



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2024

XV LEGISLATURA

Núm. 211

Pág. 1

SANIDAD

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MODESTO POSE MESURA,
VICEPRESIDENTE PRIMERO**

Sesión núm. 15

celebrada el miércoles 13 de noviembre 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 director de la Fundación Siloé (Puente Baldomar), impulsora del proyecto Prometeo-Salud Mental. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000184) 2
- De la responsable de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones y gerente asistencial de hospitales del Servicio Madrileño de Salud (Navío Acosta). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000185) 10
- Del director CEO de DATHOS Science (Rodríguez Simarro), analista de Inteligencia de Datos relacionados con el suicidio en España. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000186) 17

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 2

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

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

— **DEL DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN SILOÉ (PUENTE BALDOMAR), IMPULSORA DEL PROYECTO PROMETEOSALUD MENTAL. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000184).**

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Vamos a abrir la sesión de la Subcomisión de Salud Mental en el marco de la comisión.

Todos saben los tiempos que tienen. Al compareciente ya le han indicado que tiene quince minutos en su primera intervención, luego intervendrán los grupos parlamentarios y, posteriormente, contestará a todos de forma conjunta.

Le damos la bienvenida a don Pablo José Puente Baldomar, psicólogo clínico y director de la Fundación Siloé, impulsor del proyecto Prometeo-Salud Mental. Tiene la palabra.

El señor **DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN SILOÉ** (Puente Baldomar): Buenas tardes a todas y a todos.

Dado el tiempo que tenemos, voy a intentar ser breve. Voy a presentar un proyecto que estamos llevando a cabo en Asturias que se denomina Prometeo y es un programa de atención a personas con trastornos mentales graves en situación de vulnerabilidad social. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

Este programa fue premiado en el año 2022 por la Comisión Europea como mejor práctica en salud, entre otras doce prácticas de otros países, y es un programa de atención en viviendas, con un enfoque comunitario. Está ubicado —como estáis viendo a partir de ahora ya en las pantallas— en la Comunidad de Asturias, concretamente en los tres municipios centrales, es decir, en las tres ciudades que corresponden también a las tres áreas sanitarias más densamente pobladas, que son Gijón, Oviedo y Avilés.

Las ideas del programa tienen que ver con un enfoque de desinstitucionalización, es decir, con un enfoque de trabajo en vivienda. Esa es la primera cuestión. Siguiendo los alineamientos europeos, el tratamiento, la incorporación social de la persona se realiza con las personas en viviendas y no en dispositivos institucionales. El enfoque, por tanto, es comunitario en la medida en que las viviendas se encuentran insertadas en los barrios. El modelo con el que se trabaja es de autonomía centrada en las personas y una de las claves de la Fundación Siloé —que lleva a cabo este programa— es la coordinación con las áreas sanitarias y con los servicios sociales. Esta idea seguramente la volveré a recalcar porque no sería posible ni que las áreas sanitarias trabajaran por su cuenta en la atención a la salud mental ni que lo hiciera por su cuenta una entidad. El modelo trabaja un formato de viviendas y justamente es el denominado modelo *housing*, a diferencia del modelo *continuum of care* —conocido como modelo escalera— básicamente porque tiene que ver con que la meta no es la vivienda, sino que es el principio de la intervención. Esta es la diferencia en estos casos con los modelos escalera que además suponen para personas en riesgo social unas dificultades muy importantes hasta llegar a acceder a las viviendas. La vivienda, por tanto, es la partida inicial, una vivienda con apoyo a la vivienda por sí sola no podría tampoco dar ninguna respuesta específica.

No voy a abundar en datos epidemiológicos porque entiendo que esta comisión ya ha escuchado en varias ocasiones todos los datos epidemiológicos vinculados a los trastornos mentales graves y a los trastornos mentales. Está claro que la prevalencia es muy alta, que la proyección en los próximos diez años en el ámbito europeo es bastante elevada. En este caso además nosotros todavía trabajamos en un programa específico vinculado a los trastornos mentales graves, es decir, a aquellos trastornos que han evolucionado con mayor dificultad, que están vinculados a los trastornos esquizofrénicos, psicóticos, bipolares, trastornos límites de personalidad y demás, con las dificultades que esto plantea, porque supone además una situación de desigualdad en la persona respecto del medio ambiente donde se encuentra. Si a esto le añadimos la situación de riesgo social, el cóctel es muchísimo más peligroso y mucho más difícil de retrotraer.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 3

Tengo poco tiempo, por lo que comentaré muy rápidamente las cosas. El modelo se divide en dos fases, y esto es muy importante. Una primera fase que de unos dieciocho meses —un tiempo muy limitado— en los que se realiza una intervención muy intensa, para pasar después a lo que llamamos segunda fase, que es una vivienda estable donde la persona ya no tiene un límite de tiempo, se supone que ha adquirido una serie de herramientas básicas para la vida diaria, que ha estabilizado a nivel psicopatológico y que ha encontrado herramientas de interacción. Esta segunda fase tiene una característica y es la autogestión. Esto también es muy importante de cara a los costes y luego podemos hablar de ello.

La autogestión supone que las personas se autogestionan completamente, es decir, los alquileres, los suministros, los gastos que suponen se gestionan en viviendas compartidas. Evidentemente no es a nivel individual porque estamos hablando de personas en situación de riesgo social y los ingresos económicos que tienen son bastante bajos. En esta situación actual —y este es uno de los problemas centrales, el tema del acceso a la vivienda— sería muy dificultoso para una persona con ingresos bajos poder incorporarse.

Las áreas de intervención son las áreas básicas donde se trabajan todas estas cuestiones vinculadas a la inclusión comunitaria: actividades de la vida diaria, estabilización psicopatológica, regulación emocional, detección de pródomos, adherencia al tratamiento también, pero sobre todo la parte social es en la que vamos a incidir un poco porque tiene que ver —como todas las investigaciones así lo revelan— con uno de los factores de protección más importantes, no solo en los trastornos mentales, sino en la sociedad general, pero en los trastornos mentales cobra una particular relevancia.

Los recursos y los principios. Tampoco me va a dar tiempo a detenerme mucho en esto, pero baste decir que los principios bioéticos tendrán que ver con el respeto a las decisiones de la persona, con un enfoque de derechos y básicamente de atención centrada en la persona, cosa que no permiten los modelos *continuum of care*, en la medida en que aquí se procura un plan individual con la persona que además estará consensuado con esta persona. Es imposible establecer un plan de trabajo o prescribir una tarea a una persona si esta persona no le encuentra sentido a ello. Por lo tanto, el consenso —que tendrá que ver con el modelo *recovery*, que comentaremos después— es fundamental.

Las técnicas tendrán que estar basadas en la evidencia; estas son la rehabilitación psicosocial y la psicoeducación. No solo se trabaja con las personas afectadas por la enfermedad mental, sino también con sus familias en los casos donde esto es posible.

Pasando ya a otras consideraciones. Otra de las claves del programa tiene que ver con la multidisciplinariedad de los equipos, tanto de los equipos que atienden desde la Fundación Siloé, con diferentes formaciones —lo cual amplía el alcance de la intervención—, como de los servicios sanitarios. La coordinación vinculada es ineludible para un desarrollo adecuado del programa.

A continuación, voy a hablar de los principios *recovery*, que los comentaba antes. Esto es central porque incorpora esa voz en primera persona; no somos los profesionales solamente los que tomamos decisiones respecto de esto, sino que estamos como facilitadores, pero a la vez estamos dando la responsabilidad de la toma de decisiones a las personas. Os puedo asegurar que esto —al menos en la experiencia que lleva más de dieciséis años en Asturias— está funcionando adecuadamente. Ahora mismo hay veintiocho viviendas, lo veremos luego en el mapa de distribución de las ciudades. Es un programa que no lleva mucho tiempo, pero tampoco lleva tan poco, donde hay una apuesta muy clara de la Consejería de Salud al respecto. *A priori*, uno podría pensar que personas con trastornos mentales graves, es decir, con muchas dificultades a nivel cognitivo, emocional y conductual, tendrían serias dificultades a la hora de incorporarse en viviendas en la comunidad, pero esto no es así.

También entiendo que el concepto de los determinantes sociales lo habéis trabajado bastante en esta comisión. Aquí simplemente hacemos esta referencia porque justamente cuando hablamos de salud mental los determinantes sociales adquieren también una particular relevancia.

La viñeta ilustra bastante bien que el científico está comentando que el koala tiene un pequeño problema de salud mental en un bosque talado. Cuando estamos hablando del trastorno mental, estamos hablando también de una situación de contexto social. Determinados elementos del contexto pueden actuar a favor o en detrimento de la salud y eso se puede modificar con políticas adecuadas. El cuestionamiento a un reduccionismo biológico no quiere suponer la defensa de un determinismo social. Sabemos que ambos factores interactúan, lo que también sabemos es que puede ser una mala praxis que los problemas sociales los abordemos con soluciones sanitarias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 4

La localización de las viviendas que os comentaba antes está en los tres municipios centrales. Podéis ver que el municipio de Gijón está en el Área V, donde también intervienen los servicios sociales de Gijón. Y quiero hacer esta referencia porque muy importante; no es solo una cuestión de los servicios sanitarios, sino que es una cuestión de coordinación entre salud y servicios sociales, que en muchos casos puede ser complicada pero que es inevitable cuando estamos hablando de integración social de personas con trastornos mentales graves. En Gijón está más desarrollado porque lleva más tiempo; en Oviedo y en Avilés, que son las otras dos ciudades importantes de Asturias, ha empezado este año y por tanto todavía tiene un desarrollo incipiente que esta está comenzando.

Quiero mencionar otra cuestión que es clave, la evidencia científica de muchísimas investigaciones —aquí hay algunas simplemente algunas al azar— de la eficacia de los programas de vivienda frente a otros programas de tipo institucionalizador, básicamente por la iatrogenia que pueden generar. Esta eficacia se debe tanto a la mejora de la estabilidad emocional como del bienestar relacional y de la autonomía personal, porque necesariamente implica a la persona interactuar con el ambiente. Y también incide sobre otras cuestiones que pueden ser de mucho interés como es la reducción de ingresos psiquiátricos en unidades de hospitalización psiquiátrica. Veremos a continuación unos resultados que superan el 80 %, con lo cual son unos resultados bastante interesantes para la muestra, al menos para la que tenemos en Asturias. Asimismo, incide sobre una reducción de costes sanitarios, que es otra cuestión fundamental. Es decir, hay una doble rentabilidad: una rentabilidad social, que es la que posiblemente nos interesa a todos en la medida en que proporcionamos una autonomía para la persona y unas herramientas, pero también hay una rentabilidad económica en la medida en que se reducen costes.

Los datos generales del programa...

¿Cuánto tiempo me queda?

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Unos siete minutos.

El señor **DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN SILOÉ** (Puente Baldomar): Vale, creo que voy bien de tiempo.

Los datos generales del programa. Estamos hablando de que desde el año 2008 se ha atendido a 127 personas con trastorno mental grave. Insisto, puede parecer un número escaso, pero no lo es si consideramos lo que hablamos al principio, la primera fase tiene dieciocho meses. Es necesaria una intervención muy intensa para que la persona pueda luego desenvolverse y desarrollarse normalmente en la comunidad con una caja de herramientas fuerte. Por eso el número no es bajo en relación con estos datos. Y actualmente en el programa se encuentran setenta y tres personas.

En el plano de la perspectiva de género, responde más o menos a las epidemiologías europeas y nacionales. Hay un 40 % de atención a mujeres y un 60 % de atención a hombres.

Paso a los resultados generales —que podéis ver aquí—. Hay algunos vinculados a una pequeña investigación que hicimos en el año 2022, que la terminaremos a principios del año que viene, pero hay algunos datos que son bastante interesantes. Por ejemplo, los porcentajes de efectividad y de mejora en los pacientes del programa en niveles de autonomía funcional, en socialización. Es decir, en una nueva forma de interactuar a nivel social, en la adherencia al tratamiento, cuestión que también es fundamental, no solo del tratamiento psicofarmacológico, sino en realidad del tratamiento psicoterapéutico. Me refiero a las terapias combinadas, que son las más recomendables para este tipo de casos y para otros en el ámbito de salud mental. También se recoge la reducción de los ingresos psiquiátricos —aquí veis el 86 % de reducción de ingresos psiquiátricos—. Estos datos son bastante interesantes.

Hay otros que igual requieren aspectos de mejora, como los que tienen que ver con la regulación emocional y el manejo de impulsos. Quienes conozcáis un poco sobre los diagnósticos psiquiátricos a este nivel de nosología de trastornos mentales graves, sabéis que esta situación es bastante más compleja, que requiere más trabajo. Aun así, hay un porcentaje no desdeñable de mejora en la regulación emocional y también de formación y rehabilitación para la sociedad. Los porcentajes más bajos claramente son la pata coja que en general suele aparecer en estos casos, que son los niveles de empleabilidad, por la dificultad incluso de acceso al empleo protegido, y los niveles de creación de grupos sociales por las dificultades de interacción de las personas con trastorno mental.

Nos quedamos con este dato que está a la derecha, que tiene que ver con una prueba de escala de resiliencia que se pasó a pacientes del programa y que para mí es bastante interesante porque revela dos cuestiones. Por un lado, revela cuáles son los puntajes donde es una prueba autopercebida, no heteroaplicada, cuáles son las áreas donde los pacientes perciben más dificultad, que tienen que ver con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 5

la autoestima y con la seguridad, y cuáles son las que a ellos les aportan más valor, que tienen que ver con las redes de apoyo.

Por tanto, por eso pasamos —y ya estamos terminando— a la importancia del apoyo social, porque el apoyo social se relaciona con salud y las investigaciones así lo indican, no solo porque el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente del nivel de estrés, sino porque eleva los niveles de bienestar emocional y de bienestar físico, y además porque amortigua, es decir, porque previene efectos patogénicos.

Estas preguntas que están vinculadas con el cuestionario Oslo 3 —que igual algunos de vosotros lo conocéis— son interesantísimas teniendo en cuenta que son dos preguntas claves que no solo están relacionadas con la salud mental, sino que pueden tener relación con cualquiera de los que están aquí. ¿Cuánto interés muestra la gente de tu entorno por lo que te pasa o lo que haces? ¿Cuántas personas son tan cercanas a ti que podrías contar con ellas si tuviera problemas serios?

El apoyo social es clave. No es por ningún motivo baladí que la mayoría de las investigaciones lo vinculan como un efecto protector de la salud mental, y en este sentido, es un efecto protector que se logra creando vínculos de confianza, no solo con los equipos terapéuticos, sino también favoreciendo la socialización de las personas en la comunidad.

Por último, las recomendaciones, que espero que les sean de interés o que puedan aportar alguna cuestión. Por ejemplo, apostar por los modelos de tipo *housing*, es decir, apostar por los modelos de viviendas en la comunidad, básicamente porque previenen los efectos iatrogénicos, porque evitan la institucionalización y porque aceleran los procesos de autonomía. Los dispositivos institucionales aletargan necesariamente —no por ninguna mala cuestión, sino por su propia estructura— los procesos de avance y de estabilización psicopatológica en las personas. Es clave reforzar los apoyos sociales, como les decía al principio. No es la vivienda, es la suma de la vivienda y los apoyos terapéuticos. Otra recomendación sería incorporar enfoques del modelo *recovery*, que no es un modelo teórico, sino que tiene que ver con un planteamiento de escuchar la voz en primera persona, tiene que ver con darle a la persona voz en el proceso de construir o de reconstruir una situación. Estamos hablando de personas con trastornos mentales graves que en la mayoría de los casos tienen una evolución psicológica de muchos años, lo cual significa ya una situación de indefensión bastante compleja y unos retraimientos de los mecanismos de defensa. Por lo tanto, podemos hablar de los modelos de tipos *recovery*, *open dialogue*, *windhorse*, *Soteria houses*..., hay muchísimas experiencias que ponen en un lugar primario la posición de la persona y el respeto a sus decisiones, experiencias basadas en que cuando uno toma una decisión se tiene que responsabilizar de ella. Favorecer, por tanto, la política de viviendas, el acceso a las viviendas, esto es clave. No podemos trabajar de otra manera si no damos la posibilidad de autonomía, si continuamos con modelos que sean institucionalizadores a nivel de dispositivos. También una vivienda puede ser institucionalizadora, dependiendo de cómo se haga la intervención, por eso hemos mencionado el modelo *recovery* y otros modelos con los que hay que trabajar. Por lo tanto, como les digo, es un *pack*: no es la vivienda, es la vivienda y un apoyo terapéutico.

Es conveniente también pasar del paradigma del trastorno mental —es decir, desde un reduccionismo más biológico de la enfermedad mental— al paradigma de la discapacidad psicosocial, en la medida que aquí incorporamos los factores contextuales de los determinantes sociales, es decir, la situación socioeconómica, la situación familiar y otros agentes estresores que no necesariamente tienen que estar vinculadas con desregulaciones de neurotransmisores.

Fomentar la empleabilidad protegida es clave porque es el último paso de la realización de un proceso que sabemos que está funcionando bien y que está generando mejoras en los pacientes.

Y la última recomendación es la más importante, es la inicial porque, si no, es imposible trabajar en la coordinación intersectorial. No es un problema de salud solamente, no es un problema de los servicios sociales por haber riesgo social, es una situación donde diferentes Administraciones y diferentes servicios —los sanitarios y los sociales, en primer lugar, pero vivienda también— deben intervenir y deben poner cartas en el asunto, básicamente porque esa es la única manera de poder generar algún alcance. Si los servicios sanitarios solo van a atender desde los centros de salud mental poco van a poder hacer. No es que sea poco, pero no se va a llegar a más; aquí estamos hablando de un programa más ambicioso que busca que las personas puedan estar integradas en la comunidad, y hablamos desde una experiencia humilde de dieciséis años en Asturias. Es lo que podemos trasladar.

Gracias por su atención. **(Aplausos).**

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 6

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Muchísimas gracias, don Pablo José Puente por su intervención.

A continuación, vamos a dar la palabra los portavoces de los grupos parlamentarios, como siempre, de menor a mayor.

Creo que por el Grupo Parlamentario Mixto no hay nadie. **(Pausa)**.

Por el Grupo Parlamentario Vasco, tampoco. **(Pausa)**.

Por Euskal Herria Bildu, tampoco. **(Pausa)**.

Por Junts per Catalunya, tampoco. **(Pausa)**.

A continuación, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, don Rafael Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Muy buenas tardes.

Muchísimas gracias por la intervención.

Haré una primera reflexión, unos comentarios y agradecimientos, y luego alguna pregunta. En primer lugar, le expreso mi agradecimiento por el trabajo y por la experiencia de Asturias, por la experiencia de todas las personas que están detrás del proyecto y que desde hace muchos años llevan trabajando y construyendo un proyecto que parecía algo muy sencillo, pero que no lo es. Precisamente en Asturias ayer se conmemoraban los cien años del nacimiento de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, que ya en su adolescencia fue encarcelado por luchar contra el fascismo y contra los nazis. Estudió Medicina y Psiquiatría y en 1978 —me parece que fue— fue una de las personas clave en una legislación italiana que acabó con los modelos de hospitalización en psiquiátricos. Posiblemente su experiencia de paso por la cárcel le hacía muy sensible con el tema de cómo las personas requieren estos cuidados cerca de la comunidad y no en entornos punitivos o carcelarios, como era la psiquiatría hasta hace muy poco. Como decía, hace poco que se celebraba en Asturias el homenaje a Basaglia y era también un reconocimiento de la reforma psiquiátrica asturiana, que ha sido pionera en la reforma en nuestro país. Nos alegra mucho la experiencia asturiana, pero no solamente porque sea asturiana, porque seguramente otras comunidades periféricas también tienen experiencias tan bonitas y nos gusta que en Madrid se escuche también que hay mucha vida inteligente... Yo soy asturiano, sí. Como decía, nos gusta que se escuche que hay experiencias muy bonitas fuera de Madrid, que a veces parece que solo pasan en la corte.

Quiero destacar algo que señalaba también en su intervención, que es la complejidad de cómo integrar. Estamos en una situación compleja a la hora de gestionar los recursos que hay en un territorio y de trabajar en modelos de atención integrada. Hay que coordinar diferentes recursos —sociales, sanitarios, vivienda, empleo, integración— que son prestados por servicios municipales, por servicios autonómicos y por el tercer sector, y hay que coordinarlos en modelos de atención integrada para poder mejorar la vida de las personas.

Los modelos de salud mental —que creo que este es un ejemplo clave para nuestro informe en la comisión de la salud mental— deben tener una perspectiva centrada en la persona, centrada en las familias, pero centrada también en mejorar los contextos donde hay unas personas. La imagen del koala es muy significativa, la soledad ahora mismo genera un impacto tan grave como fumarse un paquete de cigarrillos al día en riesgos de mortalidad prematura, y esa mortalidad prematura es mucho mayor cuando son personas que tienen de trastornos mentales graves como los que señala en su intervención.

Le haré ahora unas preguntas. Retos para el futuro. Cuáles serían los retos a corto o medio plazo de los proyectos. Cuál es la posibilidad de escalabilidad de esos proyectos —seguro que hay experiencias en otras comunidades autónomas—, qué posibilidad de que sean proyectos escalables.

Me gustaría incidir un poco en el tema que se mencionaba de la participación de las personas. No son proyectos donde alguien decide desde fuera qué tienen que hacer las personas, sino que las personas afectadas son protagonistas de su acción. Quisiera saber si esto realmente es así o si todavía nos queda mucho por mejorar el papel real de protagonista de las personas afectadas.

Muchísimas gracias por su trabajo.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el diputado don David García Gomis.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, señora presidenta.

En primer lugar, me gustaría agradecer al compareciente la exposición que nos ha hecho. La verdad es que me hubiera gustado que tuviese usted más mucho más tiempo para exponerla con más detenimiento y que hubiese podido entrar al detalle.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 7

Sé que la experiencia se centra en ciertos modelos de trastornos mentales graves, pero me gustaría saber si la han contemplado para personas jóvenes. La experiencia lleva ya muchos años de desarrollo y a raíz de la pandemia hemos visto cómo nuestros jóvenes se han visto más afectados. Por ello, quisiera saber si han contemplado el modelo *housing* para nuestros jóvenes y también para conductas suicidas. Aunque no se ha pronunciado al respecto, no sé si entran dentro de la experiencia. Quizás si usted hubiera tenido mucho más tiempo para desarrollar, podría haber especificado más.

Le hablo desde la más humilde posición y me gustaría hacerle unas preguntas para que, si es posible, las contestara. Primero, si cree que se podría extrapolar este modelo a nivel nacional, es decir, al resto de las comunidades; si, desde su experiencia en Asturias, consideran ustedes que con este modelo se podría llegar a todos los pacientes que sufren trastornos mentales graves a nivel nacional o regional. Segundo, si sabría usted calcular cuántas viviendas harían falta, qué inversión haría falta para cada vivienda, si hay que adaptarlas o no. Lo digo porque en otras regiones podrán ver la respuesta que usted dé en esta comparecencia y quizá, si les gusta el modelo, podrán saber más o menos de qué manera iniciarlo. También sería útil saber más o menos cuántos profesionales especializados en salud mental hacen falta para cada vivienda y si se comparten, es decir, cuántas personas especializadas en salud mental y atención necesitaríamos para atender a estas personas en Asturias o incluso a nivel nacional, si usted se atreve a extrapolar una cifra. Simplemente lo digo por si pueden coger uno de los *housing* que tienen ustedes en marcha y verlo a un nivel territorial más alto.

Le agradezco su comparecencia; esta es su casa.

Estaré encantado, si es tan amable de hacer llegar la presentación, de estudiarla con detenimiento e incluso tener una reunión con ustedes si fuera posible.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el diputado Modesto Pose.

El señor **POSE MESURA**: Muchas gracias.

Buenas tardes a todos.

Muchas gracias por la presentación, aunque fue excesivamente breve, porque casi no nos dio tiempo ni a situarnos, pero nos ha parecido una experiencia interesante la que ha contado. Nos alegramos además de que sea en Asturias; los gallegos estamos muy orgullosos de que nuestros primos los asturianos sean una vez más quienes estén en la avanzadilla de experiencias de este estilo.

No sé si es que no cogí todos los datos, si leí mal la presentación, tampoco la audición de esta sala es demasiado correcta, pero me quedaron cosas sueltas que seguramente me pueda ayudar a atar. Primero, ¿ya pasó de ser una experiencia piloto a ser algo con entidad trasladable a un plan que pueda extenderse a todo el territorio o al menos a una extensión importante del territorio? Sería importante saberlo. Y, ¿qué número de pacientes o usuarios de las viviendas hay? Segundo, entre los pacientes que tienen, ¿tienen algunos trastornos por dependencias? Y, si los tienen ¿cuáles son las franjas de edades? Tercero, la aceptación del entorno donde están estas viviendas, ¿cómo funciona eso? Le iba a preguntar algo que ya comentó muy de pasada, pero me alegra saber que tiene una rentabilidad social, desde luego, y también económica. Me gustaría, si tiene algunas cifras a mano, conocer estos datos.

Hablaba usted de la dificultad de coordinar. Hay que hacer una coordinación en diferentes ámbitos: sanitario, social, de la vivienda, de la comunidad, es decir, la coordinación debe de ser compleja y por esta razón tiene que haber mucha profesionalidad y mucho compromiso de interactuar con los diferentes para sacar adelante un proyecto de este estilo.

En fin, que se me hizo corta la exposición. Les felicito porque es una experiencia interesante y yo le propondría a la comisión —cuando esté el presidente, que es quien decide esas cosas— hacer una visita institucional para informarnos adecuadamente y de paso para visitar Asturias, que es una región maravillosa. **(Risas)**.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Muchísimas gracias.

Por último, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la diputada doña María del Mar Vázquez.

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

Señorías, buenas tardes.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 8

En primer lugar, me uno al reconocimiento que los compañeros han hecho en la figura de Pablo Puente del trabajo que realiza la Fundación Siloé desde hace tantos años con las personas en una situación de vulnerabilidad. También quiero darle las gracias por esa trayectoria tan importante y tan dilatada en el tiempo que se está desarrollando.

Coincido con el compañero en que es muy difícil poder absorberlo todo en tan poco tiempo, pero sí quería preguntarle sobre algunos matices y algunas dudas que nos surgen. ¿Cómo acceden los candidatos a este sistema, es decir, cómo se selecciona a los sujetos que van a convivir? ¿Cuál es el proceso? ¿Se accede libremente porque pueden contactar y acceder o es a través del sistema sanitario? ¿Cómo es la organización interna? ¿Son voluntarios o personal contratado? ¿Cómo se sostiene económicamente? ¿Son aportaciones de benefactores de la fundación o hay algún tipo de financiación o subvenciones? ¿Cómo se mantiene? ¿Sería este modelo extrapolable a otras comunidades? Lo digo porque en el seno de una fundación se inicia como un proyecto, se extiende, funciona y se mantiene en el tiempo. ¿Hay otros modelos con los que poder comparar?

Ha mencionado algo muy interesante sobre lo que me gustaría que profundizara un poco más si puede, y es cómo se evalúa el modelo, cuáles son los indicadores que se han utilizado para esa evaluación, cómo se ha medido la eficiencia económica y, sobre todo, cómo se ha medido el beneficio clínico y social de los beneficiarios de este proyecto.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): A continuación, para contestar a todos los portavoces, tiene la palabra el señor Puente por un tiempo de diez minutos.

El señor **DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN SILOÉ** (Puente Baldomar): Hay algunas preguntas que son comunes, por lo que empezaré por ellas. Lamento que se haya hecho corto, también para mí, y lo siento, pero soy muy respetuoso con el tiempo y he intentado ceñirme a él; no obstante, soy el primero en ser consciente de que esto es muy difícil de explicar en solo quince minutos.

Otra cuestión común que ha salido en varias preguntas es la extrapolación, es decir, lo que a nivel de investigación o de proyectos se denomina replicabilidad o transferibilidad. Uno de los motivos por los cuales la Comisión Europea premia el programa en 2022 como la mejor práctica en salud a nivel europeo es que justamente podemos hacer llegar esos documentos a la Comisión; de hecho, creo que alguien me ha preguntado por los documentos, que se han enviado ya, y, si no estoy equivocado, os llegarán mañana, tanto la presentación como un documento técnico que habíamos elaborado al respecto. La transferibilidad es perfectamente posible, básicamente porque el programa se encuentra planificado en fases, en objetivos y en acciones. Por tanto, en cualquier comunidad con los elementos necesarios —que ahora podemos comentar cuáles pueden ser—, el programa se puede llevar a cabo; programa que a nivel de costes es bastante reducido. Me puedo comprometer a dar las cifras, que varían según los equipos, según las ciudades y según los costes, y hay algunas cifras vinculadas a personal. Contestando a otra pregunta, no hay voluntarios, es personal contratado porque entendemos que es un trabajo que tiene que ser profesionalizado, es decir, más allá de que exista voluntariado para determinadas acciones, el trabajo no puede desarrollarlo nadie de modo voluntario, sino que tiene que ser realizado por profesionales. Si alguna de vosotras y vosotros tenéis interés, podemos enviar el proyecto completo que se envió a Europa, y por el que fue premiado el programa, donde queda claro cuál es el proceso para poder llevarlo a cabo. Por tanto, teniendo una planificación adecuada, con objetivos adecuados, acciones adecuadas y una evaluación, se puede replicar en cualquier lugar.

Se ha mencionado también el tema de las personas jóvenes. El programa no tiene restricción para las personas jóvenes y, evidentemente, es una situación, como usted comenta, clave a nivel de salud mental. El programa admite personas a partir de los dieciocho años, y seguramente sabréis que a nivel epidemiológico la mayoría de los trastornos mentales, el 70% según las estadísticas, se inicia en esas edades tempranas. Estamos hablando de que los trastornos mentales graves pueden representar el 3 o el 4% de las estadísticas nacionales; no obstante, no hay una restricción para las personas jóvenes, es más, hay prioridad en estos casos porque se entiende que una detección precoz o un inicio de una esquizofrenia o de una psicosis tratado antes —esto ya lo sabemos a nivel de salud en cualquier enfermedad y a nivel psicológico— tiene un recorrido que ofrece mayores probabilidades de resultar exitoso o de amortiguar los efectos. Ahora, como tal, programa de jóvenes con trastornos mentales graves en este caso no es, simplemente se incluye desde la mayoría de edad.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 9

Hablaba también del tema de las conductas suicidas, que no hemos mencionado porque había tantas cuestiones nos hemos quedado con asuntos por abordar. Sabemos —y seguramente vosotras y vosotros también— que, por ejemplo, a nivel epidemiológico la conducta suicida tiene una estadística a nivel nacional que cuando hablamos de trastornos mentales graves prácticamente se duplica; estadística que responde también a la media europea, por lo que estamos hablando de una situación realmente compleja que, además, se da en un perfil de edad de entre 18 y 35 años, pero son datos que estoy diciendo de memoria porque no me había preparado ese tema específicamente para hoy. Existen protocolos vinculados a esto y una coordinación directa con los servicios de salud mental frente a estas situaciones.

Una de las claves del programa —y esto tampoco ha dado tiempo a mencionarlo, pero es también una manera de agradecimiento a los equipos de coordinación que están haciendo la intervención— tiene que ver con el vínculo que posibilita este tipo de programas. Un psiquiatra o un psicólogo de los servicios de salud mental pueden ver a un paciente cada quince días o cada tres semanas; no sé cómo será la ratio aquí, en Madrid, pero en Asturias os aseguro que es bastante compleja en cuanto a la frecuencia, no porque los profesionales sanitarios no quieran, sino por las agendas que tienen. Por tanto, el vínculo que se establece con estas personas es clave. Por eso —y esto también venía a cuenta de otra de las preguntas que se hacía respecto de la participación— cuando hablábamos de los apoyos sociales, la clave tiene que ver finalmente con la necesidad, y cuando se hablaba de la soledad —que alguien también ha mencionado—, con la necesidad de las personas a la hora de poder interactuar con otras personas como un apoyo, es decir, actúa inmediatamente como mecanismo de defensa y reduce inmediatamente los niveles de ansiedad o niveles depresivos que generan las situaciones de soledad.

Se ha preguntado también por el acceso a las viviendas y las ratios profesionales, que es una cuestión que puedo comentar brevemente ahora, pero que igualmente exigiría un documento para que lo tuvierais con más detalle. En principio, podemos hablar ahora mismo del modelo de Gijón, donde hay una primera fase muy intensa y una segunda, ya de vida autónoma, con un equipo profesional de seis personas y aproximadamente cincuenta y cuatro pacientes. Podéis calcular esa ratio, pero esto necesita otro análisis, es decir, una primera fase necesita una intervención mucho más avanzada, necesita la presencia del equipo profesional durante mucho más tiempo, mientras que una fase segunda, que llamamos Housing Led, que tiene que ver con vida autónoma, solamente necesita la presencia cuando las personas lo requieren. De eso se trata; el objetivo del programa no es una intervención intensiva durante todo el tiempo, es un tiempo para que la persona pueda irse con la caja de herramientas. Por tanto, la ratio de profesionales es alta en una primera fase y baja en la segunda, dependiendo de los niveles porque no dejamos de hablar de personas afectadas por un trastorno mental grave, con todas las dificultades que ello supone.

Efectivamente, ya no se puede considerar una experiencia piloto, lleva dieciséis años y tiene un recorrido, además de una apuesta muy clara también por la consejería de salud. Los servicios sociales municipales de Gijón iniciaron la apuesta de una manera muy marcada, y ahora se está unificando el modelo dentro del Plan de Salud Mental 2023-2030 de Asturias para asociar un modelo de viviendas, lo que supone también la posibilidad de replicarlo en otras comunidades. En la medida en que unificamos, que medimos y que evaluamos, permitimos la posibilidad de que si un modelo resulta exitoso, pueda trasladarse, pueda transferirse.

La aceptación en el entorno y en la comunidad es también una clave muy importante. Uno de los trabajos del equipo es la mediación, básicamente porque en general creo que vivimos en un mundo hostil, y si además vinculamos estas cuestiones del estigma y la discriminación, que siguen estando presentes —de un modo más solapado, de un modo más implícito si se quiere, pero siguen estando presentes—, es necesaria esa mediación, es necesario ese conocimiento, esa interacción con la comunidad para que se pueda verificar que podemos convivir en comunidad con las diferencias y diversidades que podemos tener. Se ha preguntado si la coordinación es compleja, lo es, pero es necesaria, si bien creo que es menos compleja de lo que parece porque si pensamos que salud tiene que coordinarse con servicios sociales, con empleo, con vivienda y con la entidad social, *a priori*, es como mover estructuras muy pesadas —creo que de esto sabéis más vosotras y vosotros que yo—, pero se trata de personas de referencia en esos espacios y, por tanto, el talante y la voluntariedad a este respecto es lo que genera la posibilidad de coordinación. La coordinación tiene que ver, en primer lugar, con una cuestión de voluntariedad, de ver un modelo, de creer que esto puede llevarse a cabo y, a partir de ahí, generar personas de referencia en cada ámbito y que esas personas de referencia lo puedan mover. Sabemos que las estructuras administrativas, por lo menos a nivel autonómico, que es desde donde os puedo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 10

hablar, son complejas y de difícil movimiento, pero si hay personas de referencia que realmente lo mueven, hay planes sociosanitarios. Asturias tiene un plan sociosanitario que todavía tiene que potenciarse y desarrollarse más porque incluye justamente esas dos necesidades: las sociales y las sanitarias. Esa pretensión, al menos en Asturias, con todas las complejidades que pueda tener, está resultando eficaz, tanto a nivel autonómico como a nivel local.

Los criterios de inclusión del programa, que también se comentaban, están vinculados a personas afectadas o diagnosticadas con trastornos mentales graves de mayor complejidad, con lo que supone la clasificación del CIF que visteis antes de todos esos trastornos, además de los criterios de ser mayor edad y tener voluntariedad de ingreso, ya que no es un programa de ingreso forzoso. Básicamente se trata de vivienda, se trata de una comunidad, y lo vamos a trabajar desde el inicio con el consenso de las personas, por lo que al menos tiene que haber una voluntariedad de querer iniciar un trabajo, de querer modificar algo.

En cuanto a la financiación, ahora mismo la consejería de salud asume las competencias de unificar un programa, donde se está trabajando para que los servicios sociales y la consejería de derechos sociales también se involucren en la medida en que estamos hablando también de un cambio de paradigma de trastornos mentales desde un punto de vista puramente biológico o mejor discapacidad psicosocial, pero entendiendo que cuando hablamos de esto estamos hablando también de un contexto. Actualmente, la financiación está vinculada a la consejería de salud y también al Ayuntamiento de Gijón, a la Fundación Municipal de Servicios Sociales de Gijón.

En cuanto a las evaluaciones —y vuelvo a decir que puedo enviar la documentación vinculada a este tema—, se realizan evaluaciones vinculadas a un plan de trabajo, donde cada seis meses se revisa y se prorroga esa estancia básicamente para ver si hay cumplimiento de objetivos y si hay necesidad de continuidad o no porque, de lo contrario, estaríamos haciendo una mala praxis, estaríamos generando una iatrogenia en personas que igual ya han cumplido objetivos y pueden estar en un nivel de autonomía, y seguir estando en un dispositivo asistencial que, por más comunitario que sea, puede ser una dificultad.

También se trabaja con pruebas validadas a nivel de evidencia científica, que son pruebas autopercebidas y heteroaplicadas, siendo ambas importantes. Así, en las valoraciones de los profesionales, se desarrolla también un sistema interjueces para que no haya una sola valoración profesional, sino que sea el conjunto o el promedio de las valoraciones donde se establecen cuáles son los avances. La escala ENAR-TMG es importantísima para trabajar a nivel de rehabilitación psicosocial, pero también están las escalas de sintomatología percibida y las escalas de calidad de vida, que ahora la Consejería de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias están revisando para unificar en este criterio de las viviendas.

Perdonen si me he dejado alguna pregunta sin responder.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Le damos las gracias al señor Puente por su explicación y su intervención, y le agradecemos de antemano toda la documentación que nos pueda aportar a la comisión, porque estamos convencidos que será de gran utilidad para los trabajos de la subcomisión.

Muchas gracias. **(Pausa).**

— DE LA RESPONSABLE DE LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y GERENTE ASISTENCIAL DE HOSPITALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (NAVÍO ACOSTA). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000185).

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Continuamos con la sesión, y damos la bienvenida a doña Mercedes Navío Acosta, responsable de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones y gerente asistencial de hospitales del Servicio Madrileño de Salud, que tiene la palabra por un tiempo de quince minutos.

Muchísimas gracias por acudir.

La señora **RESPONSABLE DE LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y GERENTE ASISTENCIAL DE HOSPITALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD** (Navío Acosta): Muchas gracias por su invitación a comparecer en esta comisión a propósito de la priorización de la salud mental, que creo que es algo en lo que todos estamos de acuerdo. La Organización Mundial de la Salud, como instancia internacional que señala las estrategias y las priorizaciones más relevantes, nos lleva

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 11

avisando desde hace años de su importancia. Los datos de prevalencia, que imagino habrán podido escuchar, se habrán cifrado fundamentalmente en trastornos que tengan que ver con la ansiedad y la depresión, que son los más prevalentes, pero a mí me interesa señalar la importancia de los trastornos mentales graves por cuanto en salud mental uno de los problemas que hemos de abordar es el de la ley de cuidados inversos. Con demasiada frecuencia las personas que más necesitan atención en salud mental son las que menos la demandan y las que menos la reciben, y en este sentido me interesaba resaltar particularmente su importancia.

El estigma de la salud mental afortunadamente se ha ido diluyendo, sobre todo en determinadas patologías, fundamentalmente en los llamados trastornos mentales comunes, no así en los trastornos mentales graves, que, desgraciadamente, siguen teniendo un estigma asociado muy marcado. La carga de enfermedad, como otro dato más de la importancia de la atención y la prevención en salud mental, es un argumento más, si cabe, en la importancia de su priorización, y nos obliga a una orientación estratégica que vaya de la mano de desarrollo de programas de intervención precoz, fundamentalmente en psicosis y en los primeros episodios de trastornos mentales graves, además de, por supuesto, la posibilidad de poder hacer abordajes de la llamada sintomatología prodrómica; en definitiva, que nos adelantemos y podamos llegar cuanto antes a las personas que nos necesitan. En este mismo sentido, es esencial la atención a niños y adolescentes, que la pandemia, como factor catalizador del incremento de factores de riesgo, ha puesto especialmente de relieve en el conjunto de España y en el mundo occidental con manifestaciones patológicas, como pueden ser las autolesiones, los intentos de suicidio o los trastornos de conducta alimentaria, además de la importancia del refuerzo de la atención desde los ámbitos primaristas y las redes comunitarias de atención en salud mental.

El gasto sanitario en España en lo relativo a salud mental está en torno al 5%, como imagino que habrán podido escuchar, pero me gustaría reformular el planteamiento no en términos de gasto, sino en términos de inversión, y hacerlo además sin olvidar que, insisto, los costes directos e indirectos del trastorno mental grave por antonomasia en nuestro ámbito de la esquizofrenia hablan de estas dimensiones en términos de millones de atención. Como decía, la lógica de la inversión creo que es la lógica que requiere el abordaje de la salud mental, y hay actuaciones que han demostrado retornos por euro invertido que tienen una amplia evidencia científica. Traigo una referencia de 2011, que es un clásico en nuestro ámbito, que pone de relieve cómo actuaciones de prevención de suicidio en materia de formación en atención primaria o primeras intervenciones en el caso de las psicosis tienen tasas de reversión que en algún caso rozan el 50/1, de manera que no es justificable en ningún caso un pesimismo presupuestario en lo que tiene que ver con las necesidades de cobertura de salud mental. Traigo aquí también un ejemplo de retorno global de la inversión en materia de prevención de suicidio en adolescentes, y tengo que señalar la tragedia que el suicidio supone para las personas, para sus familias, y no digamos ya cuando estamos hablando de adolescentes y jóvenes, en donde esta tragedia, si cabe, se vuelve más acuciante.

La Organización Mundial de la Salud en su informe de 2022 plantea una serie de constantes que son bien conocidas. Los problemas de salud mental tienen una extensión considerable, como he dicho previamente, y, con carácter general, son poco tratados y carecen de recursos suficientes. Además, existe un *gap* importante entre la presupuestación que se realiza en los mismos y la ejecución presupuestaria.

La atención en salud mental requiere de abordajes multisectoriales donde participen el conjunto de las administraciones, no solo la sanitaria. El modelo sociosanitario de atención, la transversalidad, y lo que tiene que ver con no olvidarnos de ninguna dimensión, ni la biológica ni la psicológica ni la social, creo que son elementos de consenso que desde que se produjo la reforma psiquiátrica hasta ahora no se habían puesto en duda. Esos consensos en torno a este modelo biopsicosocial y a la importancia de la atención en el ámbito comunitario es muy importante que no se olviden ni se pongan en cuestión. En este sentido, el hecho de que hoy nos hayamos reunido en esta sala, la sala Ernest Lluch, y lo que supuso la Ley General de Sanidad en cuanto a que la atención de salud mental se hiciera en los mismos dispositivos sanitarios en los que se hacía el resto de la atención y que el régimen manicomial quedara atrás, creo que es un ejemplo más de la importancia y del carácter imprescindible de que se mantengan esos consensos y no se pongan en cuestión por abordajes maximalistas que tengan en cuenta exclusivamente una dimensión en detrimento de las otras. Las personas no pueden ser partidas, y no pueden ser obviados ni los factores biológicos ni los psicológicos ni por supuesto los contextuales y sociales.

La experiencia que tenemos en Madrid, con tres planes consecutivos, una inversión de más de cien millones de euros y con la contratación de más de setecientos profesionales de todas las categorías, creo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 12

humildemente que es un ejemplo que ilustra la prioridad que se da a la atención en salud mental, y particularmente a las personas con trastornos mentales graves y a los niños y adolescentes, con un refuerzo de los equipos, empezando por los centros de salud mental en el ámbito comunitario y terminando por todo lo que tenga que ver con la atención en hospitales de día, fundamentalmente infantojuveniles por las necesidades que se han ido produciendo, por la atención a domicilio y la atención en la comunidad, en la que también creemos porque es fundamental como expresión de la proactividad del sistema, que no espera que las personas demanden la atención, sino que tiene que adelantarse a esas necesidades y a su planteamiento.

Quiero detenerme muy brevemente en lo que tiene que ver con la importancia de las adicciones, que sabemos que es un elemento clave que está incidiendo particularmente en jóvenes, aunque no exclusivamente. Desgraciadamente, tenemos antecedentes históricos, como la epidemia de la heroína en los años ochenta y noventa, que provocó daños irreparables en una generación que sufrió desgraciadamente consecuencias irreversibles. Creemos que la atención a las adicciones es fundamental, y la prevención también, al igual que creemos que es esencial que no se produzca un mensaje de banalización de los consumos, de ningún consumo, de ninguna droga, particularmente de aquellas que son las mayores causantes de trastornos mentales graves y de psicosis, esquizofrenia en particular, como pueden ser el cannabis o la cocaína.

En materia de prevención de suicidio, en nuestra comunidad hemos trabajado en un plan autonómico y llevamos más de una década trabajando en prevención de suicidio con los abordajes multisectoriales que la Organización Mundial de la Salud preconiza. Madrid es la comunidad autónoma con la tasa de suicidio históricamente más baja, pero no voy a hacer una simplificación de por qué —ya que estaría incurriendo, como digo, en una simplificación—, pero sí quiero señalar y subrayar la importancia de los abordajes multisectoriales y la importancia de contar con un plan nacional de prevención de suicidio que facilite la homogeneización y el trabajo conjunto con todas las comunidades autónomas, prioritariamente con aquellas que tienen tasas de suicidio más elevadas por encima del promedio a nivel nacional. Las actuaciones de prevención de suicidio en las que hemos venido trabajando hablan de identificar los riesgos, de garantizar el acceso rápido y el tratamiento intensivo en situaciones de intervención en crisis, al igual que hay actuaciones en todo lo que tiene que ver con formación masiva y sistemática en atención primaria y en el ámbito de facilitadores sociales como policías, bomberos y profesores para llegar a las poblaciones con especial riesgo y, por supuesto, con los medios de comunicación y la población general. Este plan de prevención de suicidio que ya estamos implementando —llevamos algo más de dos años—, sistematiza todas estas actuaciones que han demostrado ser no solo eficaces y efectivas, sino también rentables, con programas inicialmente evaluados y publicados en revistas científicas de probada evidencia, sólida y consistente, que se han extendido al conjunto de los hospitales y centros de salud mental del Servicio Madrileño de Salud. En este plan están implicadas todas las consejerías, muy particularmente las que tienen que ver con poblaciones de riesgo, como pueden ser Educación y la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, con las que trabajamos en una ruta sociosanitaria efectiva. Son más de siete mil las plazas que la consejería de familia tiene en la red de atención psicosocial a las personas con trastorno mental grave, que incluyen pequeñas residencias, pisos supervisados, pensiones, y todo lo que tiene que ver con el acceso al trabajo, rehabilitación psicosocial y rehabilitación laboral, de forma que todo el modelo, el conjunto del modelo, es tenido en consideración tanto en sus factores biológicos o biomédicos como psicológicos y psicosociales.

Hemos puesto en marcha veintiún equipos y, como digo, se han incorporado casi cuatrocientos profesionales, setecientos en los últimos cinco años; se cuenta con campañas específicas de abordaje de factores de riesgo, como pueden ser en este caso el acoso y el ciberacoso, especialmente relevantes en población adolescente y joven. También en lo que tiene que ver con la planificación hemos tenido muy en cuenta factores de vulnerabilidad psicosocial a la hora de destinar más recursos allí donde son más necesarios en función de estas variables, y, lógicamente, estamos trabajando también con las administraciones de proximidad, con el conjunto de los ayuntamientos de la Comunidad de Madrid.

Quiero agradecer de nuevo la oportunidad que se me ha dado de compartir con todos ustedes en lo que estamos trabajando muy intensamente. Hace apenas diez se ha puesto en marcha un plan autonómico contra las drogas, en el que también están participando el conjunto de las consejerías, para erradicar conjuntamente esta lacra que tiene un impacto importante en salud mental.

Gracias de nuevo, y estoy a su disposición para las preguntas que puedan suscitarse.
Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 13

La señora **VICEPRESIDENTA** (Velasco Morillo): Agradecemos a doña Mercedes Navío su intervención y toda la exposición que ha hecho.

A continuación, tienen la palabra los grupos parlamentarios.

En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, tiene la palabra doña Alda Recas.

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

Muy buenas tardes.

Ha sido una intervención muy interesante y creo que todos estamos de acuerdo en la importancia de la salud mental y de todo lo que la rodea. No puedo decir otra cosa, porque vengo del Ministerio de Sanidad, como asesora, que es un ministerio que lógicamente ha apostado muy fuerte por la salud mental. Les recuerdo que se ha creado un Comisionado de Salud Mental dirigido al más alto nivel por un grupo de expertos en salud mental y lógicamente están poniendo muchísima fuerza en hacer todo ese trabajo, porque lo que tenemos claro es que lo que se haga ahora con la salud mental y su cuidado es lo que va a definir ese bienestar o malestar de la población a corto, a medio y a largo plazo.

Usted ha hablado sobre la ley de cuidados inversos, que está muy relacionada con el tema de la accesibilidad. Mi primera pregunta es: ¿qué hacemos para intentar paliar o minimizar esa ley de cuidados inversos? El siguiente tema que ha mencionado, que es muy interesante, es sobre la ansiedad, la depresión y todos esos diagnósticos que son los más habituales. Unos diagnósticos que, a lo mejor, en un primer momento, es fácil de diagnosticar, entre comillas, porque a lo mejor en quince minutos te pueden diagnosticar, pero que requieren un cuidado longitudinal importantísimo. Si nos centramos, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, donde te pueden ver rápido el diagnóstico, pero que luego son importantísimas esas citas continuas que te van a dar el seguimiento y el cuidado longitudinal. Mi siguiente pregunta es: ¿cómo hacemos para conseguir ese cuidado longitudinal en patologías o en malestares como una ansiedad o una depresión, por no hablar de trastornos más importantes?

Ha seguido usted hablando de la contratación y, sin duda alguna, la contratación y la formación van a ser unas de las cosas más importantes dentro de la salud mental y de esos equipos. Soy enfermera, por lo que una de las preguntas va a ir encaminada a la especialidad de enfermería de salud mental. Desde el ministerio hemos creado un comité de cuidados en el que se está trabajando en todas esas cosas que no se han hecho durante treinta años en enfermería y hay una muy encaminada a un plan específico para las especialidades. Mi pregunta va encaminada a eso: ¿qué podemos hacer entre todos para que esa especialidad de salud mental; esa figura tan importante que puede ser la gestora de casos y ese cuidado longitudinal podamos desarrollarlos entre todos? **(El señor vicepresidente, Pose Mesura, ocupa la Presidencia)**. Usted ha hablado también del suicidio, que es un fenómeno tan complejo, es verdad que la evidencia es clarísima sobre los programas basados en el entorno y en la posversión. Quería preguntarle: ¿qué experiencia tiene usted, por ejemplo, en los temas de prescripción social y qué hacen esos activos de la comunidad para que esos factores de protección se consigan desarrollar en la comunidad, sobre todo en una ciudad tan complicada como puede ser la nuestra?

Ya para terminar hago referencia al Plan de Acción de Salud Mental, que esperemos que pronto salga desde el ministerio, aprobado por el consejo territorial, en el que seguro que ha podido aportar muchísimo a ese plan de prevención del suicidio, que nos parece importantísimo, en el que hay unas líneas sobre las que sí que me gustaría preguntarle: ¿cómo podemos mejorar muchas cosas, por ejemplo, en lo que viene siendo la atención integrada, esa relación entre atención primaria y salud mental comunitaria, ese socio sanitario, qué experiencias podemos aplicar para mejorar esa coordinación? Ya para finalizar, hay un tema del que luego se va a hablar, que es el de los sistemas de información en salud mental, dentro del plan del ministerio se está trabajando en una línea muy específica, porque consideramos que, sin información, sin esa evidencia y sin esos datos, es bastante complicado trabajar.

Simplemente quiero agradecerle su intervención y estamos en contacto para mejorar la salud mental de la población.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Por el Grupo VOX, David.

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

Quiero agradecer al compareciente su presencia, su comparecencia y simplemente quiero hacerle tres preguntas rápidas. ¿Qué herramientas necesitarían las comunidades autónomas, por parte del Ministerio de Sanidad, para poder asumir y seguir desarrollando sus competencias, qué modificaciones legislativas

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 14

considera usted que son necesarias y, sobre todo, qué aportes presupuestarios harían falta desde el Gobierno de España para ayudar a las comunidades a desarrollar los planes de salud mental?

Muchas gracias.

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

La señora **MORENO FERNÁNDEZ**: Gracias, presidente.

Bienvenida, Mercedes. Enhorabuena por su comparecencia y creo que tenemos que agradecer la importante aportación que ha realizado hoy en esta subcomisión. También queríamos poner en valor el trabajo y el esfuerzo que viene realizando al frente del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid para abordar un problema de salud mental de una manera integral. Su priorización nos parece que está en la prevención y en el diagnóstico precoz y nos ha gustado mucho la importancia que le da a adelantarnos a lo que la gente necesita. En ese aspecto nos gustaría también abordar la exposición de la implementación del sistema psicosocial, porque, además, hoy más que nunca, nuestro sistema sanitario necesita respuestas coordinadas y eficaces para hacer frente a los problemas de salud mental que afectan a todos los estratos de la sociedad y que afectan especialmente a contextos muy vulnerables, por lo que nos parece muy importante que el modelo que usted trae aquí sea transferible también a otras comunidades autónomas.

Como le decía, me gustaría trasladarle algunos aspectos y algunas preguntas. Respecto a la atención multidisciplinar, que comentaba desde la atención primaria y hasta la implementación de centros de atención comunitaria, qué recursos considera imprescindibles para poder atender de manera integral a los enfermos de salud mental y cuáles son las mayores dificultades que encuentra en esta primera puerta de entrada. ¿Cuál es la dificultad mayor para poner este sistema en marcha? ¿Cuáles han sido también las principales claves para mejorar la eficacia y la eficiencia en los tratamientos? Además, hay dos temas que nos preocupan, que también los ha abordado, que son el tema del suicidio y el de las adicciones. ¿Qué aspectos considera que no podemos dejar de recoger en este dictamen final de esta subcomisión de salud mental en esas dos cuestiones o problemas graves de salud mental? Como sabéis, señorías, el Gobierno también está avanzando en leyes y en estrategias que inciden en la idea de que hay que seguir trabajando para mejorar la prevención en estos dos aspectos, como decía, como la ley para proteger a la infancia y la adolescencia de la adicción a las pantallas y también, respecto al tema de suicidio, el plan de acción para la prevención del suicidio. También nos consta que se está trabajando en otras comunidades autónomas. La pregunta sería si nos podría dar alguna explicación de cómo se está trabajando y cómo podíamos mejorar esa prevención en estos dos problemas de salud mental.

Muchas gracias.

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

El señor **CAVACASILLAS RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Muchísimas gracias, señora Navío. Además, desde el Grupo Parlamentario Popular, teníamos muchísimas ganas de escucharla. Conocemos desde hace tiempo su trabajo de muchísimos años, tanto en adicciones como en salud mental, y dentro de ese trabajo queríamos incidir en un campo que nos preocupa y que no solo es el social o el sanitario, sino que además lo ha mencionado dentro del plan regional de prevención del suicidio y que corresponde al educativo. Quizá su experiencia nos puede ayudar a entender la importancia de incluir las entidades necesarias para ayudar al sistema en la mejora de la salud mental en la población en este aspecto y fundamentalmente también en atender a las edades más tempranas: la edad infantojuvenil. También nos gustaría saber su relación con el aspecto educativo y su opinión sobre el impacto que tiene el mismo en la salud mental.

En cuanto a otra situación destacada en los procesos de salud mental se encuentran los estigmas, lo ha comentado también en su intervención, y es un obstáculo para personas que necesitan ayuda y apoyo. Además, ha comentado —y me puede corregir si no lo he apuntado bien— que se están diluyendo estos estigmas dentro de los trastornos menos graves, pero no ocurre lo mismo con los trastornos más graves y hay situaciones de sensaciones y de sentimientos, como son el miedo y la vergüenza, que son los que presentan muchas de estas personas, por lo que nos gustaría que nos comentase los aspectos fundamentales sobre cómo poder superar esta situación y estos estigmas. Dentro de la Subcomisión de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 15

Salud Mental también hemos conocido distintas estrategias para abordar los problemas de salud mental por distintos comparecientes. En este caso, hay un aspecto fundamental que consideramos —y que esto lo tiene cualquier aspecto que se quiera mejorar— que es la prevención, lo ha incluido también en su intervención e incluso ha pronunciado la palabra adelantarnos —y lo ha dicho también la compañera—, es decir, adelantarnos es fundamental en esa estrategia de prevención. ¿Qué estrategia recomendaría sobre este aspecto para lograr una mejora en los problemas de salud mental que tenemos actualmente?

Ha comentado también algo muy importante que está sucediendo y es el aumento de casos de problemas de salud mental que están derivados también de la pandemia. En cuanto a nuestro país, en cuanto a España —y según su experiencia—, ¿cómo ha visto esto a afectos de nivel práctico? La atención primaria sigue siendo en España la puerta de entrada de todos los pacientes a la sanidad. ¿Qué elementos considera más relevantes a la hora de abordar los problemas de salud mental en dicha especialidad e incluso para su posterior derivación a los equipos de salud mental?

Otro aspecto también muy importante que se ha visto incrementado en los últimos años, según los estudios, son las bajas laborales. En España, según los mismos, se han triplicado las mismas y ahora mismo, sin duda, las personas en edad de trabajar mantienen muchísimo tiempo de nuestras horas del día en el trabajo. ¿Cree que las empresas o los departamentos de recursos humanos están preparados para ello, para poder tener un contacto con esos empleados y poder abordar esta situación? De no ser así, ¿cómo deberían de prepararse las empresas para ello?

Por último, para finalizar tres cuestiones rápidas. Por un lado, los recursos o herramientas que recomienda para aquellos que buscan soluciones para mejorar la salud mental. En cuanto a las adicciones, ha comentado que posiblemente las de mayor impacto ahora mismo, las de mayor volumen o las que mayor adicción provocan en nuestra sociedad son el cannabis y la cocaína. Pero dentro de las que están sufriendo un incremento, y fundamentalmente en todas las etapas, pero sobre todo en la etapa infantojuvenil, son esas adicciones por el abuso de la tecnología o el abuso de las pantallas. ¿Cómo cree que se puede abordar esa situación en las etapas fundamentalmente más tempranas? Para finalizar, un aspecto sobre la visión de futuro. ¿Cómo cree que serán las tendencias en el campo de la salud mental para afrontar todas las situaciones en los próximos años?

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Para finalizar, doña Mercedes.

La señora **RESPONSABLE DE LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y GERENTE ASISTENCIAL DE HOSPITALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD** (Navío Acosta): Muchas gracias.

Voy a responder de manera conjunta a los planteamientos que me han ido realizando, pero voy a empezar por el final. Creo que la salud mental requiere —y lo he dicho en mi exposición previa— conservar los consensos en torno al modelo biopsicosocial y comunitario de atención, con la complejidad que ello supone, sin hacer lecturas maximalistas de ninguna de las dimensiones por encima de otras y priorizar absolutamente su financiación. Me preguntaba antes si consideraba que era necesario hacer algún tipo de desarrollo legislativo, si pueden blindar el desarrollo legislativo que tiene que ver con las leyes de presupuestos y su carácter finalista, esa sería la prioridad en primera instancia. Luego se ha mencionado cómo abordaríamos los problemas de accesibilidad, independientemente de las necesidades que pueda haber en los abordajes de proximidad y, como respuesta genérica, creo que es imprescindible una estrategia muy ambiciosa que priorice absolutamente, por encima de cualquier otro, el ámbito de los recursos humanos a nivel nacional, con la corresponsabilidad de las comunidades autónomas, como no puede ser de otra forma. Creo que, junto a la inversión presupuestaria, es el otro gran hecho o demostración de que apostamos con carácter inequívoco por la salud mental, y la salud mental requiere de profesionales que atiendan a estas personas. En cuanto a la tecnología punta en salud mental, siempre somos los profesionales y son los instrumentos terapéuticos los que marcan las diferencias. De forma que, para que esto llegue, la obligación de todo gestor es hacer dos cosas: una, cubrir la necesidad priorizándola y que llegue antes a quien antes la necesita o a quien más lo necesita, y, dos, proveer de medios a aquellos que están prestando esa atención. Esas son las dos prioridades. A nivel nacional, de forma corresponsable con las comunidades autónomas, creo que la primera prioridad es: una estrategia ambiciosa en materia de recursos humanos. Esto entronca con lo que hemos dicho o con lo que se me ha

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 16

planteado en relación con la enfermería especialista en salud mental, pero también aludiría a la necesidad de psicólogos clínicos y de psiquiatras, tanto de adultos como de atención a niños y adolescentes.

Se ha planteado también que la ansiedad y la depresión son un desafío, sin duda lo son. Me gustaría hacer una diferenciación entre lo que tiene un rango de trastorno y requiere de un abordaje clínico —vamos a decirlo así— de los malestares de la vida cotidiana que, por supuesto, se han de tener en consideración, pero no pueden tener una respuesta que sea una patologización indebida de los mismos. Por una parte, eso es maleficiente y, por otra, creo que no atiende a la prioridad de en dónde se ha de poner la inversión o en dónde habría que hacerlo con carácter prioritario. Esto me parece absolutamente clave. Se me ha mencionado el aspecto de la prescripción social y considero que, además de complementaria de los abordajes clínicos, es la primera de las actuaciones que había de hacerse y que, de hecho, se hace en el día a día cuando estamos hablando de los malestares a los que se estaba aludiendo. Es verdad que la Comunidad de Madrid tiene una idiosincrasia particular con una concentración de población muy importante y con un ámbito urbano muy extenso. Hay experiencias exitosas de mapeos de prescripción social, de activos sociales en salud, que son complementarios y que, desde luego, no son excluyentes de los abordajes clínicos y de la atención que han de ser prestados por el Sistema Nacional de Salud y, en concreto en nuestro ámbito, por el Servicio Madrileño de Salud.

En cuanto a la atención integral en los diferentes niveles de atención —por favor, cojan la palabra nivel de una forma descriptiva y no asimétrica o que establezca una jerarquía entre la importancia de unos u otros—, el trabajo en salud mental primaria es clave. En la Comunidad de Madrid contamos con psicólogos clínicos en atención primaria, en atención comunitaria y hospitalaria y también en la medicina extrahospitalaria, en el SUMMA 112. Además, esta atención clínica y psicosocial ha de abordarse de manera integrada y también estamos trabajando en ello conjuntamente y de manera multidisciplinar. El hecho de que contemos con profesionales psicólogos clínicos en estos niveles, como digo, es una oportunidad fantástica de seguir trabajando multidisciplinariamente, tanto en la red de salud mental como en la red de atención primaria, haciendo en cada uno de estos ámbitos los abordajes de complejidad correspondientes. Los sistemas de información, sin duda, son uno de los ámbitos que hay que priorizar. Estamos trabajando y me consta que hay una importante heterogeneidad en las diferentes comunidades autónomas, pero es un instrumento que nos va a permitir no la digitalización, sino la transformación del sistema, que en este sentido es una herramienta que puede ser muy útil.

En lo relativo al plan nacional para la prevención del suicidio, ya mencioné previamente que es una oportunidad que no podemos perder y es una oportunidad que se ha de traducir en esa estrategia ambiciosa que incluya una presupuestación finalista y acorde a las necesidades identificadas. Sin duda, insisto, es una gran oportunidad que no podemos perder, no nos podemos permitir perderla, y eso no significa, obviamente, que vayamos a hacer un único planteamiento o que valga cualquier planteamiento. Esos consensos tienen que ser fundamentados e insisto tienen que venir acompañados de la financiación necesaria.

También se me ha hablado de aspectos relacionados con las adicciones, he mencionado el cannabis y la cocaína, pero no he mencionado las adicciones comportamentales que, sin duda, son una prioridad y son emergentes. En la Comunidad de Madrid tenemos, además de la atención generalista en el conjunto de la red, dispositivos específicos como, por ejemplo, AdCom en el Hospital Gregorio Marañón o también dos programas de adicciones comportamentales en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y en el Hospital Universitario 12 de Octubre, de amplia trayectoria, que tienen un planteamiento de acceso inmediato —vía cribado— para poder determinar si la persona es merecedora de una atención o si estamos ante un uso no problemático. En ese sentido, se implementan diferentes actuaciones, es decir, las que son abordajes clínicos hasta aquellas otras que apuntan a consejos y orientaciones generales e incluso también a la prescripción psicosocial.

En lo que tiene que ver con la educación, que es uno de los elementos clave a la hora de plantear la prevención y el acceso temprano, creo que hemos de implementar —y estamos haciéndolo en nuestro ámbito— estrategias conjuntas. Estamos pilotando diferentes modelos en Madrid; algunos de ellos son modelos de interconsulta y enlace, desplazando a profesionales de salud mental al medio educativo y en otros se están haciendo abordajes desde el propio ámbito educativo con una serie de protocolos que permiten una detección temprana y que, sobre todo, están intentando reforzar la comunidad educativa como contenedora de angustias. En ese sentido, la presencia de nuestros niños y adolescentes en el medio educativo durante tantas horas, sin duda, es una gran oportunidad que estamos sistematizando

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 17

para poder detectar mejor y también para diferenciar aquello que es una patología de aquello que puede ser o un malestar o una emergencia de angustia propia del desarrollo en estos grupos de edad.

Se me ha mencionado también —si no recuerdo mal—la salud laboral. La salud mental es una prioridad que también se ha de dar en el conjunto de los agentes que forman parte de nuestra sociedad civil articulada y, obviamente, las empresas son agentes muy importantes. Es clave que contemos con ese tipo de estrategias y creo que estas estrategias tienen que estar no solo orientadas a factores de riesgo, sino también a los grandes factores protectores de los que se dispone en cualquier ámbito laboral. A veces nos olvidamos de la gran capacidad vertebradora y organizadora que tiene el trabajo en la vida de todos nosotros, su sentido de propósito, su posibilidad de aportarnos coherencia y, en definitiva, de ser un lugar de protección y de cuidado y no solo un lugar en el que puedan producirse —y, de hecho, a veces se crean— factores de riesgo, por lo que el abordaje ha de tener una perspectiva amplia.

Por último, querría mencionar otras actuaciones en las que estamos trabajando como los Espacios LibreMente, en los que estamos trabajando para pilotar formas alternativas de llegar a los más jóvenes de una forma más informada —vamos a decirlo así— en las que el acceso —hablando de la accesibilidad— sea complementario y permanente. De manera que, en última instancia, sería una expresión más del carácter imprescindible de que las administraciones y el conjunto de quienes las atendemos —sea desde el ámbito sanitario, social, educativo, etcétera— estemos al servicio de las necesidades de las personas y nuestras arquitecturas organizativas se flexibilicen y se adecuen a estas necesidades. Esta experiencia de los Espacios LibreMente, en la que, como digo, estamos trabajando, va a continuar esa senda de poder llegar, de poder adelantarnos, de estar en la comunidad y de estar completamente disponibles iniciando, como digo, en la atención a los más jóvenes, que muchas veces no llegan al sistema sanitario por los cauces ordinarios o más clásicos.

Me he extralimitado en el tiempo, pido disculpas por ello y creo que he contestado de manera genérica a todas preguntas y consideraciones que se me han hecho.

Gracias de nuevo por su interés y por su invitación.

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

Usted sabe que esta es su casa, le estamos muy agradecidos y hasta que nos veamos en otra ocasión.

La señora **RESPONSABLE DE LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y GERENTE ASISTENCIAL DE HOSPITALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD** (Navío Acosta): Seguro que sí. Les confió a todos ustedes la prioridad de la salud mental y de todo lo que hemos estado hablando.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): En eso estamos.

— **DEL DIRECTOR CEO DE DATHOS SCIENCE (RODRÍGUEZ SIMARRO), ANALISTA DE INTELIGENCIA DE DATOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO EN ESPAÑA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000186).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Sin más dilación, damos la bienvenida a don Nicolás Rodríguez Simarro, analista de inteligencia de datos relacionados con el suicidio en España y director CEO de DATHOS Science.

El señor **DIRECTOR CEO DE DATHOS SCIENCE** (Rodríguez Simarro): Sí, hago muchas cosas relacionadas con datos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muy bien.

Suya es la palabra.

El señor **DIRECTOR CEO DE DATHOS SCIENCE** (Rodríguez Simarro): Muchas gracias; muy amable.

Es la primera vez que vengo y no controlo muy bien estas cosas. Quiero agradecerles la invitación. Quería comentarles que voy a cambiarles un poco el paso. No vengo a hablar de salud mental como tal. Vengo a hablar de datos. Vengo a hablar de la cultura del dato. Vengo a hablar de humanizar el dato y vengo a hablar de que deberíamos mirar al futuro. Tenemos una prueba muy reciente de lo mal que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 18

usamos los datos, desgraciadamente. Somos un país que no utilizamos muy bien el dato y creo que en la salud mental tenemos un margen realmente importante para utilizarlo. Voy a poner la presentación para que ustedes la vayan viendo, que no sé dónde la han puesto, pero la han debido de poner.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): ¿No está? ¿La has mandado?

El señor **DIRECTOR CEO DE DATHOS SCIENCE** (Rodríguez Simarro): Sí, la he mandado y me han dicho que la habían puesto. De todas maneras, tengo un *pendrive*. Si quiere usted lo pongo. Espere, voy a buscarlo. **(Pausa)**. Lo siento, no lo encuentro.

La tengo en el correo y se la puedo enviar, por lo que se la pasaré. Lo que venía a decir esa presentación era que con los datos podemos hacer muchas cosas, que vengo a hablarles del sistema de información, de cómo podemos utilizar los datos para predecir el futuro y que trabajamos con modelos. **(Los servicios de la Cámara solicitan al compareciente que vuelva a mandar la presentación digital)**. Lo siento, discúlpenme un momento.

Es una presentación que les haré llegar, pero voy a intentar evitar el principio. La primera página habla de para quién va dirigida, qué es lo que hacemos; tienen un índice con los contenidos, un perfil donde aparece cuál es mi trabajo y el de mi equipo. Nos dedicamos a servicios de *data analytics* y consultoría de datos, tanto para el sector público como para el sector privado. Desarrollamos resoluciones digitales; predecimos eventos de riesgo en violencia contra la mujer, suicidios, cáncer, criminalidad, accidentes de tráfico, etcétera; damos charlas, eventos, cursos, talleres y formación relacionados con humanizar el dato. Todo el conocimiento que, personalmente, he adquirido es porque inicialmente empecé trabajando en un despacho de abogados hace muchos años y el legislador nos obligó a predecir delitos empresariales, treinta delitos. Entonces, creamos un sistema, un modelo de predicción, que era capaz de predecir esos treinta delitos empresariales —es lo que se llama *compliance* o cumplimiento normativo, es el artículo 31 bis— y lo hemos desarrollado para el mundo de las personas. **(Aparece la presentación digital en las pantallas)**. Ya está, perfecto.

Este es el ámbito conceptual, un poco quién soy.

Solamente les he traído parte del porfolio que tiene que ver con el tema en cuestión, básicamente suicidios. A la izquierda, el resumen ejecutivo, que se centra, especialmente, en Emergencias 112 de la Región de Murcia y tiene que ver con todos los datos que se generaba en el propio servicio, cómo podíamos sacarle partido y mejorar el servicio. A la derecha, suicidios en Andalucía. Es un informe muy completo en el que aparecen entre 80 y 120 propuestas y áreas de mejora utilizando siempre los datos, en el que aconsejábamos a la región de Andalucía diferenciar en este tipo de cuestiones importantes entre el profesional que se dedica a psicología, psiquiatría, cuidados, atención y protección, y el ámbito de los datos. El ámbito de los datos hay que hacerlo preferiblemente desde un punto de vista externo, porque no tenemos esos sesgos que tienen los profesionales: no nos dedicamos a los tumores, pero analizamos datos de tumores; no nos dedicamos a la criminología, pero analizamos datos de delitos; no nos dedicamos a la ingeniería, pero analizamos datos de accidentes de tráfico, y así con todo. Uno de mis consejos para esta comisión, para el plan, es que tengan en cuenta equipos multidisciplinares también en el ámbito de los datos; es muy importante, es la única forma de evitar los sesgos profesionales. El cerebro construye patrones desde que nacemos y esos sesgos hay que intentar sacarlos fuera utilizando otro tipo de personal.

La segunda parte tiene que ver también con la predicción de eventos de riesgo. No sé si recuerdan un anuncio que hicimos en 2022, *Los 36*. Es la única vez en el mundo que se ha hecho un anuncio en el que se predecía las personas que iban a morir. Cuando les pasen el documento podrán pincharlo. A la derecha los atropellos más famosos, en los que teníamos que predecir las personas que iban a morir atropelladas. Y estos son dos documentales en los que he participado directamente, colaborando, que son *El estigma del silencio*, que tiene que ver con el suicidio, y *No estás solo*, con el acoso escolar. Les recomiendo que los vean, son *teasers* muy pequeñitos, próximamente ya estarán en pantalla. He colaborado e intervenido con distintos asuntos que tienen que ver con la inteligencia de datos y con entrevistas que me han realizado.

Este es el último proyecto en el que estamos inmersos, que es: ¿Siniestro vial o suicidio encubierto? Es una investigación pionera, no se ha hecho nunca ni en España ni en Europa; solamente Suecia lo hizo hace muchísimos años y calculaban que, más o menos, en torno al 10% de los accidentes de tráfico realmente eran suicidios encubiertos. Nosotros vamos a ir un poco más lejos. Lo que queremos ver es si en determinados accidentes de tráfico hay algo más que solamente un suicidio encubierto; si también hay

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 19

una intención de matar a la pareja, como ha ocurrido recientemente en un caso de Pontevedra que se está intentando investigar. Es una investigación pionera. Perdonen, están tachadas ciertas cosas porque, por cuestiones de privacidad y confidencialidad, no les puedo enseñar cuáles son los intervinientes ni a quién va dirigido. Abajo tienen una frase del director de la DGT en la que decía que el 42 % de los siniestros mortales que son salidas de carretera no tienen ni idea de por qué se producen, no lo saben; no hay un móvil, no se duerme, no hay un exceso de velocidad. Ese 42 % es el que nos interesa averiguar.

En cuanto a salud mental, no les voy a decir los datos. Estos datos seguramente sean distintos a los que les han mostrado, tienen mucho que ver con la atención especializada, es el número de contactos. El número de contactos es las veces que una persona con trastornos mentales visita, en este caso, la atención especializada. Si se fijan, hay más mujeres que hombres, pero en el caso de los hombres es mayor el número de días de estancia, así como el coste medio aproximado. En los fármacos, hemos utilizado tres de los cuatro grandes grupos: sistema nervioso, psicolépticos y antidepresivos; como ven, el consumo en todos es mucho mayor en la mujer y, además, va subiendo.

Con relación a los intentos de suicidio, hay una especie de leyenda no solamente en España sino en el mundo entero que dice que, aproximadamente, el 40 % de todos los intentos de suicidio pasan por la atención primaria. Es ahí donde queremos llegar con nuestros modelos y nuestros sistemas de información: facilitarle a esa primera persona que atiende a un paciente de riesgo una evaluación en la que se generan unos sistemas de alertas y de avisos antes de ver al paciente. Nosotros, al contrario que los profesionales, no necesitamos ver al activo ni al objetivo —nosotros lo definimos como activos y objetivos, y a partir de ahí generamos alertas y niveles de riesgo—; nosotros trabajamos con datos anónimos y a partir de ahí generamos información para que el profesional que va detrás de nosotros, en cualquiera de las materias en las que trabajamos, tenga un elemento externo que le sirva para generar mejor las evaluaciones y calificaciones de riesgo en este caso.

Si se fijan, hay más o menos 126 000 intentos de suicidio, en este caso, en atención primaria, y la mitad aproximadamente tienen un riesgo latente de que realmente se pueda producir un suicidio. Evidentemente, como pueden ver abajo, hay muchas más mujeres que hombres. Este es un dato —quédense con él— para el que hemos analizado unos 150 años de suicidios en España, más o menos. Yo se lo he limitado, porque si no sería muy grande, a los últimos 110 años porque nos permitía hacer series temporales de 22 años, que no es necesariamente una generación, pero que nos servía de referencia para lo que vendrá después. Como pueden ver, hasta el año 1979 más o menos los suicidios son planos; a partir de 1980 los suicidios se disparan en España. Es cierto que en los 66 años anteriores esos datos deben ser fiscalizados, analizados y revisados, porque no queda muy claro si son suicidios consumados o tentativas; a partir de 1980 los datos son mucho más realistas y se puede trabajar mejor con ellos. Siempre decimos que necesitamos ver el pasado para intentar mirar al futuro. Nosotros trabajamos de esa manera.

No se lo voy a leer, pero esto es una reseña del siglo XIX —del año 1881 creo recordar— que se basa en datos de un cuatrienio. Léanlo en el documento, les va a llamar mucho la atención. Me voy a centrar en cuatro variables de esa reseña geográfica en la que hablan del suicidio en la España del siglo XIX. Dice que de cada 100 suicidios 76 son en varones y 24 en hembras; que en 100 suicidas hay más casados que solteros; cuál es el rango de edad en la que se suicidan más varones y que la estación en la que ocurren más suicidios es la primavera. Nos hemos traído esos datos del siglo XIX al XXI y queríamos ver si hay determinados patrones cuando hablamos de cinco generaciones. Una generación es desde que nacemos hasta que tenemos el primer hijo, más o menos; calculen entre cinco y siete generaciones desde esos datos del siglo XIX a la actualidad. Vemos que se cumple en el caso de los hombres, 140 años después sigue exactamente igual: de 100 personas que se suicidan, 75 % son hombres y 25 % mujeres; el patrón de la edad se cumple en los hombres —de 45 a 59— exactamente igual que hace 140 años, pero no en el caso de las mujeres, que hace 140 años era entre 15 y 24 o 25 años; también se cumple el patrón datos-estación, contrariamente también a esa leyenda que dice que normalmente hay muchos suicidios en el norte de Europa por no ver el sol, no tener luz, por el frío. Resulta que en España, donde tenemos todo eso, cuando más nos suicidamos es entre primavera y verano.

Además, hemos hecho una serie temporal muy grande, que es una generación, treinta años —lo tienen abajo en el pie—, y hemos visto que se cumple repetidamente ese patrón y también en cuanto al estado civil. Este es un dato que muchas veces nos preguntan cuando vamos a charlas o nos piden algún tipo de análisis. También hay más suicidios en casados y en divorciados; hemos añadido dentro de la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 20

ventana «divorciados» porque, evidentemente, en el siglo XIX el divorcio no existía, así que los hemos considerado como si fueran casados. Denles una vuelta a estos datos.

En este mapa quiero que se fijen un poco en el dato que tiene que ver con el ecosistema edad, para que vean cómo se ha movido en el tiempo, cómo ha cambiado el patrón de la edad en los últimos cuarenta y cuatro años. Si se fijan en la parte de la derecha, hace cuarenta y cuatro años más o menos los colores rojos estaban en edades muy altas; en los últimos años esos colores rojos han cambiado y ahora se nos acumulan en el centro de la tabla. Los que tienen arriba son los tramos de edad 5, 9, 10, 14, 15, 19, etcétera. Y si se lo preguntan, sí, ha habido suicidios de niños entre 5 y 9 años, desgraciadamente; de hecho, hubo uno en plena pandemia. En el año 2020 hubo un niño de 9 años que se suicidó. Ese patrón de edad es muy interesante, porque nos permite generar indicadores e ítems de alerta para nuestros médicos de atención primaria o en hospitalización.

En cuanto al cambio en el suicidio, en las dos sesiones que he tenido la oportunidad de ver han hablado mucho de los primeros tramos. Es verdad que, desde el punto de vista de daños potenciales de vida perdidos, nos preocupa más entre los 5 y 29 años, pero donde realmente ha crecido el suicidio —lo tienen aquí, porque las barras blancas nos dicen la diferencia que ha habido entre el suicidio en el año 1983 y cuarenta años después— ha sido entre los 40, 44, 45, 49, 50, 54, 55 y 59 y, si se fijan, en edades muy mayores, de 85 o más años. Ya sé que son personas mayores y que sus años potenciales de vida perdidos son muy pocos, pero resulta que, con suerte, entiendo que alguna vez llegaremos todos ahí, así que deberíamos preguntarnos por qué uno de cada cuatro suicidios en España es de gente mayor. Eso es como para darle una vuelta.

Esta es una diapositiva que quiero que estudien cuando tengan oportunidad y que la tengan en cuenta en el plan, que son las defunciones con intervención judicial. En España, toda muerte violenta tiene un levantamiento del cadáver donde hay una intervención judicial. En este caso nos está diciendo —el último dato que podemos ver es de 2022— que son en torno a 4191 víctimas por suicidio. Realmente, según el INE, hay más, pero con intervención judicial hay unas treinta menos. En cualquier caso, ya tenemos un primer perfil generado a través de la intervención judicial, que nos está diciendo que la edad media, más o menos, con una desviación de dieciocho años, está en torno a 56 años; que el 74 % de las personas que se suicidan son hombres, y que el 89 % son de nacionalidad española. Y añaden un elemento interesante, y es que cerca del 62 % de los suicidios se cometen en el domicilio, por lo tanto, el domicilio es una zona de riesgo que debemos evaluar y tenerla en cuenta cuando hagamos cualquier analítica de riesgos, tanto en atención primaria como en hospitales.

Si se fijan —ya se lo he dicho antes—, de cada diez suicidios, hay dos entre 5 y 39 años, cinco entre 40 y 64 años, y tres en personas mayores de 65 años. Esto hay que tenerlo en cuenta —lo he oído antes—, por ejemplo, en el retorno de la inversión. La compareciente anterior lo ha comentado de una manera y yo lo voy a hacer de otra. Cada euro que destinamos a la predicción de eventos de riesgo son 2 euros que nos ahorramos en la reacción a ese riesgo. Tenemos que invertir en la predicción y en la prevención para que luego la reacción nos cueste menos y porque, además, salvamos vidas, como se demostró, por ejemplo, con el anuncio de *Los 36*: de la predicción de treinta y seis, nos quedamos en veintinueve, por lo tanto, salvamos en torno a siete personas. En este caso, si se fijan, restando la esperanza de vida, que está en torno a 83-85 años, de la edad de la persona que se suicida, los números encima de las columnas representan los años de vida perdidos por cada persona que se ha quitado la vida. De 10 a 14 años, pierdes setenta y un años; 66, etcétera. El problema es que, como hay tantos suicidios en las edades del medio, en personas adultas, ahí se nos van miles de años de vida, miles. Por supuesto, hay que poner el foco en todos los tramos de edad, pero no nos olvidemos de los tramos intermedios, que es donde más años de vida perdemos.

El futuro. Esta frase la utilizamos para construir nuestros algoritmos. Nuestros algoritmos se construyen con condiciones, y esta es muy interesante, sobre todo, por la persona que lo dice. Pensamos que la inteligencia es saber cosas, pero la esencia de la inteligencia es ver el futuro. Eso es lo que hacemos: intentar ver el futuro. La parte de abajo no se la leo, pero léanla cuando tengan la oportunidad, porque creo que les va a gustar.

El marco conceptual de cómo trabajamos. Lo hacemos identificando, evaluando, analizando y mostrando resultados donde van áreas de mejora, propuesta, medidas, etcétera. Estas son las tres palabras clave para nosotros en el mundo data: predecir, prevenir y proteger; no hay más. La medicina del siglo XXI debe ser más preventiva que reactiva, no podemos ir siempre por detrás de los problemas, alguna vez deberíamos ir por delante. Aquí tienen un montón de cosas que también les recomiendo que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 21

lean. Y esto es un mapa modal —también se lo he oído antes a la señora o señorita que estaba impartiendo la charla— en el que, si se fijan, están representados dieciséis nodos alrededor de un texto. Cada uno de esos nodos son docenas, cientos de variables. Esto lo convertimos en un cubo donde trabajamos en tres dimensiones y, a partir de ahí, generamos información de valor, creando una cosa que les voy a enseñar ahora. Lo llamamos proyecto gemelo y espejo. ¿Por qué? Porque —esto no va de avatares ni nada parecido— creamos un modelo de datos, que es un gemelo a nuestra persona de riesgo; y, a partir de ahí, lo llevamos al mundo real creando el espejo, diciendo cómo se comporta la sociedad desde el punto de vista de los datos. Con toda esa información generamos modelos predictivos. En este caso, si tienen ganas, en la presentación tienen un acceso directo a esta página web donde, si no son muy aprensivos, pueden jugar con los formularios para ver riesgo en suicidios, en cáncer, en problemas de salud y en accidentes de tráfico. Se lo recomiendo si no son aprensivos, porque da un poco de miedo. No es agradable, pero es que tiene que ser así. Si esto es capaz de salvar vidas, perfecto.

¿Cómo predecimos? A través de ecosistemas deterministas. A la izquierda —imagínenselo—, una ciudad entera donde cada bolita es una persona; a la derecha, intentamos que todas las personas sean del mismo color, y solo nos interesan aquellas bolitas que son de color diferente. Trabajamos con un sistema de colmenas, hexágonos y, a partir de ahí, generamos modelos, cubos, etcétera. En el medio tienen 86 400, que son los segundos que tiene un día. Ahora multipliquen 86 400 segundos por en torno a cuarenta millones de personas y verán las infinitas posibilidades, lo difícil que es predecir, y eso es lo que intentamos hacer. Nos basamos en que el estado actual determina muchas veces el futuro. Aquí, desgraciadamente, aparece un ejemplo real para que lo tengan en cuenta. Estos son, más o menos, unos setenta municipios afectados por la DANA; ahora mismo hay setenta y cinco municipios afectados en la provincia de Valencia. A la derecha, en los cuadros tienen diversa información, pero quiero que se queden sobre todo con el último dato que aparece en el cuadrado de la derecha. En toda la provincia de Valencia hay solamente 1700 psicólogos para una población en la provincia de 2 600 000 personas. Los recursos son los que son, desde el punto de vista económico y humano. Por tanto, 1700 psicólogos y 2 600 000 personas; solo en estos setenta municipios estamos hablando de un millón de personas. Este es un tema muy serio, ya podemos empezar a trabajar. Y esta es una cosa que hacemos también, que es hacer perfiles de riesgo. En este caso —por si algún psicólogo lo ve—, nosotros creemos que, con diagnósticos de hospitalización, en la provincia de Valencia deben prestar especial atención a los hombres entre 45 y 49 años, y de 15 a 19 años en mujeres y, para abrir un poco más el campo —evidentemente, esto es una presentación que no está hecha ex profeso para un cliente—, de 40 a 54 años en hombres, y de 40 o 54 años también en mujeres. Y en el supuesto de riesgo de suicidios, el riesgo latente, el riesgo real de una ideación suicida, entre 50 y 54 años en hombres, también se replica en mujeres; 40 a 59 años en hombres, 45 a 64 años en mujeres.

Termino. Detrás de cada cifra hay alguien por el que merece la pena luchar siempre. Para nosotros los datos no son datos, son personas. Detrás de cada dato hay una historia, una familia, una vida. Deberíamos humanizar todo un poco y dejarnos de titulares y de dar cifras como si fueran churros.

Muchas gracias. No sé si me he pasado del tiempo. Discúlpenme. He intentado ir lo más rápido que he podido.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Turno de intervenciones.
Grupo Parlamentario SUMAR.

La señora **RECAS MARTÍN**: En primer lugar, quiero agradecer los datos. Como cualquier político, creo que las políticas deben basarse en la evidencia, y no hay mayor evidencia que unos datos contextualizados. Si analizamos, por ejemplo, todas las estrategias que está sacando ahora el Ministerio de Sanidad, vemos que en casi todas las líneas pone la mejora de los sistemas de información como objetivo claro. Hablando de suicidio, en breve sale el plan de prevención del suicidio, que dice que los datos son un desastre. Por una parte, me preocupa porque, si nuestro trabajo se basa en datos y los datos no los tenemos o asumimos que tenemos mucho que mejorar, en primer lugar, me gustaría que nos explicara por qué cree que esa calidad de datos es la que es, cómo hemos llegado a este punto y cómo mejorarlo.

Hay una infrautilización —así lo dicen los datos— de los sistemas de información que meten desde el profesional hasta el gestor o hasta el que hace el código, si tiene suerte y tú tienes indicadores de tu trabajo. Las enfermeras no tenemos los indicadores de cuidados, por lo que no sé cómo manejaría usted los datos de mis resultados en salud. Podemos trabajar también en ello. Sabemos que hay una deficiencia

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 22

enorme de esa inclusión de los datos. Usted saca los datos, saca esos estudios; supongo que hay una justificación donde luego se explica de dónde salen los datos, pero me resulta complicado escribir una justificación de los datos, sabiendo que los datos son complicados y que los sistemas de información están infrautilizados totalmente. ¿Es mejorable? Sin duda.

Después está el binomio de seguridad y utilidad: seguridad de los datos y la utilidad de estos para la salud de la población. Son muchos los casos en los que hemos tenido precaución, porque esos datos los pueden tener empresas con unos intereses que no son la salud ni la prevención ni la promoción de la salud. ¿Cómo manejamos ese tema de los datos con empresas privadas que pueden utilizar esos datos en cosas que, a lo mejor, no queremos que utilicen?

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Por parte del Grupo Parlamentario VOX, David.

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

Quiero darle la bienvenida a su casa, señor Rodríguez. Gracias por su comparecencia y por su magnífica intervención. Teníamos muchísimas ganas de traer alguien que pudiese aportar un punto de vista diferente en un tema tan importante como el suicidio, que en VOX llevamos mucho tiempo trabajando. Personalmente, fui el primero en llevar a las Cortes Valencianas una proposición no de ley para tratar el tema del suicidio. La Comunidad Valenciana fue una de las regiones pioneras en poner el foco en la salud mental. De hecho, esperábamos que el responsable de salud mental de la Comunidad Valenciana pudiese venir a esta comparecencia a hablar con usted.

Sigo resistiéndome a llamarme político, porque llevo muy poco tiempo en política. Viendo estos datos, que existen y que ustedes han trabajado, me pregunto por qué desde los ministerios, a lo largo de los gobiernos de unos y otros, no se ha trabajado en un estudio tan pormenorizado como se ha hecho aquí, porque usted ha hecho una radiografía no de un año, sino una radiografía a lo largo de los siglos. Hemos podido comprobar cómo este documento que nos ha aportado —que visitaremos y usaremos, como usted ha reclamado— puede salvar vidas, porque es una herramienta brutal. Partiendo de la base de que la ministra en su primera comparecencia obvió por completo el uso de las palabras *data*, *big data*, incluso inteligencia artificial, esto nos da una respuesta de la falta de aprovechamiento de ciertas herramientas que tenemos. Mi primera pregunta sería si alguna vez desde el propio ministerio o el Gobierno se han puesto en contacto con ustedes o todas las iniciativas que han hecho ustedes han sido por iniciativa propia.

Por otro lado, está la dificultad a la hora de recopilar los datos. Sabemos que tenemos diecisiete sistemas autonómicos, más las ciudades autónomas. Sabemos que las competencias están transferidas y sabemos de la dificultad a la hora de hacer un cribado de datos. Por eso, me gustaría conocer la obtención de datos y cómo mejoraría usted la obtención de estos.

Nos ha gustado mucho lo del proyecto gemelo y espejo. Es una forma de hacer aterrizar los datos. A pesar de que ustedes están tratando con datos en todo momento, usted lo ha hecho de una manera muy humana, porque, a la hora de dar un dato —siempre lo digo—, detrás de un dato hay una persona, con nombre y apellidos, y eso usted lo ha reflejado al final de su intervención. Y coincido con su última frase: detrás de cada dato hay una persona por la que merece la pena luchar.

Me ha llamado poderosamente la atención —es uno de los problemas que tenemos— la falta de especialistas: solamente 1700 psicólogos para un millón de personas afectadas por la DANA. Los que hemos estado sobre el terreno calificamos aquello como una zona de guerra. Por mucho que se vean las fotos o los vídeos, verlo en persona le aseguro que es dantesco.

De nuevo, me demuestra usted que llegamos tarde, muy tarde, cuando estamos hablando de 4600 suicidios. Me gusta también que haya puesto en el foco esos suicidios encubiertos como accidentes de tráfico. También me gustaría que nos dijera otros ámbitos en los que usted considere que puede haber suicidios enmascarados.

También me ha gustado lo que ha aportado sobre los sesgos: apartar los sesgos a la hora de sacar los datos, porque nos permite hacer una fotografía, que es la realidad. Muchas veces la realidad choca con nuestros pensamientos e intentamos un poco cambiar los datos o manipularlos. Aquí se hace mucho: coger un dato específico de cierta cosa que nos favorece en un debate y obviar lo demás e incluso, manipularlo. Es interesante conocer cómo con el uso de los datos o el *big data* podríamos evitarlo.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 23

Asimismo, me gustaría preguntarle si se plantean ustedes en estos proyectos la utilización de inteligencia artificial, la predicción utilizando inteligencia artificial y cómo podríamos implantarla en nuestro sistema de salud a nivel nacional.

Me quedo con ganas de coger su presentación, estudiarla y tratarla. Como siempre digo, estamos abiertos a tener una reunión personal y poder tratar estos temas, porque usted ha abierto en esta comisión una ventana que hasta ahora no teníamos, que es una fotografía muy grande, con unos parámetros muy específicos y reales. Además, como no es de ahora —muchas veces se hacen las exposiciones sobre suicidios y se analiza un arco de tres, cinco o diez años—, poder ver que desde el siglo XIX se cumplen prácticamente los mismos patrones y se está viendo esta situación me llama poderosamente la atención.

Quiero agradecerle de nuevo su presencia, señor Rodríguez. Esta es su casa, bienvenido. Estamos abiertos a cualquier consejo o ayuda que nos pueda usted hacer llegar.

Muchas gracias.

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

Por parte del Grupo Socialista, Marga.

La señora **MARTÍN RODRÍGUEZ**: Gracias, presidente.

Buenas tardes, señor Rodríguez Simarro. Gracias por estar aquí, por su exposición y por compartirla con nosotros, con esta Comisión de Sanidad, que, como usted bien sabe, está intentando mejorar la protección, la promoción y la atención integral en salud mental. La conducta suicida es un reto importante para la salud pública, no solo en nuestro país, sino en todo el contexto internacional. ¿Y por qué lo es? Porque el impacto que supone el suicidio es enorme, ya que como todos sabemos, genera un gran malestar individual, familiar e incluso social en los allegados a esa persona.

Consideramos que los datos son muy importantes, necesarios y que, para cualquier estudio, cualquier trabajo que se quiera hacer, es importante partir de unos datos que, efectivamente, deben ser fiables y de calidad. Como creo que ya ha dicho alguna persona aquí, el propio ministerio, los trabajadores públicos que trabajan en esos datos nos dicen que no son fiables, por las propias características de lo que supone el contexto de las personas con conductas suicidas. En primer lugar, no me ha quedado claro qué datos utiliza usted. No sé si datos oficiales o si usted hace un trabajo con sus propios datos.

Usted ha hecho un estudio de los 110 últimos años sobre el suicidio. Sabiendo que solo desde los últimos años a ahora se está haciendo el trabajo de recabar de una forma más seria esos datos y que, aun así, no se está haciendo como se debería hacer, porque aún queda mucho camino por recorrer, me gustaría saber cómo ha sido capaz de hacerlo. Me gustaría que nos lo explicase, porque me llama la atención, ya que, efectivamente, si no son fiables, no podemos partir de esos datos para hacer ningún análisis. Por tanto, me gustaría que nos diera su opinión sobre la dificultad de la recogida de datos y que nos cuente cómo ha hecho usted para trabajar con unos datos que —entiendo yo— usted considera fiables para luego llegar a unas propuestas.

Como experto en análisis de la inteligencia de datos y en la predicción de riesgos del comportamiento humano, me gustaría que nos dijese cuáles le parecen que son los determinantes que llevan a una persona a encontrarse en una situación de desesperanza en la que presenta una ideación, una intención o una conducta suicida.

Muchas gracias.

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

Turno del Grupo Popular.

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

Buenas tardes. Bienvenido, señor Rodríguez Simarro. Es la primera vez que está aquí y verá que no es el plató de televisión de Iker Jiménez, pero también hemos tratado de ser amables y, además, ha conseguido usted poner su presentación en la pantalla.

A mí me ha revelado que hay esperanza y que en el dato lo que debemos tener es esa esperanza de poder predecir el futuro y, seguramente, esto nos haga adelantarnos para poder tomar las medidas adecuadas. Como usted decía, acabamos de vivir esta DANA, y para nosotros es fundamental la prevención y todo el análisis de la prevención que se podía haber hecho sobre ella, porque es verdaderamente lo que protege la vida. Por tanto, veamos en el tratamiento de los datos un modelo de esperanza y de revelación, siempre teniendo en cuenta que tenemos que confiar en todos los sistemas de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 24

protección del dato, que es tan importante. De hecho, ¿cree que se están utilizando bien estos datos para desarrollar políticas de salud mental en España? Esta podría ser una pregunta y la otra sería: en España, la protección de datos la tenemos absolutamente regulada dentro de nuestro marco jurídico, pero, en este caso, y sobre materia de salud mental por todo lo que revela, me gustaría que nos dijera si considera que se debería tener un sistema especial de protección de datos.

Usted ha hablado de que esto se ha hecho sobre la base de 645 000 contactos, pero no sé si han sido consultas, contactos o si estos se producen al año, al día, a la semana. A mí esto tampoco me ha quedado claro y me gustaría que lo aclarase.

También me gustaría saber si se podrían comparar las distintas tasas de suicidio entre distintas comunidades autónomas. En un ámbito territorial y en un Estado autonómico, como el nuestro, a la hora de elaborar un plan a nivel nacional, esto sería muy importante.

Por último, me gustaría que nos contara cómo influye la inteligencia de datos y si han podido sacar algún patrón que reproduzca cómo es el uso de las redes sociales y cómo pueden influir las redes sociales en ese patrón del suicida, porque podría revelarnos también una cosa muy importante, sobre todo, en el uso de aquellos que acaban con el triste acontecimiento de llevar a cabo el suicidio.

Me ha dejado muy preocupada saber que desde el siglo XIX hasta nuestros días el patrón de modelo suicida no haya cambiado. Hoy tomamos más ansiolíticos que nunca; nos hemos desarrollado industrialmente, culturalmente, somos menos analfabetos que lo eran en el siglo XIX y, sin embargo, el modelo sigue repitiéndose. ¿Su conjugación de datos va a poder paliar estos efectos? Porque creo que somos la generación que podemos cambiar esto, o dentro de cien años, si se encuentran en la misma situación, nuestro trabajo habrá fracasado y el suyo también.

Muchas gracias.

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

Para cerrar las intervenciones, tiene la palabra don Nicolás Rodríguez por un tiempo aproximado de diez minutos, pero no mucho más.

El señor **DIRECTOR CEO DE DATHOS SCIENCE** (Rodríguez Simarro): Discúlpeme, pero empiezo por el final porque lo tengo más reciente.

Me gustaría pensar que con los datos vamos a ser capaces de evitar que esos patrones se repliquen, lo que pasa es que no podemos jugar tampoco a ser Dios para quien crea en o una entidad superior para quien no crea. Estamos limitados, y siempre decimos lo mismo: ¿cuánto vale una vida? Solo con salvar una sería más que suficiente. Si con este tipo de cuestiones relacionadas con el dato, somos capaces de evitar una sola muerte, para nosotros sería más que suficiente.

Sobre las tasas, les doy un consejo. Las tasas están bien para comparar, pero nosotros no las usamos para predecir, por una sencilla razón, y les pongo un ejemplo y lo van a entender enseguida. Estados Unidos es el país del mundo con más muertos COVID y no está entre los quince primeros con peores tasas. Es el único país del mundo que ha tenido más de un millón de muertos COVID y no aparece dentro de los quince primeros países con peores tasas. Las tasas están bien, pero no son el indicador principal con el que predecimos riesgos, nosotros utilizamos otras cosas. Ya sabemos que Andalucía siempre tiene los números más altos, le sigue Cataluña después. Curiosamente, Madrid, que es la tercera comunidad de España en número de habitantes, no es la tercera, sino que es Valencia; luego va Madrid, y le siguen, generalmente, Galicia y Castilla y León. Para nuestro trabajo las tasas las usamos de manera muy muy justa para un tema muy concreto, preferimos hacer otras cosas.

Me han preguntado si utilizamos bien los datos. No, no los usamos bien, no somos capaces de usar bien los datos. Después voy a unir esta pregunta con la que usted me ha hecho antes. Es evidente que no sabemos usar los datos. Además, y con esto no quiero ponerme ninguna medalla, tengan en cuenta que con el anuncio de *Los 36* logramos reducir los suicidios de treinta y seis a veintinueve, es decir, salvar siete vidas. Creo que la DGT recientemente ha sacado un informe que decía que cada vida que logramos reducir de muertes en carretera, más o menos, la valora en torno a los 2 millones de euros. Pues 2 millones de euros por siete vidas son 14 millones de euros que reducimos al Estado. Es una barbaridad. Aquí, desde luego, he sido un poco brutal, porque lo más importante es la vida. No sabemos usar los datos para absolutamente nada. Por ejemplo —usted que se dedica a esto lo sabe mucho mejor que yo—, la única enfermedad que ha duplicado el número de muertes en los últimos cincuenta años es el cáncer: hemos pasado, más o menos, de 55 000 a más de 115 000, y los números no bajan, sino suben. Los suicidios, por ejemplo, son la primera causa de muerte en los primeros tramos de edad —repito, la primera causa de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 211

13 de noviembre de 2024

Pág. 25

muerte—, por delante de tumores, que es una de las muertes más importantes. ¿Por qué se nos suicida gente de 95 años? ¿Qué empuja a una persona de 90 o 95 años a ahorcarse en su casa? No, no sabemos usar los datos. Por tanto, la contestación a su pregunta es: no, desgraciadamente, no. Por eso, he insistido desde el principio en que intenten en este plan nacional de prevención del suicidio tener en cuenta las particularidades, porque, evidentemente, después tienen que llevarlo a todas las comunidades, y el plan nacional está muy bien, pero cada comunidad autónoma tiene sus particularidades. Por ejemplo, Madrid tiene veintidós distritos y cada distrito tiene entre cinco y seis barrios, cada barrio es diferente. Por ejemplo, se nos suicidan más en la zona sur, en la zona de Leganés, que en el centro. El plan nacional está muy bien, pero luego cada uno tiene que hacerlo de otra manera.

A preguntas de usted, que me decía lo de la conducta suicida y la calidad del dato. ¿Cómo hemos sacado lo de estos 110 años? Pues le voy a decir algo que, a lo mejor, le va a sorprender. A mí me ha parecido admirable cómo construían estadísticas en el siglo XIX, me ha parecido alucinante, y me dedico a esto, y no solamente analizo bancos de datos en España, sino que analizo bancos de datos de todo el mundo. España está a la cola, muy muy muy lejos de los mejores bancos de datos que yo he analizado en el mundo: Estados Unidos, Inglaterra, Italia, Francia, hasta México tiene mejores bancos de datos que nosotros, y con esto no estoy diciendo nada de México, no me malinterprete. En España no sabemos usar bien el dato. El dato de calidad lo gestionamos nosotros. El dato es el dato oficial. Solo trabajamos con datos oficiales anónimos, únicamente, no trabajamos con ningún dato que no sea anónimo y tampoco que no sea oficial. Solo son bases de datos oficiales.

He hecho un comentario al principio sobre que el tramo inicial del siglo XX, de 1900 a 1980, requiere que se le dé una vuelta, pero no nosotros, sino el INE, que es quien recaba los datos. Y le voy a decir por qué y le voy a poner un ejemplo. ¿Cómo es posible que haya muertos en España que aparecen ahorcados en su casa y no se considera ni un suicidio ni un homicidio? ¿Cómo es posible? A mí que me lo expliquen. Si una persona aparece ahorcada en su casa y no es un suicidio y no es un homicidio, ¿quién interviene? Desde luego, hay que darles una vuelta a los datos, pero especialmente a los emisores de los bancos de datos y a los repositorios de datos oficiales.

Respecto a la pregunta del Grupo Parlamentario VOX, no, no sabemos trabajar con los datos. Es evidente y lo acabamos de ver. Los datos sirven para predecir y para prevenir sucesos de riesgo. Por ejemplo, en cuanto a conductas suicidas —que también me lo ha preguntado usted—, más o menos el 50 % de todas las víctimas de delitos sexuales son menores de edad y está más que demostrado —aquí ha habido psicólogos y seguro que lo han dicho en algún momento— que todos esos niños, menores o adolescentes que han sufrido delitos sexuales o agresiones tienen una ideación suicida en la edad adulta. Entonces, no somos conscientes del problema que estamos generando. Si el 50 % de todas nuestras víctimas de delitos sexuales son menores de edad, ¿qué va a pasar dentro de unos años en España? ¿Qué va a ocurrir? Es una pena, no sabemos usar los datos, efectivamente.

En cuanto a los números de suicidios, hemos hecho lo que hemos podido con los datos que había. Utilizamos solo datos oficiales. Me encantaría ir al siglo XVII o al siglo XVIII para ver qué datos había y ver si se sigue replicando el patrón para traérmelo a este tiempo actual. Usted decía: Con tanta evolución, ¿en qué hemos cambiado? No hemos cambiado en nada, absolutamente en nada. De hecho, cuando la lean, en la reseña lo pone. En el siglo XIX decían: ¿Cómo una sociedad tan evolucionada tiene números tan elevados de suicidio? Pues, mire, 140 años después seguimos igual.

En cuanto a la pregunta de la señora del Grupo Parlamentario SUMAR, son un desastre. Mi consejo, el mejor consejo que les puedo dar a todos ustedes es que consigan gente externa, consigan gente que les eche una mano, anonimicen ustedes los datos, porque yo no necesito que me des el dato original, no lo quiero, quiero el dato anónimo y, a partir de ahí, construimos y hacemos cosas. Y sí, el plan nacional contra el suicidio requiere gente analista de datos y, especialmente, gente externa. No lo digo por mí, porque habrá miles en España que se dediquen a esto. Búsquenlos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, don Nicolás.
Con esto damos por terminada la sesión.

Eran las ocho y veinticinco minutos de la noche.