etcétera. Esto supone para la Unión Europea el 4 % del producto interior bruto del presupuesto europeo y para España también es superior, es el 4,2%. Por eso, pese a las recomendaciones que aquí se hagan, lo más importante es el presupuesto general y, sin duda, si no se pone ese montante económico, las recomendaciones se pueden quedar en agua de borrajas.

Nosotros hemos visto que ahora, en la formación especializada médica para el próximo año, en la convocatoria de formación sanitaria especializada apenas tenemos dieciocho psiquiatras infantojuveniles. Teniendo en cuenta que hemos subido el número de consultas en materia de psiquiatría de 14 000 a 26 000 desde el año 2010 al 2021, y que en el 80 % de estas el incremento ha venido en la edad infantojuvenil, quería que hiciese una estimación a este respecto y cuál es el número de psiquiatras infantojuveniles que le faltan todavía a España y el número de enfermeras especializadas, puesto que este año la convocatoria solo recoge veintiuna, y esto será lo que nos permita acercarnos a ese montante económico que hay que poner en las partidas del presupuesto general del Estado.

No ha hablado de ello, pero a nosotros nos gustaría también preguntarle si cree que la ideología de género está influyendo negativamente en la labor científica que se hace en la psiquiatría y la atención clínica, al ser las niñas, más que los niños, las que están dando lugar al aumento de las consultas en materia de psiquiatría. Le planteo hasta qué punto está incidiendo esto y si cree que es importante que el informe final recoja también una recomendación a este respecto.

Muchas gracias.

El señor **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** (Arango López): ¿Puedo responder?

El señor **PRESIDENTE**: Por supuesto.

El señor **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** (Arango López): Muchísimas gracias por todas las preguntas recibidas.

Al representante de Bildu, que no me ha hecho ninguna pregunta, sí quería decirle que me ha parecido muy pertinente la pregunta que ha hecho él al anterior compareciente, que es que, antes de hacer algo, asegurémonos de que hay una alternativa viable. Porque está muy bien cerrar los psiquiátricos, pero si los cerramos y mandamos a las personas con trastorno mental grave a la calle para que se mueran de hambre, de frío o los atropelle un coche, no es lo mejor, y eso ya lo hemos vivido. Antes de hacer algo, por favor, asegurémonos de que hay una alternativa viable que es mejor que la que se está utilizando.

De garantías jurídicas y tratamientos experimentales también podría hablar mucho, y hay otras muchas personas, porque al final, ¿quién es el responsable legal del suicidio si sucede algo? Es un tema muy complejo del que habría que hablar mucho. También lo que es importante es que escuchen ustedes en primera persona cosas que son objetivas. Aquí puede venir cualquiera y decir: Bueno, es que no se escucha, es que no se hace... Yo trabajo en un hospital, el Hospital Gregorio Marañón de la Comunidad de Madrid. El Hospital Gregorio Marañón tiene una unidad de hospitalización de puertas abiertas donde

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 36

no se encierra a las personas, está ahí, es comprobable. El Hospital Gregorio Marañón tiene una comisión de usuarios donde escuchamos y hacemos partícipes a más de veinticinco asociaciones de pacientes en primera persona y asociaciones de familiares, y forman parte de las decisiones que tomamos; y mi hospital les aseguro que no es el único en España, hay otros muchos en distintas comunidades autónomas donde esto ya se está haciendo, afortunadamente. Lo digo para que no se lleven una impresión de que todo se está haciendo fatal y que se está maltratando a las personas que padecen cualquier patología médica o, en este caso, algún trastorno mental.

En cuanto a la pregunta de VOX, a mí me toca mucho el corazón porque nosotros llevamos ya varios años publicando artículos, el último en JAMA, sobre el acoso escolar. El acoso escolar es una lacra que, igual que el resto de trastornos mentales que he dicho antes, es absolutamente prevenible, y los estudios dicen que se puede pasar de unas tasas habituales del 25% al 10 o al 15%, una reducción significativa, lo cual no significa que, hagamos lo que hagamos, lo vamos a conseguir parar, pero sí disminuir mucho. Lo mismo sucede con el suicidio, porque también hay suicidio que no está relacionado con el trastorno mental. Hay distintos abordajes que se están llevando a cabo en Cataluña o en el País Vasco y nosotros aquí, en la Comunidad de Madrid, tenemos un programa de salud mental en las escuelas, donde profesionales de la salud mental, psiquiatras infantiles, psicólogos clínicos y enfermeras de salud mental forman un equipo, cada uno de ellos tiene veinticinco colegios y el hospital ni lo pisan, ni el centro de salud mental, ni se ponen bata ni nada, y trabajan con los equipos directivos de los colegios, con los educadores, con los orientadores y hacen prevención primaria, prevención secundaria, etcétera. Es algo que no hemos inventado nosotros, que se hace en el Reino Unido, en Suecia y en otros países de Europa desde hace muchísimo tiempo. Muchas veces existe una disociación entre lo que las personas dicen que habría que hacer, pero luego no se hace...; pues sí se está haciendo. Yo le digo que en el área sanitaria que cubre nuestro hospital todos los colegios que lo han querido están cubiertos con programas específicos ambulatorios comunitarios de profesionales que trabajan allí, en los colegios, que es donde nos dice la Organización Mundial de la Salud que hay que hacer tratamiento, donde están las personas. En el caso de los niños, en los colegios, donde pasan ocho horas al día, cinco días a la semana.

Y hay muchas otras formas, y una muy sencilla de reducir el acoso escolar es trabajar la empatía. La mayor parte de los niños que son acosadores lo hacen porque no saben cuál es la gravedad de las consecuencias de lo que están haciendo y, cuando por vídeos y por *role playing*, etcétera, son ellos los acosados y se sienten muy mal y saben que haciendo eso el otro puede tener trastornos mentales e incluso aumentar el riesgo, y ven lo mal que lo pasan, la mayor parte dejan de hacerlo. Simplemente con la empatía. Hay cosas muy sencillas para reducir el acoso escolar, como cenar en familia. Las familias que cenar juntas y se habla en la cena de cómo ha ido el día en el cole —algo que ustedes hoy no me van a permitir hacer con mis hijos— y se dice qué cosas van bien o van mal, esos niños tienen menos acoso escolar. Hay formas de reducir el acoso escolar que, ya le digo, no son nada caras y no suponen ningún aumento en los presupuestos.

No puedo estar más de acuerdo en que si todo es psiquiatría, si todo es psicología, si todos son trastornos, entonces no lo es nada. Ahora también escucho a determinados políticos decir una cosa y la contraria y es muy difícil defender una cosa y la contraria. Alguno lo consigue, pero algunos dicen: No se puede psicologizar ni psiquiatrizar los problemas de la vida diaria, el desempleo, la falta de vivienda, el esfuerzo. Todos sufrimos cuando las cosas no van bien. De hecho, si usted ve la prevalencia de los trastornos mentales, hay países muy ricos donde hay muchos; de hecho, la riqueza es un factor de riesgo, por ejemplo, para trastornos de la conducta alimentaria o para determinados tipos de suicidio, más impulsivos cuando la gente se arruina, mientras que en otros estratos socioeconómicos mucho más bajos aumenta, por ejemplo, la esquizofrenia, que tiene una relación bidireccional. Yo estoy de acuerdo con la primera postura, respecto a psiquiatrizar o psicologizar los problemas, uno no puede ir al psicólogo o pedir un psiquiatra porque tiene una mala noticia y lleva tres días sin dormir o está triste, tampoco puedo decir cada vez que sucede algo malo que yo tengo que dedicarme a esto, porque esto es el problema de la salud mental, no sé si me explico.

El tema de las redes. Hoy he estado en un acto como patrono nuevo de una fundación que se llama Fundación SOL, que es precisamente para esto. Esta es una cosa que nos afecta en todo el mundo, no es una cosa del Estado español. Pregunta usted: ¿Cómo podemos adelantarnos? Uno de los grandes problemas que tenemos es que cada vez nos cuesta más adelantarnos porque los cambios son tan rápidos que van por delante de nosotros, por delante de la legislación. Es como un medicamento, uno hace el ensayo clínico en fase 2 o 3, pero cuando lo saca al mercado ve que hay muchos efectos secundarios que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 37

no había detectado antes. Eso nos está pasando ahora, pero pasa de forma más rápida, por ejemplo, con las nuevas tecnologías, la digitalización y las redes sociales. Yo creo que lo importante son dos palabras: complementario y alternativo. Estas son técnicas que deben ser complementarias, pero no alternativas; no deben ser una alternativa, para que los padres puedan estar tranquilos que al niño de uno, dos o tres años se le ponga la pantalla delante; o que, en lugar de jugar al balón, a la comba o al escondite, estén todos jugando en red; o que en lugar de hacer ejercicio... No son alternativas, deben ser complementos, y hay que sacarle su parte buena, que la tiene, y la parte de riesgos, de los que cada vez sabemos más y conocemos más, y no nos olvidemos de que la industria que está detrás de esto se dedica a ver cómo puede conseguir que esto sea cada vez más adictivo. Hace tres años, nosotros no teníamos un centro de adicciones comportamentales. En el Gregorio Marañón, por ponerles el ejemplo de lo que yo conozco, porque es mi servicio, tenemos un centro de adicciones comportamentales para tratar a niños y adolescentes con adicción a los videojuegos, ludopatía, a las apuestas, a la pornografía y a las compras compulsivas. Hace años no existían las tecnologías y ahora están ahí y se han convertido en un riesgo más.

Tenemos que ser capaces de utilizar el conocimiento, la ciencia y la evidencia, que ya digo es escasa, para luego poder regular. Muchas de las cosas que se han dicho aquí me han recordado cuando Hipócrates, el del juramento hipocrático, decía: Solo hay dos cosas, ciencia y opinión; la ciencia engendra conocimiento y sabiduría y la opinión engendra desconocimiento y falta de sabiduría. En este caso, la evidencia es mayor, pero sabemos lo nocivo que es el mal uso, no el uso, el mal uso de las pantallas, de las redes sociales. Los niños antes de cinco años no deberían estar expuestos a pantallas; entre seis y doce años debería ser una exposición limitada, controlada, supervisada en el tiempo y de contenidos, y entre trece y diecisiete años con contratos, con horarios, no antes justo de acostarse, no en el momento de las comidas, de las cenas, de las relaciones familiares, y también con algún tipo de control. Eso es lo que dicen las sociedades científicas internacionales.

Aquí volvemos a lo de siempre. Cuando las cosas vienen mal dadas, los más débiles son los que más sufren. Cuando viene una crisis económica, sufren más los más débiles; cuando viene el COVID, sufren más los débiles, y con el tema de las pantallas hay una relación bidireccional con los trastornos mentales. El mal uso de las nuevas tecnologías produce trastorno mental, pero es que los niños y adolescentes que ya tienen un trastorno mental —trastorno de conducta alimentaria, TDH, autismo, etcétera— tienen más riesgo de sufrir los aspectos negativos de esas nuevas tecnologías, y es algo a lo que tenemos que prestar atención.

¿Cómo no tenemos ya en Europa una forma de identificación inequívoca de quién está haciendo *ciberbullying*, o invitando a un menor a que se desnude o a quedar con él para violarlo? Si nos dicen hace más de diez años que iba a existir la posibilidad de tener un pederasta en nuestras casas las veinticuatro horas del día —y da igual las puertas que pongamos, los cerrojos o la seguridad que pongamos, porque se cuelan por donde se cuelan—, no nos lo hubiésemos creído; el *ciberbullying* y otras muchas cosas, pero es la realidad. Cuando yo voy conduciendo un coche me paran y tengo que enseñar el carné de conducir, tengo que identificarme. El que bajo el anonimato la gente pueda hacer todo este tipo de cosas yo creo que no es permisible, y mucho menos con menores, y ahora la tecnología permite hacer una identificación inequívoca de cada menor que entra en Internet, con restricción de contenidos y con persecución de aquellas personas que hacen cosas que son delictivas. Yo creo que es un melón en el que me consta que se está trabajando pero que puede producir más daño del que pensamos.

Termino ya con el Grupo Popular, en relación con lo que han buceado en la web de noticias recientes. Las enfermedades del sistema nervioso central, incluidas neurológicas y psiquiátricas —salió hace cuatro, cinco o seis años en *Science*—, producen gastos directos e indirectos, más indirectos que directos, de 950 billones —con *be*— de euros al año. En cuanto a los trastornos mentales —un aspecto fundamental, no lo he dicho, pero creo que es muy importante—, en todos los trastornos mentales, el obsesivo compulsivo, la depresión, el autismo, los trastornos adaptativos, la esquizofrenia, el bipolar, todos, la edad media de inicio son 14,5 años. Son patologías que, a diferencia de otras patologías médicas, afectan a personas muy jóvenes. De hecho, la Organización Mundial de la Salud dice que entre la franja de diez y treinta años el 90% de toda la discapacidad producida por enfermedades es atribuible a problemas de salud mental, a trastornos mentales, cosa que naturalmente no sucede. Las personas mayores también tienen, pero, como tienen otras muchas enfermedades y otras patologías médicas, ese porcentaje es del 1% o el 2%, pero entre la franja de diez a treinta años, de toda la discapacidad producida por causa de enfermedad médica, el 90% son trastornos mentales.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 165

18 de septiembre de 2024

Pág. 38

En cuanto al número de personas que se necesitan, yo soy presidente de la Comisión Nacional de Especialidad en el ministerio, soy el único psiquiatra que tiene un cargo que es elegido de abajo arriba, que me han elegido el resto de mis compañeros, no tengo un cargo político, y lo que le tengo que decir es que necesitamos más recursos humanos y la pelota está en el tejado de las comunidades autónomas, que tienen que acreditar unidades docentes para que el ministerio las pueda aceptar. ¿Cuántos? Lo hemos publicado en el Libro Blanco de la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, aproximadamente un 20% de los psiquiatras se dedican a la psiquiatría infantil, y eso hace que necesitemos alrededor de 1200 psiquiatras infantiles en este país. Recientemente, con la nueva especialidad, se han otorgado cerca de 850 o 900 títulos.

Y en cuanto al tema del género, creo que es fundamental porque, al igual que sucede en otras patologías —lo he dicho antes—, el incremento, por ejemplo, de depresión y ansiedad, que ha sido un 20%, no ha sido lineal, y no ha sido lo mismo en chicos que en chicas: hay mucho más en mujeres y en chicas adolescentes que en chicos. Hay determinadas patologías que, por el contrario, son más frecuentes en chicos, véase la esquizofrenia en otras zonas de neurodesarrollo. En la infancia, excepto los trastornos de conducta alimentaria, el resto son más frecuentes en chicos que en chicas. Estoy hablando del autismo, del trastorno de déficit de atención e hiperactividad y trastornos específicos del lenguaje. Pero en la edad adulta y adulta joven en la depresión, ansiedad, etcétera, hay más mujeres que hombres. También ahí es importante no caer en un factor de confusión, y es que por lo general las mujeres tienen menos problemas a la hora de pedir ayuda. Antes hablaba del tema de la accesibilidad. Probablemente no es lo mismo favorecer la accesibilidad a los servicios de salud mental, que se puede hacer de forma distinta para hombres que para mujeres, pero creo que es fundamental el tenerlo en cuenta.

Muchas gracias y buenas noches.

El señor **PRESIDENTE**: Esperamos el envío de las diapositivas y, cuando avancemos un poco más en los resultados y empecemos a tener un borrador, contar con su ayuda para revisarlo, por si hay alguna cosa que no esté en línea.

Muchísimas gracias a todos. Como último aviso de publicidad, la próxima sesión de la Comisión tiene que ser el lunes, porque los ponentes de las ILT no pueden el jueves, como habíamos intentado. Ahora mandaré un mensaje a Mesa y portavoces con esta cuestión, nos lo van a confirmar mañana, pero esa es la realidad, y haremos Mesa y portavoces cuando nos veamos para poder tener el orden del día de la siguiente sesión después del lunes.

Muchísimas gracias a todos por la resiliencia.

Se levanta la sesión.

Eran las nueve y treinta minutos de la noche.

En el caso de las intervenciones realizadas en las lenguas españolas distintas del castellano que son también oficiales en las respectivas Comunidades Autónomas de acuerdo con sus Estatutos, el *Diario de Sesiones* refleja la interpretación al castellano y la transcripción de la intervención en dichas lenguas facilitadas por servicios de interpretación y transcripción.