



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 202

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 14

celebrada el martes 29 de octubre 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):

- Del presidente de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, Socidrogalcohol (Pascual Pastor). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000168) 2
- De la subdirectora asistencial de la Unidad Territorial I de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (Molina Parrilla). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000169) 13
- Del director de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga (Bordallo Aragón). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000170) 21
- De la profesora adjunta de la Universidad Camilo José Cela y coordinadora de Medios Digitales en el Servicio de Prevención de Adicciones de Madrid Salud (Cuesta Cano). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000171) 31

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 2

Se abre la sesión a las diez y cinco minutos de la mañana.

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):

— **DEL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE ESTUDIOS SOBRE EL ALCOHOL, EL ALCOHOLISMO Y LAS OTRAS TOXICOMANÍAS, SOCIDROGALCOHOL (PASCUAL PASTOR). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000168).**

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días a todos.

Abrimos la sesión. Hoy tenemos cuatro comparencias muy interesantes. La primera de todas es la de don Francisco Pascual Pastor, presidente de la Sociedad Científica Española de Estudio sobre Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías, bien conocido de todos nosotros y de la Comisión de Adicciones y, en fin, un amigo de nuestras comisiones; será el primero en intervenir. Después tendremos a doña Cristina Molina Parrilla, que ya nos acompaña en sala, que es subdirectora asistencial de la Unidad Territorial I de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; a continuación, don Antonio Bordallo Aragón, psiquiatra y director de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga, y, por último, doña Laura Cuesta Cano, profesora adjunta de la Universidad Camilo José Cela y coordinadora de medios digitales en el Servicio de Prevención de Adicciones de Madrid Salud.

Yo me disculpo porque me voy a tener que marchar en media hora porque tengo que ir a la Comisión de Exteriores, pero nuestro vicepresidente, Modesto, está ya en camino desde el Senado y llegará antes de que yo me vaya, y, si no, nuestra vicepresidenta, Elvira Velázquez, también está en camino, por lo que no habrá ningún problema.

Al finalizar, tendremos una pequeña reunión de Mesa y portavoces, de estas que hacemos de cinco minutos, para que conste en acta la disposición de todo el mundo y podamos publicar el orden del día de la próxima sesión.

También tengo que leer por cuestiones de forma que no hay servicio de interpretación por otras prioridades de la casa, por lo que los comparecientes que quieran expresarse en cualquiera de las lenguas cooficiales tendrán que autointerpretarse.

Dicho esto, el señor Pascual Pastor, tiene la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE ESTUDIOS SOBRE EL ALCOHOL, EL ALCOHOLISMO Y LAS OTRAS TOXICOMANÍAS, SOCIDROGALCOHOL** (Pascual Pastor): Entonces, bon dia a tots. Buenos días.

Quería agradecer especialmente la invitación a Socidrogalcohol que, como en alguna comparencia he explicado, es una sociedad multidisciplinar donde nos encargamos fundamentalmente de los temas relacionados con adicciones desde hace más de cincuenta años, desde el año 1969.

El presidente me ha presentado como presidente de Socidrogalcohol, pero en estos momentos acabo de tener un relevo, y ya tenemos otro presidente, lo que pasa es que me avisaron anteriormente de esta comparencia y el presidente actual, que es Benjamín Climent, un médico internista de Valencia, toxicólogo, que se encarga del área más orgánica —que creo que también es una visión importante en las adicciones—, me ha permitido y, además, me ha agradecido que estuviese hoy aquí porque lo tenía planificado.

No voy a poner ninguna presentación de diapositivas porque me gustaría centrar el tema en algunas de las preocupaciones que tenemos en nuestra sociedad científica en torno a l trastorno mental y las adicciones, sobre todo en el contexto de todo el Estado español. Será más una reflexión que me gustaría, como digo, compartir con ustedes para que, de alguna forma *ad futurum* las soluciones que se vayan tomando en este aspecto vayan mejorando la calidad asistencial y, sobre todo, la homogeneidad en todo el territorio español, que creo que es importantísima para que una persona, independientemente de la comunidad autónoma donde resida, tenga la misma atención, los mismos derechos y las mismas posibilidades diagnósticas, terapéuticas, etcétera.

Podríamos empezar diciendo que la adicción —y así lo reconocen los tratados internacionales, como el DSM5 y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS— es también un trastorno mental; de hecho, a lo que afecta es al comportamiento de la persona, y la podemos definir como tal. Lo que sí que vemos es que epidemiológicamente la asociación que hay entre un trastorno por uso de sustancias o

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 3

de adicciones sin sustancia con otro trastorno mental es muy frecuente, y es algo que debemos de tener en cuenta a la hora de dar una respuesta. Hay estudios al respecto. Si me lo permiten, no sé si *a posteriori* les puedo mandar algún artículo de alguna monografía que hemos hecho para no entrar ahora en cifras, que creo que al final también nos apabullan un poco a todos y no nos hacen perder el foco.

El señor **PRESIDENTE**: Sí, sí.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE ESTUDIOS SOBRE EL ALCOHOL, EL ALCOHOLISMO Y LAS OTRAS TOXICOMANÍAS, SOCIDROGALCOHOL** (Pascual Pastor): Lo que sí que tenemos claro es que tenemos constatación, tenemos evidencia científica, de que esto es así, que cuando una persona tiene una adicción tiene más posibilidades de tener un trastorno mental o viceversa. Cuando la persona tiene un trastorno mental, esto se llama o denomina patología dual, que es un término que a mí no me gusta utilizar, me gusta más el de comorbilidad psiquiátrica, porque creo que el enfoque que debemos dar a una persona que tiene un trastorno adictivo es un enfoque holístico, es decir, muy completo, con una multicausalidad, y, además, con un enfoque muy biopsicosocial, donde la parte mental es una de las partes a tratar, pero no olvidemos que tenemos todo el entorno social, ambiental y educativo, que también influyen. De hecho, hay personas que tienen un trastorno por uso de sustancias que no tienen un trastorno mental añadido o viceversa. Efectivamente, en las clasificaciones internacionales, como les decía antes, no está reconocido como una entidad nosológica, sino que son independientes y unidas porque aquí podríamos decir que una persona tiene una comorbilidad por el trastorno de uso de sustancias, por una hepatitis C y por una depresión. Claro, habría que unirlo todo, porque la idea es que cuando tratemos a una persona con un enfoque de salud mental de bienestar de la persona, podamos atajar los problemas en todos los campos.

Si hablamos concretamente sobre qué otros trastornos mentales puede tener una persona con adicciones es muy frecuente encontrar cuadros de ansiedad, y eso deriva a veces también en un mal uso de tranquilizantes, de benzodiacepinas —somos uno de los países que más benzodiacepinas utilizamos—, también son muy frecuentes los cuadros depresivos, que están muy representados, y no sé si diría que hiperrepresentados, lo digo porque es importante a la hora incluso de la praxis clínica. Cuando diagnosticamos un cuadro de ansiedad yo revisaría un poco los criterios diagnósticos, porque para poder hacer un diagnóstico de otra enfermedad psiquiátrica asociado a un uso de sustancias deberíamos tener bien claro que ese cuadro no está influenciado por el consumo de la sustancia en ese momento, con lo cual a veces hay que ser cautos a la hora de diagnosticar, porque si sobrediagnosticamos podemos sobretratar y utilizar mal los fármacos que tenemos a nuestra disposición. Por tanto, siempre hablamos de que puede haber un periodo ventana si podemos desintoxicar a la persona para luego hacer, si queremos, un segundo diagnóstico, porque el primero a lo mejor ha sido un diagnóstico demasiado rápido y hemos tratado los síntomas, pero no el fondo.

Son frecuentes los trastornos de personalidad, y en muchos de estos cuadros estamos hablando de que una persona con un trastorno por uso de sustancias tiene aproximadamente tres o cuatro veces más posibilidades, depende del cuadro psiquiátrico, de presentar esta comorbilidad. En cuanto a los cuadros psicóticos, sí que me referiría especialmente al cannabis y, concretamente, al cannabis y los adolescentes, porque sabemos que, cuanto antes se inicia el consumo, más posibilidades hay de tener un cuadro psicótico de presentar alucinaciones y que aquello al final se cronifique y se convierta en una esquizofrenia; y esto hay que tenerlo muy en cuenta. Por eso es importante añadir que la prevención en salud mental también se tiene que hacer no solamente en el uso de sustancias, sino en el ser conscientes en el campo familiar y en el terreno educativo de los cambios del comportamiento de una persona para poder actuar precozmente; luego veremos las causas, pero hay que actuar precozmente.

Luego está el trastorno bipolar y algo que está muy de moda —y digo de moda porque no sé si lo diagnosticamos del todo bien—, que es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. A veces, lo hemos convertido en un cajón de sastre, porque, cuando vemos que una persona es un culo de mal asiento —para entendernos—, lo metemos ahí como una persona que tiene un trastorno, pero a lo mejor simplemente es un niño muy activo que tiene una forma de interactuar con los demás distinta a otros niños. Yo creo que hay que ser cautos, porque, si no, a lo mejor estaríamos cometiendo el mismo fallo que comentaba con las benzodiacepinas. En ocasiones, utilizamos fármacos prematuramente cuando un entorno psicoeducativo adecuado nos evitaría a veces tener que actuar, y esto sucede —y lo hemos visto— en el trastorno por uso de sustancias, pero fuera de él también. Lo que sí que sabemos es que en niños que tienen un trastorno de hiperactividad que sí que podemos diagnosticar la posibilidad de tener

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 4

un uso de sustancias es mayor. De hecho, personas de mediana edad que son, vamos a decir, nerviosos y que no tienen un diagnóstico —porque esto antes no se diagnosticada como ahora— son personas que utilizan anfetaminas o cocaína porque tienen el efecto paradójico de tranquilizar; es más, sabemos que el tratamiento del TDAH son derivados anfetamínicos o estimulantes. Entonces piensas: ¿cómo es que esta persona se toma medio gramo de cocaína para estar tranquilo? Pues, precisamente, por ese efecto paradójico que le frena su impulsividad. Pero, como digo, los cuadros más frecuentes son ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, el trastorno de personalidad antisocial, pero trastorno límite de personalidad —que, además, vemos más frecuentemente en mujeres que en hombres—, la psicosis, los trastornos bipolares y el TDAH, junto con la adicción o sin la adicción. Mi enfoque era querer unirlo todo.

A partir de ahí, ¿qué problema tenemos? Como decía yo al principio, tenemos un problema de homogeneidad. ¿Qué recursos asistenciales tenemos? Vamos a intentar interpretar las cosas desde el punto de vista de la sanidad pública, del derecho que tenemos todos los españoles a ser atendidos, y vemos que las estructuras sanitarias para dar respuesta a este tema son distintas dependiendo de comunidades autónomas. Podríamos hacer un repaso, pero antes del repaso intentaría pensar: ¿tenemos unidades de desintoxicación para que cuando una persona está en una situación de gravedad o en un cuadro agudo, podamos ingresarla, limpiar su cuerpo de la sustancia y, a partir de ahí, poder hacer un diagnóstico? No siempre y no en todos los sitios. Tenemos eso, eso sí, una red bastante importante de estructuras ambulatorias para el tratamiento, llámense UCA, que es una denominación que utilizamos en la Comunidad Valenciana para las Unidades de Conductas Adictivas —también los CAS o los CAT, que han tenido y están teniendo diferente nombre, pero estamos hablando de lo mismo—; son equipos que no suelen ser muy grandes y que suelen estar compuestos por un médico o médico psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, enfermería, sobre todo cuando hay dispensación de metadona. Pero no solo es importante esto, sino que las personas que trabajen ahí tengan una formación específica, en la que entraremos más tarde porque creo que es clave a la hora de tener una red de estructurada que dé respuesta a estos cuadros. Tenemos también los centros de día, viviendas tuteladas, CIBE, es decir, unidades de baja exigencia, lo que hemos conocido como «café y calor» pero con algo más, por ejemplo, que se les dé una asistencia sanitaria mínima, un control sanitario, un plato de sopa o un café con leche y, al mismo tiempo, que sirva para controlar, por ejemplo, enfermedades infecciosas. Yo creo que esto es básico.

Podríamos ir más allá y podríamos hablar de lo que debemos tener en prisiones, por ejemplo, que no quedaría al margen. Lo que estoy diciendo sobre prisiones a veces se magnifica mucho por el contexto y por la propia personalidad de las personas que están recluidas. Y aquí tengo que hacer un aparte, porque estamos hablando de temas como salud mental o salud mental más adicciones, y si los metemos en el mismo paquete nos genera un problema importante de estigma, demasiado importante. Esto a veces lo vemos en la puerta de urgencias, y creo que, en general, necesitamos sensibilizar mucho a la población —y a los sanitarios, en particular—, porque lo que no podemos permitir —a mí como médico me duele mucho— es ver que, porque un paciente tiene en nuestro sistema informático un diagnóstico de trastorno por uso de cocaína y acude con un cuadro de ansiedad, se le margine un poco en la atención real; aunque acuda con un cuadro que no tiene nada que ver con su patología principal que está diagnosticada, como una gastroenteritis o una fractura, siempre la etiqueta va colgando porque aparece ahí. Por tanto, creo que esto es tarea de todos, y es una tarea que debemos hacer de abajo arriba y de arriba abajo, porque, o sensibilizamos la sociedad y a los profesionales, o estas personas siempre estarán etiquetadas y, por consiguiente, sus derechos humanos, por ampliarlo más, siempre se verán perjudicados.

Decía que hay diferencias entre comunidades autónomas. Sabemos, por ejemplo, que en Madrid hay dos redes: una red municipal y una autonómica. Me voy a Andalucía, por hacer un repaso, y tenemos recursos que dependen de ONG, de convenios, de diputación, pero pocos que pertenezcan a la red pública sanitaria. En la Comunidad Valenciana estamos integrados —hablo en primera persona porque, lógicamente, es lo que más conozco— y en otras comunidades autónomas están integrados en la red de salud mental; en la Comunidad Valenciana somos unidades de apoyo a atención primaria. Yo creo que esto es lo de menos; lo de más es que cuando una persona vaya a ser atendida y se le diagnostique un trastorno por consumos de sustancias —vamos a decir un cuadro psicótico—, primero, tenga el derecho a recibir un diagnóstico correcto y que para ese diagnóstico no solamente se haga una entrevista, sino también pruebas complementarias si las necesita, es decir, que se pueda pedir una resonancia o una interconsulta con el neurólogo, con digestivo, con infecciosos, etcétera. Esto a veces no sucede porque, si esa estructura asistencial no está integrada en sanidad, el recorrido es ir a la unidad de tratamiento de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 5

adicciones, que les manda al médico de atención primaria, y el médico de atención primaria les manda a otro, y en ese recorrido las personas que presentan este tipo de problemas se nos pierden y al final no diagnosticamos bien y tratamos peor todavía.

Si me voy un poco más allá, ante un cuadro psicótico a veces necesitamos neurolépticos, antipsicóticos, estamos utilizando los depot, los inyectables, y en algunas comunidades autónomas están muy integrados y del hospital los remiten a las unidades y la propia unidad lo puede administrar, tenemos enfermeras. Pero en otros casos estamos igual, es decir, hacemos un diagnóstico —que lo podemos hacer—, pero a la hora de poder prescribir ya no sabemos dónde vamos, porque ahora lo mandamos al psiquiatra que está en otro lado, no con nosotros, y lo tratará o no lo tratará, se lo darán o no. Yendo un poco más allá, los tratamientos sustitutivos de opiáceos —tradicionalmente metadona, pero luego tenemos la buprenorfina, la buprenorfina naloxona, la buprenorfina inyectable— resulta que hay comunidades autónomas que los tienen integrados en el sistema sanitario y no hay ningún problema en poderlos prescribir, pero en otras no. En prisiones se está utilizando, y pongo el ejemplo de prisiones porque tenemos un paciente que está tratado con un tratamiento sustitutivo de opiáceos inyectable, sale, se va a su comunidad autónoma, que no lo tiene integrado, rompe el tratamiento y vuelve a metadona, es decir, da dos pasos atrás, por tanto, empeora su calidad de vida en lugar de mejorarla.

A mí lo que me gustaría transmitir es que es necesario que de alguna forma —desde la comisión, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, desde la Agencia Española de Medicamento— esto se unifique, que homogeneicemos, independientemente de donde viva la persona o de la movilidad que pueda tener, porque puede estar en Asturias y allí tenerlo al alcance, pero luego se va a Andalucía y no lo tiene, o se va a Extremadura y el sistema es otro. Por tanto, creo que esa homogeneidad es importante para bien de nuestros conciudadanos, y es una carencia que hemos encontrado.

También hablaba de la formación de los profesionales, y me voy a referir a mi campo, al campo de las adicciones, junto con el trastorno mental, si quieren. Yo digo que las drogas enganchan, pero enganchan al que consume y enganchan a los profesionales, y mucho además; es un campo muy bonito, pero a veces hay profesionales que llegan ahí —si llegan— con precariedad, pero no voy a hablar de la formación *per se*, sino de que, como no hay profesionales, vamos a coger, por ejemplo, a este psicólogo que acaba de terminar y vamos a ponerlo ahí. ¿Con qué formación específica? Porque eso requiere de una formación específica, incluso para empatizar con este tipo de pacientes, con la familia, y tratar la codependencia, porque estamos hablando de la salud mental del paciente, pero ¿y los familiares? También tienen una alteración en su salud mental muy importante; vemos, por ejemplo, la codependencia en muchas madres, que luchan y luchan para que sus hijos tengan una respuesta adecuada y a veces no lo consiguen, pero se olvidan de ellas y alguien se tiene que encargar porque, a lo mejor, su hijo no se pone nunca en tratamiento, pero esta persona tiene derecho también a estar bien. Creo que es importante la formación específica de médico, psiquiátrica, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras. Ahora, tenemos posgrado, pero, claro, si en el posgrado nos vamos exclusivamente a másteres, que a veces son onerosos a la hora de poderlos pagar, esto resulta complicado. No sé si se podría hablar de introducir esto como formación académica reglada dentro de las asignaturas. Pienso —y creo que todos tenemos derecho a soñar— que a lo mejor la adictología podría ser una especialidad que en otros países ya se ha contemplado porque el adictólogo estaría obligado a conocer y tratar el trastorno adictivo, ser psicoterapeuta, conocer las comorbilidades psiquiátricas orgánicas, etcétera, algo que en otros países está más o menos reglado; por ejemplo, se habla de adictología en Francia, y en otros países a veces son subespecialidades, pero con una formación académica específica para tratar a estas personas. El hecho de que haya una buena formación académica es importante porque mejora mucho la atención.

Antes mencionaba la formación y el trabajo, y es que si una persona termina su carrera, quiere trabajar y al final no puede acceder porque no existe en el sistema público de salud, se va a una ONG o al tercer sector —con todos mis respetos porque sigue siendo muy necesario—, pero a lo mejor cobrando la mitad de lo que cobrarían en la sanidad pública y sin derecho a tener una carrera profesional, por lo que cuando le surja algo más propicio para poder vivir, esta persona desaparecerá, ya que no tenemos fidelización de los profesionales y un seguimiento adecuado por parte de los pacientes.

Como decía antes, en cuanto a la estructura sanitaria creo que nos da igual que seamos unidades de apoyo a atención primaria, que estemos en salud mental, porque cada comunidad autónoma —y para eso están hechas las transferencias en sanidad— debería adaptarse dependiendo del territorio. No es lo mismo una comunidad autónoma, que otra, por ejemplo, Andalucía tiene siete provincias y Madrid es uniprovincial o La Rioja o Murcia, por lo que, lógicamente, la estructura debe de ser distinta

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 6

porque las posibilidades son distintas, y más si tenemos en cuenta la dispersión geográfica que puede haber.

Creo que también sería importante que la estructura sanitaria estuviese muy muy coordinada con la estructura social, es decir, una estructura sociosanitaria. Hablábamos de la multicausalidad y, lógicamente, algunas de estas personas o familiares pasan en primer lugar por servicios sociales, que no voy a decir si funcionan bien o mal, pero a veces nos hemos encontrado con la paradoja de que una persona ha acudido para pedir una determinada ayuda y le han dicho: Te la damos si dejas de consumir, pero, si dejas de consumir, ya no serías adicto y no estarías solicitándola. Es un poco la pescadilla que se muerde la cola, y esto, no sé si con programas de gestión de casos, pero deberíamos de arbitrarlo o articularlo de una forma distinta y generar un modelo asistencial que sea coherente. Luego, claro, está la dependencia institucional, como decía antes, porque, si alguien depende del ayuntamiento y ese año el ayuntamiento no recibe subvención, dejamos de atender, y si la ONG no tiene un convenio, dejamos de atender. No sé si lo saben, pero en Barcelona la Asociación Rauxa tenía un restaurante, La Terrasetta, que daba trabajo en restauración a los alcohólicos que se rehabilitaban y, además, tenía convenios con colegios. Pues bien, el Ayuntamiento de Barcelona ha decidido rescindir el contrato después de muchos años porque han cambiado el sistema, y toda esta gente se queda sin trabajo. Es decir, debemos apoyar también la reinserción social de este fenómeno, porque, si no, de nuevo los estamos estigmatizando y marginando.

He dado algunos ejemplos de la homogeneización, y lo que creo es que al final necesitamos un liderazgo —no sé si el liderazgo, también asistencial, debería corresponder al Plan Nacional sobre Drogas—, que las reuniones interterritoriales tengan acuerdos tácitos para su cumplimiento y no sea simplemente una declaración de buenos principios, como lo son a veces, porque en ocasiones en tu territorio no se hace lo que se tiene que hacer.

Al tema de la formación sumo además la carencia que tenemos de profesionales y, como decía, de profesionales formados, pero no solamente en medicina. ¿Y en psicología? En psicología deberían de estar psicólogos clínicos, pero, como no hay psicólogos clínicos, ponemos psicólogos sanitarios; y, como no hay psicólogos sanitarios, tú que has terminado la carrera ahora ya te pones ahí. ¿Cómo fomentamos esto? Entonces, la carencia de profesionales no solamente es en atención primaria, como hemos oído. A lo mejor es una cuestión de reinventarnos y de ver realmente qué podemos hacer con lo que tenemos y, como decía, qué podemos dar. Además, sabemos que en las unidades ambulatorias, que son pequeñas, vienen las vacaciones, viene una baja laboral —que puede ser— o una baja de maternidad y no tenemos sustitutos, por lo que a lo mejor en esa unidad se quedan los pacientes cuatro meses sin ser atendidos por un profesional. Además, hablamos de unidades pequeñas y la unidad a la que le correspondería hacerse cargo del trabajo de las dos unidades tampoco tiene que estar a cinco kilómetros, con lo cual lo tenemos complicado. Creo que casi todos los que ya estamos en edad de merecer jubilarnos no tenemos sustitutos y no sé qué va a pasar con los pacientes, con nosotros puedo intuir qué va a pasar, pero ¿qué va a pasar con estos pacientes? Yo no encuentro sustitutos cuando me voy, nunca. ¿Qué hacemos en verano? Pues un mes se queda la enfermera y otro yo para que haya un sanitario y, si hay algo, se tiene que llamar al médico de cabecera o al psiquiatra del hospital para que te haga el favor. No podemos funcionar así. Hay que ser más serios a la hora de dar una respuesta, como decía, desde la visión holística, dando una respuesta que incluya la reinserción social y laboral.

Esto es como una herida, es una *restitutio ad íntegrum* —cuando algo se rompe hay que restituirlo íntegramente, no podemos parchear, aunque a veces es lo que hacemos con una buena estructura de ayuda a familiares —hay que cuidar, como decía, la salud mental del entorno— y hay que tratar la codependencia como un trastorno más; y no me olvidaría de los hijos de los adictos, porque sufren graves secuelas y a veces las graves secuelas es imitar aquello que rechazan y terminan siendo adictos. Esto lo hemos visto tradicionalmente con las familias de alcohólicos, que los niños empiezan con fracaso escolar, con cuadros de ansiedad, con muchas historias desde muy pequeños y, al final, pueden convertirse en alcohólicos también de adultos.

El tema sería hacernos varias preguntas, ya que estamos hablando de salud mental, ¿qué es la salud mental? La salud mental es el bienestar. Creo que la OMS lo define muy bien: La salud no es solamente la ausencia de enfermedad, es el bienestar integral de la persona, porque influye en nuestro estado de ánimo, en nuestro funcionamiento y en nuestro día a día. Como decía, tratemos el estigma y tengamos en consideración algo importante: la cuestión de género. Adicta, con un trastorno mental añadido y mujer es casi lo peor que le puede pasar a una persona a la hora de ser atendida y que la tratemos como sea, porque sigue estando mal visto que una mujer consuma. A veces dentro del patrón en el que vivimos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 7

parece que los hombres podemos hacer de todo. Voy a hacer un paréntesis, pero me entienden lo que estoy diciendo. Está mal visto que una mujer esté en un bar de copas, pero, si hay un hombre, a veces nos llama la atención, a no ser que haya otros problemas detrás. Por tanto, si unimos al Plan de Salud Mental y Adicciones estos aspectos de los niños, de los familiares y de la mujer, estos planes no son más que un papel mojado. Si se cumplieran y los tuviéramos coordinados en todo el territorio español tendríamos realmente avanzada una buena respuesta a la salud mental de estas personas.

Aquí tengo que hacer una reflexión final por mi profesión —creo que me he ajustado bastante al tiempo—. Yo soy médico y diría que el médico que solo sabe medicina ni medicina sabe.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, sobre todo por esta frase final, que nos ha dejado impactados.

Voy a hacer el cambio y voy a dejar a nuestro vicepresidente que dirija la comisión a partir de ahora. Espero estar de vuelta en cuanto pueda y me liberen los de la Comisión de Exteriores. **(El señor vicepresidente, Pose Mesura, ocupa la Presidencia).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Buenos días.

Iniciamos entonces el turno de los grupos, por orden de menor a mayor.

Comenzamos por el Grupo Mixto. **(Pausa)**. No hay nadie del Grupo Mixto.

¿Por el Grupo Vasco? **(Pausa)**. Tampoco.

¿Por el Grupo Euskal Herria Bildu? **(Pausa)**. Tampoco hay nadie.

¿Por el Grupo Junts per Catalunya? **(Pausa)**. Tampoco.

¿Por el Grupo Republicano? **(Pausa)**. Tampoco.

¿Por el Grupo SUMAR? **(Pausa)**. Está el señor Cofiño, tiene la palabra.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenos días, señor Pascual.

Muchísimas gracias por la comparecencia y gracias por la información aportada. Tengo algunas preguntas quizá para profundizar un poquito en lo que ya ha comentado muy bien. Uno es el elemento de la variabilidad, aunque es cierto que apuntaba ya alguna solución en su intervención sobre los diferentes modelos que tenemos de abordaje todavía con diferentes unidades. Otro es el tema de los procesos de desintoxicación ligados a procesos de rehabilitación, en algunos casos con mantenimiento de constructivos de opiáceos; también los procesos psicoterapéuticos de acompañamiento que pueda haber, así como las unidades terapéuticas que pueda haber, que varían también entre comunidades autónomas y demás. Apuntaba alguna posible solución en este sentido, pero quizá podría profundizar algo más en cómo podemos homogeneizar esto en cuanto a profesionales y en cuanto a qué modelos de práctica habría que hacer. Aquí tengo una pregunta también sobre cómo es la situación ahora mismo de los tratamientos sustitutivos con heroína, que fue un proyecto que en su momento estuvo bastante en boga en los primeros estudios de evaluación del proyecto que se hacía desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, cuál es la línea actual en este sentido.

Además, quiero incidir en una pregunta, un comentario o una reflexión también sobre lo que abordaba del tema de la atención sociosanitaria, o sea, cómo personas con un entorno social determinado puedan tener mejores posibles de rehabilitación y de reincorporación en sus vidas que aquellas que tienen una situación socioeconómica más frágil y por qué es importante esa conexión de los recursos sanitarios con los recursos sociales para algunos casos.

Respecto al tema del estigma, en Asturias, en diferentes proyectos siempre se decía eso mismo que usted acaba de decir: que en el caso de una mujer con una adicción, si además tiene una patología mental y si encima está interna en un centro penitenciario, el estigma se multiplica con todas las consecuencias que puede tener para ella o para su entorno familiar. Esas eran en líneas generales las reflexiones.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

Por el Grupo VOX.

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

Sobre todo, quiero darle la bienvenida a esta su casa y, siempre lo digo, es un placer escucharle; estaría horas escuchándole desgranar con mucha más atención la situación y los problemas. Creo que el problema de las adicciones no es de ahora. Puede ser que haya cambiado, que haya mutado, que haya

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 8

nuevas adicciones a otros componentes, como pueden ser, por ejemplo, ahora mismo todo lo que son componentes electrónicos, de redes sociales y demás, pero aquí estamos tratando adicciones que son conocidas y antiguas, como es el tema del alcoholismo y la droga. La verdad es que me he quedado sorprendido, porque pensaba que en esta área estaríamos un poco más preparados, y escuchándole uno se queda sorprendido. Creo que nunca hemos estado a la altura, ni hemos tenido una red funcional y real que haya quedado. Por temas profesionales y familiares conozco muy bien las UCA, conozco muy bien las conductas adictivas y comparto su preocupación por la falta de personal y lo que supone muchas veces, porque al final es un punto de confianza al que acuden las personas adictas. Muchas veces —lo dice usted— el médico no solamente es una persona que estudia medicina, muchas veces se convierte en un punto de apoyo o en un pilar fundamental para ellos, porque van llegando a esa semana que necesitan hablar y a ese momento de juntarse y las personas que acuden así lo muestran. También es importante lo que usted ha relatado de que estás en un tratamiento, ves la luz, vas por el camino correcto y un cambio, simplemente cambiar de una comunidad o dejar de tener un medicamento, te puede coger y volver a estar dos pasos atrás. También pasa cuando no tienes a un personal sanitario adecuado cerca, que no sabe atenderte en el momento de una crisis, porque las crisis, las situaciones y las recaídas están ahí y, si no tienes ese pilar o ese punto de apoyo, pierdes el pie y vuelves a caerte al barranco, y algunas veces lo haces de manera definitiva.

Le pregunto si piensa usted si hacen falta campañas de concienciación, de apoyo. Creo que todos lo que somos de mi generación hemos crecido viendo esos anuncios de: Di no a las drogas. Incluso los encontrábamos en la música, en los libros, en los videojuegos y se incluían en películas. Me acuerdo muchas veces de las películas de VHS que al principio hacían muchas de estas campañas, y lo echo de menos. Accedo a mi móvil y no veo campañas de concienciación contra las drogas. Es algo que puede hacer falta, por lo que le pido su opinión profesional, si es necesario o se hace por otras vías. También, dónde puedes acudir, porque creo que mucha gente —usted ha relatado específicamente sobre la Comunidad Valenciana, de donde somos los dos, y sí que conocemos la UCA— que tiene este problema y no sabe dónde acudir. Normalmente, en general, acudirás al médico de cabecera a hablar sobre la situación que tienes y tu propio médico podrá acogerte o llevarte. Me pregunto si todos los médicos de atención primaria de la Comunidad Valenciana saben los centros que hay y cómo pueden derivarlos, si existen protocolos o si desde su propia asociación se trabaja para poder dar visibilidad y ayudar al personal sanitario a que sean capaces de acoger y derivar a los sitios correctos.

Me ha gustado mucho que hable también del tema, no solamente de la persona adicta, sino también de todo el entorno familiar, tanto los padres, porque muchas veces son menores que caen en la adicción y son los padres los que no saben cómo gestionarlo, son las parejas, son, como usted ha dicho, los hijos, y cómo les afecta. Me preocupa también la homogenización en todas las profesiones y provincias, como usted ha mencionado. También me gustaría ver si existe un patrón o alguna forma de saber cuándo una persona tiene más posibilidades de desarrollar un trastorno mental o una adicción y qué adicciones son las que están llevándonos más a ese trastorno mental.

Ha hablado también usted de los cuadros de ansiedad, del diagnóstico y del peligro de sobrediagnosticar. Le vuelvo a preguntar si existen protocolos o si desde su asociación se ha trabajado o se ha hecho hincapié en este sentido, porque creo que es algo fundamental. También le pregunto si considera usted que se está banalizando el consumo de drogas, y me explico. Hemos visto cómo se ha fomentado, desde diferentes gobiernos regionales e incluso desde el propio ministerio, el llamado *chemsex*, el uso de drogas educativas durante las prácticas sexuales, es decir, unir sexo y drogas. También se ha fomentado el consumo de 'tu droga'. «Acude a tu camello de confianza», hemos llegado a escuchar por parte de algunas personas con responsabilidad dentro del área sanitaria, como puede ser desde el ministerio. Tenemos algunos especialistas en urgencias y en tecnología que nos indican que el consumo de marihuana —usted lo ha nombrado— se está igualando al de cocaína, y si ustedes tienen esa percepción en cuanto a que aquí hablamos de que solamente nos basamos en los casos clínicos que se ven en urgencias, cuando ya tienes una intoxicación grave para que acudas a urgencias, por lo que no podemos saber realmente el consumo real, aunque lo deberíamos tener, pero me preguntaba si usted sabe algo sobre esto.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Tiene que terminar, señor García.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Le lanzaría una última pregunta —señor presidente, gracias por el tiempo—, y es si podríamos empezar a hablar de una adicción entre los menores a las bebidas energéticas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 9

o si podríamos empezar a hablar de que es un problema, vamos a decirlo así, un chute de cafeína tan fuerte y de manera tan usual a una edad tan temprana, porque es muy frecuente ver menores de 12, 13 o 14 años con una lata de medio litro de una bebida energética. No sé lo que eso puede suponer o si ustedes están estudiando este fenómeno.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Por el Grupo Socialista.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Gracias, presidente.

Gracias, doctor Pascual, por la exposición y por compartirla con todos nosotros. Conozco bien el trabajo que realizáis desde Socidrogalcohol, porque me ha cogido de cerca e incluso algún tiempo he estado trabajando en la unidad de desintoxicación y de deshabituación alcohólica; una unidad placentina, que ha sido referente en la lucha contra el alcoholismo y que fue creada en 1985 por la Diputación de Cáceres. Esta unidad se convirtió en la unidad hospitalaria de referencia de toda una comunidad. Se han ido adaptando los protocolos, se han ido amoldando las necesidades que han ido surgiendo en los perfiles de adicciones diferentes a las nuevas necesidades y siempre se ha ido —y actualmente se sigue haciendo— a una combinación de fármacos y terapia, tanto en la desintoxicación como en la deshabituación. Actualmente está derivando en una unidad de patología dual, que todavía no está terminada; se han incluido los profesionales necesarios, como el psiquiatra, y desde aquí quisiera hacer un agradecimiento a mi compañero, Juan Carlos Rivera, que ha sido miembro territorial de Socidrogalcohol y allí ha llevado la formación, los estudios y ha enseñado a todos los compañeros de la unidad, incluida Mariví Clemente, trabajadora social, muy necesaria también en este tipo de unidades. Desde aquí quiero trasladarles a todos nuestro agradecimiento.

Dicho esto, dentro del marco de esta subcomisión lo que queremos es mejorar, en un primer lugar, la protección, la promoción y esa atención integral, por lo que este Congreso se convierte en un punto de reflexión y de propuesta. Quería hacerle una reflexión, porque, como usted sabe, nosotros pertenecemos a la parte de sociosanitarios, no estamos integrados en Sanidad; tenemos muy buena coordinación, pero siempre hay muchas cosas que mejorar. Entonces, con todo lo que tenía apuntado me voy a centrar en ese modelo de atención integral, que más bien sería heterogéneo con todos los recursos, donde los tenemos mezclados, pero no están juntos. Hay una parte que me ha llamado mucho la atención cuando has hablado de los servicios sociales como meros gestores de pagas. Nosotros, los servicios sociales —y digo nosotros, porque soy trabajadora social— estamos llegando a un punto en que, dentro del sistema de bienestar, no estamos haciendo la labor que realmente debería de hacerse como columna vertebradora y homogénea de todos los servicios en la comunidad: sanidad, educación, etcétera. Quería preguntarte si vamos por buen camino en el modelo o deberíamos pensar en cambiar a un modelo de atención integral, real y que sea efectivo, adaptándose a cada territorio, porque no todos somos iguales y no todos podemos tener la misma estructura de recursos

Muchas gracias, Francisco.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Por el Grupo Popular.

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

Muchísimas gracias, doctor Pascual. La verdad es que ha hecho una intervención que ha aclarado muchas de las dudas que este grupo parlamentario tenía antes y quería redundar en lo que usted ha comentado —entiéndalo como un refuerzo de lo que ha dicho— y también quisiera plantearle algunas cuestiones que son importantes para nosotros. Sin lugar a duda, como bien ha dicho, las adicciones son uno de los grandes problemas que tiene el ser humano, que tiene una relación muy estrecha con la salud mental y que en muchas ocasiones tiene una salida muy complicada. Según los estudios, el 70 % de las personas que tienen adicciones y que acuden a consulta médica tienen además problemas de salud mental, como bien ha dicho, o bien esa definición de patología dual o comorbilidad psicológica, como ha comentado. Esta relación directa es una de las preocupaciones sociales y de salud existentes en las adicciones por consumo de alcohol, tabaco u otro tipo de drogas, como la cocaína o el cannabis —usted es experto en esta materia—, que se suman a otras que se escapan además del control de la persona, como es el juego, las compras o el uso de las tecnologías, por ejemplo, que además generan vinculaciones

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 10

en edades cada vez más tempranas. El impacto social suele ser alto por un doble motivo: la estigmatización, que ha comentado, de las personas con adicciones que dificultan su acceso a los servicios de salud y apoyo y el alto coste social que tienen. Esa es una de las cuestiones más importante que genera este tipo de situaciones y que tienen un alto coste social y económico que acaban afectando no solo al individuo, sino también a sus familiares y a la sociedad en su conjunto. Ha hablado además de la situación que tienen los familiares directos, como pueden ser los hijos de las personas con adicciones.

Otra cuestión que hay que tener en cuenta es que esos porcentajes están ligados a la conducta suicida y en este tipo de población, donde un 40% son individuos con patología dual y presentan ideas en este sentido, es decir, ideas suicidas. Los recursos de intervención y tratamiento se reducen a programas de tratamiento y rehabilitación con terapia psicológica, grupos de apoyo o programas de desintoxicación. Por este motivo queríamos saber si con los recursos actuales, que ya ha comentado que son insuficientes, considera que hay que hacer más y ese hacer más hacia dónde se debe dirigir, según su opinión. Además, abogamos por la prevención. Creemos que es fundamental para poder evitar este tipo de adicciones y en medicina es una de las palabras clave y, aunque dicha prevención en nuestro país se centra en la educación y la sensibilización, nos gustaría saber si considera que debería haber un esfuerzo mayor en este sentido y si el Ministerio de Educación también debería ser una entidad directamente implicada en la salud mental.

En cuanto a las estrategias nacionales, el Ministerio de Sanidad ha incorporado una línea para abordar todas las adicciones, como la salud mental, con la promoción de un enfoque integral. ¿Considera que esta es una medida acertada y suficiente? ¿O qué cree que se debería implementar a nivel estratégico?

Para finalizar —y ante los desafíos futuros—, se habla mucho de nuevas adicciones, se habla también del fentanilo, pero, en su opinión, ¿cuál considera que sería el futuro de este binomio salud mental adicciones en nuestro país?

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

Le damos la palabra al ponente, al doctor Francisco Pascual, para terminar y tiene un tiempo aproximado de diez minutos.

El señor **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE ESTUDIOS SOBRE EL ALCOHOL, EL ALCOHOLISMO Y LAS OTRAS TOXICOMANÍAS, SOCIDROGALCOHOL** (Pascual Pastor): Voy a ver si intento aprobar el examen.

Gracias por las preguntas. Creo que es importante que el debate se ponga encima de la mesa. Se hablaba —y voy a seguir un poco el orden— de la variabilidad y de los modelos de abordaje. Los modelos de abordaje los sabemos. Los sabemos, porque, sobre todo, en el tema de este conjunto de adicciones y salud mental podemos entender que puede haber un modelo de abordaje secuencial, es decir, primero tratar una cosa y luego la otra, pero lo importante sería qué tratamos primero, porque depende de dónde vaya el paciente. Si el paciente acude al psiquiatra, porque su síntoma principal es una depresión, el psiquiatra va a preguntar en ese momento si tiene una adicción y, si se lo pregunta, ¿la va a tratar? Por tanto, el modelo secuencial lo cogemos muy con pinzas. Hay otro modelo que es el modelo paralelo, que es que la persona pueda ir a dos servicios al mismo tiempo y tratar sus dos problemas. Pero sí que hay un modelo, vamos a decir, matricial, que de alguna forma propone un abordaje del paciente en el mismo momento y en un mismo dispositivo, pero con profesionales vinculados a dispositivos distintos. El modelo más importante, que ha salido varias veces y creo que es el que se debe de seguir, es el modelo integral. Es decir, que la persona que acude sea tratada de todas sus patologías y que —lo he dicho antes— tanto la comunidad psiquiátrica como la comorbilidad orgánica tienen que estar en el mismo sitio. Otra cosa distinta es si debes de remitir al especialista del hospital, aunque los médicos de atención primaria también son especialistas, porque, por ejemplo, tiene un cuadro neurológico que se nos escapa, es un poco complicado y queremos descartar una organicidad y se le tiene que pedir una serie de pruebas. Pero incluso así, el *feedback* que debe recibir el centro donde se hace la intervención principal debe fluir, porque al final estás viendo a la persona. Aquí no tratamos sustancias, no tratamos síntomas, tratamos a personas. La RIOD tiene un documento muy bonito que habla del modelo integral, íntegro e integrador, porque al final recorre todo, desde la persona en su conjunto, además de que intentas integrarlo en la sociedad, a toda la estructura que le rodea. Eso sería lo importante. Ese es el modelo más adecuado.

Hablabas también del tema de los sustitutivos de heroína, concretamente, esto se hizo en Andalucía, había un programa, el PEPSA, que es algo que no se está utilizando. Creo que los fármacos actuales,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 11

como he dicho, la buprenorfina y, sobre todo, la inyectable, han superado con creces los problemas que podría dar el tema de la utilización de la heroína *per se*, que además ya no se denominaba heroína, aunque hablábamos del tratamiento de la heroína, sino de diáctilmorfina, que realmente es el fármaco, porque se quería hablar más del fármaco que repetir el nombre de una sustancia que te recordaba lo anterior. Para eso en los programas de reducción de daños tenemos las salas de venopunción y tenemos entidades que analizan la pureza de la droga, pero no como un programa específico, porque el PEPSA no llegó a desarrollar una respuesta como para poderlo implantar como un tratamiento sustitutivo, teniendo además la metadona, la buprenorfina, la naloxona y ahora la buprenorfina inyectable. Estoy completamente de acuerdo, esto se hace desde una atención sociosanitaria, si no, no creo que tuviera sentido. Ahí enlazo un poco con esta propuesta. Cuando he dicho lo del trabajador social, he dicho lo que no se debería hacer, lógicamente, porque un trabajador social para mí es una figura importantísima. Esta es una anécdota que se la dedico a una amiga de verdad que trabajó conmigo cuando empezamos con el alcohol, una trabajadora social que era la que llevaba los grupos familiares y su labor, treinta años después, se recuerda como una de las mejores labores a la hora de integrar la estructura familiar. Lo que quiero es que el trabajador social huya realmente de ser un mero prescriptor de documentos para pedirle la ayuda, sino que vaya mucho más allá, que se hagan unas tareas de coordinación reales y que no sea un fiscalizador tampoco de los consumos: Te voy a ayudar si tus orinas son negativas. Vamos a ver, que comer comemos todos; otra cosa es que podamos exigirle algo más o que tengamos menores por el medio, que es otra historia. Pero esto lo debemos de tener integrado en un modelo sociosanitario. Por eso les decía que esto tiene que ser un modelo holístico, si no, no va a funcionar.

Respecto a las adicciones, el compañero de VOX ha salido, si acaso le respondo el último por si entra.

Hablabas de Extremadura, de la Unidad de Desintoxicación, del trabajo de Juan Carlos Rivera, para mí es una lástima que se convierta en una unidad de patología dual, porque entonces a los alcohólicos no duales, ¿dónde los vamos a tratar? ¿Los *delirium tremens* dónde los vamos a tratar? Los síndromes de abstinencia grave, el poder estar un mes ingresado para que la persona empiece una rehabilitación de su problema, ¿dónde los vamos a tratar? A veces no se puede hacer ambulatoriamente y, como decía, no todos tienen una comorbilidad psiquiátrica, con lo cual está muy bien que haya una unidad de patología dual, perfecto, pero no por abrir una cosa, tienes que cerrar otra. Esto es lo que no tiene sentido, además, en un trabajo que lleva más de cuarenta años realizándose con una cantidad de pacientes y con unos éxitos más que garantizados. Así es que lo que puedo hacer es unirme a la felicitación del trabajo de Juan Carlos y de toda la unidad, pero es una lástima que desaparezca algo que ha estado funcionando y que ha dado mucha mucha respuesta.

Creo que a lo otro ya he respondido: modelo integral e integrador, es decir, que vayamos todos a una. Lógicamente, cada comunidad autónoma tiene unas características distintas. Esto lo he dicho al principio y cuando yo hablaba de homogeneizar, hablaba de que, desde el Ministerio de Sanidad o desde la delegación, desde el Ministerio de Educación o desde el Ministerio de Derechos Sociales —o como se denomine ahora, porque los nombres van cambiando—, haya unos mínimos exigibles y esos mínimos sean para todos. Que una comunidad puede llegar más allá, perfecto —cuanto más azúcar, más dulce—, pero que haya esa homogeneización en los mínimos exigibles es una responsabilidad de todos. Por eso, a veces, a una reunión a la que van los comisionados —como se denominaban antes, o secretarios técnicos o no sé qué— de drogas de cada comunidad, en la que se habla de todo y no se decide nada, yo me niego. No estamos para pasear, estamos para trabajar. Perdonad por la expresión, pero es un poco lo que siento, porque esto nos repercute a nosotros como profesionales y luego a los pacientes, lógicamente.

Comorbilidad psiquiátrica, me da igual que utilices la expresión —te tuteo— «patología dual»; me da igual, estamos hablando de lo mismo. Creo que lo que hay que tener claro es el concepto. Hablabas de un 70 %, pero eso me gustaría matizarlo, porque creo que esto es lo que ha magnificado el problema porque ¿de dónde viene ese 70 %? Antes decía que a veces de diagnósticos tempranos. Hay cuadros de ansiedad en alcohólicos que cuando dejan de beber desaparecen, porque es el síndrome de abstinencia, no es la ansiedad y a veces lo diagnosticamos como ansiedad. Trata la desintoxicación, que en siete o diez días lo tienes limpio, y no lo tienes siempre enganchado a benzodiacepinas. Para explicar esto de la patología dual o de la comorbilidad psiquiátrica, siempre pongo el ejemplo de una casa que tiene distintos niveles o distintos pisos, si estamos en el primer piso, que sería la atención primaria, entre las personas que van a la atención primaria con un problema, a lo mejor la comorbilidad psiquiátrica es de un 20 %. Pero si voy a la consulta de la unidad de conductas adictivas, a lo mejor ya es un 30 o un 40 %. Si voy al psiquiatra, ya es un 60 o un 70. Y si estoy ingresado en una planta de psiquiatría es un 90 %. Si sacas la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 12

media no sé si sale el 70. Vamos a ver en qué nivel asistencial estamos para poder medir realmente cuál es la respuesta más adecuada porque a veces las cifras son muy frías, pero aquí estamos tratando personas y esas personas están mal porque tienen alteraciones de la conducta, del comportamiento, de las relaciones sociales, en el mundo laboral, en las relaciones de pareja, en el entorno de los amigos y otros problemas que todos conocemos derivados del consumo de sustancias, como pueden ser los relacionados con la conducción de vehículos a motor, los accidentes y otros.

¿Qué se debe hacer con la conducta suicida? Me producen tristeza la pregunta y la respuesta, porque yo creo que no hay médico en el campo de la salud mental al que no se le haya suicidado alguien; a veces lo acabas de ver esa mañana y por la tarde se ha suicidado, se te ha escapado y te quedas siempre con la sensación de que podrías haber hecho algo más. Pero esto en los suicidios pasa porque no estamos en la cabeza de la otra persona. Es verdad que se están utilizando sistemas como las *apps* y los números de teléfono directos. Hay también asociaciones de víctimas del suicidio, que lógicamente no están integrada por los fallecidos sino por sus familiares, y con ellos hay que trabajar. A veces también hay una carga genética, hay familias en las que la tendencia al suicidio es mayor. Creo que lo que hay que hacer es estar pendientes de los pacientes cuando hay un momento de crisis y sobre todo también estar pendientes de los familiares para que cuando noten algo nos avisen y podamos actuar. Por ello, establecería una interrelación muy íntima entre el recurso asistencial y el entorno más inmediato, sobre todo cuando a veces ha habido ideaciones —cuando no hay intentos suicidas— a esa persona se le tiene que poner el foco encima, y ese foco lo tiene que poner el médico de atención primaria, el hospital, pero también la familia. Si esto lo generas, por lo menos tienes cierto nivel de protección, aunque esto no te asegura que al final no lo puedan hacer porque, como digo, no estamos en la cabeza de esas personas.

Se hablaba de prevención. Claro que hay que hacer más prevención. Me sabe mal que no esté el compañero de VOX porque hablaba de campañas. Las campañas son bonitas, pero no sé si sirven y esto lo tengo que decir. Cuando yo empecé, hablábamos y hacíamos muchos proyectos y formación en prevención y había un profesor que nos daba la formación en estos temas y que nos decía que lo que no hay que hacer nunca es la prevención Rambo. ¿Y qué es esto de la prevención Rambo? Consiste en que llegas cargado con la mochila, sueltas allí la escopeta, las bombas, las balas y no sé cuántos, lo desperdigas todo —que en este caso serían charlas, pósteres, carteles...— y luego pliegas, te vas y, si te he visto, no me acuerdo. Eso no es prevención y a veces las campañas solamente hacen eso: poner un foco inmediato en un momento determinado. Por tanto, no hablemos de campañas, hablemos de programas de prevención evaluados, que yo creo que eso está bien, que tenemos una web basada en la evidencia para saber qué programas funcionan y cuáles no. Y no olvidemos que la prevención tiene tres niveles: el universal, el selectivo y el indicado. La universal es la que hacemos dirigida a toda la población, que tiene un espectro más amplio, y ahí si hacemos una campaña o un recuerdo no pasa nada porque puede formar parte de esto y estar articulado con otras medidas. Pero cuando estamos hablando de una prevención selectiva lógicamente la educación tiene que entrar porque estamos hablando de colectivos de riesgo. Educación y —si no están escolarizados— servicios sociales, por ejemplo, porque vas a colectivos, a barrios, a entornos que sabes que son más vulnerables. Y la prevención indicada es cuando ya ves a personas que están empezando a consumir y no quieres que ese consumo se convierta en una adicción, porque están todavía en un uso barra abuso, pero no son adictos. Esto contradice un poco el DSM5, pero es real. El DSM5 habla de trastorno de uso de sustancias, y han quitado el tema de abusodependencia, pero creo que así nos entendemos y decidimos en qué momento y dónde deberíamos actuar. Esto sí que está arbitrado en muchas comunidades autónomas; el tema es que los programas que se aplican a veces no son los que están basados en la evidencia, sino que los programas que se aplican —un día me echaréis del Congreso, da igual— son para que el político de turno se haga la foto. Esto no sirve y decirlo aquí sé que es fuerte, pero esto a veces es real y las cosas se tienen que decir. Estas actuaciones deben tener un contexto y una continuidad porque, si no, estamos perdiendo el tiempo y el dinero, que es de todos.

Hablábamos de nuevas adicciones, con sustancia o sin sustancia, de nuevas sustancias psicoactivas, y no solamente el fentanilo. Afortunadamente, de momento el fentanilo en España lo tenemos bastante controlado porque no se ha salido demasiado del contexto sanitario, aunque hay personas que por el uso para el dolor, por una iatrogenia, por una mala prescripción, hacen conductas aberrantes, abusan y los tenemos que tratar porque al final el fentanilo —que es un analgésico muy potente— te está haciendo un efecto contrario a lo que tú estás buscando y cada vez necesitas más cantidad y no tiene recetas y vas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 13

casi robando recetas, es decir, de alguna forma vas buscando: ahora voy a urgencias, ahora voy aquí o voy allá.

El fentanilo de calle —que es lo que hemos visto en Estados Unidos y la frontera de México, que es muy preocupante— es fentanilo más sintético, no está controlado y aquí sí que se ha empezado a ver, pero sobre todo mezclado con otras sustancias. A una persona que consume cocaína, la cocaína no le provoca un cuadro de síndrome de abstinencia tan potente como el que provocan los opiáceos. Si a la cocaína le pones fentanilo, la necesidad que vas a tener al día siguiente de consumir va a ser muchísimo más alta. Por lo tanto, se están adulterado sustancias de abuso con fentanilo para incrementar la posibilidad adictiva y para eso se están analizando —y tenemos en España un sistema que yo creo que no está mal, el Sistema Español de Alerta Temprana, el SEAT, para cuando hay una sustancia nueva o hay algún caso de adulteración—, se comunica a todas las comunidades autónomas y a los centros que estamos tratando para conocer qué es lo que está pasando y poder actuar. Las drogas siempre van por delante de los recursos sanitarios de los profesionales, porque siempre hay alguien que va a cambiar una molécula de azufre por una de nitrógeno y, a partir de una misma sustancia, va a cambiar la potencia o a cambiar el tiempo de acción, y además la va a hacer indetectable en los controles de orina. Pero para eso está el sistema, para si no lo detecta enseguida, que por lo menos a los quince días o al mes, en el momento que se detecta esa sustancia, se analice y se puede trabajar sobre ella. Yo creo que eso se está haciendo más o menos bien.

En cuanto al binomio drogas con otros trastornos mentales o adicciones —porque también las adicciones sin sustancias, como el juego, el uso de Internet o todas las que se van a ir añadiendo, son un problema que alteran el comportamiento de la persona—, ¿cuál es el futuro de ese binomio? Pues yo creo que el futuro pasa por la integración, es decir, las unidades o los centros de conductas adictivas no pueden tratar el juego, sino que deben ver qué hay detrás de esa persona que está jugando y ver que además eso le provoca insomnio, el fracaso escolar... Eso a nivel individual de tratamiento. A nivel global, yo creo que hay que consolidar las estructuras, teniendo recursos incluso hospitalarios, porque hay personas a las que tienes que alejar de su entorno durante un tiempo para poder reestructurar mecanismos de funcionamiento. Y eso no lo tenemos en muchas comunidades autónomas. Bueno..., a veces aparcamos a la persona. Se hablaba de comunidades terapéuticas, que son de ingreso voluntario —durante seis meses—, hay comunidades también con una perspectiva de género, solamente para mujeres, que está bien, pero no terminan de dar una respuesta real si la comunidad terapéutica o el centro hospitalario se convierte en una burbuja, porque —como decían en *Expediente X*— la verdad está ahí fuera, no está dentro.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señor Pascual.

Despedimos a don Francisco Pascual, agradeciéndole la comparecencia en esta Comisión y la claridad con que realizó su exposición.

— DE LA SUBDIRECTORA ASISTENCIAL DE LA UNIDAD TERRITORIAL I DE LA ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS (MOLINA PARRILLA). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000169).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Damos la bienvenida a Cristina Molina Parrilla, subdirectora asistencial de la Unidad Territorial I de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Bienvenida, doña Cristina, suya es la palabra.

La señora **SUBDIRECTORA ASISTENCIAL DE LA UNIDAD TERRITORIAL I DE LA ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS** (Molina Parrilla): Buenos días, diputadas y diputados.

Quiero agradecerles que me den la oportunidad de comparecer en esta Subcomisión, tan importante y relevante, para la Protección, la Promoción y la Atención Integral de la Salud Mental.

Permítanme que primero les dé dos apuntes de mi trayectoria profesional. Aunque de formación soy licenciada en Farmacia, llevo casi toda mi vida profesional dedicada a la salud mental. Destaco mi paso por la Consejería de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, donde durante quince años fui directora del Plan Director de Salud Mental y Adicciones y participé en la elaboración de diferentes estrategias de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Desde el año 2019, estoy en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y actualmente ejerzo como subdirectora asistencial de un territorio.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 14

Les explicaba mi trayectoria para darles un poco la pista de hacia dónde voy a enfocar mi intervención, que va a ser desde un análisis más estratégico, atendiendo a mi conocimiento y práctica en el ámbito de la planificación sanitaria y también, desde hace unos años, en la provisión de los servicios. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

Voy a seguir un esquema de aquellos puntos que quería compartir con ustedes que me parecen esenciales para el análisis de situación, y acabaré con aquellos elementos que considero que son más relevantes.

En relación con el ámbito del análisis de situación, creo que ya se ha hablado mucho en estas comparencias, pero quería compartir con ustedes algunos datos. Primero, España es el cuarto país de la Unión Europea con más prevalencia en trastornos mentales. El informe anual del Sistema Nacional de Salud nos indica que la prevalencia, tanto en hombres como mujeres, va incrementando año tras año. Un informe muy reciente de la OMS y de Unicef nos hace observar cómo la carga de los problemas de salud mental tiene un impacto muy relevante en la población infantojuvenil. Y sabemos que de los trastornos mentales el 50% aparecen antes de los 15 años y el 75% antes de los 18. Por lo tanto, estamos ante un problema de una elevada magnitud —ya lo sabemos, uno de cada cuatro—, pero también ante un problema de elevada complejidad: complejidad clínica, complejidad social, porque hay un impacto importante de los determinantes sociales, pero también una gran complejidad en el sistema de atención a la salud mental.

Por lo tanto, mi primer mensaje sería que, ante problemas de elevada magnitud y ante problemas complejos, no podemos dar respuestas simples ni parciales. Uno de los ámbitos prioritarios —del que se ha hablado mucho, pero me gustaría reforzarlo— es el de la promoción y la prevención, y aquí quería apuntar algunos aspectos. El compareciente anterior ha hablado de la importancia de la sensibilización y la lucha contra el estigma. Esto es muy relevante porque es una de las barreras más importantes para la accesibilidad, para la recuperación y para la inclusión de las personas con trastornos mentales y, podríamos añadir también, de las personas con problemas de adicciones. Sabemos que hay muchas iniciativas que están lideradas por entidades asociativas y considero que es muy importante que estas iniciativas tengan apoyo de los diferentes Gobiernos.

Si llevamos ya bastante tiempo hablando del estigma, hay otro concepto que ha irrumpido con más fuerza en los últimos años, sobre todo a raíz de la pandemia del COVID-19, que es la necesidad de la promoción del bienestar emocional, y aquí querría hacer énfasis en tres colectivos: el ámbito del entorno educativo —las escuelas y las universidades—, el ámbito de la salud laboral y la soledad no deseada, que afecta sobre todo a la población mayor. En el entorno educativo, sabemos que hay proyectos, hay muchas iniciativas de diferentes centros en diferentes territorios y que muchas se han puesto en marcha por la financiación de fundaciones privadas, y muchas de ellas están basadas en evidencia y han tenido resultados. Les voy a poner el ejemplo de un proyecto que estamos trabajando desde mi institución, desde el Hospital Sant Joan de Déu, en Esplugues, el proyecto Henka, cuyo objetivo es promover la resiliencia en la comunidad educativa, para lo que trabaja con docentes, con alumnos y con familias y colabora ya con seis comunidades autónomas. Es un proyecto piloto. Y mi pregunta es, si sabemos que funciona y hay evidencia, cuando acabe el piloto, ¿qué haremos? Podemos poner otros ejemplos de proyectos que están financiados con dinero europeo y que se están llevando a cabo en diferentes países, como el proyecto Improva. Estamos haciendo un esfuerzo muy importante en desarrollar estos proyectos y en su financiación, pero, cuando acaben estos proyectos, ¿qué vamos a hacer?

Lo mismo nos está pasando en el entorno laboral, un ámbito de interés creciente en la Comisión Europea. Recordemos que fue el lema del pasado 10 de octubre, el Día Mundial de la Salud Mental. Y también proyectos como el EMPOWER, con plataformas digitales para promover la salud mental en el entorno laboral, se están realizando en este ámbito. Este proyecto está a punto de finalizar y, cuando finalice, ¿qué vamos a hacer?

En relación con las personas mayores se han hecho diferentes proyectos a nivel municipal y a nivel organizativo, programas contra la soledad no deseada. Algunos de ellos se han evaluado y han mostrado cómo disminuye la medicalización y también cómo mejora el estado de salud general.

Por lo tanto, mi mensaje es que tenemos muchas experiencias que han demostrado evidencia, que funcionan, pero que falta una apuesta por su implementación.

Otro aspecto importante es el de la detección precoz, sobre todo en el ámbito de la salud mental infantojuvenil. Precisamente les quería hablar de una prioridad de la Organización Mundial de la Salud, la detección y la atención de los trastornos del neurodesarrollo, que afectan a un 13% de la población

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 15

europea. Es clave detectarlos en edades tempranas y actuar de manera rápida para disminuir el impacto educativo, social y familiar que tienen. Pongo en su conocimiento que les hemos enviado un documento con información sobre los diferentes proyectos o programas que estamos desarrollando desde nuestra institución. Uno de ellos es un programa de investigación sobre la detección precoz de los trastornos del neurodesarrollo en las escuelas, un proyecto que ha mostrado evidencia que se recoge en publicaciones internacionales, pero que sigue estando en el ámbito de la investigación.

Y en este campo también quería poner como ejemplo lo que ha hecho el país vecino, Francia, que ha presentado el plan Macron para la atención integral de los trastornos del neurodesarrollo, un plan que abarca desde la detección precoz, la intervención y detección en las escuelas hasta el acompañamiento a las familias y la atención social.

Y, finalmente, dentro del bloque de la promoción y la prevención, el ámbito de la prevención del suicidio, un elemento que veo que ha salido mucho en la comparecencia, que les preocupa y que realmente pensamos que es un tema que tiene que tener una visión transversal. Celebramos que el ministerio haya anunciado una estrategia para la prevención del suicidio. Hay comunidades autónomas y también municipios que ya llevan tiempo trabajando en ello, y es importante sobre todo incidir en aquellos colectivos más vulnerables: la gente joven, las personas mayores y también el entorno penitenciario. Por lo tanto, en este bloque lo que les quería decir es que con todo aquello que sabemos que funciona, que tiene evidencia, que tiene certeza, por favor, dejémonos de pilotos, de proyectos puntuales y pasemos a la implementación.

Otro aspecto importante es la accesibilidad a la atención de los problemas de salud mental, y en este ámbito hay tres aspectos que les quería comentar. He estado mirando todas las comparecencias que han tenido en esta subcomisión y he visto que algunas personas han puesto el foco en la atención a los trastornos mentales más leves, otras han puesto el foco en la atención a los trastornos mentales más graves, pero yo quería decirles que como sistema tenemos que poder dar respuesta a la globalidad de la salud mental. Aquí hay tres elementos que me parecen claves. Primero, la atención escalonada, que es definir muy bien las funciones de cada nivel asistencial según la necesidad clínica y la complejidad psicosocial. El segundo aspecto es la innovación organizativa y tecnológica. Y el tercer aspecto que quiero comentar son los nuevos roles profesionales. Y les voy a hablar de tres puntos. El primero, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud para las intervenciones breves *online*, que ya han mostrado evidencia en algunos trastornos mentales leves y que pueden ayudar —insisto, ayudar, no quiere decir que sea la única actuación— a mejorar la accesibilidad a la atención. El segundo punto, del que se habla muchísimo y hace mucho tiempo, es que sigue siendo una prioridad reforzar la atención primaria con nuevos roles profesionales. Hay comunidades autónomas que han hecho algunas acciones; yo conozco más Cataluña, que ha incorporado referentes de bienestar emocional en los equipos de atención primaria o programas de apoyo de la atención especializada. Este punto es prioritario porque todo aquello que podamos resolver en el entorno de la atención primaria permitirá que la atención especializada pueda atender a los casos más graves. Y el tercer punto es relativo a hacer las cosas de manera diferente, innovar en la manera de hacer de los equipos y de los servicios, tratar a las personas en la comunidad y en su entorno. Hay experiencias que ya se han llevado a cabo en diferentes territorios y que han mostrado que son eficientes: la hospitalización a domicilio; los equipos de atención en crisis en el ámbito infantojuvenil, los equipos guía, los espacios de vida para evitar la institucionalización psiquiátrica. Todos ellos ya están teniendo resultados. Son equipos que incorporan nuevos perfiles profesionales; además de la psiquiatría, la psicología especializada, la psicología clínica y la enfermería especializada, cuentan con trabajadores sociales, educadores, integradores, terapeutas, e incluso algunos con la figura de apoyo mutuo Peer2Peer. Y estos servicios y esta manera de hacer este cambio y esta innovación son muy relevantes cuando hablamos de la población infantojuvenil, que es difícil que acceda al sistema sanitario.

Hay un tema que también han expuesto otros comparecientes, la necesidad de más profesionales, la planificación adecuada, la acreditación de más plazas de unidades docentes y la actualización de la formación. Con todo ello estoy de acuerdo, pero a mí me gustaría hacer referencia a un tema que, como ustedes son los legisladores, es muy importante que aproveche esta Cámara para decirlo, que es la necesidad de reformar y actualizar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, una muy buena ley, pero que después de más de veinte años de vigencia hace falta actualizar para poder introducir nuevos perfiles profesionales y para repensar los roles de los ya existentes. Este es un elemento clave en el que tengo que incidir.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 16

Paso al ámbito de la atención integral en el propio sistema sanitario, la necesidad de dar una respuesta integral a la salud física y a la salud mental —sabemos que las personas con problemas de salud mental viven un promedio de seis años y medio menos—, pero también la atención integral a la salud mental y a las adicciones. Es necesario tener una mirada integral de los sistemas de atención, implicando a los diferentes sectores: el social, la justicia, la educación, el trabajo..., porque la salud y la salud mental de bienestar están afectadas por todas las políticas.

Otro aspecto que es muy importante para poder garantizar la atención integral es la necesidad de la interoperabilidad de los sistemas de información. Si no tenemos suficientes datos, si no podemos compartir información entre el ámbito sanitario y el social es difícil avanzar en la atención integral. Y, por descontado, la atención integral debe darse en y con la comunidad, implicando a los municipios, porque es allí donde viven las personas. Es muy importante en este ámbito poder garantizar aspectos como la vivienda, la inserción laboral, el ocio, para que realmente las personas con problemas de salud mental puedan desarrollar un proyecto de vida. Déjeme que les dé un ejemplo de una innovación en el ámbito de la atención integral; son unidades que llamamos «Acompáñame», que están en Barcelona, en Lleida y hay también alguna experiencia en el País Vasco; son unidades de atención a población adolescente, con trastornos mentales graves, de elevada vulnerabilidad social y familiar, muchos de ellos bajo la protección de la Administración, y se ha hecho un esfuerzo muy importante para integrar la atención terapéutica, social, educativa y la reinserción. Por lo tanto, yo les decía que no podemos dar respuestas simples ni parciales, ni podemos hacer las cosas igual que las hacíamos hace unos años.

El ámbito de los derechos es un elemento clave, que lo he dejado para el final por su importancia y por su relevancia porque, si no avanzamos en aquellas líneas que he apuntado anteriormente, no vamos a poder garantizar unos servicios de calidad basados en derechos. Precisamente la semana pasada estuve en la sede de Naciones Unidas en Ginebra, participando en la consulta sobre salud mental y derechos humanos, y si un mensaje quedó claro fue el de que todos los países y regiones deben avanzar en el cumplimiento de la Resolución 52/12 del Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Contamos con un buen instrumento, que son los QualityRights de la OMS, que nos interpelan a todos. En esta documentación anexa que les he facilitado también encontrarán información de una plataforma digital, SOM 360, que hemos impulsado desde algunos centros de San Juan de Dios y las entidades asociativas que estamos colaborando con la Generalitat de Catalunya y con la OMS, haciendo difusión de los QualityRights, donde se puede acceder para recibir formación y acreditación.

Pero cuando hablamos de derechos humanos no puedo dejar de señalar una atención especial a aquellos colectivos que son más vulnerables. Por necesidad, por justicia social y también por convicción propia, estoy ahora trabajando en una organización cuyo propósito precisamente es la atención a las personas vulnerables para contribuir a una sociedad más justa. Y les voy a poner ejemplos: la atención de la salud mental de las personas sin hogar, la atención de la salud mental de las personas con discapacidad intelectual y —un tema que ha salido mucho también en esta subcomisión— la salud mental penitenciaria. Precisamente en el ámbito de la salud mental penitenciaria, he de decirles que uno de los centros de San Juan de Dios en Cataluña, de acuerdo con las Administraciones —mediante la Consejería de Sanidad y la de Justicia—, desde el año 2003 está desarrollando todo un modelo de atención a la salud mental penitenciaria que ha querido reproducir en el entorno penitenciario el mismo modelo de atención que en el ámbito civil. Les invito a que vengan a conocer esta experiencia, que es de referencia internacional, pero realmente el ámbito de la atención penitenciaria necesitaría de un debate monográfico.

Ahora sí que quería avanzar con aquellos elementos que considero que son claves.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Doña Cristina, si puede hacer un esfuerzo de síntesis se lo agradeceremos, porque vamos un poco retrasados.

La señora **SUBDIRECTORA ASISTENCIAL DE LA UNIDAD TERRITORIAL I DE LA ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS** (Molina Parrilla): Sí, sí, ya acabo, precisamente este ya es el final.

La necesidad de apostar e invertir en promoción y prevención. Sabemos que es una carrera de fondo, pero que es muy importante si queremos cambiar la demanda de atención en salud mental.

Respecto de la atención integral, que implica a los diferentes ámbitos —sanitario, social, educativo y laboral—, tenemos grandes estrategias con el ministerio, el Sistema Nacional de Salud y las comunidades autónomas, pero lo más importante es la financiación, la implementación y la evaluación.

Por último, aquellos instrumentos que nos ayudan a avanzar: el tema de los sistemas de información compartidos; la innovación tecnológica y organizativa; cambios normativos, como la actualización de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 17

Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y, finalmente, conocer, promover y asegurar la implementación de los QualityRights.

Espero haber aportado contenido útil. Quedo a su disposición y lo único que quiero darles es un mensaje final de que la salud mental nos interpela a todos.

Muchas gracias

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias, doña Cristina.

Abrimos un turno de valoración para los grupos políticos.

Empezamos por el Grupo de SUMAR.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Buenos días a todos.

Lo primero de todo es que quiero agradecerle, doña Cristina, la comparecencia. La verdad que has planteado esta visión también integral en el tema de la salud mental. Hay algunos elementos a destacar y también la importancia de esta transversalidad, que nos situabas a nivel interdisciplinar y también a nivel de visiones: de lo social, de la justicia y del trabajo. También nos vinieron a explicar el Plan de Salud Mental de Cataluña en el que se veía cómo estaban implicados diferentes agentes sociales y diferentes instituciones, y me gustaría saber cómo valoras también, desde la experiencia, esta coordinación que a veces cuesta trabajarla. Porque hablamos de la salud mental como un tema en el que debemos profundizar, pero también parece como que está todo muy incipiente todavía en la manera en la que debemos avanzar en estas coordinaciones o en la valoración de una manera más transversal y coordinada de las políticas.

En relación con el tema de los profesionales, también es un tema que desde el ministerio se está trabajando en el marco de la negociación del estatuto marco. También hay que tenerlo en cuenta como una herramienta, porque, evidentemente, en todo este contexto también es importante hablar de las condiciones laborales de los profesionales. Asimismo, hablabas de la atención primaria y de su importancia, para nosotros también es una prioridad en cuanto a que puedan contar con los recursos necesarios para poder abordar estas situaciones, y tiene que ser esa la primera detección en la que se trabaja.

Por último, hay dos elementos. El tema de los determinantes sociales, a los que también has hecho mención, si pudieras profundizar un poco más en este factor y en cómo podemos trabajarlo. Después hay un tema que me interesa en el ámbito más personal, porque vengo de la vida municipal, que es el papel de los ayuntamientos, que también has nombrado, porque es importante trabajar esta coordinación desde esta primera puerta que siempre digo que es a la que llega el ciudadano, que son estos ayuntamientos, como también lo es el centro de atención primaria en el ámbito local, cómo podemos dar este apoyo municipal a las administraciones locales que muchas veces cuentan con estas necesidades, pero no con los recursos necesarios para poder abordarlas. Después cómo valoras una experiencia, en este caso, de Barcelona, que es el Konsulta'm. Hablabas del tema de estas consultas también *online*, pero este es un servicio de proximidad, y nos gustaría conocer cómo lo valoras y si realmente es una experiencia que se pueda extender o no a otras realidades.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

Por el Grupo VOX, señor García.

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

Primero quiero disculparme, porque no he podido asistir a toda la intervención, ya que tenemos muchas comisiones a la vez que tenemos que atender. Me quedo con que usted ha dicho que ha visionado el resto de las sesiones y ha podido ver cómo se debatía en ellas. Usted ha lamentado, aunque lo ha introducido hoy, que hasta ahora no hayamos tocado a las personas sin hogar o sin techo. Justamente hoy me he despertado sobresaltado, porque en la provincia de Alicante nos encontramos con que la mitad de las personas que atendía el Banco de Alimentos de Alicante se ha quedado fuera del sistema de reparto de ayuda básica de comida, al no cumplir los requisitos para recibir la tarjeta monedero, que se ha puesto en octubre, es decir, que ha afectado, más o menos, a 17 000 alicantinos que se quedan ahora mismo sin ni siquiera un plato de comida que llevarse a su boca. Mientras estamos intentando dar solución a unos temas que afectan a la salud mental, nos encontramos con estos problemas. Tenemos 17 000 personas que ahora mismo no tienen ni siquiera para comer. El tema de los albergues, ahora que empieza el frío,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 18

es otro problema que tenemos. Cualquiera que se dé una vuelta alrededor de la puerta del Congreso ve la cantidad de personas sin hogar que están empezando a proliferar. Recuerdo, cuando empezamos el año pasado, podrías ver perfectamente 4 o 5 personas de camino al hostel y ahora perfectamente puede haber 10 o 15 personas. Creo que es una situación muy muy dolorosa y estamos intentando arreglar un problema, pero nos estamos encontrando con otro. Le quiero agradecer —luego veré la otra parte, porque ahora no puedo—, porque esta fotografía fija que deja usted es clave. Habla de la dotación presupuestaria, sin presupuesto no podemos hacer nada, y de la implementación. Lo hemos visto antes con problemas que llevamos arrastrando durante décadas, como podría ser, en este caso, la adicción al alcoholismo; no se han puesto soluciones, no existen medios y estamos viendo cómo llegan otras y queremos hacer un plan en el que vamos a intentar solucionar todas a la vez y es muy difícil.

De todas formas, me gustaría agradecerle su presencia aquí en el Congreso, su comparecencia y, sobre todo, agradecerle su trabajo, porque creo que son necesarias personas como usted en todos los ámbitos que denuncien las situaciones que estamos viviendo y que estén ahí. Simplemente, quiero aprovechar y agradecerle su trabajo, que sigan denunciando y visibilizando un problema que tenemos, aportando su punto de vista y, como usted pone ahí muy bien, desde el respeto a todo, porque al final creo que esta es la casa de todos, compartimos diferentes ideas, pero, al final, todos queremos la mejor salud mental para nuestros conciudadanos.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Por el Grupo Socialista, doña Carmen Andrés.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Muchas gracias, presidente.
Buenos días, señorías.

Muchas gracias, doña Cristina Molina, por su comparecencia, por estar hoy aquí y por haber hecho esta exposición tan accesible, desde el punto de vista de entenderla, y haciendo un repaso de una forma tan sencilla y con tantísima reflexión detrás a una visión tan integral de la salud mental. Nosotros estamos completamente de acuerdo en lo que he entendido que era su primera demanda. Tenemos muchos diagnósticos, tenemos muchos proyectos y hemos de pasar a la acción. Eso es lo que pretende esta subcomisión, porque el objetivo es elaborar un informe de conclusiones precisamente para pasar a la acción de una forma ordenada, coordinada, recogiendo todo el conocimiento, la experiencia y la evidencia de tantos y tantos proyectos que conocemos nosotros aquí en el Congreso, a través de muchas comparecencias de profesionales, y que ustedes conocen perfectamente en la vida diaria. Nos llama —y nos gusta— especialmente la atención que ha puesto sobre determinados colectivos de los que no se habla demasiado: las personas sin hogar, las personas con problemas de discapacidad —y, en concreto, la discapacidad intelectual— y la salud mental penitenciaria, porque a veces las personas que están en situación de institucionalización o las personas que son menos visibles son de las que menos hablamos y a las que más deberíamos prestar atención, por esta obligación que tenemos precisamente de proteger los derechos en situación de igualdad y con equidad. También valoramos mucho las aportaciones que ha hecho sobre la accesibilidad y esta atención escalonada con medidas que puedan parecer pequeñas y sencillas, pero que realmente van liberando al propio sistema para hacer una atención especializada de aquello que requiere una especial atención y no de otras cosas, y que los profesionales se puedan dedicar a esas situaciones más graves con toda la intensidad que se necesita.

También valoramos las aportaciones que usted ha hecho sobre el trabajo comunitario y la innovación que se puede introducir en ese ámbito, especialmente en la población infantojuvenil, a la que usted ha hecho referencia. Como innovación, conozco bien también por ese pasado municipalista el proyecto Acompañame y otro tipo de proyectos para los jóvenes que, efectivamente, cuesta que entren en equipamiento sanitario o quizá no deban entrar, porque también genera un cierto estigma de por qué voy a ir, quién me va a ver y qué van a pensar. Otro tipo de mecanismos, desde la innovación, para resolver también esos temas sin sentirse estigmatizado. Por supuesto, los roles profesionales, usted hacía referencia a la necesidad de actualizar y poner al día la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. La ministra y el secretario de Estado han hecho referencia a esta necesidad y han indicado que están trabajando en este sentido para adaptar las profesiones a las necesidades del siglo XXI en el que vivimos con todo lo que nos ha aportado esa larga trayectoria de nuestro Sistema Nacional de Salud, que ha sido una trayectoria satisfactoria y que hemos de mejorar a través de estos nuevos roles y liquidar todo lo que ya no sea necesario. Usted ha hecho referencia a los resultados que están aportando algunos proyectos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 19

innovadores, a equipos innovadores para tratar los trastornos más graves, nuestra pregunta iría en esa línea para ver si nos puede ampliar un poco estos buenos resultados que han tenido estos equipos innovadores al tratar los trastornos más graves.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias, señora Andrés.
Por parte del Grupo Popular, señor Cavacasillas.

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

Muchísimas gracias, señora Molina. Muy buenos días y muchísimas gracias por su intervención. Consideramos que ha sido muy interesante y enriquecedora para esta subcomisión de salud mental. Desde el Grupo Parlamentario Popular también queremos darle la enhorabuena por su trayectoria profesional. Además, queríamos hacerle una serie de valoraciones, no solo de su intervención, sino también de su relación con la salud mental, de la que sabemos —y lo ha comentado usted al inicio de su intervención— que es muy estrecha en su etapa profesional. Usted destaca la importancia del enfoque holístico, es decir, que la salud mental debe ser analizada en su conjunto y no a través de las partes que la componen, que contemple no solo el tratamiento de los trastornos, sino también la promoción del bienestar —lo ha indicado— y algo fundamental en todo lo relacionado con la salud como es la prevención, cuestiones que creemos que son fundamentales. También busca que la persona que tiene problemas de salud mental se haga fuerte, que se empodere, para que tome además un papel activo y con ello el fomento y la búsqueda de entornos que sean más compasivos e incluso también más comprensivos. Ante esta cuestión, ¿cómo puede el paciente conseguir esta cuestión de hacerse fuerte en su situación y, si es posible, en cualquier estadio de los problemas que tenga de salud mental? Uno de los grandes problemas de las personas con problemas de salud mental está en los estigmas —lo ha citado— y, claramente, estos tienen que tender a erradicarse para la mejora del paciente y de ahí esa apuesta por la lucha contra el estigma que ha citado. Una de las cuestiones es la relativa a la sensibilización para la búsqueda de ayudas, pero otra también es la educación, la que se da en el seno del hogar o en el entorno familiar es fundamental, pero, en cuanto a las instituciones públicas educativas, dónde y cómo considera que se debería de actuar.

En cuanto a las políticas públicas, se demuestra que ni la Estrategia de Salud Mental ni el Plan de Acción de Salud Mental del Ministerio de Sanidad están dando resultados positivos, más bien lo contrario, y una de las dificultades que se encuentran es la falta de recursos, fundamentalmente de recursos humanos. Según su opinión, cómo cree que se podría mejorar en este aspecto. Ha citado además la LOPS, que es la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y, ante ello, cuáles considera que deben ser los nuevos perfiles profesionales para incorporar en dicha ley. Es un hecho demostrado que la pandemia de la COVID-19 ha afectado a la salud mental de muchas personas, por lo que nos gustaría saber qué consejo podría darles a esas personas que han tenido o que continúan teniendo factores desencadenantes para disponer de una inadecuada salud mental, como ansiedad o depresión.

Por último —y con respecto al futuro de la salud mental—, nos gustaría saber su opinión sobre los cambios que se esperan en este campo en los próximos años y la influencia de la tecnología en el acceso a la salud mental. Además, nos quedamos con esa última frase de su intervención: La salud mental nos interpela a todos

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señor Cavacasillas.
Señora Molina, a ver si en diez minutos o en un cuarto de hora es capaz de contestar.

La señora **SUBDIRECTORA ASISTENCIAL DE LA UNIDAD TERRITORIAL I DE LA ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS** (Molina Parrilla): Lo intentaré.

Muchas gracias a todos los grupos parlamentarios. No podemos entender la atención a la salud mental si no es desde la transversalidad y desde la implicación de los diferentes ámbitos. Durante mucho tiempo ha parecido que la salud mental era básicamente un problema del sistema sanitario y es verdad que hay muchas cosas que hacer en el sistema sanitario, pero es difícil avanzar si a la vez no avanzamos en el ámbito social, en la vivienda y en dar oportunidades laborales a las personas con problemas de salud mental. Es importante, en este ámbito, repensar estos roles profesionales. Les pondré un ejemplo de mi propia institución, hemos definido un modelo de atención integral con equipos mixtos, equipos que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 20

vienen del ámbito sanitario y equipos que vienen del ámbito social, trabajando juntos. Esto también es un reto de innovación organizativa. Los determinantes sociales tienen un peso muy importante. Hablamos de que en la salud mental tan importante es el código genético como el código postal. En este aspecto hemos visto cómo en los estudios de impacto en situaciones de crisis, si en algún problema de salud ha habido un verdadero impacto ha sido en los problemas de salud mental. Nos pasó cuando hubo la crisis económica y nos ha pasado cuando ha habido esta crisis de la pandemia COVID-19.

El papel de los ayuntamientos es clave, porque las cosas pasan en el entorno donde viven las personas. Aquí muchas veces nos encontramos con diferentes competencias entre Administraciones, con que vamos reproduciendo en cada una de las Administraciones programas similares, cuando lo que deberíamos conseguir es trabajar de manera más conjunta para hacernos más fuertes ante un problema como es el ámbito de la salud mental. Conozco el proyecto Konsulta'm, que fue una iniciativa del Ayuntamiento de Barcelona. Es verdad que son iniciativas que permiten la accesibilidad a los adolescentes, es difícil cuando viene un adolescente y le dices: te voy a hacer un seguimiento y la próxima visita es de aquí a dos meses. El riesgo de que ya no venga es importante. Lo que pasa es que es importante que estos dispositivos estén integrados y muy interrelacionados con la red de salud mental infantojuvenil, porque también hay un riesgo de ir poniendo servicios de manera diferenciada. Lo importante es que, en aquellos territorios, todos los servicios estén muy coordinados, y conozco que, en el ámbito de Cataluña, hay voluntad de ampliar estos servicios en otros municipios.

En referencia a lo que nos decía el diputado de VOX, es muy preocupante, porque muchas veces lo que hemos comentado es la atención a la salud mental o la atención sanitaria. Si estas personas no tienen un techo o no tienen los mínimos para poder vivir, esto es complicado. Ya sabemos que de estas personas que tenemos en los centros de San Juan de Dios aproximadamente el porcentaje de un 40% tienen problemas de salud mental o problemas de alcoholismo. Aquí lo que estamos teniendo es equipos de calle que van a buscar a las personas donde están: en el banco de la calle. Esto también quiere decir que hay que salir de los centros para poder atender a las personas en el sitio donde están, pero realmente si no somos capaces de garantizar unos mínimos para estas personas, pues es muy complicado.

En cuanto a las aportaciones del Grupo Parlamentario Socialista, en el ámbito sobre todo de las poblaciones vulnerables, quiero incidir en que a veces son los colectivos más invisibles, pero que necesitan de una atención en salud mental muy importante, ellos y sus familias. Por ejemplo, cuando hablamos de personas con discapacidad intelectual. Usted me ha pedido algunos resultados, tengo algunos datos de algunos equipos que, en el ámbito infantojuvenil, se han puesto en marcha. Son unos equipos que se llaman guía para la atención a población entre 12 y 25 años, población en el entorno, o programas de atención a las crisis infantojuvenil trabajando en el entorno, en su domicilio o en las escuelas. Vemos que esto ha mejorado su calidad de vida. Vemos que ha disminuido, de manera significativa, la media de días de ingresos hospitalarios, que han pasado de 30 a 17, y que ha habido un descenso de casi un 30% de ingresos en los servicios de urgencias. Esto son resultados que ya nos indican la importancia que tiene poder invertir y poder actuar en equipos que trabajen más cerca de donde viven las personas y de su entorno.

Respecto a las aportaciones del Grupo Popular, les insisto en que una atención biopsicosocial no puede darse si no es a través de un enfoque holístico. El otro día seguí la comparecencia que tenían de un epidemiólogo muy experto en los determinantes sociales, el doctor Benach, y él enseñaba una curva. Claro, todo aquello que podamos hacer en promoción y prevención para disminuir el impacto que tengan sobre el sistema los problemas de salud mental o los problemas de malestar emocional es muy importante para poder desviar esta curva. De aquí mi insistencia en pedir que se invierta más en este ámbito. Se ha hablado mucho de empoderar y de capacitar a las personas y el concepto de recuperación y de autonomía es muy importante. Esto nos interpela también un poco a un cambio de paradigma de los mismos profesionales sanitarios. A veces ha habido un modelo más paternalista y aquí hay instrumentos importantes: los planes de decisiones compartidas para poder pactar con la persona que atendemos cómo quiere ser tratada, en qué momentos actuar cuando en algún momento esté en una situación de crisis y para poder trabajar más con la participación activa de las personas. Recuerdo que las primeras asociaciones que aparecieron en Cataluña decían: No trabajéis para nosotros, trabajad con nosotros. La falta de recursos humanos es un hecho que nos hace repensar. Muchas veces hemos incidido mucho en la necesidad de financiación, pero también he vivido momentos sin haber tenido financiación y sin haber podido poner los servicios en marcha por no tener profesionales, y esto nos obliga a repensar cómo podemos avanzar e incorporar nuevos roles profesionales y revisar los roles profesionales. Hay una parte,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 21

que es un tema en el que no quiero entrar, pero sí que quiero nombrar, porque hay una burocratización del trabajo de los profesionales muy importante, muy importante. Este también es un aspecto que tenemos que trabajar con esta revisión de los roles profesionales.

En cuanto a los factores desencadenantes, ansiedad y depresión, tenemos que tener una visión, por eso decíamos cómo incidimos ya desde las poblaciones infantil y adolescente en capacitarlas para afrontar el malestar de la vida. Eso no quiere decir evitarlo, porque nos lo vamos a encontrar todos en diferentes momentos, pero sí en darles instrumentos para que ellos puedan hacer frente a estas situaciones y tenemos que empezar desde la infancia, porque luego a lo mejor en la edad adulta ya hemos llegado un poco tarde, por lo que tenemos que empezar desde la infancia.

Espero haber podido dar respuesta en el tiempo que me han dado.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Ha dado usted respuesta y le han sobrado treinta y un segundos, con lo cual le agradecemos su participación en esta comisión. Además, ha sido una participación que, francamente, a mí me ha recordado cosas que ya llevamos tiempo escuchando, pero siempre hay novedades y siempre hay enfoques, que creo que son muy oportunos, como los que acaba de hacer usted ahora. Muchas gracias y hasta la próxima.

— DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (BORDALLO ARAGÓN). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000170).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Damos la bienvenida a don Antonio Bordallo Aragón, psiquiatra y director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Suya es la palabra, don Antonio.

El señor **DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA** (Bordallo Aragón): Buenos días, ya casi buenas tardes.

Antes que nada, quiero agradecer la invitación para compartir el trabajo de esta subcomisión y, en la medida de lo posible, intentar ver cómo puedo aportar algún granito de arena, porque siempre que se aporta un poquito ya es bastante. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. La presentación que les traigo es algo muy basado en la práctica, porque mi trabajo fundamental es en la práctica. Soy el responsable de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de un hospital de tercer nivel, del Hospital Regional Universitario de Málaga. Lo de la Unidad de Gestión Clínica puede que haya gente que no lo entienda. Si alguien no lo sabe es como si fuera un servicio, le cambiamos el nombre hace un año allí, en otros sitios también se ha hecho y en otros se ha mantenido el tema del servicio. Lo de gestión clínica es porque se presupone que debemos de tener la capacidad para gestionar. Es verdad que esto es relativo. Tenemos una parte de gestión, sobre todo en lo clínico y en lo asistencial, pero es verdad que en otro tipo de campos no es así. La propuesta que traigo es hacer una pequeña foto de dónde estoy, en Málaga, para que se sitúen un poco; después pasara a contar un poco la situación y el escenario en el que nos movemos; qué resultados o qué propuestas —pongo ahí lo de nuevas propuestas— tenemos para desarrollar para mejorar y, por último —creo que aquí todo el mundo da unas ideas de hacia dónde tendremos que ir—, voy a plantear algunas más, que la mayor parte no tienen que ver con el dinero, porque me imagino que partimos de que, a nivel general, estamos en una situación de escasez de recursos por múltiples causas.

Vamos a ello. Ahí les cuento un poquito de dónde vengo. Venimos del hospital regional que cubre la mitad de la población de la ciudad de Málaga, más o menos, son unos 336 000 habitantes y a esos habitantes les damos normalmente la atención, tanto a nivel de atención primaria como a nivel de las unidades de salud mental comunitaria, que son como la atención en consultas, pero también de tercer nivel, y dentro del tercer nivel tenemos ahí los dispositivos que ven a la derecha: la Unidad de Salud Mental InfantoJuvenil; comunidades terapéuticas; unidades de rehabilitación y tal. Esos dispositivos no solo se los damos a esos 336 000, si no a los 109 000 habitantes de la zona norte de la provincia, más a los de la Axarquía, que son 150 000, por lo que en total hablaríamos de unos 600 000 habitantes. Además, esto se complica un poco, porque algunos de los recursos que tenemos son provinciales: la hospitalización pediátrica en salud mental; el tema de todo lo que es lo perinatal, ya que el hospital materno infantil de la provincia está en nuestra zona, e incluso se complica un poquito más, porque a veces también somos el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 22

último recurso para la Ciudad Autónoma de Melilla y porque tenemos una Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria, que es la UTCA, que ven ahí marcada, con la que cubrimos a unos 6 millones de andaluces, a todas las provincias andaluzas menos a Almería, Jaén y Granada, la zona oriental.

Ahí pongo la estructura de la UGC, porque esta diapositiva la voy a intentar unir con uno de los mensajes finales y es para que lo entendamos un poco. Si esa fuera la foto de la atención que se le da a la salud mental, vemos que la mayor parte de la atención donde se lleva a cabo es en la atención primaria. Atención primaria que, como sabemos, son servicios independientes de todos los servicios de salud mental. A nivel de lo que ya es puramente la Unidad de Gestión Clínica o del Servicio de Salud Mental ahí podéis ver los recursos; las dos unidades de salud mental comunitaria que tenemos; una unidad de hospitalización y todos los recursos de tercer nivel que os he dicho. Quiero que fijemos ahí la atención para que veáis que el cuadrado más grande es el del distrito de atención primaria. Creo que eso es lo fundamental y es una de las ideas que intentaré, con mayor o menor éxito, trasladar al final.

Ahora vamos a situarnos en el escenario que tenemos, un escenario de carencia. Seguro que la mayor parte de los compañeros que han venido por aquí lo que trasladan es la escasez. De ahí el título de la presentación: De la escasez a la práctica.

Muchas veces se usa el tema de las camas. Lo primero que quiero decir es que las comparativas son siempre odiosas, primero, porque cada uno compara por un lado y muchas veces los datos que comparamos no son iguales. Y, segundo, porque según donde enfoquemos vamos a ver una cosa u otra. Pero es verdad que nos sirven como un marco general; que en salud mental se puede hablar de camas. Yo creo que es la peor comparativa que podemos hacer porque los sistemas más avanzados van hacia tener menos camas y no más camas. Pero, bueno, ahí podemos ver un poco la media; en España, es de 4,76. Están las dos comunidades que he señalado, que según los datos que he obtenido tienen una mayor tasa de camas por cada 100 000 habitantes y, como ven, Andalucía está a la cola, y Málaga tiene una tasa un poquito más baja que Andalucía.

Ya hemos dicho que el dato de las camas a lo mejor no es el más útil, por lo que vamos a ver las tasas de profesionales. Las cuento en la tabla un poco, por lo que no me voy a extender mucho. Vamos a quedarnos con dos ideas. La tasa de España anda entre 9 y 11, dependiendo de si metemos o no a los profesionales en formación. A nivel europeo son tasas muy bajas: nuestros vecinos, los portugueses, tienen 14 por cada 100 000; Alemania llega a 28. Pero si ya analizamos la tasa en España y ponemos matices vemos que el País Vasco y en Cataluña tienen niveles altos mientras que en Andalucía desgraciadamente son bajos. ¿Por qué? Por nuestra historia. No es una crítica, pero es la realidad. Hoy día el óptimo es de 15, por lo tanto, estamos en niveles muy bajos.

¿Y si pensamos en los psicólogos clínicos? ¿Qué atención se busca hoy en día? ¿Cómo prefiere la sociedad que sea la atención por el psicólogo? Quizás lo vivencia como de menor gravedad o de mayor cercanía. La media de la Unión Europea son 18. Hay mucha diferenciación, que creo que tiene que ver con la estructura de los sistemas sanitarios de algunos países. Alemania tiene 41, pero tienen un sistema que podríamos calificar de mixto y seguramente no nos serviría mucho la comparación; otros países que tienen un sistema más parecido al nuestro andan entre los 18, los 15, o los 9, que tiene Italia, en España la media es de 6. Como siempre, un gran gradiente. No somos un país que tenga un gradiente parecido, en Cataluña hay 15 y en Andalucía, 3,5.

Y si nos vamos a los enfermeros especialistas —que yo creo que es una de las categorías más importantes en el trabajo que realizamos—, ocurre tres cuartos de lo mismo: Europa está en 25; España, en 12; Andalucía, en 7,5.

A ese marco de escasez —que yo creo que es común en la mayor parte de España, pero es un poco más intenso en Andalucía— se une lo que ha pasado en los últimos cinco años. He puesto ahí un gráfico de evolución asistencial, que muestra las consultas totales que hemos atendido en nuestros servicios. Son datos de nuestro servicio y han ido incrementándose de manera no exponencial, pero llegar en cinco años a un 35% de incremento es mucho, hemos pasado de 56 000 en prepandemia a 76 000 en el año pasado.

Las primeras consultas también subieron y curiosamente los ingresos no han subido o, cuando menos, se mantienen más o menos estables. Haciendo la salvedad de que no es totalmente lineal, podríamos pensar que hemos aumentado mucho la atención a determinadas patologías y los datos de los casos más graves —que es lo que se presupone que en algún momento requieren hospitalizarlos— están estables. Podemos sacar esa conclusión de ahí, aunque no es del todo real.

Ante esa situación, los gestores y los profesionales nos encontramos con un escenario endiablado: escasez de recursos y aumento asistencial. En la creación de recursos, es verdad —hay que decirlo—

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 23

que el COVID nos dio un respiro porque se creció un poco. Por lo menos en Andalucía se creció, e imagino que en otras comunidades también.

En relación con el incremento asistencial ¿qué vimos con los datos? Que la tasa de trastorno mental que atendíamos era más o menos estable, no había un incremento. En cambio, sí veíamos un gran incremento de todo lo que llamábamos el trastorno mental común, más relacionado con la ansiedad y la depresión. Los porqués son múltiples, podemos hablar de la pandemia —cinco años después podemos seguir hablando de eso—, pero hay otro tema que es social y que, aunque nos parezca mejor o peor, está ahí y no lo podemos obviar, que es la psicologización o medicalización de los problemas que todos tenemos en nuestra vida cotidiana, y la menor tolerancia al sufrimiento. Estamos en una sociedad en la que todo se arregla muy rápido.

Y, por último, la desestigmatización de la salud mental. Hago un pequeño inciso, cuando decimos: es verdad, estamos perdiendo el estigma, los famosos salen en las redes sociales y comentan sus problemas, yo creo que esto no es del todo real. El trastorno mental grave sigue siendo un estigma en este país, y un estigma muy importante. Lo que se ha desestigmatizado seguramente sea el trastorno mental común, pero a la persona que sufre una esquizofrenia normalmente no la vamos a ver saliendo en ninguna red social diciendo que tiene una esquizofrenia. Una vez hecho ese pequeño matiz, sigo. Ante ese escenario nos planteábamos que teníamos que actuar en tres fases. Cuando uno ve una ola que viene se pregunta qué hace. Y lo primero que hace es intentar frenar la ola, y lo segundo ver los efectos que tiene la ola. El efecto que tenía la ola es que, si la asistencia inundada, vamos a dejar de prestarle la atención más intensiva que necesitaban los casos más graves. Por otro lado, cuando uno tiene ese nivel de asistencia se fija más en la cantidad, en asistir, que en la calidad. Y la calidad en la salud mental está ligada, queramos o no, a todo lo que tiene que ver con la humanización. Esas fueron las tres líneas que intentamos potenciar. Ahora contaré un poco lo que hemos hecho en relación con la reducción de las tasas. En cuanto a la potenciación de la asistencia, sobre todo buscamos hacerlo en las patologías más graves. Y, por otro lado, vimos también los colectivos más vulnerables, he puesto infancia y adolescencia, pero se podrían poner algunos más. ¿Y qué hicimos? El tema de la atención primaria —volvamos otra vez a la primera diapositiva, que era un cuadrado muy grande de atención primaria— es fundamental. Nosotros ya llevábamos mucho tiempo trabajando con ello. ¿Qué pasa? Que a partir de la pandemia hemos intensificado mucho más. ¿Y cómo lo hacemos? Lo hacemos por cosas que hemos implementado desde nuestra UGC y por otras cosas que vienen del programa de salud mental andaluz. Uno ha sido el tema de los psicólogos clínicos en atención primaria. La de los psicólogos clínicos en atención primaria fue una experiencia que se inició en Andalucía y que ahora mismo está cortada por dos motivos: presupuestarios y también por problemas para cubrir las plazas. No hay tantos psicólogos clínicos —la anterior compañera lo ha contado— y me parece que es un objetivo de primer nivel. Cuando uno está ante una ola lo primero que tiene que hacer es llegar al sitio porque si te quedas en tu espacio la ola te va a revolcar; uno se tiene que meter un poquito más. Perdonad que utilice estos términos tan coloquiales, pero me explico de esa manera un poquito mejor.

En cuanto al trabajo una vez que llegábamos allí, era obligatorio que cada equipo de atención primaria tuviera un referente —ya sea un psiquiatra o un psicólogo clínico— y que hiciéramos coterapias y supervisiones. Cuando teníamos tan pocos recursos, lo que se potenció fue la existencia de grupos psicoterapéuticos en atención primaria, y de ahí nacieron las experiencias de los GRAFA, que son Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad, donde podríamos meter todo lo relacionado con ese trastorno mental común, y de los GRUSE, Grupos Socioeducativos en Atención Primaria, muy focalizados hacia colectivos que tienen unas tasas altas de patología. También se adoptaron medidas preventivas a nivel general. En Andalucía por ejemplo la figura de las enfermeras escolares y las campañas de divulgación.

¿Y qué medidas hemos propuesto dirigidas a los colectivos más vulnerables? Pues esto que tenemos ahí. Si queréis, podemos hablar horas de cada una, pero de momento voy a dar una pequeña pincelada. Los equipos de atención para primeros episodios en psicosis es una de las medidas que tenemos más claro que hay que hacer cuando miramos la evidencia. Según cómo enfoquemos a los pacientes cuando debutan con una psicosis, así va a ser la evolución. Curiosamente, esta atención no está extendida en todo el Estado, en todas las comunidades, ni siquiera en todos los servicios dentro de una comunidad. Esto es algo para planteárselo porque ahí es donde nos estamos jugando realmente el desarrollo de la enfermedad.

Otra medida son los equipos de tratamiento intensivo comunitario. Ese equipo nace en nuestra unidad —se ha hablado aquí mucho de los sin hogar—, de hecho, fuimos uno de los pioneros en tener un equipo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 24

para trabajar solo con las personas sin hogar. Ahora tenemos un equipo cuya filosofía es fácil de trasladar: tratar al más grave e ir a buscarlo. Normalmente el paciente que tiene un trastorno mental grave muchas veces no va a buscarte; tiene que moverse uno. Esa es la filosofía. Luego podríamos entrar en datos y en lo que quieran.

La siguiente medida son los programas de enlace. Hay otros colectivos sobre los que nos parecían muy interesante actuar; me refiero la infancia, a la patología grave a nivel somático —la oncología, los paliativos—, a lo perinatal. Y ahí también pusimos los recursos, pero, claro, no eran recursos nuevos, había que repartir y eso es lo complicado.

Tenemos un programa de prevención de reingresos que también ha dado buenos resultados. Yo siempre digo que cada reingreso de un paciente en el fondo es un fracaso terapéutico, es decir, le hemos dado el alta a una persona que en unos días ha vuelto. Algo no hemos terminado hacer bien.

También creamos programas para la depresión refractaria. La depresión tendíamos a dejarla en ese campo de la ansiedad y la depresión, pero una depresión grave es muy grave y el nivel de sufrimiento es gigante. Y hay otro tipo de terapéuticas que hay que implementar: terapia electroconvulsiva, nuevos fármacos y sobre todo intervenciones psicológicas de alta intensidad.

El programa Código Suicidio, que se había iniciado un poquito antes de la pandemia, lo potenciamos. Aquí voy a hacer una pequeña puntualización, los códigos suicidios se implementan normalmente sobre la población que ha realizado una tentativa de suicidio, pero es que la población que se suicida muchas veces no ha hecho una tentativa de suicidio, con lo cual estamos olvidando a una gran parte de la población en riesgo. No sé cómo voy de tiempo, pero intentaré ligarlo ahora al final.

Los programas de atención psicogeriátrica. Luego, si alguien que quiere preguntar algo, puedo detallar algo más de estos programas.

En el aspecto de la humanización apostamos por la política de contención cero. De momento no es real, lógicamente, pero es hacia dónde queremos andar. Para ello hemos dispuesto de salas de confort, intentamos —aunque es muy complicado por la burocratización y la funcionarización de los sistemas sanitarios— el desarrollo, intentamos cambiar algo. Queremos hacer una unidad más abierta —no de puertas abiertas, pero más abierta— y eso es complicado, aunque parezca mentira. Y otro tipo de proyectos —que ya los he escuchado esta mañana aquí— como hogares de crisis, hospitalización a domicilio y todo eso.

Ya termino. No sé cómo voy de tiempo, pero ya termino. Todo esto lo hemos hecho sin un incremento grande de los recursos, lo hemos hecho usando una parte de los recursos que adquirimos por el COVID. Si recordáis las primeras diapositivas, mostraban en qué niveles estábamos de distintos profesionales. Si la estructura legislativa y ejecutiva de cada comunidad autónoma y a nivel central hiciera quizá algunas tareas sería mucho más fácil que todo eso que he contado lo pudiéramos ir desarrollando.

Una de las cosas principales es una cartera de servicios básica, pactada y basada en la evidencia. Lo ha dicho la compañera, hay cosas que sabemos que funcionan bien y que no son caras. Nosotros no tenemos grandes equipamientos, necesitamos espacios donde poder tratar y personas que traten; solo eso. La cartera de servicios lógicamente luego hay que adaptarla a cada realidad; es distinto Galicia que Andalucía, es distinto Madrid que Aragón, está claro, pero hay que tener una cartera de servicios para que no pasen cosas como las que he contado de los primeros episodios, que una comunidad los trata, otra no los trata o y otra deja de tratarlos, y eso es un riesgo. Hay que legislar sobre esa cuestión de alguna manera. Indudablemente no como obligatoriedad, pero hay que establecer cuáles son las tasas mínimas porque tenemos unas tasas mínimas de profesionales muy bajas. No hay varitas mágicas, no se puede hacer así y de pronto nos vamos a equiparar a Francia. No, pero hay que ir en ese camino y para ir en ese camino hay que tener una cifra como objetivo.

La sanidad está siempre en crisis, desde que yo llevo trabajando aquí siempre he oído que estamos en crisis, nunca estamos bien, pero vamos creciendo. Si tuviéramos un norte o una brújula seguramente sabríamos.

Me gustaría hacer hincapié en la enfermería especializada en salud mental porque es algo fundamental. La salud mental es el cuidado y sin cuidados no hay salud mental y las tasas de enfermeros especialistas son bajas. Pero lo peor es que no hay una política común, en cada comunidad autónoma se está haciendo de una manera, se están poniendo muchas limitaciones porque al que gobierna en cada consejería le es mucho más práctico tener enfermeros generalistas —que son multitarea—, que enfermeros especialistas, que solo los pueden dedicar a una cosa. En épocas de carencia lógicamente se tiende a lo más polivalente, pero tengo que repetir que se pierde mucha calidad y que, si tenemos un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 25

sistema sanitario que forma a unos profesionales para después no contratarlos, habría que plantearse si lo estamos haciendo bien.

Los planes nacionales. De esto podríamos hablar mucho, pero voy a dar solo una pincelada sobre el suicidio. El suicidio mata todos los años a 4000 personas. Pensemos en un funeral —es muy macabro—, pero pensemos en poner 4000 féretos. Todos estaríamos sin palabras ahora mismo. Y lo que he intentado decir antes es que ni siquiera tenemos un plan nacional, el plan nacional está metido dentro de la Estrategia Nacional de Salud Mental, y yo creo que eso es un error. ¿Por qué? Porque el suicidio tiene suficiente entidad, porque el suicidio no es un problema de la salud mental; el suicidio un problema de la sociedad, donde están metidos elementos sociales, legislativos y sanitarios. La mayor parte o una gran proporción de los suicidas no tienen historia en salud mental. Y otra cosa que hay que pensar es si esas campañas que estamos haciendo son útiles. Porque si hiciéramos una foto de los suicidas nos daríamos cuenta de que el 75% son hombres y el 25% mujeres. Y si nos fijáramos en las edades veríamos que van incrementándose, es decir, conforme mayor es la edad, mayor en la tasa de suicidio. Curiosamente —sé que puede parecer políticamente incorrecto y yo no quiero desvestir un santo para vestir a otro— las poquitas campañas que tenemos de prevención más general están centradas en otros colectivos, concretamente en mujeres y jóvenes. Es verdad que son colectivos a los que hay que mirar, pero no podemos olvidar que de los 4000, 3000 eran hombres y de los 3000, 2500 eran hombres mayores, y no hay ninguna campaña de prevención ni de focalización en esa patología. Lo dejo ahí, sé que puede ser un tema conflictivo.

Y termino con la autonomía. Únicamente quiero decir al respecto que somos una especialidad o un campo del saber médico difícil de compatibilizar con las estructuras que tenemos. El hospital nunca nos va a terminar de entender ni la atención primaria tampoco porque somos mixtos y porque, además de ser mixtos, en esa doble estructura sanitaria estamos muy enlazados con todo lo que tiene que ver con los servicios sociales, la educación y otras cosas. De alguna manera las instituciones sanitarias tendrían que permitir una cierta autonomía a los servicios de salud mental, debería haber algún tipo de estructura a nivel autonómico que le diera un poco de cohesión a todo el servicio.

No sé si he transmitido lo que quería. Yo creo que estoy en tiempo más o menos, así que terminamos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, doctor Bordallo.

Efectivamente, su unidad de gestión clínica ha hecho una magnífica gestión con escasos recursos y usted lo ha explicado en un tiempo razonable. Un poquito más de la cuenta, pero un tiempo razonable. Comenzamos por el Grupo Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Perdón por mi inasistencia, lo que pasa es que tenía cuatro cosas a la vez hoy. No he podido asistir a su exposición, la oiré después, pero he visto el esquema y creo que ha sido bastante completa.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Doctor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenos días, doctor Bordallo.

Muchísimas gracias por la intervención y sobre todo gracias por el trabajo a usted, a todo su equipo y a todos los equipos como el suyo en España, que son muchos. Bien desde modelos de unidades de gestión clínica o bien desde un modelo de servicios clásicos están tratando de responder temas asistenciales.

Quiero hacer algunos comentarios o preguntas, profundizando en lo que decía. Una es si puede profundizar un poquito en el tema de los grupos socioeducativos. Yo vengo de Asturias de trabajar en salud pública y desde hace mucho tiempo teníamos mucho interés en ellos. Además, los grupos socioeducativos tienen evaluación ya hecha y está publicada en Gaceta Sanitaria. Hay otros modelos similares en el país como los procesos correctores comunitarios, las terapias de reencuentro y demás, y son espacios que —dentro de la atención escalonada— pueden abordar malestares detectados en atención primaria. Concretamente la experiencia andaluza era una especie muy interesante porque estaban integrados en carteras de servicios de primaria, reforzados desde trabajo social, y me gustaría que completara esta cuestión. Nos da lástima que podría ser una herramienta muy escalable a otras comunidades autónomas, pero que no hemos conseguido escalar dentro esa gradualidad de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 26

grupos socioeducativos, psicólogos clínicos de atención primaria, unidades de gestión clínicas en salud mental.

En Asturias tenemos algunos modelos como algunos de los que se han mencionado. Uno es proyecto Prometeo, que trabaja desde la fundación Siloé y tiene una experiencia en trastorno mental grave tratando a personas en situación de vulnerabilidad, con algo muy interesante que es, a parte de la conexión con los servicios de salud mental, todo el trabajo con los itinerarios laborales, sociales y de integración en la comunidad, en personas que tienen ese espacio intensivo que mencionaba.

Y otro que también es similar es el modelo Avilés enfocado en el tratamiento asertivo comunitario, que trabaja mediante el acercamiento para que la persona pueda estar cuidada en el entorno donde vive.

Quisiera hacerle una pregunta final en el sentido de cómo es la gobernanza y la coordinación de todas esas estructuras. Teniendo en cuenta el papel clave de la atención primaria, pero también la propia dificultad que tienen sus servicios clínicos por la presión asistencial, ¿qué modelo de gobernanza o de coordinación se realiza entre todas las unidades para hacer esa coordinación?

Y también quiero preguntarle si existe la figura del gestor de casos dentro de esos itinerarios —que a veces son complejos— de ingresos, reingresos, atención domiciliaria, atención comunitaria, si se mantiene la figura de la gestión de casos.

En relación con los suicidios, ha mencionado un tema importante, cómo a veces no focalizamos. Ha mencionado también alguno de los comparecientes que las campañas no sirven para nada si no están dentro de planes multinivel. Es verdad que el foco debería estar en los hombres porque es donde está la mortalidad ahora mismo. También es cierto que la ideación autolítica es muy preocupante en mujeres jóvenes, sobre todo vinculada al incremento de consumo de ansiolíticos; es decir, que ahí hay un espacio de comorbilidad a tener en cuenta.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Pasamos al Grupo VOX. Señor García, hoy le dejaron a usted como responsable de todo.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Aquí estamos, al frente siempre.

Muchas gracias, señor presidente.

Muchísimas gracias, doctor, por su exposición. La verdad es que ha sido edificante. La subcomisión está trayendo una cantidad importante de profesionales que nos muestran fotografías, y en este caso yo me quedo sobre todo con dos imágenes. La primera, que ha dicho que llegan a atender a 6 millones de personas, que incluso llegan a ser también referencia de Melilla. La cantidad de personas que dependen directamente de su centro y de su gestión nos muestra la carencia y la capacidad que tienen ustedes los profesionales de hacer maravillas con cuatro palos, hablando coloquialmente. La verdad es que yo también soy muy de hablar coloquialmente.

Y me quedo también con esa imagen de los 4000 féretros que ha dicho usted. El otro día estábamos discutiendo qué hacíamos con el tema de los suicidios, si les dábamos o no visibilidad. ¿Qué hacíamos? Porque ese debate lo hemos tenido muchas veces y yo creo que está superado ya. Hay que hablar de suicidio y hay que hablar de la gente, del teléfono de la esperanza y es un tema que celebro que en esta comisión esté saliendo muchas veces.

Simplemente quiero agradecerle su exposición. Voy a volver a escucharla, voy a volver a verla. No sé si podremos tener la exposición para ver los datos, para compararlos, porque creo que ha tenido usted que condensar muchísima información en muy poco tiempo, y que daría para hablar muchísimo.

No le voy a hacer ninguna pregunta porque ya le digo que me gustaría ponerme en contacto con usted de otra forma, más detenidamente. Simplemente voy a agradecerle su exposición, su tiempo y, sobre todo, el trabajo que están realizando ustedes. Están ustedes directamente salvando vidas y están ayudando a muchísima gente a salir del pozo, que muchas veces no tenemos un asidero, no tenemos a nadie que nos dé la mano, y ustedes están ahí, incluso como dice, saliendo a buscarlos. Es algo muy importante, más aun estos días que se acerca el frío y se acerca el invierno. Hay que salir a buscar esas personas para que vean cómo no están solas.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Por parte del Grupo Socialista, María Sainz.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 27

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

Es un honor que el doctor Bordallo nos haya traído algo tan complicado, que probablemente deja dudas de cómo los servicios clínicos han tenido que reestructurarse en comunidades de gestión clínica. Es además un lenguaje —yo lo he vivido durante cuarenta años en el hospital Clínico San Carlos, dirigiendo el servicio de medicina preventiva— que ha supuesto de un cambio conceptual para poder llevar la atención clínica sanitaria y de investigación. Por lo tanto, a veces es difícil de comprender por parte de la ciudadanía y por supuesto a veces también por los que los representamos en este Congreso cuando habla de la unidad de gestión.

Lo último que ha comentado en relación con la autonomía es algo muy interesante. Por lo tanto, le voy a preguntar porque, aunque nos ha dado datos globales, me gustaría que nos hiciera alguna reflexión al Grupo Parlamentario Socialista o nos diera algún dato sobre los indicadores y la evolución que ha tenido su unidad de gestión clínica. Realmente en la medicina nos ha costado mucho tener el lenguaje de administración y de gestión técnica, eso normalmente lo dejábamos para los gestores que venían de otros ámbitos del conocimiento: de la economía, de la sociología. Pero ahora hemos entrado en el tema todos los profesionales sanitarios, más cuando en su unidad se ha creado una unidad de gestión clínica. Por lo tanto, me gustaría que nos diera alguno de esos datos.

También quisiera que nos hablara de las dificultades sobre el contrato programa que ustedes cada año tienen que firmar con el gerente de la institución. ¿Qué puntos han visto con dificultades o han sido relevantes en su trayectoria profesional?

También me gustaría que nos hablara sobre el apoyo de los profesionales de su propia unidad de gestión clínica, cómo se han podido incorporar los profesionales tanto de la medicina, como de enfermería, los auxiliares de enfermería y todo el entorno de su unidad de gestión clínica.

Y, por supuesto, quisiera saber qué nos pediría ustedes a nosotros en relación con cómo se podría abordar e incluso matizar eso que usted tanto siente como necesario para una buena gestión clínica, que es la autonomía entre la estructura hospitalaria y la de atención primaria.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

Por parte del Grupo Popular, la señora Vázquez.

La señora **VÁZQUEZ JIMENEZ**: Muchas gracias, presidente.

Buenos días, señorías.

Muchas gracias, doctor Bordallo, por dedicarnos toda la mañana. La mañana de hoy cuenta doble, porque, si nos la dedica a nosotros, nos la dedica a los asistentes, y es de agradecer su atención. Hay cuestiones que han preguntado los compañeros portavoces sobre cogobernanza y sobre cómo funciona una Unidad de Gestión Clínica. No voy a profundizar en eso, pero voy a profundizar en dos aspectos nada más. Por un lado, en el suicidio, en el abordaje de la tentativa suicida. Desde el punto de vista de la unidad de gestión, me gustaría que aportara cuáles han sido las experiencias con otros colectivos que afrontan el abordaje de las tentativas suicidas fuera del sistema sanitario. Por otra parte, quería saber su punto de vista sobre un aspecto muy concreto. Nosotros somos la subcomisión de salud mental y estamos llamados a realizar un informe de consenso que contenga todos los aspectos que puedan mejorar el abordaje y la atención de la salud mental de la población, por lo que le quería preguntar cómo se ven, desde un servicio o desde una unidad de gestión, una estrategia global, como la Estrategia Nacional de Salud Mental, y los planes específicos. Se ven con optimismo, con escepticismo, son abordables o son aplicables. Cómo se aplica una estrategia y un plan en una unidad asistencial con todas las carencias que puede tener cualquiera en cualquier territorio de España, con la carencia de profesionales, con las dificultades organizativas y con la burocracia de frente. ¿Cómo afronta esto un servicio? Porque el Plan de Salud Mental está a punto de caducar y habrá uno nuevo o una prórroga, pero la estrategia y los planes de las comunidades autónomas terminarán, cómo se interioriza desde un servicio, cómo se afronta y cuál es su opinión.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

Doctor Bordallo, a ver si en esos diez minutos es capaz de contestar.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 28

El señor **DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA** (Bordallo Aragón): Muchísimas gracias.

Voy a ver si soy más rápido que antes. Empezamos con las preguntas que ha hecho el Grupo SUMAR sobre los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria en Salud, los GRUSE. Los grupos socioeducativos empezaron como una apuesta mixta potenciada desde la salud mental, o sea, fue la salud mental la que le lanzo el caramelo a la atención primaria. Al final se han hecho en primaria y, como bien han dicho **(suena una reproducción desde el portátil del señor Sáez Cruz)**, las personas que lo están llevando a cabo son los trabajadores sociales, fundamentalmente con unos resultados muy buenos. **(Vuelve a sonar una reproducción desde el portátil del señor Sáez Cruz)**.

No pasa nada.

La atención es de gran importancia y de gran utilidad. Es verdad que luego siempre surgen problemas, pero a mí me hacían gracia. Es verdad que hay trabajadoras y trabajadores sociales que se sienten muy cómodos haciendo un tipo de intervención grupal y había otras personas que no, con lo cual eso ha provocado que durante años se llevaran a cabo en un sitio y no se llevaran a cabo en otros. Al final se ha intentado poner en la cartera de servicios, porque lo primero es ponerlo en la cartera de servicios, pero, si solo lo ponemos en la cartera de servicios, la realidad nos dice que no se hace. Entonces se ha ligado mucho a los objetivos y al acuerdo de gestión clínica con el hospital —ahí van tirando—, aunque los resultados son muy buenos. Sin ellos, sin los GRAFA, que son los grupos de afrontamiento de la ansiedad, que son llevados más por enfermería y también por los psicólogos clínicos que tenemos en atención primaria, la ola hubiera sido un maremoto. Eso se está frenando ahí, pero no solo por el hecho de frenar, sino por calmar un malestar social que es real. Uno puede decir que si es por la vida cotidiana; que no, que es porque soy cuidador o por lo que sea, pero la persona tiene un malestar y, como organizaciones sanitarias, tenemos que intentar mejorarlo.

Sobre el sistema asturiano, es que es muy parecido al andaluz, los andaluces nos copiamos mucho de los asturianos y el modelo de Avilés es un referente. No puedo decir nada más. Lo que pasa es que en Asturias está mucho más descentralizado, tiene mucha zona, o sea, para un territorio que puede ser un poquito más grande que la provincia de Málaga, en Málaga hay 3 o 4 UGC realmente y en Asturias hay 10; hay muchas más unidades y hay muchas más historias, pero es muy parecido.

La gobernanza y la coordinación con las instituciones, la gobernanza es el mecanismo que tenemos dentro de la UGC. La UGC de la que soy responsable está constituida por 300 profesionales, son —como han visto ahí— 8 o 10 unidades y bastantes programas autónomos independientes, por lo que eso es complicado. Tenemos una reunión de gobernanza mensual siempre para intentar ponernos de acuerdo y a veces es complicado. Además de esa reunión tenemos una comisión de participación ciudadana, donde nos reunimos con representantes de los pacientes, de los familiares y demás, que también nos ayuda en el tema de la gobernanza. La gobernanza no puede ser solo con la institución, tiene que ser con el ciudadano, si no, no tiene mucho sentido. El ciudadano también tiene que ser partícipe. Entre las instituciones, los de atención primaria, que es lo que decía antes de la autonomía, al final no nos ven como parte de ellos, aunque nuestro patrón de funcionamiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria es mucho más parecido a lo que ellos hacen que lo que se hace en una consulta externa de cualquier especialidad. Es verdad que, desgraciadamente, las relaciones dependen muchas veces de la cercanía, de la facilidad y del entendimiento personal con atención primaria. Con respecto a los hospitales, somos un servicio más donde se nos ponen unos acuerdos de gestión clínica, que firmamos con la gerencia del hospital, y que intentamos cumplir.

En cuanto a lo de gestor de casos, no tenemos, y ese es un error gigante. Es verdad que, en el ETIC, en el Equipo de Tratamiento Intensivo en Comunidad, se hace en parte un papel similar en eso, pero no tenemos esa figura que es fundamental, que la hemos tenido, pero de momento ni está ni se le espera; esta es la situación. Era una figura fundamental y en los países más avanzados, como en el Reino Unido u otro tipo de países **(el señor Cofiño Fernández hace gestos afirmativos)**, es una figura crucial en todo el engranaje de la salud mental.

En cuanto a los suicidios, no recuerdo bien la pregunta, anoté aquí suicidios.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Era un poco por matizar que las ideaciones y sus políticas estaban ahí.

El señor **DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA** (Bordallo Aragón): Sí, totalmente.

Creo que son dos cosas distintas. Una es la prevención, porque realmente una tentativa autolítica ya nos está hablando de un riesgo suicida importante. Es verdad que tenemos que intentar no olvidar al que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 29

se suicida y no sabemos de él, pero es muy complejo hacer eso. Por ejemplo, el tema de hacer planes para prevenir el suicidio, ni siquiera hasta ahora hemos tenido acceso a cuánta gente se suicida en tu lugar ni saber algún dato sobre ello. Eso nos permitiría hacer muchas cosas interesantes en esta lucha, pero las instituciones políticas tienen que apostar por eso al darse cuenta de que es un problema. He sido muy macabro con lo de los 4000 ataúdes, pero es que hay que sensibilizar a la gente de que es así. Imagínese: todos los años 4000 muertos, 4000 muertos, 4000 muertos, y llevamos así ya varios años. Hay que sensibilizar. Mientras no tengamos comunicación con el Instituto Médico Legal, porque el que se suicida ya no viene a pedir consulta, desgraciadamente, tenemos que ir y estudiar ese caso, hacer autopsia psicológica, que no la hacemos, ver dónde se producen los suicidios, porque hay muchos puntos calientes en los que se podrían poner medidas restrictivas. Voy a poner un pequeño ejemplo. Vengo de Andalucía, de Málaga, y lo puedo decir: el Tajo de Ronda. Todo el mundo sabe que el Tajo de Ronda fue durante mucho tiempo desde donde mucha gente se tiraba. Hay que poner, donde uno sabe que son sitios en los que la gente se suicida, elementos disuasorios, que algo ayude. He terminado de contestar al Grupo SUMAR.

En cuanto a lo de la población que me preguntaba el compañero de VOX, es verdad que los 6 millones es solo para trastornos de conducta alimentaria, por lo que no es que llevemos todo el peso. Es verdad que Melilla no tiene tampoco un convenio. Además, hay una situación, porque cada caso complejo que requiere algún tipo de intervención del que ellos no disponen, la comunicación es siempre hacia nosotros al ser un hospital regional y porque la mayor parte de las especialidades sí tienen un convenio directo. En teoría ellos tendrían todo, porque tendrían un tercer nivel, pero se quedan cortos en algo. La visibilidad del número de suicidios, si hay que hablar o no hablar, tengo claro que hay que hablar. No pasa nada. El ser humano cuando mete la cabeza y no quiere ver un problema lo hace mucho más grande. Ahora, hay que saber hablar, no hay que entrar en el amarillismo, pero hay que hablar y hay que informar a la gente. Creo que esa es la postura de la mayor parte sobre eso.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Tiene que terminar.

El señor **DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA** (Bordallo Aragón): Estoy regular con el tiempo. Me quedan dos grupos y termino.

Respecto a los indicadores y a la evolución de la UGC. No me ha quedado muy claro qué indicadores quería. En cuanto a la evolución de la UGC, era un Servicio de Salud Mental y se ha convertido en una Unidad de Gestión Clínica. En todo lo que son las unidades que nosotros tenemos, todas esas que he nombrado: comunidad terapéutica, Unidad de Rehabilitación, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; todo eso está recogido por decreto en Andalucía. No son unidades que uno tenga, es verdad que se crearon cuando se desmantelaron prácticamente los manicomios a principio de los ochenta., con lo cual la realidad ahora es otra. Estamos en proceso de, sin desmontarla, porque si la desmontamos la perderíamos y nos quedaríamos sin nada más, darle otro sentido. Voy a poner un ejemplo. La Unidad de Rehabilitación de Salud Mental antiguamente se dedicaba a talleres para que los pacientes estuvieran ocupados. Hoy día muchos de los programas que hemos puesto ahí, de reingresos, de depresión refractaria y de primeros episodios, están alojados ahí. Le estamos dando otro sentido. La evolución en la asistencia, los datos asistenciales y los indicadores son bastante grandes, y he intentado poner ahí una pincelada.

En cuanto al contrato programa, el contrato programa no se nos aplica a nosotros como unidad de gestión, en Andalucía se le aplica a la gerencia del hospital. La gerencia del hospital, sobre el contrato programa, aplica los acuerdos de gestión clínica según el servicio o según a dónde se dirige. Pero a veces se hacen tonterías, porque en vista del acuerdo general se nos aplican objetivos que son incumplibles por nosotros. Se nos pide —voy a poner dos mini ejemplos—, uno, que nuestros reingresos tengan los mismos niveles que cualquier otra planta y no es posible. Trabajamos con lo social, con gente que no tiene recursos, con gente que no tienen domicilio, no puede ser igual. Pero se nos aplica igual que la persona que va a operarse de una apendicitis, se opera, viene y tiene una tasa de reingreso pequeño, lo que es una sinrazón. Por ejemplo, en cuanto a los fármacos, se nos aplican los mismos parámetros en el uso de antidepresivos que se les aplica a la atención primaria. Vamos a ver, si estamos trabajando con primaria para que ellos sean el primer escalón en todos esos trastornos moderados leves, no nos pueden pedir que usemos el mismo recurso terapéutico que está utilizando primaria, nos tenéis que dejar que seamos un escalón más. Ejemplos como estos. El apoyo a los profesionales, a mí muchas veces me llama la atención

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 30

que los profesionales siguen estando motivados. Es curioso la resiliencia de los pacientes y de los profesionales ante esta situación de carga y tal. Respecto a las categorías, creo que si hay un servicio que tiene multitud de categorías son los servicios de salud mental: psiquiatras, psicólogos, enfermeros especialistas, enfermeros generalistas, TCAE, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores, celadores, administrativos, profesores; es gigante. En teoría, con mucho margen de mejora, muchísimo, somos ejemplo de trabajar multidisciplinariamente. Hay veces que hay categorías que tienen más conflictos entre ellos, por ejemplo, en intervenciones psicoterapéuticas siempre hay un cierto roce psicólogo-clínico-enfermero, psicólogo-clínico-psiquiatra y enfermero-generalista-especialista, pero en general no hay problema.

¿Qué pediría en la lista de los Reyes Magos?, que ha sido la última pregunta. Yo les pediría eso, por eso lo he traído. Iba a poner esa diapositiva: ¿Qué deberíamos pedir? Pero he puesto qué deberíamos hacer, porque me parecía que venir aquí a pedir tampoco era lo suyo. Me imagino que están hartos de que vengamos aquí a decirles qué triste estoy, qué mal voy, no tengo de nada, necesito y tal; a lo mejor eso era más efectivo. Yo pediría una cartera de servicios pactada, que es fundamental. No puede ser que lo que he contado de los primeros episodios, que un chaval, porque nazca en un sitio donde no esté tratado vaya a tener una evolución pésima, porque nos estamos jugándonos su futuro, y otro, porque viva en un sitio donde haya sensibilidad para el tema tenga una evolución positiva. Creo que hay cosas que tienen que estar legisladas, porque sabemos que funcionan. Legisladas entre comillas, no van a aprobar una ley, pero es necesario que haya una regulación de todo eso. Después que sepamos qué tasa mínima debemos tener, no hay que llegar a las de Alemania, pero vamos a poner un nivel y vamos a ir acercándonos. Mientras no haya un nivel, todo el mundo juega. Un gerente puede decir: no contrato, porque con lo que tienes estás bien; pues no.

En cuanto a los planes de prevención del suicidio, hay planes nacionales más serios y más operativos y después está el nivel de autonomía, que lo he pedido. Creo que el hospital nunca va a terminar de entender a la salud mental y primaria nunca lo va a terminar de solucionar, porque es verdad que somos distintos. No podemos estar distanciados, porque volveríamos a entrar en el estigma de nuestros pacientes, y Dios nos guarde, eso lo que menos queremos. Pero es verdad que le tenemos que buscar otra ubicación.

Ya terminando con sus últimas preguntas. En cuanto a las medidas que establecimos para prevenir el suicidio en la UGC, hemos hecho sobre todo tres cosas. En lo que es el código suicidio per se, que un es una garantía que tenemos de que a la persona que ha hecho un intento de suicidio vamos a darle una continuidad asistencial y no se nos va a perder. No vamos a decirle a un paciente que ha hecho un intento de suicidio: vaya usted mañana y pida cita, sino que vamos a ser proactivos y vamos a estar ahí. Después hay grupos y terapias intensivas para pacientes en alto riesgo. Por último, lo que habíamos dicho, que lo ha comentado el primer compañero esta mañana, sobre el tema de los supervivientes del suicidio o los familiares, que son una población muy vulnerable y muy de riesgo, y también hacemos todo eso. ¿Cómo se ve la nueva Estrategia de Salud Mental? Hombre, sería maravilloso que la tuvieran, porque lo que tenemos que intentar es que todo el mundo tenga los mismos derechos, y eso, de alguna manera, se garantizaría. ¿Aplicable? Difícil. Veo que es difícil, porque partimos de realidades muy distintas, por lo que yo sé y conozco en la misma Andalucía hay muchas realidades, según si estamos en zonas más urbanas, más rurales, con más inmigración o con menos, y son complicadas de tratar, pero sería hacia donde deberíamos de ir.

Creo que, más o menos, de manera muy rápida he contestado. De todas maneras, no sé si aquí hay algún tipo de contacto mío, cualquiera que se quiera poner en contacto para hablar de algo un poco más, estaría encantado, además lo digo de corazón, y en lo que se pueda ayudar a solventar la salud mental siempre va a ser bueno.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Los servicios de la comisión tienen el contacto de todos los comparecientes.

El señor **DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA** (Bordallo Aragón): Entonces sin problema.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Señor Bordallo, le agradecemos su magnífica exposición, su empática exposición, y quiero decirle por nuestra parte que nos sumamos a la petición a los Reyes Magos que usted decía.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 31

El señor **DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA** (Bordallo Aragón): Muchas gracias. A veces los Reyes Magos existen.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

— **DE LA PROFESORA ADJUNTA DE LA UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA Y COORDINADORA DE MEDIOS DIGITALES EN EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE MADRID SALUD (CUESTA CANO). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000171).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Pasamos ahora a darle la bienvenida a doña Laura Cuesta Cano, profesora adjunta de la Universidad Camilo José Cela y coordinadora de medios digitales en el Servicio de Prevención de Adicciones de Madrid Salud. Como ya viene preparada la compareciente, suya es la palabra.

La señora **PROFESORA ADJUNTA DE LA UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA Y COORDINADORA DE MEDIOS DIGITALES EN EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE MADRID SALUD** (Cuesta Cano): Muchas gracias.

Buenos días a todos y muchísimas gracias por la invitación a esta jornada, sobre todo en el día de hoy que celebramos el Día Nacional sin Juegos de Azar, y creo que es un día especialmente importante para hablar de la salud mental, especialmente en las personas más vulnerables, que en este caso son las personas adolescentes y jóvenes, a diferencia del resto. Me explico, no voy a poner ninguna presentación durante el día de hoy, simplemente voy a hablarles un poco de mis reflexiones, pero les he enviado a todos, que se lo harán llegar a través de la comisión, el texto que hoy les voy a exponer para que tengan todas las fuentes, todos los documentos y todos los estudios para que luego puedan leerlos de manera más tranquila. Como iba diciendo, a diferencia de mis compañeros y mis compañeras que me han precedido, no soy profesional del sector sanitario, sino que mi experiencia en este tema se basa, por un lado, en mi conocimiento, porque he sido profesora universitaria de tecnología y nuevos medios durante más de doce años en la Universidad Camilo José Cela de Madrid y ello me ha llevado a estudiar y a investigar cómo funcionan los algoritmos y los productos y servicios que venden las plataformas y las grandes tecnológicas. Por otro lado, gracias a los diez años que llevo trabajando en el Servicio de Prevención de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, el cual lleva más de treinta años trabajando también en la prevención e intervención de las conductas adictivas en adolescentes y jóvenes. También todo el tiempo que llevo, creo que llevamos desde enero, más de diez meses, trabajando en la comisión de expertos que creó el Gobierno en enero para trabajar en la elaboración de este informe que iba a ayudar a la creación de una ley de protección a la infancia y a la adolescencia. Ya estamos muy próximos a terminar y a entregar este informe y una serie de medidas, para lo que hemos estado trabajando incansablemente durante estos meses. La experiencia de haber trabajado junto con estos 49 profesionales restantes en la comisión también me ha hecho tener un foco y un horizonte bastante grande de en qué momento nos encontramos ahora en cuanto la situación de los niños, niñas y adolescentes y la relación de la tecnología con la salud mental. Para poner un poco de sentido común en el debate social, político y también mediático que se está produciendo, que a veces lo podría calificar incluso de alarmista o de sensacionalista, lo que nos hace pedir que hablemos del uso de la tecnología en los menores como un problema de salud pública. Les voy a aportar unas cuantas reflexiones y unas cuantas evidencias, porque no podemos ni mucho menos minimizar los riesgos que hay. No podemos minimizar los daños que el mal uso de la tecnología e incluso de los diseños, a veces sesgados y muy posiblemente adictivos de las plataformas, están causando en los niños, niñas y adolescentes. Como digo, vamos a verlo desde la perspectiva que tenemos que hacerlo, que es la evidencia científica que nos aportan los estudios. Tal y como nos recuerda la doctora Ana Ordóñez Franco, que es jefe del servicio de prevención de adicciones del Instituto de Adicciones Madrid Salud, el circuito de recompensa está implicado en todas las situaciones gratificantes de nuestra vida y saber elegir lo que nos hace sentir bien es el mayor ejercicio de libertad y responsabilidad. Como todos ustedes saben, la dopamina es un neurotransmisor del sistema nervioso central, de nuestro cerebro, y es la sustancia química que media en el placer. Su secreción se da durante situaciones agradables y le estimula a uno a buscar aquella actividad u ocupación agradable. Esto significa que actividades como el juego de azar, el consumo de sustancias o el uso abusivo de las pantallas, véase

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 32

Internet, redes sociales o videojuegos también son estimulantes de la secreción de la dopamina en el cerebro en determinadas áreas, tales como el núcleo accumbens y la corteza prefrontal. Estas activan los circuitos de gratificación o recompensa y nos enseñan que debemos repetirlo, una y otra vez, sin pensarlo, incitando al abuso o a la conducta adictiva. Por tanto, nuestro trabajo debe ser el de proteger a las personas más vulnerables, especialmente a los niños, niñas y adolescentes mediante la prevención y la educación frente al consumo o al juego de azar y, en mi caso, para el buen uso de las tecnologías digitales, asegurando de esta manera que minimicemos los riesgos y cuidamos de su salud emocional.

¿Dónde nos encontramos actualmente? Todos sabemos que vivimos ya en una sociedad totalmente digitalizada y tecnológica, en la que esta tecnología ya está presente en todos los ámbitos de nuestra vida: en el laboral, en el social, en el informativo, en el comunicativo, en el ocio y también en el entretenimiento. No educar digitalmente a niños, niñas y adolescentes es negarles el derecho que tienen a la conexión y al uso a Internet como ciudadanos digitales y lo que es peor no prepararlos en competencias digitales para el futuro que van a tener que vivir. Aunque la incorporación de estos en el entorno digital es esencial para el ejercicio pleno de su ciudadanía, este proceso debe realizarse con precaución. Los riesgos y los efectos negativos de una exposición sin reflexión al mundo digital son claros y los Estados no pueden permanecer indiferentes ante las violaciones de los derechos fundamentales que los menores sufren en Internet por parte de las plataformas. ¿A qué nos referimos exactamente? Cuando hablamos de menores y pantallas, porque estamos acostumbrados a leer constantemente en los medios de comunicación el término pantallas y el término dispositivos digitales en cualquier cuestión cuando se habla de los riesgos, es necesario que se diferencie bien de qué hablamos cuando empleamos el término pantallas y en qué contexto, pues no es lo mismo hablar de un uso de un dispositivo digital personal como un móvil, con acceso a redes sociales o a aplicaciones de mensajería instantánea, es decir, un Smartphone, que a sistemas, programas y herramientas digitales que se emplean en el aula, lo que conocemos como tecnología educativa. Esto va a hacer que las medidas regulatorias no puedan implementarse ni generalizarse de la misma manera.

Algunos datos sobre el bienestar emocional y la salud mental en adolescentes y jóvenes, en los últimos años algunos estudios sobre la edad de aparición de problemas emocionales en la infancia y la adolescencia muestran un adelanto en la edad de inicio pasando de los 14 a los 11 años, especialmente en las chicas. Además, como se ha hablado en comparecencias anteriores, tras la pandemia los problemas de salud mental en niños y adolescentes aumentaron significativamente con un notable incremento en casos de ansiedad, depresión, soledad, estrés y miedo, según los principales estudios. Por ejemplo, al comparar su propia vida con la de los *influencers*; al sentir miedo a perderse cosas que se relataban o se les ocurrían a otras personas en las redes sociales, lo que se viene a conocer como el FOMO, Fear of Missing Out; al recibir información negativa en ese momento sobre la COVID-19; al utilizar de forma abusiva y compulsiva estas tecnologías y a caer en malos hábitos derivados de estos usos o a perder horas de sueño al pasar más horas frente a la pantalla. Entre 2019 y 2021 el porcentaje de adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años que consideraba que gozaba de buena salud pasó de un 77,5% a un 54,6%, fechas que coinciden, naturalmente, con la pandemia. Según los datos que recogía el informe de Unicef de 2021 «Impacto de la Tecnología en la Adolescencia. Relaciones riesgos y oportunidades», que todos podrán consultar cuando les envíen la documentación, el 15% de las personas adolescentes presentaban síntomas de depresión grave y la tasa de ideación suicida se situaba en un 10%. Entre el 33% de adolescentes que presentaban un uso problemático de Internet, sin que quedara demostrada la relación causa-efecto que, indiscutiblemente, esto, como más tarde explicaré, es lo más complicado: relacionar la causalidad entre los problemas de salud mental en relación con las redes sociales e Internet. Uno de cada tres adolescentes podía haber estado sufriendo acoso escolar y uno de cada cinco podría ser víctima de ciberacoso. Un 16% de adolescentes que había sufrido acoso o ciberacoso presentaba depresión grave, frente al 3% de la población que no le afectaba. En los casos de acoso y ciberacoso, la tasa de ideación suicida se multiplicaba por cuatro.

Respecto a los riesgos del uso problemático de la tecnología que afectan a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, tal y como se refleja en la última encuesta piloto sobre el uso de drogas y adicciones en estudiantes de enseñanzas secundarias de 12 o 13 años, de primero y segundo de la ESO en España, el ESTUDES 2023, del Plan Nacional sobre Drogas, en el que, por primera vez, se ha incluido esta franja de edad de los 12 a los 13 años, los datos son los siguientes. Respecto al posible uso problemático de Internet, según la escala CIUS, en los estudiantes de primero y segundo de la ESO, en los últimos doce meses, se observa que esta proporción se sitúa en el 14,5% y la prevalencia del uso

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 33

problemático de Internet es mayor entre las chicas con un 18 %, que entre los chicos con un 11 %. En los alumnos de 14 a 18 años se observa que la presencia de estudiantes que presentan un uso problemático de Internet aumenta hasta el 20,5 %. Todos estos indicadores nos hablan de los riesgos que afectan a un uso abusivo de las pantallas, de las redes sociales, de las aplicaciones y los videojuegos. Esto les puede causar un distrés emocional desde el momento en el que las horas de conexión les van robando tiempo que deberían tener actividades en el entorno físico, haciendo *hobbies*, deporte, cuidando sus hábitos de higiene, la alimentación, el sueño, pasando tiempo con sus familiares y con sus iguales, etcétera. Según otro estudio, el informe Social Media and Youth Mental Health de 2023, quienes pasan más de tres horas al día en redes sociales pueden doblar el riesgo de tener problemas mentales, incluyendo síntomas de ansiedad y depresión. No obstante —y hago una reflexión—, cabe insistir en que es el mal uso y el tiempo excesivo dedicado a estas redes, unido a condiciones de vulnerabilidad preexistentes en adolescentes, lo que constituye un factor de riesgo que afecta a la minoría, mientras que los beneficios afectan a la mayoría, como indican algunos estudios. Es decir, los titulares que leemos a diario en los medios de comunicación tales como: Desde 2011 hay un alza de suicidios por el nacimiento de las redes sociales; o como: El uso excesivo de redes sociales es comparable a la adicción a las drogas; o como: El *scroll* infinito es la cocaína conductual de los jóvenes, no ayudan en nada a las familias, que están totalmente preocupadas, que están desbordadas por el uso y abuso que están haciendo los menores de la tecnología. Además, estos titulares no se acercan a la evidencia científica que nos muestran los datos.

Como decíamos, no toda la comunidad de expertos científicos comparte esto que estamos leyendo últimamente en los medios de comunicación, y para ello me remito a las investigaciones del doctor José César Perales, catedrático de la Universidad de Granada y experto en adicciones conductuales, cuyo trabajo les invito a seguir.

Pero al hablar de la salud mental de la población adolescente no podemos olvidar aquellos daños que también les pueden producir no solamente las horas de consumo de pantallas, sino también el acceso o el visionado de contenido inapropiado en Internet y en las redes sociales, como puede ser: el acceso temprano a la pornografía, el contenido violento, el consumo de sustancias, los contenidos proAna y proMía, etcétera, lo que puede servir de amplificador de problemas preexistentes ya en esos menores como pueden ser TCA, ansiedad, estrés o problemas de autoestima.

Muchas veces lo que los profesionales sanitarios nos dicen es que no hay causa efecto, que no es el uso de las redes sociales lo que está causando esos problemas de salud mental en los adolescentes, sino que las redes son un foco amplificador de esos problemas que ya presentan los jóvenes y adolescentes. Efectivamente el consumo de estos contenidos inapropiados o nocivos para ellos, según la vulnerabilidad de ese niño o de ese adolescente, sirven de foco amplificador de todos estos problemas o patologías.

Lo que las redes aportan también en beneficio a adolescentes y jóvenes. Sabemos que las generaciones actuales se comunican, socializan, aprenden y se entretienen de manera diferente a como lo hacíamos nosotros. Se ha borrado esa línea total que separa el entorno físico del entorno digital. Para ellos y para ellas solo hay una realidad y es en la que a veces están conectados y otras están desconectados. Ya no existen dos mundos, el mundo real y el mundo irreal, simplemente entienden que hay un entorno físico y hay un entorno digital.

Sobre esto también nos hablaba el citado estudio de Unicef que les comentaba anteriormente. Este estudio también resalta los beneficios de la tecnología e incide en que, si bien los impactos negativos afectan a una minoría de las personas usuarias, lo cierto es que los beneficios redundan en la mayoría de la población. El informe recuerda que existe un compromiso internacional de realizar las adaptaciones necesarias para que los derechos de la infancia se cumplan también en el entorno digital, incluyendo el derecho a la salud mental y a las competencias digitales. Estas plataformas pueden eliminar barreras de comunicación y servir de vía para expresar los sentimientos o también estimular la creatividad.

Es relevante señalar que son las personas que se benefician de las ventajas de saber utilizarlas las que sufren sus consecuencias negativas. Según el estudio de Pew Research Center, publicado en el año 2023, a un 58 % de las personas adolescentes las redes sociales les ayudan a sentir una mayor aceptación; el 67 % siente como si tuvieran personas que pudieran apoyarlos en tiempos difíciles; el 71 %, como si tuvieran un lugar para mostrar su lado creativo, y a casi un 80 % de los adolescentes y jóvenes las redes los ayudan a estar más conectados con lo que sucede en su vida o en la vida de sus amigos y amigas.

También es importante destacar que, según algunas publicaciones, el uso de Internet provocaría fundamentalmente emociones positivas en los adolescentes y jóvenes. El 96,9 % reconoce sentir alegría

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 34

o risa en la red, el 81,6%, tranquilidad o relajación; el 78,9, placer o diversión, y el 71,6, apoyo o comprensión, por lo que el uso de redes sociales por parte de estos jóvenes puede ser un vehículo efectivo para aumentar su autoestima. Como se indica, una retroalimentación positiva por parte de sus amigos y amigas en sus perfiles digitales puede mejorar su autoestima social, su bienestar y como consecuencia su salud mental.

Es muy relevante en el caso de jóvenes, además, que a menudo están marginados, como el caso de las minorías raciales, étnicas, sexuales y de género. Los estudios han demostrado que, en el caso de estas personas más vulnerables, al permitir la conexión entre pares, el desarrollo y la gestión de la identidad y la comunicación los hace sentir mejor, es más, siete de cada diez adolescentes afrodescendientes informan haber encontrado contenido positivo o que afirma la identidad relacionada con la raza en las plataformas de redes sociales.

Asimismo, algunos estudios recientes sugieren que las redes sociales también pueden ayudar a socializar atributos positivos con la imagen corporal. Un ejemplo lo encontramos en el uso de *hashtags* con mensajes positivos para etiquetar publicaciones, muy utilizados además por personas que ejercen gran influencia sobre la audiencia joven. Por ejemplo, *#beyourself*, *#bepositive*, *#beoriginal* o *#bodypositive*. Su sentido está vinculado a ayudar a empoderar a las personas muy en sintonía con la nueva generación, que valora la autenticidad y la singularidad, como la generación X o la generación Alfa.

Paso a otra cuestión, el error de patologizar y crear alarma social en algunas conductas excesivas. Aunque el debate social y político se centra actualmente en los riesgos y daños que potencialmente pueden provocar el móvil y las redes sociales en los niños, niñas y adolescentes —como les decía al principio de la comparecencia que parece que todo el debate está centrado en prohibir el móvil, o no prohibirlo, en regularlo o no regularlo hasta los 16 años y en cómo afecta o no afecta el acceso a contenidos pornográficos—, no debemos olvidar otros riesgos porque efectivamente tenemos indicaciones de que sí que están afectando a la población de la infancia y la adolescencia. Por mi experiencia les diría que no debemos dejar de poner el foco en un problema que se agrava cada año en la población adolescente y joven —como les decía, hoy precisamente es el Día Nacional sin Juegos de Azar—: el juego de azar y las apuestas deportivas, ya sea de forma presencial, pero muy especialmente de forma *online*. Los juegos de azar y las apuestas conllevan unos daños que afectan a los menores tanto a nivel social como a nivel familiar, profesional o educativo, además por supuesto de su salud mental. Según los últimos datos del ESTUDES 2023 —que antes mencionaba también—, excluyendo los casos de usuarios que juegan a videojuegos y gastan dinero en los mecanismos como en las *loot boxes*, los cofres botín y en los micropagos, un 6,5% de los estudiantes, ¡jojo!, entre los 12 y los 13 años habrían jugado dinero *online* en el último año en apuestas y juegos de azar, aunque todos y todas sabemos que es una actividad prohibida hasta los 18 años. Esta proporción se situaría en el 8,8% entre los chicos y en un 4,2 en el caso de las chicas.

Por su parte, cuando introducimos la variable de compra dentro de los videojuegos los datos son los siguientes: el 9,3% de los estudiantes entre 12 y 13 años reconoce haber jugado con dinero *online* en los últimos doce meses. Atendiendo al sexo, se observa que el juego con dinero otra vez está notablemente más extendido entre los chicos que entre las chicas de esta edad. Y entre los estudiantes de 14 a 18 años, la prevalencia de juego *online* aumenta hasta el 10,7% de estos casos. Dentro de estas cifras de prevalencia de juego con dinero, debemos tener en cuenta que un porcentaje importante viene de estudiantes que indican que solo juegan a videojuegos, es decir, que están utilizando los famosos cofres botín, *loot boxes* o micropagos. En la actualidad existen multitud de juegos virtuales donde se juega con una moneda propia en un universo virtual —no sé si algunos conocen los *paVos*, por ejemplo, en Fortnite— y esto puede llevar a equívoco a la hora de entender que con estos juegos están gastando dinero real.

Por otro lado, es conocido el millonario mercado que existe actualmente en la adquisición de *skins* y armas virtuales con el fin de mejorar los personajes y llegar más lejos en el juego, siguiendo el objetivo por parte del jugador de intentar llegar a más pases dentro del juego, escalar en habilidad o incluso poder llegar a ganar dinero en el mundo real.

La regulación actual. Pasos por seguir. Actualmente contamos con la aprobación en 2021 de la LOPIVI en cuyos sesenta artículos se recogen las normas que pretenden garantizar los derechos fundamentales de los menores frente a cualquier tipo de violencia, por supuesto, incluida la ejercida en Internet. A tenor de la regulación, el Estado, además de proveer un servicio de asesoramiento tanto para los menores como para los educadores y familias sobre los riesgos de la tecnología o su uso abusivo, forzaría a las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 35

plataformas a poner en marcha protocolos de verificación de edad y etiquetados inteligentes de contenidos, según el sistema de clasificación por edades. Algo que, señorías, todavía no ha llegado.

A esto se suma la puesta en marcha en 2024 de la Ley de Servicios Digitales, la DSA —*Digital Services Act*—, que ha supuesto y destacado el avance, el control de contenidos *online*, que contribuye a mejorar la salud mental de la población adolescente y joven. Los proveedores de servicios digitales, especialmente las redes sociales, deben implementar mecanismos más eficaces para detectar y eliminar contenidos tanto ilícitos como inapropiados para los menores, que puedan resultar perjudiciales para su salud mental. Esta norma además hace responsables a las plataformas y vuelve a indicar que tienen que implementar medidas para controlar la verificación de edad de los usuarios dentro de las plataformas. Hoy en día seguimos sin que las plataformas nos hayan presentado sistemas de verificación que funcionen de una manera eficaz.

Ahora estamos inmersos en el recién aprobado anteproyecto de ley —aprobado el pasado julio—, el último proyecto de ley que publicó la semana pasada el Gobierno y la futura ley integral para la protección de los menores en el entorno digital. Pero creo que estamos aún muy lejos de llegar a medidas tangibles para poner en práctica todas estas medidas que son fundamentales, como la de llegar a una solución eficaz para poder verificar la edad de los menores a la hora de entrar en las plataformas; que realmente se puedan eliminar y controlar los contenidos no solamente ilícitos sino también inapropiados a los que puedan acceder los menores cuando entran a las plataformas, y que, por supuesto, estas se hagan responsables de todos los daños que puedan causar en la salud mental de los menores.

La educación digital debe empezar en casa, por supuesto. Actualmente cada día los menores acceden a los dispositivos digitales a edades más tempranas. Tabletas infantiles, con 3 y 4 años, pero que tienen conexión a Internet y, por ende, a una puerta abierta a todos los riesgos. Y dispositivos móviles, como son los smartphones desde los 10,6 años de media, algunos incluso antes.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Tenemos que ir concluyendo.

La señora **PROFESORA ADJUNTA DE LA UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA Y COORDINADORA DE MEDIOS DIGITALES EN EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE MADRID SALUD** (Cuesta Cano): Termino muy rápidamente.

Si a esto le sumamos que en muchas familias no se hace lo que llamamos la mediación parental —es decir, la supervisión, la orientación y la educación de sus hijos en el llamado proceso de alfabetización digital— los riesgos aumentan exponencialmente. Por tanto, es fundamental que los padres sean los que acompañen a los menores, pero por supuesto no lo pueden hacer solos, debemos ayudarlos. Tiene que haber un acompañamiento por parte de todos los agentes, no solo de las familias. Tenemos el gran desafío como sociedad de enseñar a los adolescentes y a los jóvenes a utilizar la tecnología de manera responsable y consciente, y hay que proporcionarles las herramientas necesarias para que sepan gestionar su tiempo frente a la pantalla, proteger su privacidad y navegar por el entorno digital con un sentido crítico.

Necesitamos que las Administraciones desarrollen planes o estrategias de prevención, detección temprana de problemas y respuestas a estos problemas. Además, se deben facilitar recursos públicos para la atención psicológica o, como decían los anteriores comparecientes, escucha y asistencia a los adolescentes y jóvenes que lo necesiten, así como a sus familias. Las personas expertas señalan que es urgente aumentar la dotación y el número de profesionales expertos en psicología en cada comunidad autónoma. Estos recursos deben ser cercanos y accesibles, especialmente en situación de mayor vulnerabilidad.

Me queda un poco por exponer, pero ustedes lo podrán leer cuando les llegue el informe.

Muchísimas gracias a todos por escucharme, aunque haya intervenido de manera muy rápida en esta última parte.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, profesora Cuesta.

Abrimos, sin más dilación, un turno de portavoces.

Por parte del Grupo SUMAR, la señora López.

La señora **LÓPEZ TAGLIAFICO**: Buenos días.

Muchísimas gracias por su intervención, señora Cuesta.

La verdad es que hemos abierto desde esta comisión un nuevo campo que nos preocupaba mucho.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 36

Muchísimas gracias también por esta visión que nos has aportado, porque siempre se aborda este tema más desde la visión de la detección de riesgos. Toda la parte de la primera intervención huía de esta demonización de las tecnologías y creo que es muy positiva —lo comentaba con mi compañero Cofiño— esta mirada salutogénica de valorar los beneficios y no tanto los riesgos. Aquí hay también un tema de condición humana, que es esta animadversión al cambio, el miedo a las nuevas cosas. Parece que las tecnologías son algo muy avanzado, pero todavía existen estas reticencias y por lo tanto también estos miedos a la hora de valorar todos los riesgos y, a veces, no vemos todas las cosas positivas que nos ha contado en esta comparecencia. Evidentemente —como también comentas al final— esta visión no elude el hecho de valorar estos riesgos, de detectarlos y de tratarlos, tienen su impacto negativo también y por lo tanto se deben abordar.

Por eso también quería que, si pudieras, profundizaras un poco más en estos avances legislativos. Hablabas del anteproyecto de ley orgánica que pretende garantizar la protección de los derechos de los menores en el ámbito digital. No sé cómo lo valoras y hacia dónde crees que deben ir los avances legislativos para lograr estas protecciones.

Hay un elemento importante a tener en cuenta a la hora de abordar este tema y es la voz y la valoración de los propios niños, niñas, jóvenes y adolescentes, que realmente son los que tienen esta relación con las tecnologías. Las soluciones también tienen que venir por su parte, teniendo en cuenta su relación con las tecnologías. Por lo tanto, creemos que la educación y la alfabetización digital deben partir principalmente de esta visión, porque a veces planteamos las soluciones sin tener en cuenta a las principales personas afectadas. Y en este sentido hemos tenido alguna comparecencia en la que nos decían que hablamos de salud mental, pero no les preguntamos a los enfermos de salud mental cómo deberíamos tratarlos. Creo que es importante también en un tema tan profundo como este contar con la voz y la opinión de los jóvenes y, como decíamos, hacerlo desde esta visión más de beneficios y no tanto de riesgos.

Lo comentaba mi compañero, tuvimos un debate sobre este tema en el Pleno pasado y se comentaba que hay un estudio de metaanálisis de Ferguson y otros autores de 2024 que realmente demuestra que no existe evidencia en la relación entre el tiempo en las redes sociales con la problemática en salud mental. Existe también evidencia científica en este campo, por lo que hay que abordar los riesgos desde otras visiones, pero evidentemente también poner el foco en todos estos beneficios.

Muchas gracias por esta aportación y estas miradas.

Y, por último, quería saber si conoces buenas prácticas educativas, de alfabetización, que se hayan llevado a cabo y que sea interesante conocer o tener en cuenta en esta comisión.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario VOX, señora De Meer.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Gracias por su tiempo y gracias por su comparecencia.

Yo solamente tengo dos preguntas. En primer lugar, si cree usted que hemos digitalizado de más las aulas y si habría que empezar a desdigitalizar en general. Y, en segundo lugar, no sé si conoce usted el estudio de la Fundación ANAR —es verdad que yo he llegado cinco minutos tarde, igual lo ha mencionado usted en los primeros cinco minutos, ya lo siento— y quería saber también su opinión sobre la relación que se establece en el caso de la Fundación ANAR y su estudio sobre las conductas suicidas, teniendo en cuenta el aumento del año 2019 al año 2022 del 33,5% al 51,5%, que la verdad es que nos alarma muchísimo. Por ello, quería conocer su opinión.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.

Por parte del Grupo Socialista, Víctor Camino.

El señor **CAMINO MIÑANA**: Buenas tardes.

Muchas gracias en primer lugar por toda la exposición.

Quería informarle de que la semana pasada aprobamos en el Congreso de los Diputados una proposición no de ley que hablaba precisamente de cómo desplegar el DSA, de cómo desplegar ese reglamento de servicios digitales y sobre todo hablaba de prestar atención a cómo afecta a personas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 37

jóvenes y cómo afecta a su salud mental. Cuando lo aprobamos la semana pasada —y llevándolo a un terreno personal— mis padres decían: pero, bueno, ¿eso sirve para algo? Y sobre todo decían: Hombre, nosotros también estamos enganchados, que estamos viendo en el teléfono móvil cómo pasa nuestro día a día y a veces estamos los dos sentados en el sofá y también nos afecta a nuestra salud mental.

Claro, aquí está el quid de la cuestión, cómo intentamos generar rangos de edad o intervalos de edad a la hora de ver cómo afectan estos malos usos de la digitalización, sabiendo —y ahí yo coincidí completamente y creo que hay un gran consenso— que la digitalización es una oportunidad, pero también es un reto, y el mal uso de la digitalización es el que causa los problemas.

Por eso mí me gustaría que profundizases, aunque sea en poco tiempo, en cómo podemos intentar distinguir entre personas jóvenes, de 18 a 24 años o de 25 a 35 años, y su mal uso de la digitalización.

Estamos viendo cómo la digitalización afecta al bienestar de mujeres que se sienten acosadas por diferentes personas y que aprovechan esas redes para generar esa presión. Estamos viendo cómo, aparte de la adicción, hay un comportamiento en temas de autoestima respecto a filtros que al final funcionan como una trampa en la que no te permiten ver la sociedad como realmente es. Eso afecta de una manera muy complicada a esas personas que salen al mundo y que inician sus proyectos de vida, que ya lo tienen bastante difícil a la hora de comprar una vivienda, de acceder a un alquiler, en definitiva, de hacer la transición del mundo educativo al mundo laboral.

Por lo tanto, en ese espacio es donde creo que deberíamos todos los grupos parlamentarios hacer un gran esfuerzo y que, aparte de hablar del fabuloso anteproyecto de menores, intentemos ver en ese intervalo de 18 a 24 y de 25 a 35 cómo afecta la digitalización y cómo dotarlos de herramientas para conseguir que no afecte a su autoestima y a salud mental. Me gustaría trasladar este debate —que creo que es fundamental— y ponerlo en la agenda pública porque no es solo una cuestión de adolescentes, sino que hay toda una generación de jóvenes que me gustaría que se sintieran integrados en la política y que entendieran que gobernar la digitalización y gobernar las redes sociales, que gobernar la pantalla no es una cuestión que afecte a sus libertades, sino que las amplifica mucho más.

Muchas gracias por la exposición, Laura.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Por parte del Grupo Popular, la señora Vázquez.

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias, señora Cuesta, por su intervención. Ha sido intensa y tenemos que estudiarnos bien toda la documentación.

Yo comparto la visión del portavoz del Grupo Socialista. Vivimos en un mundo digital y digitalizándose y que evolucionará, y esto afecta a todas las edades conforme van entrando en este mundo digital. No solamente afecta a la salud mental sino a la salud en general. Hay un uso y un mal uso. Aquí estamos abordando una parte muy concreta de todo este panorama, que es cómo el mal uso tiene un efecto negativo en la salud mental de la población, en este caso concreto, de la población infantojuvenil.

Cuando hablamos de afrontar el problema que causa no ya el uso que se hace adecuadamente, sino el mal uso —que tiene consecuencias en la salud mental—, en su calidad de experta en la materia le pregunto dónde cree que habría que poner el principal foco de abordaje. A mí me recuerda —aunque no tiene nada que ver— al abordaje de la obesidad infantil. La obesidad infantil es la consecuencia de diferentes circunstancias que confluyen y el abordaje se hace en la familia, en el sistema educativo; es un abordaje complejo en todos los aspectos. Si tuviéramos que extrapolarlo —aunque ya digo que no tiene que ver— a este problema que afecta a la salud mental infantojuvenil, dónde pondríamos en primer lugar el foco.

Y luego hay una parte que no habíamos visto hasta ahora porque no se había presentado, que es el componente adictivo en una población tan concreta como la infantojuvenil. No existían adicciones *per se* en este colectivo hasta ahora. Entonces yo le quería preguntar al respecto porque, teniendo en cuenta la gravedad de esta circunstancia —no tenemos experiencia en una adicción a una edad tan temprana y qué puede ocurrir después—, quizá el ministerio debería tener un servicio específico de atención a las adicciones digitales. Me gustaría saber si le parece conveniente que hubiera un servicio específico para abordar las adicciones tecnológicas a todas las edades, pero especialmente en este colectivo, que es nuestro futuro, porque la infancia y la juventud son nuestro futuro.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 38

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señora Vázquez. Tiene la palabra la profesora Cuesta para concluir el debate. Tiene entre diez y quince minutos.

La señora **PROFESORA ADJUNTA DE LA UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA Y COORDINADORA DE MEDIOS DIGITALES EN EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE MADRID SALUD** (Cuesta Cano): Quince. Es que son tan interesantes las preguntas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Ya, pero luego tenemos Pleno por la tarde.

La señora **PROFESORA ADJUNTA DE LA UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA Y COORDINADORA DE MEDIOS DIGITALES EN EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE MADRID SALUD** (Cuesta Cano): Muy rápido entonces.

Empiezo con el Grupo SUMAR, hablando un poquito del anteproyecto. Es un gran punto de partida, pero con algunas medidas de difícil resolución o difíciles de llevar a la práctica. Por ejemplo, yo creo que no va a haber problema —y que en eso yo creo que todos los grupos parlamentarios vais a estar de acuerdo— en elevar de 14 a 16 años la edad del consentimiento de datos. En 2018, por el Reglamento General de Protección de Datos —el RGPD—, se estableció aquí en España en 14 años la edad a la que se estima que el menor tiene la capacidad de gestionar sus propios datos y, por ende, poder tener por ejemplo perfil en redes sociales. El marco regulatorio europeo establece que cada país puede decidir la edad entre los 13 y los 16 años. Cada país eligió una edad y nosotros en España en ese momento elegimos los 14.

Lo que se ha visto con el tiempo es que sería mucho mejor elevarla a 16 años y que con esto se arreglarían muchos problemas porque indiscutiblemente el menor está mucho más maduro a los 16 años para gestionar sus propios datos y para poder entrar, utilizar y gestionar sus propias aplicaciones. Además, esta sería también la razón para que no pudieran tener perfil propio en las redes sociales.

¿Qué cosas veo más complicadas? Por ejemplo, la instalación —como se prevé en el anteproyecto— de controles parentales por defecto gratuitos en todos los terminales digitales. ¿Por qué? Porque hablamos de fabricantes internacionales que comercializan en España ¿Cómo vamos a actuar a nivel comercial cuando los fabricantes internacionales de estos productos que se van a comercializar aquí, en España, solo implementen un control parental por defecto gratuito para esos productos? Es bastante complicado.

Luego tenemos la cartera digital, que todavía no se ha puesto en marcha, y que realmente no va a verificar la edad de entrada de los menores en las plataformas, sino simplemente para los sitios webs de contenidos para adultos, en este caso para verificar que eres adulto o mayor de dieciocho años; únicamente en eso se ha basado la cartera digital y el acceso para adultos, o sea, que seguimos a la pata coja y sin tener un sistema de verificación de edad para las plataformas. En la actualidad, los sistemas que hay para el resto de plataformas y aplicaciones son muy laxos, simplemente con poner soy mayor de trece, de catorce o de dieciséis años ya entras directamente.

Respecto a la voz de los menores, en la comisión de cincuenta expertos que hemos hecho, ha habido un grupo de participación en el que han podido hablar los menores, en este caso los adolescentes y jóvenes, a los que se ha escuchado porque era necesario oírlos no desde la visión adultocentrista que tenemos siempre, sino para saber qué opinan, cómo utilizan ellos la tecnología y para qué la utilizan. Ha sido muy importante y muy rico poder escuchar también su opinión porque a veces es necesario y también muy importante que salgamos de nuestros círculos de confort, que es algo que digo muchas veces cuando voy a dar charlas a padres en diferentes colegios porque a veces estamos muy acostumbrados a los círculos donde nos movemos. Yo siempre lo digo: mis hijos son unos grandes privilegiados. Tengo dos hijos, ya mayores, que tienen la capacidad o han tenido la capacidad de tener en su casa todos los libros que han querido porque tienen una gran biblioteca, tienen toda la tecnología que han querido y han podido decidir utilizar desde una tableta hasta un ordenador, y el *smartphone* cuando lo hemos decidido. Pero hay miles y miles de familias vulnerables, donde esos niños no tienen esas capacidades, donde no hay bibliotecas, donde a lo mejor solo hay un único *smartphone* en esa casa que les va a permitir comunicarse y poder seguir estudiando o buscando información cuando llegan de la escuela porque no tienen otros métodos, porque ni siquiera en sus casas sus padres tienen las competencias digitales necesarias para poder ayudarles y orientarles para poder hacer esa mediación parental. Por tanto, cuando regulemos, pongámonos en todas las situaciones, no solo en la nuestra, que a lo mejor es mucho más afortunada, sino en todas esas situaciones porque si no, estaremos abriendo más la brecha digital y la brecha social de toda la población.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 39

En cuanto a buenas prácticas, barro para mi casa y me remito, por ejemplo, a lo que estamos haciendo aquí, en la Comunidad de Madrid, y en el Ayuntamiento de Madrid. Nosotros, en el Ayuntamiento de Madrid, en el Servicio de Prevención de Adicciones, trabajamos de manera integral, es decir, se trabaja con las familias y se trabaja con la población adolescente y joven. A las familias que vienen con dudas o con la preocupación de que puede haber inicios de consumo de sustancias, pero también con uso abusivo o problemático de la tecnología, se las recibe en lo que llamamos los Centros de Atención a las Adicciones, que hay uno por cada distrito, y se trabaja con un orientador u orientadora familiar; con los chavales se trabaja desde la educación social en el propio centro, pero también se trabaja con todos los recursos comunitarios, porque eso es acción integral. Es decir, los educadores van a trabajar a los colegios, a los institutos, a los centros deportivos, a los centros de ocio para intentar fomentar ese ocio saludable y la promoción de la salud, que es fundamental para intentar reducir al mínimo el uso, en este caso, de la tecnología, y hacer prevención de adicciones. En eso consiste la atención integral, que se tiene que reproducir, por supuesto, en todas las comunidades autónomas y en todos los ayuntamientos.

Usted me ha hecho una buenísima pregunta sobre cómo desdigitalizar las aulas. Pero ¿cómo podemos desdigitalizar las aulas si en muchos ámbitos, en muchas comunidades autónomas o en muchos municipios ni siquiera se ha empezado todavía a digitalizar estas aulas? A veces, vemos colegios hipermegadigitalizados y hay otros en los que prácticamente ni siquiera han llegado ordenadores a las aulas, y lo máximo que tienen, o lo más moderno, es un radiocasete para poner música a sus alumnos.

En cuanto a la digitalización de las aulas, debo decirle que muchas veces se ha hecho mal, y hemos de reconocerlo. Llegó un momento en que nos creímos que lo más moderno era meter tecnología a cascoporro en las aulas sin ningún criterio, sin ninguna metodología pedagógica, y eso no es así; es decir, tienes niños de seis, siete, ocho y nueve años, que estaban leyendo en papel, y de repente cogemos esos libros, los digitalizamos, los convertimos en un PDF y ponemos a esos niños a leer esos PDF en un *Chromebook* o en una *tablet*. Eso no es innovación tecnológica, eso no es tecnología educativa, ni mucho menos. Las tecnologías digitales en el aula siempre siempre deben ser complementarias, nunca sustitutivas, es decir, cuando el equipo docente considera que debe introducir una tecnología digital en el aula es porque está convencido de que va a mejorar el aprendizaje del alumnado o por lo menos va a aumentar la motivación de ese alumnado para aprender determinada materia, pero tiene que seguir cohesionando con el resto de herramientas analógicas. Así que los niños tienen que seguir utilizando libros, tienen que seguir utilizando libretas, tienen que seguir utilizando fichas de lectura, pero, también, como nos obliga la ley de educación y el marco regulatorio —hablaban antes de educación e información en competencia digital docente—, tienen que aprender no solo con tecnologías digitales a enfrentarse a lo que va a ser la desinformación y los sesgos de las IA, que ya van a utilizar en clase, y también a crear contenidos digitales y audiovisuales porque lo que yo quiero es un alumnado y, como madre, unos hijos que no sean meros consumidores de contenidos. Yo no quiero niños que estén todo el día enganchados a TikTok o a Instagram; yo quiero niños que sean creadores de contenido innovador y creadores de conocimiento, y eso se consigue si les estamos enseñando competencias digitales desde los centros digitales, desde los centros educativos, pero, como digo, en convivencia con herramientas analógicas. Como usted muy bien decía, no siempre se ha hecho bien, pero eso no significa que ahora tengamos que desterrar la tecnología de las aulas, sino que tenemos que comenzar a hacerlo correctamente, siguiendo una metodología y siguiendo la pedagogía.

Respecto de la Fundación ANAR, conozco todos los datos de esta fundación, que nos está diciendo que se ha producido un aumento, sobre todo a raíz de la pandemia, es decir, lo que nos decían antes sus compañeros cuando hablaban de los estudios del metaanálisis es que no está probado que haya una causalidad directa —hay una correlación, pero no una causalidad directa— en que las redes sociales sean la causa de los daños mentales que se están produciendo, en este caso, en la población adolescente y joven. Como las adicciones son multicausales, tenemos que estar vigilando que más está ocurriendo en la vida de los niños y adolescentes, a los que la pandemia les ha traído sobre todo aislamiento, tristeza, depresión y soledad, y si a todo esto le añadimos un aumento del uso de tecnología, se produce un aumento exponencial no solamente de intentos autolíticos, sino también de autolesiones, como nos muestra el informe de Fundación ANAR.

Usted me ha mencionado la proposición no de ley que acaban de sacar, que contiene unos puntos muy interesantes, como la recomendación de retrasar el uso del móvil —no es una prohibición, sino una recomendación— hasta los 16 años. Yo ahí abogo porque sea la familia la que decida y no se tenga que hacer una regulación o una ley expresa que inste a las familias a que no puedan o no deban dárselo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 40

antes. Lo que me resulta más difícil es cuando ustedes abogan para que esto se haga también con Internet, es decir, que recomienden el no uso de Internet hasta los 16 años. Entonces, ¿qué hacemos en los centros escolares? Porque los centros escolares puede que sean los lugares más seguros para que miles de niños puedan aprender y educarse en el buen uso de la tecnología porque en su entorno familiar no va a ser posible ni por conciliación ni porque sus familias tengan las competencias necesarias para ese acompañamiento en la alfabetización digital mientras que la escuela o centro escolar se convierte en el único sitio donde van a poder recibir esta educación en el buen uso de la tecnología. ¿Qué hacemos si ustedes nos dicen que no van a poder utilizar Internet hasta los 16 años? ¿Cómo les vamos a enseñar, por ejemplo, lo que es la desinformación, lo que son los sesgos, lo que son los bulos? ¿Vamos a tener que esperar hasta los 16 años, cuando esto se tiene que comenzar a hacer progresivamente desde edades tempranas? Porque cuando hablamos, por ejemplo, de reducir los riesgos del acceso temprano a la pornografía, lo que tenemos claro es que tenemos que empezar a hablar de educación afectivosexual desde edades tempranas. Es verdad que a un niño de cinco años no le podemos hablar de porno, pero sí que tenemos que empezar con estas conversaciones de educación afectivosexual desde edades tempranas. En esto ocurre lo mismo; si yo quiero educar y quiero que los menores hagan un buen uso de la tecnología hablándoles de los riesgos a los que se van a enfrentar, no puedo esperar hasta los dieciséis años porque imagínese usted la receptividad que tiene un adolescente de dieciséis años; yo tengo que trabajar con ellos y ellas mucho antes de esa edad. Por tanto, si usted me coarta el que yo no les pueda enseñar todo lo que hay en Internet, todos los ejemplos de bulos, de manipulación de vídeos, de cómo con la IA ahora se puede manipular hasta la voz para hacer, por ejemplo, una campaña de *phishing* o de *malware* o de desinformación o de estafas, es realmente complicado que eso se lleve a cabo.

Me hablaba usted del fomento de la autoestima, y yo le diría que para que todos esos jóvenes sean realmente capaces de alcanzar esa autoestima, tenemos que empezar a trabajar en el entorno físico, no en el entorno digital. Por ejemplo, yo, en este caso como madre que soy de casi dos adultos —mi hijo menor tiene 18 años y mi hija mayor va a hacer 24— lo que he trabajado con ellos ha sido en el entorno físico. He tratado de fomentar su autoestima, he tratado de trabajar con ellos su pensamiento y su actitud crítica hacia todo lo que se puedan encontrar tanto en el mundo físico como en el entorno digital y sean capaces de ver todos los riesgos que se van a encontrar en Internet, pero también en el entorno físico, porque, ojo, no podemos proteger a nuestros hijos de todos los riesgos que se van a encontrar en la vida. Además, tenemos que enseñarles a ser capaces de reaccionar ante la frustración, porque parece que últimamente estamos haciendo que los niños no sepan lo que es la frustración y no sepan actuar frente a un no. Tenemos que trabajar en que los niños sean empáticos, solidarios e independientes, pero también acostumbrarles al no y a la frustración. Estos son los valores que tenemos que inculcar a nuestros hijos desde la familia y también desde el centro escolar, por supuesto, pero en el entorno físico. Y estas herramientas emocionales que vamos a dar a nuestros hijos y a nuestras hijas las vamos a desarrollar desde la familia a través de la educación que les damos desde que nacen. Es una cuestión de educación, no del entorno físico o del entorno digital.

Me hablaba del mal uso, y yo creo que hay señales que podemos detectar dentro de la familia antes de llegar a esa situación tan grave de decir: mi hija es adicta a las redes sociales o mi hijo es adicto los videojuegos, y qué es lo que puedo hacer. Estas señales que nos permiten detectar que algo va mal en casa y que puede haber un uso abusivo o un uso problemático de las tecnologías empiezan por cosas tan sencillas, como, por ejemplo, un mal hábito de higiene o también descuidar la higiene del sueño empezando a dormir mal, incluso se pueden detectar malos hábitos en la alimentación en niños y niñas que dejan de comer o, al revés, se pegan atracones de comida. También empiezan a dejar de hacer las interacciones sociales que hasta ahora siempre han hecho: dejan de pasar tiempo en familia, no quieren salir de la habitación, no quieren, por ejemplo, hacer las comidas y cenas familiares, como han hecho habitualmente, no quieren salir de casa, no quieren salir a hacer deporte, salir a la calle o jugar con sus amigos. Desde el colegio, por ejemplo, ya nos empiezan a decir que han bajado el rendimiento escolar, además de detectar cambios en su forma de actuar volviéndose más irritables, a veces tristes, a veces con mayor ansiedad o en algunos casos incluso se vuelven más violentos, que no son propios del momento de adolescencia, donde sabemos que hormonalmente también tienen algunos desajustes.

Cuando todo esto confluye, y vemos todos estos cambios en nuestros hijos, es momento de pensar que algo está ocurriendo, que quizá no es porque estén haciendo un uso abusivo del móvil o de la videoconsola, sino porque quizá están recibiendo *ciberbullying*, alguien les está acosando, o a lo mejor es un *groomer*, una persona adulta que ha contactado con ellos a través de la tecnología y les está acosando,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 202

29 de octubre de 2024

Pág. 41

y no quieren, no se dan cuenta o no pueden contárnoslo a nosotros. Por eso la conversación con nuestros hijos e hijas tiene que ser desde el principio. Antes de darles la tecnología, tenemos que establecer esa confianza para que cuando realmente llegue la adolescencia —que, como todos ustedes saben, es la peor edad para que los menores nos cuenten las cosas—, ellos sepan que estamos ahí para que cuando ocurra algo grave acudan primero a nosotros para contárnoslo, porque sin duda, nosotros, los adultos, somos quienes mejor podemos solventar todos los riesgos y, ante cualquier problema, en primer lugar, acudir a nuestro médico de familia, que es el que nos va a derivar al siguiente profesional sanitario que tiene que ponerse en marcha.

No sé si han quedado más o menos solventadas las dudas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Perfectamente.

La señora **PROFESORA ADJUNTA DE LA UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA Y COORDINADORA DE MEDIOS DIGITALES EN EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE MADRID SALUD** (Cuesta Cano): Muchísimas gracias a todos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Le damos las gracias nosotros a usted por su comparecencia entusiasta y la capacidad de transmisión de ese entusiasmo a todos los miembros de la comisión.

La señora **PROFESORA ADJUNTA DE LA UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA Y COORDINADORA DE MEDIOS DIGITALES EN EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE MADRID SALUD** (Cuesta Cano): Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Se levanta la sesión de la subcomisión.

Era la una y cincuenta minutos de la tarde.