



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

Año 2025

XV LEGISLATURA

Núm. 300

Pág. 1

SANIDAD

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER

Sesión núm. 22

celebrada el jueves 27 de marzo de 2025

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):

- Conjunta de la directora de Relaciones Institucionales de AstraZeneca España (Pasarón Polo) y del director de cultura y organización del Banco Santander España (Gamir Linares), ambos en representación de la alianza empresarial en salud mental Fundamentales. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000310) 2
- De la señora L'Ecuyer, investigadora, divulgadora y doctora en Educación y Psicología. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000311) 11
- Conjunta del director de la residencia comunitaria de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental, AFAEPS (Ortega Santamaría) y del señor Contreras Martínez, responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000312) 18
- Conjunta de la presidenta del Consejo de la Juventud de España (González Henry) y del señor García-Gil Berbería, responsable de políticas de protección social y empleo de Oxfam Intermón. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000313) 28
- Del señor Gil Salmerón, investigador sénior de la International Foundation for Integrated Care, IFIC. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000314) 37

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 2

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

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

— **CONJUNTA DE LA DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES DE ASTRAZENECA ESPAÑA (PASARÓN POLO) Y DEL DIRECTOR DE CULTURA Y ORGANIZACIÓN DEL BANCO SANTANDER ESPAÑA (GAMIR LINARES), AMBOS EN REPRESENTACIÓN DE LA ALIANZA EMPRESARIAL EN SALUD MENTAL FUNDAMENTALES. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000310).**

El señor **PRESIDENTE**: Muy buenos días. Se abre la sesión.

Muchas gracias por estar todos aquí esta mañana.

Como todo el mundo sabe, tenemos una reunión de la Subcomisión de Salud Mental en la que tendremos cinco comparecientes. Los tiempos de intervención son quince minutos para la intervención inicial y después los grupos tendrán cinco minutos, y habrá una réplica para las preguntas de los grupos.

Los primeros comparecientes de la mañana son doña Pilar Pasarón Polo, directora de Relaciones Institucionales de AstraZeneca, una de las grandes empresas farmacéuticas de España, y don José María Gamir Linares, director de cultura y organización del Banco de Santander de España, que vienen en representación de la alianza Fundamentales, una alianza dedicada a temas de salud mental.

Tienen la palabra.

La señora **DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES DE ASTRAZENECA ESPAÑA (Pasarón Polo)**: Muchísimas gracias, señor presidente.

Buenos días, excelentísimos diputados y diputadas. Hoy, como decía el presidente, comparecemos ante esta subcomisión yo misma, Pilar Pasarón Polo, y José María Gamir, director de cultura y organización del Banco de Santander España, como representantes de la alianza Fundamentales, una alianza nacida en el seno de la empresa privada y que pretende poner de manifiesto la necesidad de promover la salud mental desde todos los ámbitos, también desde el privado, liderando políticas e iniciativas que permitan tener una incidencia directa sobre el ecosistema, pero sobre todo en los empleados, y poder trabajar a través de un nuevo modelo que sea palanca para generar un cambio social en el abordaje de la salud mental organizacional. Con ello queremos generar instrumentos de gestión estratégica de la salud mental en nuestras compañías que puedan servir además de ejemplo y motor tractor a otras empresas y a otras instituciones. Pero antes de detallar nuestro trabajo queremos agradecer a esta subcomisión la oportunidad que nos ofrecen de poder explicar un proyecto único en nuestro país en el abordaje de la salud mental.

Como bien conocen, la salud mental ha pasado a ser una prioridad tras la pandemia del COVID-19, convirtiéndose en un elemento de preocupación en materia de salud pública para el conjunto de todas las Administraciones. La salud mental es un elemento integral de la salud que depende de múltiples elementos, como pueden ser factores biológicos, sociales o económicos. En esta línea, el desempeño laboral de las personas afecta claramente a estos dos últimos, teniendo una especial relevancia en un momento como el actual en el que la incertidumbre se ha incrementado exponencialmente en todos los ámbitos.

La salud mental, según la Organización Mundial de la Salud, tiene una estrecha relación con la cuestión laboral no solo por los motivos que pueden originar este tipo de procesos, sino también por cómo la patología mental impacta en el normal desarrollo de la actividad laboral. De hecho, organizaciones como la OCDE estiman que el coste de los trastornos mentales en España asciende al 4,2% del PIB. Según los datos publicados por la OMS, se calcula que cerca de un 15% de los trabajadores tienen un trastorno mental. De hecho, en nuestro país, según los datos ofrecidos por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones del año 2023, el número de bajas laborales relacionadas con trastornos mentales y de comportamiento batió todos los récords de años anteriores, ascendiendo a casi 600 000 bajas para este ejercicio. Esta cifra es superior al año 2022 en un 15,8% y es el doble de bajas que en 2016, lo que es una tendencia altamente preocupante. Con estos datos y el impacto que la cuestión laboral puede ocasionar en la salud mental de los trabajadores, podemos decir que esto es creciente en nuestro país. Trabajar es una actividad gratificante y, sin embargo, la actividad profesional no está exenta de dinámicas que pueden afectar a la salud de los trabajadores. El aspecto retributivo, y aún más con el aumento del coste de la vida

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 3

de los últimos años, y otros aspectos como las dinámicas de supervisión, la falta de control del tiempo de trabajo por parte de los propios trabajadores o la falta de conciliación son elementos que influyen sobre la salud mental de los empleados. Las empresas, como organizaciones constituidas por personal y por grupos, a su vez están atravesadas por un sistema social y pueden conformarse como un sistema instituyente de salud, pero pueden ser también palanca de transformación social.

Paso a detallarles ahora lo que es Fundamentales. En este contexto, la alianza Fundamentales nace de la preocupación y la concienciación que determinadas empresas poseen sobre la necesidad de abordar la salud mental desde una nueva perspectiva. Queremos destacar que se trata de la primera iniciativa de salud mental a nivel nacional en formato de alianza de empresas, destacando además que de todas las empresas integrantes ninguna cuenta con un vínculo de actividad relacionada con la salud mental dentro de sus líneas de negocio. Con esta iniciativa, se quieren complementar todas las acciones que se están desarrollando desde las Administraciones públicas, tanto desde las instituciones europeas como desde el Ministerio de Sanidad o las consejerías de Salud o Sanidad de las comunidades autónomas ante un problema de salud pública de primera magnitud. Igualmente, esta alianza pretende ser punta de lanza que permita movilizar a otras empresas en la prevención de riesgos de salud mental en el ámbito laboral.

La alianza Fundamentales se encuentra conformada por empresas de diferentes ámbitos económicos. En estos momentos, conforman la alianza siete empresas: Astará, AstraZeneca, Banco Santander, Daikin, HP, Indra a través de su filial Minsait y SEAT, empresas líderes en sus sectores que quieren abanderar las políticas empresariales de cuidado y promoción de la salud mental de sus trabajadores. Además de estas empresas, la alianza cuenta con otros actores que colaboran y asesoran a las empresas que la conforman, como es el caso de Willis Tower Watson, WTW, miembro colaborador de la alianza. Además, un elemento diferencial es la inclusión de la visión experta de profesionales de la psicología, la psiquiatría y entidades profesionales para desarrollar respuestas reales en el día a día de las empresas. Por ello, contamos como miembros de honor con el Consejo General de Psicología de España, la Cámara de Comercio de Madrid, el doctor Celso Arango y la Fundación Manantial. Esta última ha permitido integrar en nuestros trabajos la visión de personas que conviven con retos de salud mental en su día a día y qué desafíos tienen que abordar para que se produzca la inserción laboral. Las empresas que conformamos esta alianza agrupan en su totalidad a cerca de 70 000 trabajadores en España, lo que, unido al impacto positivo que nuestras acciones tienen en un entorno más directo, permite que el impacto social de esta iniciativa tenga un alcance sobre más de 250 000 personas.

Le paso la palabra a don José María Gamir.

El señor **DIRECTOR DE CULTURA Y ORGANIZACIÓN DEL BANCO SANTANDER ESPAÑA** (Gamir Linares): Buenos días.

Gracias, Pilar.

La alianza Fundamentales comenzó a gestarse en el año 2023. Durante nuestros primeros pasos, además de dedicarnos a encontrar otras empresas aliadas, se desarrollaron diferentes ámbitos de trabajo interno que nos han permitido comenzar a realizar acciones en nuestras propias organizaciones. Y lo ha hecho siempre contando con el apoyo y el liderazgo de los máximos directivos de las compañías, aportando un punto de vista multidisciplinar que integra la visión de las diferentes áreas, especialmente recursos humanos, un departamento que es clave a la hora de evaluar las medidas que se estaban instaurando en esta materia y medir su impacto. Este compromiso de todos los escalafones de la empresa nos ha permitido trabajar más allá del soporte al empleado, construyendo un programa de cambio que incluya el valor de los asuntos públicos, la comunicación, la responsabilidad social, los recursos humanos y, en definitiva, toda la organización, algo que permite identificar el potencial de la alianza como palanca de transformación social al visibilizar la capacidad tractora de las grandes empresas mediante sus prácticas. Por ello, desde el comienzo realizamos un análisis de las políticas de prevención y promoción de la salud, más en concreto de la salud mental, que se estaban desarrollando en cada una de las compañías. Este análisis, unido a un trabajo de cohesión y armonización, nos permitió establecer un primer sistema de indicadores a utilizar para conocer la situación real de cada una de las empresas en materia de salud mental. Los indicadores que acordamos entre los representantes de las diferentes compañías y que posteriormente evaluamos en nuestras propias empresas que conformamos la alianza, los dividimos en los siguientes bloques.

El primer bloque son indicadores relativos a la prevención y detección precoz en el seno de la empresa. En este apartado, incluimos la evaluación de existencia de encuesta de satisfacción anonimizadas, con

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 4

especial interés en el ámbito de la desconexión digital para que los empleados puedan comunicar con total seguridad y garantías problemas que puedan detectar en diferentes ámbitos de la empresa; la existencia de encuestas de riesgos psicosociales de los empleados; tasas de rotación de personal y de bajas por causa de salud mental; la existencia de encuestas de salida y que contemplasen el ámbito de la salud mental, o la existencia de servicio médico y psicológico en la propia empresa, entre otros.

El segundo bloque fueron los indicadores relativos a sensibilización y formación. En este bloque se encuentran todos aquellos relacionados con la celebración de eventos y encuentros específicos sobre promoción y abordaje de la salud mental en la empresa, la existencia de formación en herramientas específicas sobre manejo de elementos causantes de trastornos mentales; programas de concienciación a los empleados en su rol de actor preventivo y de detección y apoyo al compañero; la existencia de grupos de empleados voluntarios que activen acciones específicas enfocadas en dicha prevención, detección y apoyo de la salud mental de sus compañeros, o la existencia de programas específicos de formación en esta materia, tanto a los departamentos de recursos humanos como a los managers y responsables de los diferentes equipos.

El tercer bloque son aquellos indicadores relativos a servicios y política de apoyo a los empleados, tales como políticas de conciliación de vida laboral y profesional, teletrabajo o desconexión digital, incluyendo la existencia de programas de concienciación a los empleados sobre la desconexión digital, planes de acción específicos a disposición de aquellos trabajadores que puedan debutar con trastorno de salud mental o sistemas de apoyo a los empleados en momentos vitales clave tales como nacimientos, fallecimientos, maternidad, paternidad, enfermedad propia o de un familiar.

Por último, también valoramos otros servicios y programas accesorios, como la existencia de programas de bienestar en los centros de trabajo, la existencia de seguros médicos, facilidades para realizar deporte, la asistencia de centros de educación infantil de 0 a 3 años en los centros de trabajo o incluso programas de apoyo financiero al empleado.

Todos estos indicadores nos han servido para conocer la situación en la que nos encontramos cada una de las empresas participantes e identificar nuestras principales áreas de mejora.

A nivel institucional, paralelamente a los trabajos internos de definir indicadores que os comentaba previamente, hemos realizado actividades de difusión del papel que el ámbito empresarial puede jugar en este ámbito. Para ello, hemos movilizado a los departamentos de Relaciones Institucionales de todas nuestras compañías. El pasado mes de junio pudimos organizar, por ejemplo, junto a la Cámara de Comercio de Madrid, un encuentro en el que empresas, expertos clínicos y Administración pudimos compartir nuestra visión y experiencia en la promoción y protección de la salud mental. Además de los componentes de la alianza, también contamos con la presencia de los responsables regionales de la Estrategia de Salud Mental. Este evento también sirvió para poder concienciar a empresas de diferentes ámbitos para actuar en esta materia. Varios de los actuales miembros de alianza iniciaron su aproximación en estos momentos.

En octubre, en fechas próximas al Día Mundial de la Salud Mental, organizamos otra jornada junto con el Consejo General de Psicología de España y el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. En esa jornada, quisimos poner el foco en las medidas que se pueden llevar a cabo desde las organizaciones para promover la salud mental y, a su vez, sirvió como agente potenciador a nivel interno para involucrar a los propios empleados de nuestras empresas en la alianza. En esta jornada pudimos contar con actores de especial relevancia en la materia, como el coordinador de la comisión de personas expertas sobre el impacto de la precariedad laboral en la salud mental, que está adscrita al Ministerio de Empleo y Economía Social, que nos contó los trabajos y recomendaciones desempeñados por esta comisión. También pudimos contar con una persona de la representación de la Comisión Europea en España, que nos pudo comentar los avances en esta materia que se están desarrollando desde las instituciones europeas, así como con la responsable de la División de Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de Recursos Humanos del Consejo General de la Psicología en España. Finalmente, de la mano de la Fundación Manantial tuvimos la oportunidad de conocer de primera mano el testimonio de una persona que había superado un problema de salud mental y se había reincorporado al ámbito laboral.

Con respecto a los próximos pasos, en estos primeros meses de 2025 continuamos trabajando para seguir desarrollando e implantando buenas prácticas en nuestras empresas. En concreto, nos hemos marcado como reto el refuerzo de la concienciación sobre la importancia de la salud mental y emocional en nuestros propios equipos, fomentando la diversidad y la formación en esta materia a todos los empleados, así como la implantación de herramientas para el diagnóstico y la puesta en práctica de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 5

planes de acción en nuestras organizaciones. Como ejemplo, estamos desarrollando un curso piloto sobre salud mental y elaborando un itinerario formativo en esta materia para los manager y responsables de recursos humanos de nuestras empresas en el primer semestre del año y para el conjunto de la plantilla en el segundo semestre. Además, se está trabajando en medidas relativas a la inserción laboral de personas que hayan padecido o que estén padeciendo algún proceso de salud mental, fomentando la empleabilidad desde diferentes prismas.

La señora **DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES DE ASTRAZENECA ESPAÑA** (Pasarón Polo): Ya como cierre, simplemente quiero destacar que desde las empresas que formamos parte de la alianza Fundamentales somos totalmente conscientes de que el reto para abordar una adecuada salud mental de la población precisa una cantidad ingente de recursos y también de actores implicados, y clara muestra de ello es el mismo interés, colaboración y apoyo que el Congreso de los Diputados ha mostrado con la creación y los trabajos de esta subcomisión. Todos los actores con algún ámbito de responsabilidad somos necesarios al objeto de garantizar la mejor salud mental a todos nuestros ciudadanos.

Quiero agradecerles en nombre de la alianza Fundamentales el poder comparecer hoy aquí y poder explicarles cuáles están siendo nuestras principales líneas de trabajo. Esperamos que esta explicación sobre nuestro propósito y actividad les haya permitido conocer un poco más esta iniciativa pionera, diferencial y que está al servicio de todos los miembros de esta subcomisión, así como de otras empresas que pueden estar viéndonos y a las que pueda ayudarles en el desarrollo de cualquier iniciativa que pueda revertir en una mejor salud mental de los trabajadores. Por lo tanto, quedamos a su disposición para cualquier cuestión que puedan trasladarnos.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por la intervención, que francamente ha sido estupenda. Empezamos por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. Tiene cinco minutos.

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

Bienvenidos al Congreso de los Diputados, a la casa de todos, y sobre todo para hablar de un tema del que yo creo que todos somos conscientes: la salud mental. Me ha encantado vuestra intervención porque habéis hablado ambos de esos determinantes sociales que hacen que los malestares de salud mental aparezcan antes o después y que muchos están relacionados ya no solo con dónde se trabaja, sino con cómo se llega a ese trabajo y qué entorno se tiene en ese trabajo, y eso puede definir que puedas llegar a tener un problema o no relacionado con la salud mental. Me ha encantado porque, además, habéis hablado de prioridades, de modelo integral de atención —que creo que es la base de todo— y de buenas prácticas. Yo creo que los políticos tenemos que estar acostumbrados a trabajar con evidencia y con buenas prácticas. Y habéis dicho que lleváis en esto desde 2020-2023, habéis establecido unos indicadores que, según habéis contado, pueden dar unos resultados muy muy interesantes en una posible evaluación y mi primera pregunta está relacionada con esto: ¿cuándo tendréis esos primeros resultados, supongo que tanto cualitativos como cuantitativos, para poder decir si esta es una buena práctica e ir a por ello en todas las empresas.

La segunda pregunta también está un poco relacionada con eso. Sabéis perfectamente que el Ministerio de Sanidad ha hecho una apuesta clarísima por la salud mental a través del Comisionado de Salud Mental. Como bien habéis dicho —sobre todo tú, Pilar—, una cosa es el ministerio y otra cosa son las comunidades autónomas. Desde vuestro punto de vista, ¿cómo hacemos para que las comunidades autónomas, que son las responsables finales, puedan tener en cuenta estas buenas prácticas y aplicarlas?

Para terminar, una parte muy importante que está trabajando el Comisionado de Salud Mental en el ministerio es cómo relacionamos las bajas con los posibles problemas de salud mental relacionados con temas laborales. Ahí me parece que vosotros podéis decir mucho y podéis ayudar mucho en esa vigilancia epidemiológica de los problemas de salud mental relacionados con causas laborales.

Muchísimas gracias. En el Grupo Plurinacional SUMAR estamos a vuestra disposición, porque si algo nos gusta son las buenas prácticas, vengan del sector que vengan.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, Alda.
Por el Grupo Parlamentario VOX, por favor, David.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 6

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

Muchísimas gracias a los comparecientes, a José María y a Pilar; como os he dicho antes, esta es vuestra casa y lo será siempre que lo deseáis. Quiero agradecerlos la exposición y felicitarlos por esta iniciativa que estáis llevando a cabo desde la alianza Fundamentales y las grandes empresas. También sirve un poco para quitar esa etiqueta de, digamos, demonios de las grandes empresas. Al final, nos damos cuenta de que muchas veces lo que les interesa es que sus trabajadores estén lo más cómodos posible porque eso aumenta la productividad. Y uno de los temas que ahora mismo más preocupa, ya que estamos hablando de empresas, es la productividad, ya que, como saben ustedes, llevan muchos años estancados, junto con el absentismo laboral —que también ustedes han reflejado en su exposición—, que en los últimos años ha ido creciendo exponencialmente, y uno de los factores es la salud mental. Ahora mismo tenemos un problema de absentismo laboral muy fuerte que afecta directamente a las empresas, porque muchas veces esa falta de trabajadores genera situaciones muy complejas que las empresas tienen que aprender a manejar porque no están acostumbradas. Y me llama la atención que hayan especificado concretamente que empezaron en 2020; ustedes empezaron el estudio en 2020, imagino que a raíz de la pandemia. Mi pregunta es si antes de la pandemia se tenía en cuenta la salud mental de los trabajadores, si existen estudios, si alguna vez las diferentes empresas estudiaban esto, si se tenía en cuenta o si es a raíz del fenómeno de la pandemia de la COVID lo que ha provocado que tengamos que hacer hincapié en esta situación.

Me gustaría saber también si es posible, si se ha planteado cómo se podría dar traslado de estas experiencias y del trabajo realizado —durante estos dos años ustedes han podido recabar información, experiencia, han estado hablando de desconexiones digitales, han estado hablando de un sinfín de *inputs* que ustedes han detectado que pueden ayudar— a nuestro parque empresarial privado, a nuestras pymes. Porque saben ustedes que principalmente nuestras empresas son pymes. ¿Cómo se puede trabajar? ¿Qué herramientas deberíamos desarrollar desde el Gobierno, desde los diferentes ministerios y también desde los diferentes gobiernos regionales y municipales para poder dar ayuda a estas pequeñas y medianas empresas, que no son ajenas a estos sucesos? Porque este no es un problema solamente de las grandes empresas, sino que afecta a todo el sector. Por eso, una de las preguntas es si ustedes tienen ya una batería de iniciativas que deban llevarse a cabo desde los diferentes Gobiernos. Y también, aprovechando que están aquí y que ustedes han hablado de que actualmente están en este programa grandes empresas, imagino que esas grandes empresas estarán localizadas en diferentes regiones, en Madrid, en Alicante o en Bilbao. Me gustaría saber si ustedes han detectado diferentes niveles de afectación a la salud mental de los trabajadores dependiendo de la localización de esas empresas y la facilidad que ustedes tienen a la hora de trabajar con las diferentes regiones. Me explico. Por ejemplo, se ha hablado del Comisionado de Salud Mental y hay comunidades autónomas que esa figura ya la habían potenciado. Por ejemplo, de donde yo vengo, la Comunidad Valenciana, en la pasada legislatura se potenció esa figura. Quisiera saber la relación que tienen ustedes, como empresas, con los ministerios, las facilidades con las mutuas; es decir, si ustedes notan que está acompañado todo ese trabajo que están haciendo, ese esfuerzo titánico que están haciendo ustedes ahora mismo, esa inversión de recursos para poder atajar un problema que va creciendo y creciendo entre la población.

Creo que con esas preguntas sería suficiente. Vuelvo a insistir, si sobre el absentismo laboral antes de la pandemia tenían ustedes que hacer estudios o tenían una preocupación por el tema de la salud mental de sus trabajadores, ¿cómo se podía dar traslado de ello? Y, luego, me gustaría saber las diferencias entre las regiones donde están localizadas las empresas y el apoyo que reciben por parte de la Administración.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

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

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Buenos días.

Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias, señor Gamir y señora Pasarón, por venir a presentarnos este proyecto, que ya se presentó en el Congreso de los Diputados; pero volver a incidir en esta Subcomisión de Salud Mental para nosotros es una cuestión muy importante, porque la salud mental en los entornos de trabajo es una prioridad en organismos internacionales y también en nuestro Gobierno y dentro de nuestras instituciones. Parece que es una cuestión de ahora, muy moderna, pero no es así. La señora Pasarón ha hecho

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 7

referencia a la Organización Mundial de la Salud, que tiene como uno de sus objetivos mejorar la salud en el trabajo; la Organización Mundial de la Salud ha trabajado constantemente por este tema. Por nombrar alguno hoy, su último trabajo es el Informe Mundial sobre Salud Mental del año 2022, que precisamente da directrices para la salud mental en el trabajo. Por lo tanto, que empresas españolas se junten y constituyan una alianza para ir en esta línea es una labor muy destacada que enorgullece no solamente a las empresas, sino también a nosotros como país.

La Organización Internacional del Trabajo también incorporó, obviamente, el tema de la salud mental. Lo hizo hace años, ya en 2010, y en el año 2019 hizo una guía, «Entornos Seguros y Saludables» en el trabajo, donde precisamente hace alguna referencia y recoge experiencias de iniciativas empresariales destacadas. Por lo tanto, estas experiencias de Fundamentales también podrían enmarcarse en ese contexto de reconocimiento de organizaciones internacionales.

La Comisión Europea, por descontado, también está en esta cuestión, y ya hace años, en 2014, hizo un informe para promover la salud mental en los puestos de trabajo, donde explica las razones por las que las empresas deben velar por esta cuestión y adoptar iniciativas. Por lo tanto, todo está encajado en un contexto muy importante de salud y de trabajo a nivel internacional.

Nuestro país también se alinea en esta cuestión, y la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 habla específicamente de mejorar los entornos laborales de trabajo; así que es otro motivo para el reconocimiento de los trabajos de la alianza. La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 también dice que la salud mental en el trabajo es una prioridad, no solamente la salud física, sino también la mental de los trabajadores. Finalmente, el Ministerio de Sanidad, en su informe «Salud Mental y Trabajo 2024», ha hecho propuestas de acción en salud mental en el entorno laboral, que estoy segura de que están recogidas también por la alianza.

Dentro del abordaje que hace la alianza de este aspecto de salud mental en entornos laborales, han hecho referencia a la prevención, a la promoción, a la sensibilización, a la formación. Y dentro del informe del Ministerio de Sanidad sobre salud mental y trabajo se habla de cuestiones muy concretas: se dice que el sector servicios es en el que hay mayor incidencia de problemas de salud mental. Y se habla en concreto de un riesgo psicosocial que es emergente: el síndrome de *burnout*, sobre el cual en su informe el Ministerio de Sanidad dice que parece que no hay expectativas de mejora. Esta sería una primera cuestión que planteo, es decir, si se detecta este factor en las encuestas y en los trabajos que hace la alianza. También en el informe de 2024 el Ministerio de Sanidad dice en cuanto al *mobbing*, el acoso laboral, psicológico o moral, que hay mucha dificultad para objetivar los casos; a los trabajadores les cuesta muchísimo demostrar que están padeciendo este acoso moral dentro del trabajo. Es otra cuestión que planteo a la alianza. Asimismo, el informe habla de los riesgos del teletrabajo, del riesgo de aislamiento. No sé si dentro de los indicadores o de las encuestas que se hacen dentro de la alianza se ha incorporado este aspecto del teletrabajo. Y se habla de mayor afectación de la ansiedad y depresión en las mujeres. No sé si han incorporado la perspectiva de género. Sería otra pregunta que les hago. Finalmente, en cuanto a las recomendaciones que se hacen desde el Ministerio de Sanidad de adaptación del puesto de trabajo o reducción de la jornada, quería plantearles si las empresas que están dentro de la alianza están observando estas cuestiones.

Esto sería todo por parte de nuestro grupo. Les transmito el reconocimiento del Grupo Parlamentario Socialista al trabajo de la alianza.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Interviene ahora el Grupo Parlamentario Popular.

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

Buenos días, señorías.

Muchísimas gracias, Pilar y José María, representantes de la alianza Fundamentales, por su comparecencia y por las intervenciones que han tenido.

Como diputado nacional del Grupo Parlamentario Popular les comunico que en nuestro partido el tema relacionado con la salud mental lo definimos como una prioridad nacional. Se trata de uno de los principales desafíos de nuestra sociedad, especialmente tras la pandemia; y nuestro presidente Alberto Núñez Feijóo ha expresado su firme compromiso de convertir la salud mental en una cuestión de Estado y situarla entre los ejes prioritarios de nuestra agenda política. Reconocemos que la salud mental no solo es una cuestión sanitaria, sino que se debe abordar con una perspectiva transversal e intersectorial, y esto implica la participación de las Administraciones públicas, profesionales sanitarios, investigadores y la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 8

sociedad en su conjunto; y dentro de esta última entran a formar parte alianzas como la suya, Fundamentales. Por los distintos medios de comunicación hemos seguido su avance, hemos seguido las reuniones y las intervenciones que han tenido y, por lo tanto, agradecemos su intervención y su participación en esta subcomisión de salud mental esta mañana.

Queremos realizarles una serie de preguntas —a aquellas que puedan respondernos, se lo agradeceríamos— más bien enfocadas hacia dos situaciones: una de ellas es que pueda servir también para otros sectores o para otras entidades o empresas, pero también para un documento de consenso que entre todos los grupos parlamentarios tenemos que realizar en esta subcomisión de salud mental.

En cuanto a los indicadores que ha comentado José María de la salud mental organizativa, han desarrollado una serie KPI para evaluar la salud mental en las organizaciones. ¿Cómo creen que podrían estos indicadores adaptarse para medir la efectividad de las políticas públicas de salud mental a nivel nacional?

También, su alianza ha creado una herramienta de autodiagnóstico para empleados y mánager. En ese enfoque, ¿de qué manera creen que podría aplicarse para desarrollar un sistema de detección temprana, tan importante, de los problemas de salud mental de la población en general?

Su alianza Fundamentales —como han comentado— reúne a empresas de diversos sectores, y seguro que han tenido la ocasión de hablar entre ustedes y de aprender los unos de los otros; algunos tendrían una serie de características y otros las han ido implementando por esa experiencia y por esa relación que han mantenido, ¿qué lecciones podríamos extraer de esa colaboración para mejorar la coordinación que pueda existir entre distintas áreas o ministerios del Gobierno, como puede ser Sanidad, Educación o Empleo, en la implementación de políticas de salud mental?

En el Grupo Parlamentario Popular abogamos por una cuestión fundamental y más en sanidad, que es la prevención en cualquier tema de salud, pero fundamentalmente en esa ruta de enfoque preventivo en salud mental: ¿qué estrategias específicas recomendaría para incorporar el enfoque preventivo que han comentado en una política de salud mental nacional?

Por último, su iniciativa busca normalizar las conversaciones sobre salud mental en el trabajo. ¿Qué acciones concretas nos pueden sugerir para reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental a nivel social y a nivel sanitario?

Para finalizar, les agradezco, de nuevo, su comparecencia. Valoramos enormemente iniciativas como la alianza Fundamentales, que demuestran ese compromiso del sector privado en la salud mental con los trabajadores y con la sociedad en general, creemos que este tipo de colaboraciones son muy importantes para abordar de manera destacada los problemas de salud mental que hay en nuestro país.

Nada más y muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora sí, en el turno de réplica, tienen unos diez minutos.

El señor **DIRECTOR DE CULTURA Y ORGANIZACIÓN DEL BANCO SANTANDER ESPAÑA** (Gamir Linares): Creo que la primera pregunta la puedo responder. Preguntabas (se dirige a la señora Recas Martín): ¿buenas prácticas para cuándo? Uno de los momentos más interesantes fue cuando nos juntamos empresas que habíamos tenido muy poca relación, nos sentamos en una mesa a ver qué tenía cada uno de nosotros y lo empezamos a agrupar en estos bloques. Así, hemos identificado que hay elementos en los cuales estábamos razonablemente todos más o menos bien, otros en los que unos estaban mejores que otros y aquellos en los que la mayoría estábamos bastante regular. Sin embargo, a la hora de tener buenas prácticas, nosotros hemos detectado —y ya lo tenemos sobre la mesa— lo siguiente: las encuestas a los propios empleados, que son absolutamente confidenciales; eso es clave y es una muy buena práctica. También me atrevería a destacar todos los programas que cada una de las empresas tiene dentro de sus propios medios para intentar ayudar al empleado, tanto en su conciliación personal profesional —desconexión digital, teletrabajo— como con medidas de apoyo a la conciliación familiar, y así, quien más, quien menos, tenía ayudas para guardería, ayudas para acuerdos con gimnasios..., eso es lo que hemos detectado como buenas prácticas.

Vamos a ir pregunta por pregunta, pero seguramente una respuesta valga para más de una pregunta. Dónde estamos poniendo el foco y la buena práctica que nosotros queremos poner en marcha lo antes posible: en la sensibilización; la sensibilización es clave. Creo que esto también responde a la pregunta que nos hacían en relación con desestigmatizar la salud mental. Entonces, estamos trabajando mucho y queremos tener un curso de formación en materia de salud y bienestar, primero, para los gestores de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 9

personas, nuestros gestores de recursos humanos, para que cuando estemos lo suficientemente maduros lo podamos extender a un *mánager*. ¿Por qué? Si ahora mismo una persona de mi equipo se fractura un brazo, no es que ella me lo cuente, es que yo lo veo; si ella tiene o él tiene un problema con su pareja, con su hijo o su hija, con un familiar, de una manera u otra me lo va a contar y yo voy a saber detectarlo; sin embargo, si hay un problema más profundo de salud mental, esta persona no me lo va a contar y, lo que es peor, yo no voy a saber detectarlo ni el gestor de personas tampoco. Entonces, en lo que estamos trabajando mucho es en potenciar esa formación —que, además, sirve como sensibilización— para intentar prevenir. Por responder a la primera pregunta —entre comillas—, las medidas *ex post* son muy buenas y hacemos muchos programas, pero donde queda recorrido es en el *ex ante*, en saber identificar.

La señora **DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES DE ASTRAZENECA ESPAÑA** (Pasarón Polo): Yo, por mi parte, poco más añadiré. Efectivamente, lo que se busca es la sensibilización, la visibilización y la normalización de los problemas de salud mental en un entorno laboral; así como también establecer los mecanismos y el intercambio de buenas prácticas, como decía José María, para poder actuar. Como él también comentaba, donde hemos detectado que tenemos más ámbito de actuación es en la parte previa, en esa parte de cómo establecer los mecanismos preventivos para que no se produzcan estos problemas.

El señor **DIRECTOR DE CULTURA Y ORGANIZACIÓN DEL BANCO SANTANDER ESPAÑA** (Gamir Linares): Seguimos con el Grupo Parlamentario VOX, que preguntaba sobre el absentismo. Una de las suertes que tenemos las empresas que hemos participado y que estamos en la alianza es que las tasas de absentismo son razonablemente bajas, ese es el primer dato que hemos identificado. ¿Sabemos qué porcentaje de absentismo se produce por aspectos de salud emocional? No. Lo podemos intuir, pero no lo sabemos. De hecho, una de las iniciativas que queremos promover cuando una persona sale de nuestras compañías es intentar indagar sobre qué problemas de salud emocional han podido generar que ese empleado o empleada quiera salir. No lo tenemos perfectamente instaurado, cada compañía lo hace de una manera más o menos heterogénea, hay empresas que lo hacen de forma más específica en el cuestionario de salida y hay empresas en las que forma parte de la conversación entre el gestor de la persona y el empleado o la empleada.

La siguiente pregunta iba asociada al impacto que ha supuesto el COVID. Yo creo que es indudable, en esto y en todo. ¿Había una preocupación previa? Sí, pero el COVID lo ha potenciado todo, porque ha hecho aflorar muchas cuestiones que quizás no eran tan relevantes y con las que podíamos sobrevivir. Y nos ha removido a todos y ha generado una nueva forma de vida, una nueva forma de pensamiento con respecto a cómo vivimos las cosas. Entonces, indudablemente, la respuesta es sí, el COVID ha impulsado previamente, y en cada una de las compañías se hacían cosas, pero esto nos ha obligado a mejorar.

La siguiente pregunta iba asociada a cómo podemos ayudar a las pymes. Cuando nosotros lanzamos la alianza, tenemos una responsabilidad social corporativa, una responsabilidad con la sociedad, una responsabilidad con nuestros empleados y empleadas y, también, una responsabilidad con otras compañías que no tienen los medios que sí podemos tener las que formamos parte de ella. Asimismo, a través de determinados estamentos, estamos trabajando para que se tenga conocimiento de esta alianza y, así, que las pequeñas y medianas empresas vengan y nos pregunten. De hecho, del evento que hicimos en la Cámara de Comercio en el mes de junio yo me alegré mucho, porque vinieron compañías que eran muy pequeñas —con quince, veinte, veinticinco empleados— y decían: Es que yo quiero aprender, pero no tengo los medios. Entonces, muchos de los productos, de los entregables que vamos a poner sobre la mesa esas diferentes compañías —empresas pequeñas, medianas y de cualquier tamaño— se los podrán llevar y los podrán aplicar.

Por último, la diversidad geográfica. El tamaño de las compañías que formamos parte de la alianza, que son todas empresas con una infraestructura importante, nos permite llegar a esa diversificación geográfica. Yo vengo en representación de la alianza, pero voy a hablar en este caso de Santander en España. Nosotros tenemos una estructura central, una estructura de territoriales y una estructura de oficinas; tenemos la suficiente llegada a territorio nacional para que podamos alcanzar al último de nuestros compañeros con las medidas que tomemos a través de esa estructura, y creo que aplica en la gran mayoría de las empresas que tienen un ámbito, como poco, nacional o multinacional.

La señora **DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES DE ASTRAZENECA ESPAÑA** (Pasarón Polo): También en este caso tengo poco que añadir a lo que ha comentado José María. Para

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 10

nosotros, en lo que radica el éxito de la alianza es en la unión de las diferentes empresas. Todavía estamos en la fase de diagnóstico, compartir buenas prácticas, sacar los indicadores, el decálogo y medidas de actuación, más que en la coordinación a nivel de la Administración, que yo creo que es por lo que nos preguntaba. Lo que sí hacemos es poner a disposición los trabajos de la alianza para todo aquel —pymes, Administraciones— que quiera trabajar con los datos que nosotros hemos obtenido y con las medidas que proponemos.

El señor **DIRECTOR DE CULTURA Y ORGANIZACIÓN DEL BANCO SANTANDER ESPAÑA** (Gamir Linares): Seguimos con el Grupo Socialista. Hablaba del sector servicios, del riesgo psicosocial, de ese *burnout* que comentaba. Al inicio de la alianza estaba con nosotros el Grupo MT, pero, por diversas situaciones, al final no entró en la alianza, aunque sí nos sirvió para identificar que el sector servicios es un elemento de especial atención. Nosotros no tenemos un apetito especial en la incorporación de muchas empresas, primero tenemos que aprender de nosotros y, cuando tengamos algo sólido, estaremos en condiciones de invitar o de generar mayor apetito, pero sí sería para nosotros de especial interés captar una empresa del sector servicios. En ese sentido, vuelvo en mi caso al banco, nosotros también somos una empresa de servicios, de servicios financieros, y, efectivamente, yo creo que es un elemento importante esa gente que siempre está enfrente de un cliente, con esas ganas de hacerlo bien, con esa presión que lleva siempre el buen profesional, eso es muy importante, a diferencia de otros puestos donde no se está tanto de cara al público.

Hablabas también del tema del *mobbing*. Para nosotros es clave esta segunda fase de sensibilización —de *awareness*—, de intentar que esto se naturalice. Y una de las buenas prácticas que identificamos también en la mayoría de las empresas es que tenían canales internos de denuncia absolutamente confidenciales, que, en la mayoría de las empresas, están dentro de los departamentos de cumplimiento normativo, donde hay una máxima sensibilidad con respecto al tratamiento de cualquier caso de *mobbing*. O sea, el apetito en cada una de las empresas es tolerancia cero. Y ahí hemos puesto mucho foco, con lo cual, las empresas ya teníamos medidas que nos permitían afrontar esto con mayor madurez.

En cuanto a los riesgos de aislamiento, es una cuestión que engancha con lo que comentábamos antes del COVID, cuando todos estuvimos aislados. Nosotros no tenemos identificado ese aislamiento, porque estamos intentando potenciar políticas de flexibilidad, de teletrabajo; no estamos viendo ese lado oscuro, ese lado negativo; por ahora no lo tenemos identificado.

La perspectiva de género, indudablemente. Una de las ventajas que tenemos, donde más maduros estábamos es en la encuesta de compromiso de satisfacción o de cómo se encuentra cada uno de los empleados en las compañías. Respetando la confidencialidad a nivel personal, sí somos capaces de trabajar por demográficos; somos capaces de trabajar por demográficos de edad, de género, por diversidad geográfica, y atacar —digamos— los segmentos de mayor relevancia. Creo que no hay certeza de que haya una diferencia en materia de problemática entre los diferentes géneros, pero, por responder a la pregunta, sí tenemos incluida la perspectiva de género.

La señora **DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES DE ASTRAZENECA ESPAÑA** (Pasarón Polo): José María, tengo poco más que añadir a todo lo que has expuesto. Simplemente, como la diputada del Grupo Socialista hacía referencia a todos los trabajos que hay a nivel internacional, quiero añadir que la alianza, desde luego, los ha tenido muy en cuenta y, efectivamente, como ha dicho José María en varias oportunidades, aunque había una preocupación previa al COVID, los datos que arrojan tanto la OCDE como otros organismos internacionales señalan claramente que, tras el COVID, los problemas de salud mental en todos los ámbitos se dispararon, por decirlo de alguna manera. La salud mental sí formaba parte de la Unión Europea de la Salud, que es nuestro referente más cercano, pero es verdad que tras el COVID todo esto de alguna manera se pone más de manifiesto, porque el problema se hace más real. Hay más personas afectadas y, realmente, todos conocemos también casos cercanos en este sentido.

El señor **DIRECTOR DE CULTURA Y ORGANIZACIÓN DEL BANCO SANTANDER ESPAÑA** (Gamir Linares): El portavoz del Grupo Popular preguntaba acerca del aprendizaje de los unos respecto de los otros, ha sido exponencial. El ponernos en la mesa, como os decía al principio, empresas de diferentes sectores, con diferentes ángulos, con diferentes procedimientos ha sido muy rico. Santander España ha aprendido muchísimo de otras compañías, como otras compañías también han aprendido muchísimo de Santander España, y, además, hemos aprendido de lo que hacemos bien y de lo que no hacemos tan bien. Para mí, eso es fundamental; esa riqueza y esa diversidad de ángulos, de miradas, de prismas ha sido muy potente.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 11

Otro elemento que hemos visto también que ha sido una especie de acelerador a la hora de producir valor es contar con conocimiento experto, con conocimiento muy técnico. La incorporación del doctor Celso Arango y de la Fundación Manantial, que están en el día a día en la problemática, en la primera línea de estos problemas, nos ha dado una visión... Ha sido tremendo. Si me permiten, la experiencia que yo he vivido a nivel personal —soy una de las personas que más ha participado en la alianza—: el ver cómo Fundación Manantial ha sido capaz de captar a una persona que había tenido un grave problema de salud emocional —nos gusta llamarla salud emocional— y ponerla en valor a nivel personal y profesional y reinsertarla en el mundo laboral fue algo muy sensible. Entonces, esa combinación de empresas que tenemos ganas de impulsar determinados aspectos que vemos que son buenos para la sociedad con ese conocimiento experto es una fórmula de éxito absoluto. Esa sería, yo creo, la lección principal que hemos aprendido.

La señora **DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES DE ASTRAZENECA ESPAÑA** (Pasarón Polo): Yo simplemente quiero resaltar que, como decía José María, cuando se ha hecho el autodiagnóstico en las diferentes empresas —cada una en sus dimensiones y atendiendo a su ámbito sectorial—, lo que se ha visto es que hay muchos mecanismos para abordar el problema una vez que se ha producido, pero no en la parte anterior, en la parte de identificación previa. Es verdad que, como comentabas, todas las empresas también están trabajando de alguna manera en establecer algún tipo de prevención, como decía también José María, a través de la flexibilización de la jornada laboral, de la incorporación de cada vez más elementos de conciliación entre la vida personal y laboral, a través, no de la imposición, sino del derecho del trabajador y la trabajadora a la desconexión digital, de favorecer que haya una desconexión digital. Todos estos son elementos en los que la alianza también está trabajando.

Nosotros estamos totalmente de acuerdo y, como decía José María, que ya lo ha explicado, de lo que se trata es de que estos problemas de salud mental, de salud emocional sean visibles en la empresa, que se normalice de alguna manera el poder hablar de ellos y que se desestigmaticen. Al final, el mejor ejemplo es el que él ha explicado: cómo con la ayuda a un trabajador que tiene un problema de estas características en un momento determinado se ponen en marcha las herramientas necesarias y facilitadoras para que esta persona recupere su vida laboral, que también es una de las formas más importantes para que pueda volver a estar bien.

Por mi parte no tengo nada más que añadir a las cuestiones que nos habéis planteado. Solamente quiero agradecer, en nombre de todos los miembros de la alianza Fundamentales, vuestra asistencia hoy aquí y que nos hayáis permitido comparecer ante esta subcomisión de salud mental. Estamos agradecidísimos y muy emocionados también de poder participar en este acto aquí con vosotros. Y reitero el firme compromiso de que también en el sector privado podemos hacer muchas aportaciones para que se vaya avanzando en la identificación y en la solución de estos problemas.

El señor **DIRECTOR DE CULTURA Y ORGANIZACIÓN DEL BANCO SANTANDER ESPAÑA** (Gamir Linares): No tengo nada más que añadir, solo que ha sido una experiencia muy muy interesante y que esperamos poder seguir dando pasos y volver dentro de un tiempo lo más corto posible para seguir ofreciendo mejores prácticas que tengamos ya implantadas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias a Pilar Pasarón y a José María Gamir. Os haremos llegar también los resultados de la comisión cuando estén listos. Mil gracias por haber estado con nosotros esta mañana. **(Pausa)**.

— DE LA SEÑORA L'ECUYER, INVESTIGADORA, DIVULGADORA Y DOCTORA EN EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000311).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos ahora a la comparecencia de doña Catherine L'Ecuyer, que es investigadora, divulgadora y doctora en Educación y Psicología.

Por favor, cuando quiera.

La señora **L'ECUYER** (investigadora, divulgadora y doctora en Educación y Psicología): Muchas gracias.

Estimadas diputadas y diputados, en 2015, Mark Zuckerberg, fundador de Facebook, decía que la misión de su empresa era dar a las personas el poder de compartir y hacer que el mundo sea más abierto y esté más conectado. También dijo que las redes sociales estaban ahí para contribuir a construir

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 12

relaciones de amistad. El punto de inflexión para poner a prueba esa narrativa, esa idea de que las redes sociales son un lugar en el que ocurren el tipo de conexiones que el ser humano necesita para desarrollarse adecuadamente, fue la pandemia. En plena pandemia, miles de millones de jóvenes se quedaron enganchados a las redes por falta de alternativas más excelentes. La pandemia propició, podemos decir, un experimento a gran escala que permitió estudiar las consecuencias de las redes. ¿Qué le puede ocurrir a la salud mental de un joven que está todo el día a remolque de los estímulos externos y pendiente de la apreciación de unos perfiles anónimos? En 2021, Common Sense Media publicaba un estudio sobre la relación entre la salud mental y el uso de las redes sociales durante la pandemia en la franja de edad entre los 14 y los 22 años. Para contextualizar, Common Sense es el nombre de una entidad americana que realiza encuestas sobre el consumo de las nuevas tecnologías en la infancia y en la adolescencia. Desde sus inicios, en 2003, siempre ha sido considerada una entidad seria y ha logrado ganarse el respeto de muchos investigadores y de la población en general. Uno de los resultados de ese estudio es impactante: concluye que los que usan redes tienen casi tres veces más probabilidades de padecer síntomas de depresión, de moderados a severos, que los que nunca las usan. Los resultados son interesantes, pero lo que me interesa y lo que voy a explicar hoy es cómo Common Sense interpretó los resultados de ese estudio y por qué se hizo así, y la respuesta que vamos a dar a esa pregunta nos va a dar pistas del verdadero problema. La pregunta que se hace Common Sense es la siguiente: ¿en qué sentido va la causalidad? En otras palabras: ¿los síntomas de depresión son consecuencia de estar en redes, o más bien es al revés? ¿La gente deprimida, por estar deprimida, se va a las redes para aliviar sus síntomas? Vamos a examinar ambas hipótesis.

Primera hipótesis: el hecho de estar más tiempo en redes sociales puede ser la causa de síntomas de depresión. ¿Por qué? Después de todo, los algoritmos de las redes están diseñados para aislarnos y nos llevan a contenidos que confirman nuestros sesgos y que polarizan la sociedad, incapacitándonos para vivir en un mundo plural. También nos aíslan, porque no es lo mismo la conexión humana que la conexión en línea. De hecho, un estudio publicado por YouGov concluye que el 22% de los *millennials*, de los que tienen, además, cientos de amigos en redes sociales, luego dicen no tener amigos. Siguiendo esa hipótesis, habría que reducir el uso de las redes sociales.

Ahora vamos a analizar o comentar la segunda hipótesis: los jóvenes acudirían a las redes porque ya están deprimidos antes de usarlas. Esa hipótesis podría ser más o menos creíble durante la pandemia. Según esa hipótesis, los jóvenes acudirían a las redes para aliviar su depresión; por lo tanto, habría que potenciar el uso de las redes. Actualmente, esa hipótesis no está apoyada por las evidencias. Ahora bien, Common Sense Media afirma en su informe que no es posible saber en qué dirección va la causalidad, pero en el título que ha escogido para el informe opta por la segunda opción, y llama al informe de 2021 «Afrontar la COVID-19: cómo usan los jóvenes los medios digitales para manejar su salud mental». Llega a la conclusión, sin aportar ningún documento, ningún dato ni ningún argumento que le permita concluir de esa manera, de que los que padecen síntomas de depresión usan más las redes porque se encuentran deprimidos. Entonces, las redes serían una especie de oasis, un bálsamo para aliviar la depresión. Para poder valorar esa postura, hay que ofrecer contexto.

Desde hace unos años, Common Sense Media está patrocinado por Twitter, la Fundación Bill y Melinda Gates y las fundaciones de Zuckerberg y de Bezos, entre otras. En el verano de 2024, salió el informe *Social Media and Youth Mental Health*, publicado por el cirujano general. Para los que quizás no están al corriente —seguro que lo sabéis—, el cirujano general es la principal autoridad en materia sanitaria de los Estados Unidos, y sabemos que los informes del cirujano general sirven de base para las iniciativas legislativas en los Estados Unidos. Ese informe cita estudios que relacionan el uso de las redes sociales con el suicidio, los trastornos alimentarios, la baja autoestima, el TDH y con los problemas de depresión y ansiedad. El cirujano general concluye: De acuerdo al principio de la seguridad ante todo; se debe cumplir un umbral mínimo de seguridad y, hasta que la seguridad se demuestre con pruebas rigurosas y una evaluación independiente, se deben implementar medidas de protección para minimizar el riesgo de daños causados por las redes sociales.

Ahora bien, los escépticos siempre han respondido a todos los estudios que apuntan a los efectos perjudiciales de las redes sociales con un argumento que ha generado una narrativa que ha paralizado la acción social y política, y ahora voy al nudo de la idea principal de mi exposición. Ellos dicen que no es lo mismo correlación que causalidad, que la depresión y el consumo de redes ocurren en paralelo, pero que no se puede probar en qué dirección va la causalidad, si la hay. Ese argumento, además de ir en contra del sentido común más elemental, ya no es válido en la comunidad científica desde que se ha publicado

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 13

el informe del cirujano general, y los periodistas, los políticos y los expertos no pueden seguir difundiendo, o no deberían seguir difundiendo, esa narrativa porque no se ajusta a las evidencias. Ya hay estudios que confirman esa causalidad; son estudios experimentales, que pasan de la observación a la intervención y en los que se asigna de forma aleatoria un grupo de intervención y otro de control. Se llaman ensayos controlados aleatorizados por *cluster*. Se ha demostrado en esos estudios que, quitando las pantallas al azar, reducimos los síntomas de depresión. Eso se ha hecho en dos importantes estudios. No sé si lo habéis recibido, pero he preguntado si se podía mandar un listado, y creo que lo tenéis en versión electrónica; son cuarenta y ocho estudios que apoyan mi presentación.

Conviene recordar que las empresas tecnológicas y las plataformas digitales no están en el negocio de proporcionar contenidos a sus clientes/usuarios, sino que están en el negocio de entregar la atención de sus clientes/usuarios a los que patrocinan sus contenidos. Antes, los padres podían controlar lo que veían sus hijos. Ellos podían decidir si se encendía la televisión, a qué hora y en qué canal y podían decidir qué DVD ponían a sus hijos, pero, desde que los hijos tienen un dispositivo en el bolsillo y desde que en las casas hay más pantallas que ventanas, los padres ya no controlan lo que ven sus hijos, no pueden asegurarse de que lo que ven sea contenido adaptado a su edad y a sus necesidades o que no sea dañino. Hablamos de que hemos democratizado el conocimiento, lo hemos hecho más asequible, y esto es muy importante, pero también hemos de pensar que en esa operación lo que hemos conseguido es una factura que tenemos que pagar a cambio de esas aplicaciones que son gratuitas, porque hemos de entender que nada es gratuito. Las empresas tecnológicas se financian con el dinero que reciben de las entidades que patrocinan sus contenidos a través de la publicidad o de los datos privados que ellos compran de los usuarios. Si lo patrocina una empresa es publicidad; si lo patrocina un partido político o el Gobierno es propaganda. Por cierto, poco se habla de eso, pero es un tema muy importante. Entonces, lo que se presenta a los niños y a los jóvenes en redes no es contenido cultural o educativo, sino contenido que interesa a los grandes poderes. En otras palabras, cuando nuestros hijos están en redes sociales el producto son ellos y, siguiendo el modelo de negocio de las empresas tecnológicas que consiste en vender los datos y la atención de nuestros hijos, necesitan mantener la atención de esos niños el máximo tiempo posible en línea para sacar el máximo beneficio económico posible. Para ello, contratan las mentes más brillantes: psicólogos, ingenieros que saben incorporar mejoras tecnológicas como el *scrolling* infinito, el *plug and play* o contenidos adictivos para retener la atención en línea de sus usuarios el tiempo más largo posible. En 2021 una exmáanager de productos de Facebook que se llama Frances Haugen dijo ante el Congreso de los Estados Unidos: Facebook hace daño a los niños, fomenta la división y debilita nuestra democracia. Facebook puede cambiar, pero nunca lo va a hacer por su cuenta. Haugen insiste en que los algoritmos incitan la desinformación, el odio y la violencia, pues es la forma en que consiguen enganchar al usuario el mayor tiempo posible en línea. Dice una cosa muy interesante: Los modelos que maximizan el tiempo en línea favorecen la controversia, la desinformación, el extremismo. Ella dice que la gente adora lo que es indignante. Es esa misma industria la que, dedicando muchos millones al *marketing* bajo la bandera de la responsabilidad social corporativa, patrocina investigaciones sobre sus productos, engatusa a directores de colegios, paga cátedras en universidades, patrocina congresos educativos, premia a docentes, paga los honorarios de ponentes. Esos expertos luego son susceptibles de ser nombrados para asesorar al Gobierno sobre las leyes que regulan la industria. Esas empresas también regalan títulos ficticios a los docentes que usan sus productos en las aulas. Y esa misma industria patrocina entidades como Common Sense Media para publicar informes cuyos datos no pueden mentir, porque los datos nunca mienten, pero cuyo análisis, cuyas conclusiones, resúmenes ejecutivos, títulos o recomendaciones a menudo no se corresponden del todo con los datos o están suavizando el problema real al que apuntan los datos. Para ir a la causa hay que ir a los datos y desmontar el mecanismo de influencia de esa industria. Para ello traigo una lista de sugerencias, de recomendaciones, que tendré el gusto de compartir con ustedes en mi tiempo de réplica, ya que creo que se me ha acabado el tiempo.

El señor **PRESIDENTE**: No, todavía le quedan tres minutos.

La señora **L'ECUYER** (investigadora, divulgadora y doctora en Educación y Psicología): Fantástico. Pues les voy a leer la lista.

Primera sugerencia. Aumentar la edad de acceso a las redes sociales a 18 años. Soy consciente de que hay una limitación hasta los 16, pero para ello se debería pedir a Europa que modifique el rango que no permite actualmente a los países miembros prohibir más allá de los 16 años. Otra recomendación

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 14

mucho más atrevida sería atrasar no solamente a la edad de mayoría, sino a la del fin de la edad pediátrica, que son los 21 años.

Segunda. Obligar por ley a las empresas tecnológicas a dar un aviso en los paquetes de los dispositivos tecnológicos o en el momento de la descarga de la aplicación de los riesgos de estos para la salud mental del usuario.

Tercera. Crear un portal de transparencia para informar de las donaciones realizadas por las empresas del sector tecnológico a personas o entidades que son susceptibles de difundir luego la bondad de sus productos. Ese mecanismo existe ahora mismo en el sector de las empresas farmacéuticas en los Estados Unidos, y menos mal que existe.

Cuarta. Obligar por ley a los medios a que destaquen la mención del contenido patrocinado. Eso debería hacerse también en las redes sociales cuando la industria está pagando directa o indirectamente a la prensa para hablar de uno de sus productos o cuando está patrocinando a un experto para hacerlo o está interviniendo en un congreso en relación con la salud mental o la educación.

Quinta. Hacer firmar declaraciones de ausencia —esto es muy importante— de conflicto de interés a los expertos antes de formar parte oficialmente de los grupos de expertos formados por los Gobiernos estatales y autonómicos, y me consta que eso no se ha hecho.

Sexta. Incluir una asignatura de metodología de la investigación en todas las facultades de periodismo y comunicación para que los periodistas sepan distinguir un estudio sin o con grupo de control, que puedan reconocer un estudio patrocinado por la industria, que sepan incorporar como buena práctica facilitar el enlace a los estudios que citan en sus reportajes, que actualmente se hace muy poco.

Séptima. Impedir que las empresas tecnológicas hagan publicidad para el consumo de sus productos de la misma forma que las tabacaleras dejaron de poder hacerlo cuando se supo que el consumo de sus productos era dañino para la salud.

Octava. Revisar la engañosa narrativa del uso responsable. No me da tiempo a explicarlo, pero en las campañas y las publicidades no se puede educar en la responsabilidad y en el uso responsable a una persona que no es libre, que está en un periodo crítico de desarrollo y que aún no tiene consolidada la capacidad de inhibición dándole un dispositivo que está diseñado para la adicción.

Novena. Crear campañas de sensibilización acerca del daño de las redes y de la importancia de atrasar el uso de los dispositivos. Debe estar tan mal visto estar en redes como fumar.

Última medida. Revisar la LOMLOE para ajustarla a la necesidad de la desescalada tecnológica. No podemos, por un lado, declarar el uso de dispositivos un problema de salud pública mientras que, por otro, obligamos a los colegios a formar a los niños en competencias digitales usando esos dispositivos en el colegio desde los primeros años de vida. Es preciso resolver las contradicciones entre las leyes educativas y las recomendaciones pediátricas.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por esta primera intervención.
Grupo Plurinacional SUMAR, por favor.

La señora **RECAS MARTÍN**: Muchísimas gracias por la intervención y bienvenida al Congreso de los Diputados.

Bueno, yo creo que se ha abierto un melón de redes sociales, de «seguidores no es lo mismo que amigos», de «las empresas que están detrás de todo eso», y no va a ser SUMAR el que diga lo contrario en mucha de la evidencia que llevamos nosotros denunciando sobre cómo esas grandes empresas marcan el camino ya no solo de la educación de nuestros niños y niñas, sino de cualquier cosa que nos pueda ocurrir alrededor. Sin embargo, hay una parte que no puedo compartir del todo. A lo mejor puede ser por mi mente sanitaria, pero para nosotros el análisis de la evidencia se desarrolla en muchas carreras. El análisis de la evidencia te da esa capacidad de discernir qué es un estudio de parte, qué estudio no lo es, como bien decías, caso-control. Creo que generalizar sobre que la evidencia no está del todo bien hecha o que no se sabe interpretar la evidencia puede ser un poco peligroso en todos los temas relacionados con las redes sociales. A mí me parece muy importante en todo esto de las influencias y demás el tema de cómo hacemos para educar a nuestros niños y niñas. Yo he sido enfermera escolar durante muchísimos años en un colegio de educación libre, por decirlo de alguna manera, y es cierto que se ha ido cambiando según se ha ido evidenciando: tabletas para todos, fuera tabletas para todos. Sin embargo, lo que sí se pudo analizar en muchas ocasiones es que sí que hay evidencia sobre el tema de la prescripción de redes sociales. Aquí te quería preguntar si también ves de forma tan negativa el control,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 15

porque hablabas de los padres, el colegio; no hay control. Bueno, hay gente que controla lo que sus hijos ven, hay colegios que controlan lo que se puede hacer, y una parte importantísima que se está desarrollando es la prescripción de redes sociales para *equis* temas. Y relacionado con la salud mental, por ejemplo, yo sí conozco experiencias y estrategias escolares donde, cuando hay un problema y se trabaja con un equipo multidisciplinar, en vez de decir: Entra al Instagram a ver lo que te dé la gana; se le dice: Hay, con evidencia, esta, esta y esta parte, esta persona, esta estrategia. Esa prescripción de redes sociales ha tenido una repercusión en poder favorecer una solución en un problema de salud mental. Entonces te quería preguntar si realmente crees que ni siquiera prescribiendo algo que la evidencia haya podido decir que va por buen camino, sería adecuado para ti en todos estos temas.

Nada más. Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Grupo Parlamentario VOX, por favor.

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

Muchas gracias a la señora compareciente por su presencia.

Consideramos, además, que este tema es fundamental en el ámbito de esta subcomisión, la Subcomisión de Salud Mental, que es uno de los temas, quizás, que más está influyendo en nuestros jóvenes y en nuestros niños últimamente. Yo tenía una serie de preguntas que hacerle a raíz de su comparecencia. La primera sería si cree entonces que la acción política de la digitalización ha sido un error. Creo que lo ha contestado ampliamente, pero por si podía profundizar en ese tema. Y luego, teniendo esa información, como ya se tiene, esos cuarenta y ocho estudios en los que usted basaba hoy su intervención y el resto de los estudios que puedan existir, ¿por qué cree que teniendo esa información los diferentes Gobiernos no se desdigitaliza? Quizá se está empezando a desdigitalizar en algunos lugares, hemos visto últimamente recientes noticias en el caso de la Comunidad de Madrid, ¿pero por qué cree que se está retrasando esa desdigitalización? ¿O cree, quizás que va a ser inevitable y que se está sencillamente alargando hasta no saber cuándo? También ha hablado usted de los estudios patrocinados de alguna manera por la industria. ¿Existen ahora mismo y están muy difundidos? ¿O hasta qué punto están difundidos estudios de este tipo, estudios favorables a esta digitalización que puedan amparar estas políticas o puedan, de alguna manera, bloquear la desdigitalización por parte de la acción política? Tenía otra pregunta también, y es si cree que vamos a ver próximamente las consecuencias sobre el uso de *smartphones* o muy particularmente redes sociales en los niños. Es decir, si cree que lo peor está aún por llegar, que si vamos a vivir o ver esas consecuencias en los niños que son en la actualidad usuarios masivamente los próximos años, cuando ya probablemente sean irreversibles.

Desde nuestra formación política queríamos agradecerle de nuevo su presencia aquí y muchísimas gracias.

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

La señora **SAINZ MARTÍN**: Buenos días.

Por parte del Grupo Parlamentario Socialista queremos agradecer a la compareciente Catherine L'Écuyer la extensa bibliografía científica que nos ha aportado. Y también se lo agradecemos porque esta temática es un tema muy discursivo en relación con alguna de sus exposiciones que he podido leer, y la última, aparte de haber dado a través de las redes su actual comparecencia —que no es la primera que tiene aquí en el Congreso de los Diputados—, es una de las observaciones que usted hace en los medios. Según el Instituto Nacional de Quebec, todo el tema de las tabletas en las aulas no aporta precisamente ningún beneficio de aprendizaje, y en el peor de los casos tiene efectos negativos en la cognición de los jóvenes. También he observado en sus teorías expuestas en bastantes libros —lo cual se agradece porque es interesante poderla estudiar para poderla preguntar correctamente— que no está de acuerdo ni siquiera con la pedagogía constructivista ni conductista, sino más bien el tema de que los niños, la infancia, niños y niñas realmente lo que hacen es descubrir el mundo. Me recuerda mucho a las teorías Montessori, no sé si está dentro de las corrientes de la doctora Montessori.

También observa y afirma que hemos fallado a una generación entera. Es verdad que simplemente hay que decir que llevamos veintiún siglos sin necesidad de las redes, y que ahora, en cuestión de muy poco tiempo, quizás con ese vértice del tema de la COVID-19, hemos entrado en una nueva dimensión en donde el contacto directo se obvia, en lugar de esa cercanía de padres y madres en relación con la educación de sus niños, de sus hijos. Así lo refleja incluso las mismas palabras de educación, tanto

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 16

educere como *educare*, cuya procedencia latina es conducir y acompañar. Le puedo decir que en España llevamos mucho tiempo —desde las organizaciones que yo he promovido de promoción y educación para la salud desde la perspectiva médica, de la cual procedo en medicina preventiva— trabajando mucho, por ejemplo, en los trastornos del comportamiento alimentario para saber desde la misma psiquiatría cómo hay que evitar la cantidad de conexión de las niñas y los niños para evitar su comportamiento en relación con una patología a veces tan adversa.

Me gustaría preguntarle si es tan contundente, porque realmente decir «no al *smartphone*» como si fuera «no al tabaquismo»... Nos ha costado muchos años en este país llegar a bajar ni siquiera en un 28 % de la población adulta. En el tema del enganche de los niños y las niñas, el decir a partir de la mayoría de edad...; me gustaría saber qué otras corrientes de investigación científica conoce que apoyan su teoría. Porque, además, usted afirma que lo correcto sería a los 21 años. Bueno, yo creo que no solamente el tema de que los niños y niñas deben descubrir su mundo y su vida, sino también deben hacerlo acompañados por padres, pedagogos y el conocimiento. Y es verdad que las redes en sí son una plataforma donde debemos de estar vigilantes en los contenidos. Por eso le pregunto en qué otros científicos se basa usted y su constructo intelectual —que es muy rico, eso es de agradecer— para que incluso en algo tan radical pudiéramos decir desde un informe riguroso, como debe ser en el Congreso de los Diputados, que recomendamos que el *smartphone* y la relación de tableta en el mundo educativo no llegue a nuestra infancia hasta los 18 años, por decir la edad de mayoría de edad.

Gracias.

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

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

Muy buenos días a la doctora Catherine L'Ecuyer. Gracias por su intervención.

Desde el Grupo Popular consideramos la salud mental como uno de los principales desafíos que tiene nuestra sociedad. Tenemos el compromiso además de convertirla en una cuestión de Estado y situarla entre los ejes prioritarios de nuestra agenda política. Reconocemos además que la salud mental debe abordarse desde una perspectiva transversal e intersectorial en la que deben involucrarse no solo las Administraciones públicas o profesionales sanitarios, sino también investigadores y la sociedad en su conjunto. Pero una de las grandes preocupaciones que tenemos es acerca de la salud mental en las primeras etapas, es decir en la etapa infantojuvenil, cuando, no solo la detección, sino la prevención, son claves para que no se mantengan o no se extrapolen a la edad adulta. Y por ello, doctora, me gustaría plantearle una serie de cuestiones que nos vendrían muy bien para aclarar este tipo de circunstancias y para abordar posteriormente un documento consenso, que es el que tiene que realizarse a través de esta Subcomisión de Salud Mental.

Usted ha investigado extensamente sobre los efectos de las pantallas en niños y adolescentes, como nos ha comentado. Ha comentado también aquí un estudio, el de Common Sense Media, y ya ha comparecido también aquí, en el Congreso, y ha comparecido también en la Comunidad de Madrid. También ha comentado la compañera de VOX la reciente comunicación de esta de eliminar el uso individual de dispositivos digitales en los colegios, a la que se ha unido recientemente la Comunidad de Murcia. Y por todo ello, ¿qué recomendaciones concretas sugeriría para incluir en una política nacional de salud mental respecto al uso de la tecnología en las diferentes etapas de desarrollo?

En cuanto a esa importancia del binomio educación-prevención, en su experiencia en su trabajo incluye un enfoque que es el de educar en el asombro y fomentar la conexión con la realidad, que parece tener unas implicaciones en la salud mental. ¿Cómo podría ese enfoque en el asombro integrarse en los programas de prevención de problemas de salud mental en los entornos educativos?

También ha destacado la importancia del tiempo que los niños pasan con sus padres, así que esta pregunta se la quiero hacer también como padre. ¿Qué políticas o programas nos recomendaría para fortalecer el papel de la familia en la promoción de la salud mental tanto en la etapa infantojuvenil como en la posterior?

En su intervención también ha comentado algo que es muy interesante. Dice que la crisis educativa actual es una crisis de atención, y creo que esta parte es relevante. ¿Cómo se relaciona esta crisis de atención con la salud mental y qué medidas podría sugerirnos para abordar ese problema en el sistema educativo?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 17

Para finalizar, considerando su experiencia en investigación y educación, ¿qué aspectos deberían reforzarse en la formación de profesionales de salud y de educación, además de las sugerencias que nos ha hecho, para mejorar la atención de la salud mental en niños y adolescentes y cuál debería ser la relación entre las instituciones públicas sanitarias y educativas para abordar y mejorar los problemas de salud mental?

Desde el Grupo Parlamentario Popular, doctora L'Ecuyer, valoramos su trabajo y sus contribuciones en el campo de la educación y la psicología infantil y le agradecemos su comparecencia en esta Subcomisión de Salud Mental en el día de hoy.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene usted la palabra, doctora L'Ecuyer.

La señora **L'ECUYER** (investigadora, divulgadora y doctora en Educación y Psicología): Muchas gracias.

Voy a responder rápidamente. No podré atender a todo. Responderé en una frase a su pregunta y siento no poderlo desarrollar más.

Los efectos positivos en las investigaciones no superan los efectos negativos, y esa es la razón por la que pensamos que podría ser útil en algún caso concreto, pero como hay más evidencias sobre los efectos perjudiciales, hay que hacer un balance, como todo en la vida. Creo que hemos avanzado mucho en el estado de la cuestión y hay evidencias muy claras.

Muchas gracias por decir que es mi teoría, pero no creo que sea mi teoría. Realmente, somos muchos los que defendemos esa postura. Quizás yo tengo mucha visibilidad y puedo divulgarlo —he tenido cuatro tribunas esta semana—, pero, de verdad, conozco a muchos expertos que piensan igual, aunque tampoco están en el grupo de expertos del Gobierno para dar su opinión. Les puedo hablar del doctor Miguel Ángel Martínez, que es el mayor experto —debería de estar aquí ahora mismo en mi lugar— en salud mental en España y sobre la relación que tienen las redes sociales con la salud mental. Es uno de los grandes que tenemos en España y creo que sería bueno que le escucharais. Está también Francisco Villar, que es un psicólogo clínico con mucho prestigio, que trata a diario niños con ideas suicidas y que habla de eso sin descanso. Está María Salmerón, que sí está en el grupo de expertos del Gobierno, con la que he escrito un artículo para la Asociación Española de Pediatría, que es pediatra y piensa cómo yo, pensamos igual las dos. Está Manfred Spitzer, que fue uno de los primeros en Europa en advertir del problema y que incluso sufrió *bullying* en el ámbito científico. Está también Jonathan Haidt, en Estados Unidos. Y hay más; estos son los más conocidos, pero luego hay investigadores desconocidos que también apoyan esas ideas.

Las empresas tecnológicas están cada vez más tímidas. Esa es una cosa que dice mucho. Yo creo que lo peor no está por llegar, es decir, creo que tendremos que recoger los frutos amargos que hemos sembrado de esa generación, pero las siguientes van a dar el cambio, porque las personas de nuestra generación nos hemos acercado a la digitalización y a la educación tecnológica con un cierto complejo, pensando: mi hijo de 2 años sabe manejar un *smartphone*, qué listo es. No, señora, el que es listo es el ingeniero que ha diseñado el *smartphone*, no su hijo. Pero yo creo que ya nos estamos dando cuenta de eso.

Me gustaría utilizar los quince minutos que me quedan para hablar de dos temas, las tabletas y el asombro y la fascinación. Durante mi ponencia he hablado del modelo de negocio de la industria. En ese modelo también encontramos la clave de lo que ocurre en nuestras escuelas, otra mina de oro para el mercado de las empresas tecnológicas. Pensad que la lógica comercial de la monetización de la atención es la razón por la que, bajo la bandera de la innovación y el hábil disfraz de las metodologías educativas constructivistas, las empresas tecnológicas ya han desplegado todos sus recursos comerciales en nuestras aulas. Yo creo que ha llegado el momento de poner un freno a todo ese sinsentido.

De las tabletas en las aulas podemos hablar una hora, pero voy a intentar resumir porque hay un tema pedagógico en el que no me da tiempo de entrar. No son una herramienta pedagógica, pero son un gran problema porque son puentes hacia un uso recreativo que sí conlleva riesgos para la salud mental. Hemos blanqueado ese dispositivo en las aulas porque está asociado supuestamente al contexto educativo en el que se encuentra y no nos parece muy creíble hablar en contra de algo que está relacionado con la educación. La pregunta es: ¿qué hace el dispositivo en el aula? ¿Dónde estaban las evidencias de los beneficios y de la ausencia de daños cuando lo hemos introducido en el aula? La investigación ha hecho una revisión de la literatura, y yo refiero mucho a ese estudio; no es un estudio, es una revisión de la literatura que encargó el Gobierno de Quebec al instituto de salud pública y que concluye eso que citamos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 18

antes. Lo cito exactamente, porque a veces los medios de comunicación pueden parafrasear una frase rápida. Es traducido del francés. Dice: Los resultados, a partir de datos científicos recientes, sugieren que los dispositivos digitales en el aula utilizados con fines personales o educativos, en el mejor de los casos, no aportan ningún beneficio al aprendizaje y, en el peor de los casos, tienen efecto negativo en la cognición de los jóvenes. Creo que esto es importante. En enero de 2023, el distrito de las Escuelas Públicas de Seattle, en Estados Unidos, inicia un litigio contra las empresas tecnológicas porque considera que empeora la salud mental de sus alumnos y les impide llevar a cabo su misión educativa.

Voy a acabar respondiendo a esa última pregunta sobre la cuestión del asombro. Aquí nos hemos confundido, porque no es lo mismo el asombro —que es esa apertura activa, estar a la expectativa de lo que acontece; una mente sin prejuicios, sin filtros, sin ideologías previas; una mente abierta a lo que acontece, a la realidad— que la fascinación pasiva ante estímulos frecuentes intermitentes. Hemos confundido ambas cuestiones porque llamamos aprendizaje activo a aquello que está diseñado para llevar al niño a la pasividad, que son esos algoritmos y todas esas aplicaciones que están monetizadas para mantener a los niños el mayor tiempo posible en línea. Entonces, hay que volver a una educación que entienda al niño como un ser asombrado, que tiene deseo de conocer, que quiere conocer la realidad de forma activa. Hemos de asegurar, sobre todo en la etapa infantil, que las pantallas estridentes no interfieren con ese deseo de aprender que todos queremos que tengan nuestros hijos, nuestros alumnos y que creo que es la clave para una buena educación.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora L'Ecuyer, por su exposición, de la que tomamos buena nota, y muchas gracias por los materiales que nos ha enviado y que hemos repartido a todos.

— **CONJUNTA DEL DIRECTOR DE LA RESIDENCIA COMUNITARIA DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, AFAEPS (ORTEGA SANTAMARÍA) Y DEL SEÑOR CONTRERAS MARTÍNEZ, RESPONSABLE TÉCNICO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL DE AFAEPS. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000312).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a nuestra tercera comparecencia de hoy, de don Francisco Javier Ortega Santamaría, director de la residencia comunitaria de la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental, y don José Contreras Martínez, responsable técnico de rehabilitación psicosocial y laboral de esta asociación. **(Pausa)**.

Vamos a comenzar la exposición, con un tiempo de quince minutos.

Cuando estéis preparados.

El señor **DIRECTOR DE LA RESIDENCIA COMUNITARIA DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, AFAEPS** (Ortega Santamaría): Venimos desde Albacete y vamos a exponer la realidad de nuestra entidad, que lleva trabajando en el colectivo de atención a personas con enfermedad mental desde hace treinta y tres años, desde el año 1992.

En primer lugar, queremos agradecer la posibilidad que se nos brinda de hacer esta intervención, que es muy necesaria, y también queremos reconocer el trabajo y el esfuerzo que ustedes están haciendo desde el mes de septiembre para poner en valor la salud mental de los ciudadanos, que para nosotros es fundamental. Gracias por su iniciativa. Es importante escuchar a todos los actores, a las personas que tienen un diagnóstico con enfermedad mental, a los profesionales, a los familiares y a los representantes de las entidades. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**.

Para nosotros son fundamentales los recursos sanitarios, pero también que coexistan los recursos sociosanitarios. Eso es lo que nuestra entidad ha intentado hacer en Albacete durante estos treinta y tres últimos años. Es una entidad sin ánimo de lucro, que está declarada de utilidad pública por el Ministerio del Interior desde julio de 1998 y que está reconocida como entidad de carácter social por la Agencia Estatal de Administración Tributaria. Nuestra principal misión es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que tienen un problema de salud mental y promover su inclusión como ciudadanía de pleno derecho en una sociedad justa y solidaria.

Nuestra entidad pertenece a la Confederación de Salud Mental, a la Federación Salud Mental Castilla-La Mancha, a la Federación ES + Salud Mental Empleo, a la Asociación de Centros Especiales de Empleo de Castilla-La Mancha, al Consejo Municipal de las Personas con Discapacidad en Albacete y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 19

a la Mesa Local por el Empleo en Albacete. También estamos en universidades públicas y en la Consejería de Educación, es decir, de alguna manera estamos implicados en todos los foros de participación ciudadana tanto a nivel de provincia como regional.

En nuestra trayectoria hemos tenido varios reconocimientos: por nuestra labor en la ciudad de Albacete; a nuestra residencia comunitaria por buenas prácticas durante la COVID; Premio Albert Jovell sobre formación dirigida a pacientes y/o familiares, y el Premio «Toda una vida para mejorar» por el proyecto «Camino de Santiago, camino de rehabilitación».

Hablar de enfermedades mentales es hablar de personas que tienen dificultades personales; hablar de enfermedades mentales es hablar de personas que tienen dificultades familiares, laborales o sociales. Además, la enfermedad mental, a diferencia de otras, tiene agravantes como el estigma y la exclusión. Nosotros intentamos hacer un enfoque integral inclusivo, con un grupo de noventa y tres profesionales que atiende a cuatrocientas personas y cuyo objetivo es dar sentido e identidad a nuestra labor.

Si hay algo que caracteriza a nuestra entidad es que gestionamos una gran variedad de recursos. Si nos lo permiten, hay muy pocas experiencias en todo el territorio español en las que una misma entidad sea capaz de gestionar todos estos recursos y, además, tener una visión global. Nosotros no solamente nos dedicamos al área de la rehabilitación psicosocial, sino que también tenemos dispositivos residenciales, viviendas supervisadas, residencia comunitaria y un centro especial de empleo. Somos una de las pocas asociaciones que promueve formación reglada con certificados de profesionalidad, concretamente, dieciséis. Tenemos una agencia de colocación y, además, somos una de las entidades promotoras del servicio nacional de voluntariado y también del europeo.

Permítanme que, haciendo una breve exposición de todos los recursos que estamos gestionando, hablemos de nuestra experiencia y de las necesidades que hemos detectado. La residencia comunitaria es un recurso residencial orientado a personas con enfermedad mental en exclusividad en la provincia de Albacete. Es un recurso que está concertado con una fundación pública, que es la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha; es un recurso comunitario no sanitario —esto es algo que diferencia este tipo de recursos con respecto a otros— que tiene como objetivo principal la recuperación personal de quienes están conviviendo o residiendo, sobre todo —esta es la gran diferencia— orientándolos a tener una participación activa en la comunidad en todo tipo de ámbitos, desde sanitarios a culturales, formativos o en la propia asociación de vecinos, siempre apelando a su rol de ciudadano por encima de su rol de enfermo.

Nuestra residencia tiene cuarenta y nueve plazas, de las cuales cuarenta y siete son plazas transitorias y dos son temporales. Y en este sentido, me gustaría destacar que desde el año 2009, o sea, desde que se crea la residencia hace quince años, el nivel de ocupación es del cien por cien. Este para nosotros es un dato bastante significativo, porque durante estos quince años no ha habido un solo día en el que esta residencia haya tenido una plaza libre. Eso pone un poco de manifiesto la necesidad de este tipo de recursos y de que, además, sean extensibles a todo el territorio nacional, porque no todas las provincias cuentan con este tipo de dispositivos. De hecho, en las provincias de Ciudad Real y de Guadalajara no se cuenta con un dispositivo de residencia comunitaria. Como les digo, aquí están los datos: quince años y ni un día en el que haya una plaza vacía.

También es fundamental dar el paso respecto de las personas residentes mayores de sesenta y cinco años y que haya una revisión de la ley de dependencia con respecto a los diagnósticos de enfermedad mental. Entendemos que las personas que tienen un diagnóstico de salud mental no tienen un reconocimiento adecuado de su situación de dependencia. Muchas veces nos encontramos con que tienen grado 1 o grado 2, porque su nivel de funcionamiento es bastante bueno, pero realmente la dependencia o las dificultades no son suficientemente valoradas. ¿Eso qué significa? Significa que cuando las personas cumplen 65 años no pueden dar el paso a una residencia de mayores porque no tienen un grado suficiente de dependencia. Creemos que estamos en un foro importante para expresar y manifestar esta necesidad, porque ahora mismo nos encontramos con una cierta perversión. Nuestros centros son residencias comunitarias, en las que tenemos perfiles que van de 22 años a 65 años, y nuestro planteamiento, nuestro objetivo, es comunitario no es asistencial. ¿Qué ocurre si nosotros no damos salida a las personas mayores de 65 años hacia dispositivos y residencias de mayores? Pues que difícilmente podemos dar a estas personas una atención de calidad y, lo que es peor, no podemos dar paso a otras personas que están necesitando una plaza residencial.

Los recursos residenciales son fundamentales y se ha avanzado a nivel nacional en muchas áreas, pero entendemos que hay una, sobre la que los anteriores comparecientes ya han hablado, que es clave

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 20

y es el tema del empleo. Para nuestra entidad esta es una de las necesidades más importantes que ahora mismo tiene el colectivo de personas con diagnóstico de salud mental. Actualmente estamos haciendo una investigación, cuyos resultados preliminares todavía estamos desarrollando, pero en la que no ha habido ni una persona participante en las entrevistas cualitativas que estamos haciendo, tanto a nivel de profesionales, técnicos de intervención, familiares, usuarios y personas residentes, que no haya dicho que el trabajo es importante. Todos y cada uno de ellos reconocen que el empleo con calidad forma parte de su recuperación, todos. ¿Qué nos encontramos? Nos encontramos con una realidad que es muy triste: ochenta y una de cada cien personas en edad de trabajar se encuentran desempleadas. Esa es nuestra realidad. Además, dentro del colectivo de personas con discapacidad, el de personas con enfermedad mental es el que mayor tasa de desempleo tiene. En el anterior foro se estaba hablando de buenas prácticas. En nuestra experiencia, ya en el año 1997 creamos el primer centro especial de empleo. Pero daré un dato que refleja la situación: en Castilla-La Mancha hay noventa y siete centros especiales de empleo y, de ellos, tan solo tres están promovidos por entidades que están orientando a personas con enfermedad mental.

¿Qué ocurre? Que para llegar al empleo es fundamental la capacitación. Muchas de las personas con las que estamos trabajando, cuando tienen el diagnóstico de enfermedad mental, están en edad de formación, ni siquiera han concluido unos estudios, no tienen siquiera una orientación profesional. Nosotros nos encontramos, en un mercado cada vez más competitivo, en un mercado donde cada vez es necesario tener una formación más especializada, con que las personas que nos llegan a nuestros dispositivos son personas que no tienen formación, que ni siquiera tienen una orientación prelaboral y profesional. Por ello, para nosotros es fundamental poder capacitarles, poder formarles y poder ser proactivos en esa formación. Ya desde el año 2010 pusimos en funcionamiento centros de formación con certificados de profesionalidad y, a lo largo de todos estos años, hemos sido capaces de hacer más de sesenta cursos de formación con titulación reconocida por el Ministerio de Educación y Ciencia a través de los certificados de profesionalidad. Creemos que es una muy buena práctica para impulsar esto. Además, no lo hacemos de forma excluyente, sino de forma inclusiva. Entendemos que eso favorece que personas que no tienen enfermedad puedan compartir con personas que tienen enfermedad un proceso de formación en el que, de puertas para adentro, son alumnos y no enfermos. Nos parece una muy buena medida impulsar este tipo de acciones.

Nuestro centro especial de empleo, como les he dicho, en el año 1997 empieza a funcionar; es el primero que se crea en nuestra región. Estamos haciendo trabajos de señalización, mobiliario rústico, camas nido, en el área de carpintería de madera, pero además estamos dando servicios de comidas a centros sociosanitarios, servicios de *catering*, servicios de lavandería y, también, servicios a personas dependientes en domicilio. Les puedo asegurar que todos estos servicios y todos estos productos los prestamos y los hacemos con calidad, con muchísimo rigor, atendiendo a criterios de seguridad alimentaria, a criterios de nutrición... Estamos intentando trasladar que somos capaces de hacer trabajos y de hacerlos con calidad. Por último, tenemos una agencia de colocación que orienta e informa a personas en ofertas laborales y formativas en entornos ordinarios.

En nuestra opinión, y aprovechando este foro, es urgente adoptar medidas para conseguir la empleabilidad del colectivo. Hay evidencia —estábamos hablando anteriormente de la evidencia— sobre la metodología IPS, que en este país está en mantillas; en nuestra región ni existe. Es una metodología que tiene que ver con el empleo con apoyo de las personas con enfermedad mental en entornos ordinarios. Insisto, hay evidencia científica que recoge que este tipo de metodología está consiguiendo éxitos y, en estos momentos, ya les digo, en nuestro país está naciendo; en nuestra región todavía no está, pero esperemos que sí se la espere.

También es importante, y así lo hemos manifestado, que haya contratos reservados para centros especiales de empleo. Creo que ahora mismo se está impulsando este tipo de contratos reservados, pero entiendo que hay que monitorizar esos contratos: quién, cuándo y cómo se están haciendo. Porque lo que les decimos es que es muy difícil la empleabilidad de personas que tienen un diagnóstico con enfermedad mental, máxime cuando hay un trastorno mental grave. Hablaban los compañeros anteriormente del empleo en las empresas. Generalmente el empleo en las empresas, según la investigación que estamos realizando, suele ser de personas que tienen trastornos afectivos, depresiones, que tienen dificultades de adaptación y trastornos del sueño, mientras que las personas que tienen una esquizofrenia tienen mucho más complicado entrar en el entorno ordinario. Ya quisiéramos nosotros hablar de tener problemas laborales; en primer lugar, quisiéramos tener trabajo. Por supuesto, es fundamental crear campañas de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 21

sensibilización y de lucha contra el estigma, sobre todo orientadas a la inserción laboral. Creo que en esta Comisión también se ha hablado de las condiciones laborales, en el informe PRESME, que presentó una de las personas comparecientes, Joan Benach, en las intervenciones pasadas.

Le doy la palabra a mi compañero, que va a profundizar sobre los centros de rehabilitación psicosocial.

El señor **CONTRERAS MARTÍNEZ** (responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS): Buenos días.

Brevemente, quiero resaltar ideas claves de lo que estamos haciendo, pero también propuestas, porque creemos que este es el foro para que se tengan en cuenta, de lo que pensamos que es eficaz y de lo que consideramos que nos falta todavía para impulsar el bienestar emocional de las personas que atendemos, y no solamente de las personas que atendemos.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Albacete lo gestiona la entidad AFAEPS —asociación de familiares— mediante convenio —como ha dicho también mi compañero Javier— con una fundación pública de Castilla-La Mancha relacionada sobre todo con el sector de la sanidad. En el año 2024 hemos atendido a 328 personas, de las cuales un 60 % son hombres. Vinculados al centro de rehabilitación, hay cuatro viviendas, supervisadas por educadores unas horas al día, de apoyo, y dos equipos de intervención comunitaria en zonas rurales, zonas deprimidas, despobladas, aisladas, en la sierra, para hacer accesibles los servicios de rehabilitación a personas que de otra manera no los podrían recibir, porque los transportes en la provincia de Albacete no son tan fluidos como para permitir que gente que vive en un pueblecito a 80 kilómetros o en una aldea se pueda desplazar con facilidad.

Quiero destacar dos rasgos. Ahí están los datos, si los quieren ver más despacio. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. Todas las personas a las que atendemos, en una horquilla de edad de entre 18 y 65 años, son derivadas por la unidad de salud mental; son plazas públicas concertadas. La mayoría de las personas que atendemos son solteras, con muy poquita tasa de empleo, un 10 %, y con diagnóstico de esquizofrenia, en torno al 60 %.

Como comenta mi compañero Javier, es una ventaja trabajar en esta asociación que gestiona tantos recursos porque nos llega cada vez gente más joven derivada de la unidad de salud mental. Las últimas derivaciones están en torno a 20 o 22 años. Es gente muy joven que, por un proceso de salud mental, ha paralizado su vida, su proyecto vital. Gracias a toda la formación, al centro especial de empleo —a todo lo que ha comentado Javier—, multiplicamos sus posibilidades de inserción y de recuperación. Pero nos encontramos con otra realidad —no solamente pasa en Albacete, pero sirve como botón de muestra—, y es que tenemos 101 personas con más de diez años en atención en el centro de rehabilitación, y esto sabemos que no va a ningún sitio. El potencial de recuperación está para implementarlo, para desarrollarlo durante unos años, pero pasados esos años, cuando hay un proceso más crónico, con cierto deterioro funcional, se necesitan otros recursos que no tenemos o que están poco desarrollados. No tenemos una red de centros de día donde poder derivar a las personas una vez que han pasado por su proceso de rehabilitación y necesitan un soporte ocupacional de actividades. De alguna manera, intentamos cubrir esta necesidad, pero nuestra capacidad es insuficiente para atender gente nueva, para atender a gente que está en sus pueblos, en sus aldeas, para atender a la gente más crónica. Es casi imposible hacerlo todo.

Hay algunas comunidades que, en el ámbito vinculado a la dependencia, están desarrollando la figura del asistente personal. En Castilla-La Mancha no existe todavía como una prestación de servicio de dependencia, pero en Castilla y León ya hay bastante experiencia positiva, así como en Valencia, Andalucía y varias comunidades, y creemos que es una apuesta muy interesante que se debe potenciar, porque hay personas con cierto nivel de deterioro que con esta figura del asistente personal profesionalizado pueden tener sus necesidades cubiertas.

Me gustaría llamar la atención sobre lo que nos estamos encontrando en la atención comunitaria. El centro de rehabilitación en Albacete capital tiene una visión comunitaria, quedamos con la gente a tomar café por su barrio, pero con estos dos equipos que les he comentado vamos a los pueblos más alejados, porque en la Sierra de Alcaraz y otras zonas hay municipios a más de 100 kilómetros de distancia, y accedemos a ellos con todo un equipo de profesionales, psicólogos, técnicos de integración, monitores y personal de apoyo, como terapeutas ocupacionales o trabajadores sociales. Hay 130 personas atendidas que tendrían muy difícil el acceso a la rehabilitación si no nos desplazásemos hasta sus pueblos o aldeas. Entonces, es obvio: hay que apostar por este tipo de equipos, que no están en todos los sitios, porque facilitan mucho el acceso a los recursos.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 22

Respecto a la necesidad en cuanto a las viviendas, como les he dicho, en Albacete hay cuatro viviendas vinculadas al centro, tres en Albacete capital y una en Casas Ibáñez, y cada una de ellas tiene seis plazas mixtas, son plazas públicas, y son estancias temporales. Entonces, se necesita algún tipo de recurso para facilitar, cuando las personas adquieren autonomía, que puedan compartir piso o que tengan algunos apoyos puntuales, porque, si no, no pueden salir de las viviendas supervisadas. Esa es una necesidad que estamos constatando, por lo que hay que impulsar ese tipo de recursos.

Otras cuestiones muy importantes en las que estamos inmersos son la promoción del bienestar emocional y la prevención del problema de salud mental. Ahora mismo tenemos dos campañas de sensibilización en colegios e institutos, vinculadas a la Confederación de Salud Mental España. Hay materiales didácticos muy buenos a los que tenemos acceso y vamos a los colegios e institutos, pero ¿dónde está la necesidad? Pues en que, aunque quisiéramos, no podemos hacer todo lo que se necesita. Harían falta equipos formados en sensibilización en colegios e institutos para que promuevan el bienestar emocional de los jóvenes.

Nada más. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Vamos a hacer ahora la ronda de preguntas de los grupos, empezando por SUMAR.

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

La verdad es que solo con el comienzo ya me habéis ganado. Hablamos del tema comunitario, de una situación de familiares y amigos de salud mental y de una entidad local. Para la gente que somos de Madrid, que a veces se nos va un poquito el tema de otros lugares, la verdad es que siempre es un placer que nos ubiquéis en la realidad comunitaria de otros lugares. También en el momento en que habláis del tema sociosanitario y de una atención integral, pues lo mismo, a mí ya me habéis ganado, que lo sepáis. Ha sido un verdadero placer escuchar absolutamente todo lo que habéis dicho.

Será por el sesgo madrileño que he comentado, pero cuando habláis del tema rural, a mí me interesa mucho como hacéis esa identificación, porque habéis hablado del problema hasta que llegan a ese diagnóstico, por ejemplo, de esquizofrenia, y hasta que puedan llegar a vosotros. Me parece superinteresante ese tema y me gustaría que nos pudierais dar unas pinceladas más sobre esa zona rural de identificación y de coordinación sociosanitaria. Y mucho más interesante me parece el tema laboral. ¿Esas personas en qué trabajan? Es decir, ¿qué temas trabajáis de formación y de capacitación, sobre todo para las zonas rurales?

Otra de mis preguntas está relacionada con la Estrategia de Desinstitucionalización que está llevando a cabo el Ministerio de Derechos Sociales, por la que también se apuesta en el Comisionado de Salud Mental, con el apoyo comunitario, como no puede ser de otra manera. Quería preguntaros qué pasos podéis dar en una asociación como la vuestra para la supuesta desinstitucionalización para 2030. Yo creo que a 2030 no vamos a llegar, pero es una parte importante de cambio de mentalidad que ya vosotros estáis haciendo.

Por último, si me podéis dar unas pinceladas sobre lo que hablabais de la metodología IPS —me ha parecido entender—, pues os lo agradecería infinito. **(El señor Contreras Martínez, responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS: Eso es otra comparecencia)**. ¿Solo ella entera? Bueno, pues me dais cuatro pinceladas o me mandáis bibliografía, que ya me la estudiaré.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

El Grupo VOX, por favor.

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

Muchas gracias, no solamente por la exposición que han realizado ustedes, sino también por todo el trabajo que llevan ustedes haciendo durante tantos años. Creo que no hay palabras para describir el trabajo que hacen por los demás otras asociaciones como la suya, de una manera muchas veces altruista y desinteresada.

Desde que llevo trabajando en política, pocos años, me he dado cuenta del gran vacío que tenemos en la Administración sanitaria y de cómo no llegamos, porque muchas veces son asociaciones privadas y sin ánimo de lucro las que llegan a ese espacio donde los pacientes no encuentran ningún tipo de solución o de ayuda. Es decir, como estaba comentando la compañera, desde que se realiza el primer diagnóstico

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 23

y el tratamiento hasta que llegan a ustedes pasa mucho tiempo, pero es que muchas veces ni siquiera los propios sanitarios saben qué pueden hacer para ayudar a esos pacientes. Y esto, no conocer qué asociaciones hay trabajando y qué disponibilidad existe, es algo que nos hemos encontrado no solamente en estas enfermedades de salud mental, sino también en cardiopatías, en oncología y en enfermedades raras, porque a lo mejor, dentro de ese ámbito rural que ustedes han descrito en la provincia de Albacete, muchos ciudadanos no saben a dónde pueden acudir o muchos médicos rurales no conocen que existe esta asociación.

Y me ha llamado mucho la atención que —con los comparecientes anteriores hemos estado hablando del tema de la COVID y yo creo que esta subcomisión nació a raíz de este tema— ustedes llevan ya quince años trabajando. Es decir, son una de las pocas asociaciones que están poniendo el foco en el problema de la salud mental desde hace muchos años; quince años con las plazas ocupadas y mucho más tiempo. Esto me hace ver la necesidad y la falta de recursos a disposición de la ciudadanía, porque que hayan tenido el 100% completo durante todo este tiempo indica que hay gente en espera. Entonces, aunque creo que es muy difícil cuantificarlo, por su experiencia, ¿cuántas plazas harían falta o necesitarían ustedes más o menos, *grosso modo*? Porque más plazas implican más profesionales, más casas, más medios y más recursos económicos.

La gran preocupación que yo tengo y que vengo constatando en todas las sesiones en el tiempo que llevamos estudiando la salud mental, tal y como vimos con la COVID, es que nos faltan profesionales sanitarios de la salud mental, nos faltan centros, nos falta esa red y, sobre todo, esas conexiones que ustedes han ligado. Existe un momento de desconexión cuando llegamos a los 65 años, también entre que un paciente es diagnosticado y puede entrar en un centro que le atienda, le acoja y pueda curarse, así como en la necesidad de poder integrarlos en el marco laboral. Cada vez que una asociación como la suya nos plasma en una presentación esa realidad que muchas veces no conocemos —porque vivimos en otra provincia o porque no nos afecta, pues no tenemos a un familiar o a un amigo que esté viviéndola— para mí es una bofetada de realidad muy necesaria para todos nosotros, para que se nos recuerde permanentemente que queda mucho por hacer.

Me gustaría hacerles dos preguntas. Aunque sé que es muy complicada la cuantificación, a su juicio, desde la experiencia de estos quince años, ¿cuántas plazas haría falta ampliar y cuántos profesionales? Y, aprovechando que un poco esta subcomisión nació por el tema de la COVID, me gustaría saber si ustedes a raíz de la pandemia han detectado un aumento o una dificultad mayor, por la experiencia de los pacientes o quizás por su propio agotamiento al ver cómo muchas veces chocan con una pared, pues empáticamente no es una cuesta lo que tienen que escalar ustedes, sino directamente la pared vertical de una montaña.

Muchísimas gracias.

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

La señora **RIVES ARCAYNA**: Gracias, señor presidente.

Primero, ante todo, quiero agradecer a la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental de Albacete que estéis aquí para exponer vuestro trabajo y vuestra labor diaria. Me consta que son muchas las asociaciones de familiares que a lo largo y ancho del territorio tienen también actividades y servicios muy similares a los que desarrolláis vosotros. En concreto, en Cartagena, mi ciudad, ASTUS y PROLAM también tienen una trayectoria muy dilatada en estos servicios. Todas partís básicamente de lo mismo, de que son los familiares los que primero comenzaron a asociarse viendo que esas necesidades, lamentablemente, no se cubrían por parte de las Administraciones públicas. Y digo no se cubrían porque, en concreto vosotros habéis dicho que lleváis treinta años, ASTUS lleva desde 1967, y se creó para empezar a poner en valor y a reclamar la visibilización de las enfermedades de salud mental. Por lo tanto, agradezco vuestra labor, pero la hago extensiva también al resto de las asociaciones que trabajan en este sector.

Desde luego, muchas de las preguntas que me han surgido tras escuchar vuestra exposición ya han sido planteadas: que introdujeráis un poquito más la metodología IPS; cómo se puede acceder al mundo rural, a las zonas despobladas, para atender a esas personas que son individualizadas, prácticamente a lo mejor una o dos en cada pueblo. Habéis comentado esa iniciativa que tenéis de los equipos de atención y apoyo en zonas rurales y la necesidad de que vuestra labor continúe a lo largo de toda la vida de los pacientes, no solo desde el punto de vista del empleo, sino también después desde el punto de vista

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 24

asistencial cuando esas personas pasan a ser personas mayores, por decirlo de alguna manera. En todas estas situaciones desde luego hacen falta más recursos, hacen falta más residencias públicas para apoyar, tanto residencias públicas de mayores como residencias públicas para distintos casos de personas con discapacidad; y es algo de lo que, desde luego, somos conscientes.

Todo este trabajo requiere, lógicamente, de una coordinación muy intensa con las distintas Administraciones —y digo distintas porque muchos de estos servicios están transferidos a las comunidades autónomas y son ellas las que los desarrollan—, incluso en otras comparecencias nos han planteado la posibilidad de que estuvieran unidas la Consejería de Sanidad y la Consejería de Atención Social para determinados temas. Por ello, quiero saber cuál es vuestra visión o cómo creéis que se podría dinamizar esa coordinación entre las distintas Administraciones para conseguir que todo el itinerario que vosotros desarrolláis tenga después una continuidad y os sintáis también apoyados.

Gracias.

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

La señora **NAVARRO LACOPA**: Muchas gracias, presidente.
Muy buenos días.

Quería dar las gracias, en primer lugar, a Javier Ortega y a José Contreras por su intervención esta mañana en representación de AFAEPS, la Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Enfermedad Mental de Albacete y, además, quería demostrar que estamos muy agradecidos no solo por la labor que lleváis tantos años realizando en una ciudad como Albacete, sino agradecida también a todos los compañeros de la Subcomisión de Salud Mental por el trabajo que estamos realizando y yo creo que también por lo redonda que nos está saliendo esta sesión de la Subcomisión de Salud Mental. Hemos tenido tanto a la industria como a la empresa privada en la alianza Fundamentales, que han hecho una exposición magnífica; hemos tenido una divulgadora a nivel internacional de reconocido prestigio como es la doctora L'Ecuyer, pero es también muy importante haber tenido aquí —y me lo vais a permitir y sabéis que esto es muy albaceteño— a entidades pequeñas que en sitios pequeños hacen cosas muy grandes, que es como podríamos definir el trabajo de estas asociaciones, y especialmente vuestra asociación, que es un referente en Albacete y en Castilla-La Mancha después de treinta años de trabajo.

Quiero también destacar, y que quede constancia, que todas vuestras anotaciones son recogidas en esta subcomisión para que tengan los efectos en un texto que tiene que salir de aquí y que serán unas conclusiones que, por consenso de todos los grupos parlamentarios, remitiremos al Gobierno para que —ojalá— sean la base de un pacto de Estado por la salud mental y para que veáis que todas las participaciones cuentan y que son recogidas con el mismo agrado y con el mismo interés. Se lo agradezco también al resto de grupos parlamentarios por la intervención tan amable que han hecho con vosotros.

Respecto a la labor que realiza AFAEPS, desde luego que el Grupo Parlamentario Popular comparte al cien por cien la lucha contra el estigma que apoyan ustedes como asociación, siempre acompañado de medidas que se sustenten en la evidencia científica, pero también la libertad y el fomento del empleo como una herramienta clave para la integración de las personas que sufren problemas de salud mental y enfermedades mentales. Para ellos, un centro y un trabajo como el vuestro es imprescindible. Yo quería destacar dos datos que conocíamos esta semana. El primero es que España ha alcanzado una cifra récord en bajas laborales por salud mental y el segundo es que la OMS ha publicado las directrices para ayudar a todos los países a reestructurar y afianzar sus políticas y sus sistemas de salud mental y hace apreciaciones muy concretas sobre la necesidad del empleo como medida fundamental para la inclusión de las personas con enfermedad mental.

La relevancia de estas cuestiones y el trabajo que realiza esta subcomisión ponen de manifiesto que la preocupación que hoy se tiene por la salud mental va mucho más allá de los expertos, de los técnicos y de los profesionales en la materia, llegando a cobrar una creciente importancia en nuestra sociedad en su conjunto, que ya está demandando medidas concretas y efectivas. Por lo tanto, el trabajo que realizamos aquí es más necesario que nunca. Por eso quiero plantearles una serie de cuestiones de hacia dónde tienen que ir las directrices y las conclusiones que salgan de este trabajo del ámbito parlamentario para dirigirse al ámbito del Ejecutivo, del Gobierno, y de quien tiene un poder de decisión.

En primer lugar, cuáles son los principales obstáculos a los que se enfrentan las personas con enfermedad mental para acceder a un empleo. Ustedes han hablado del IPS, pero también yo quería poner de manifiesto hasta qué punto el estigma social hace que las personas no comuniquen sus

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 25

problemas en materia de salud mental como sí podrían hacerlo en otros ámbitos de la salud cuando se enfrentan a una entrevista de trabajo. en segundo lugar, qué aspectos de la legislación actual creéis que deben modificarse para mejorar la protección de las personas con enfermedad mental en el ámbito laboral. Queda claro que es precisamente el apoyo y el acompañamiento en el puesto de trabajo, pero, como han hecho también otros grupos parlamentarios, nos gustaría que pudieseis desarrollar un poco más este sistema IPS. Y, en tercer lugar, respecto al aumento de las bajas laborales por problemas de salud mental, ¿consideráis que ayudaría la baja laboral parcial a las personas con salud mental? ¿Es necesario que España avance en este camino?

Habéis hecho dos aportaciones muy importantes a la modificación de la ley de la dependencia —yo creo que las habéis hecho en la casa adecuada—, una sobre el desarrollo de la figura del asistente personal, por qué unos territorios sí y por qué otros territorios no, y otra sobre si la salud mental tiene una doble estigmatización o una doble exclusión cuando esta se da en el medio rural. También quería poner de manifiesto si la despoblación, junto con la salud mental, es una doble estigmatización, qué se puede hacer en esta doble vía y si, por lo tanto, debe tener una doble atención o una atención mayor.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Cuando quieran.

El señor **CONTRERAS MARTÍNEZ** (responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS): ¡Qué complicado está todo!

El señor **PRESIDENTE**: Sí, todo 'facilito'.

El señor **DIRECTOR DE LA RESIDENCIA COMUNITARIA DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, AFAEPS** (Ortega Santamaría): Muchas gracias.

Vamos a intentar dar respuesta a todas las preguntas, que en algunos casos son comunes. Nos preguntaba la diputada de SUMAR sobre el tema de qué formación y qué capacitación y sobre el tema de IPS, que va todo muy relacionado. Cuando nosotros nos planteamos hacer un proyecto de formación y empleo tenemos que escuchar a la persona, porque cada persona es un mundo. Es cierto que una de las cosas que recoge la metodología IPS es que siempre hay que escuchar las demandas de las personas por muy —permítanme decirlo así— desorientadas que nos puedan parecer *a priori*. Lo que sí que hay que hacer siempre y en todo momento es un acompañamiento, que es lo que plantea la metodología IPS, en las labores tanto de orientación y de prospección como en los entornos ordinarios, que es lo que diferencia a la IPS de otro tipo de orientaciones dirigidas al empleo protegido. La IPS siempre está orientado al empleo ordinario, teniendo en cuenta la voluntad y el deseo de las personas. A partir de ahí, se plantea una metodología que se lleva a cabo a través de unos indicadores que, además, están consensuados a nivel internacional. Y, por supuesto, esa labor de acompañamiento tiene que estar realizada por personal experto y especializado. No todo el mundo vale para hacer ese acompañamiento, porque tienen que ser profesionales con esa especialización.

Nosotros hacemos una diferenciación entre aquellas personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental que están trabajando en entornos ordinarios y los que están trabajando en entornos protegidos que, al no tener ningún tipo de formación ni cualificación, tenemos que dar respuesta a las necesidades del territorio. Si en estos momentos las necesidades del territorio son la hostelería o todo lo que tenga que ver con el trabajo en servicios, intentamos formar en aquello que las personas puedan necesitar. Pero no solamente en esto, también en la rama de la Administración o en la rama de las artes escénicas. Es decir, en estos sesenta cursos hemos tenido formación en todo tipo de especialidades, porque hay muchas personas muy diferentes. No todo el mundo vale para ser carpintero ni todo el mundo vale para ser camarera de pisos ni todo el mundo vale para trabajar en una cocina. Por ello, intentamos dar una amplitud de formación, siempre de forma inclusiva y proactiva, es decir, nosotros somos los que los homologamos, porque, si no, es muy complicado, *a priori*, en entornos ordinarios.

Esta es una de las cosas que nosotros estamos ahora debatiendo, porque, cuando yo me acerco a un entorno formativo o cuando yo me acerco a un entorno laboral, ¿tengo que decir que tengo una enfermedad mental o no lo tengo que decir? Ahí abrimos un melón importante por el estigma, pero también por el autoestigma. No sé si estoy respondiendo de forma transversal a varias preguntas. Por un lado, está

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 26

el estigma que proviene de lo que le rodea, de la sociedad, con respecto a las enfermedades mentales, que no siempre han tenido la mejor prensa. Y, por otro lado, están las personas que con ese diagnóstico de enfermedad mental tienen ese autoestigma, se dicen: yo no puedo, no soy capaz de formarme, no soy capaz de trabajar. Esas son las principales dificultades que nos estamos encontrando. Tenemos que trabajar de manera individual con ese autoestigma y creo que, como sociedad, debemos trabajar en el estigma con campañas y publicaciones.

¿Qué es lo que hacemos? Evidentemente, con una metodología IPS, sí que saben que la persona que tiene un problema de salud mental quiere trabajar en ese entorno ordinario, pero hay otras personas que en esta agencia de colocación les decimos que no tienen por qué decir que tienen una enfermedad mental, porque muchas veces el decirlo ya predispone negativamente a la hora de acceder al empleo y predispone negativamente a la hora de poder convivir adecuadamente dentro del empleo. La situación es complicada y ya le digo que no hay una respuesta concreta. Sí que es cierto que, si nos preguntan nuestra opinión, por lo menos lo que yo he podido deducir, creo que los superiores inmediatos deben ser conocedores de que hay un problema de salud mental.

Permítanme que les diga que, lo que nosotros estamos haciendo en los centros especiales de empleo es hacer adaptaciones continuamente. Esta mañana lo hablaban los compañeros de la industria para ver de qué manera tenemos que hacer adaptaciones. Si una adaptación consiste en que una persona se tenga que incorporar de forma progresiva al trabajo, pues bienvenida sea. Si una adaptación significa que hay un puesto de trabajo o un horario que me genera una situación de estrés, ¿por qué no vamos a modificar ese horario o por qué no vamos a modificar ese puesto de trabajo —siempre y cuando la empresa me lo permita— para reducir esa situación de estrés? Por ello, si a nosotros nos preguntan, yo creo que sí es importante que se dé traslado a aquellas entidades, a aquellas empresas, que tengan la sensibilidad para poder adaptar; si no la tengo, difícilmente voy a hacer un cambio. Todo es bienvenido, es decir, ¿por qué no? ¿Por qué no una adaptación progresiva?

Una de las cosas que consiguen los centros especiales de empleo es que personas que tienen una incapacidad absoluta en su profesión habitual trabajan en centros especiales de empleo porque, precisamente, el empleo para ellos es recuperador. Hay personas que han estado trabajando durante muchos años en un entorno ordinario y en un momento dado, a partir de tener un diagnóstico de enfermedad mental o de incapacidad absoluta, no se les ha permitido trabajar en esos entornos ordinarios, pero, actualmente, la legislación sí les permite trabajar en entornos protegidos. ¿Por qué? Porque para ellos el trabajo es recuperador. Una persona con 30, 35, 40 o 45 años no puede estar en su casa sintiéndose útil. Es cierto que nosotros estamos obligados a adaptar los puestos de trabajo a las características de una persona. Ahí es donde está el secreto, en las adaptaciones y en las orientaciones. Evidentemente, tenemos que estar orientando.

Con respecto a la pregunta del diputado de VOX, si le sirve de referencia, nosotros estamos en la comisión residencial de trastorno mental grave en la provincia de Albacete. Actualmente, en una población de 350 000 personas en la provincia, hay unas 110 personas que están en lista de espera en los diferentes dispositivos, tanto en residencia comunitaria como en viviendas supervisadas. Yo no sé si ese dato es significativo. Yo le puedo hablar de que actualmente, si estamos atendiendo —si no recuerdo mal— a unas 50 más 23 personas en viviendas, en total, en la provincia de Albacete, 75, y hay unas 100 en lista de espera, pues habría que duplicar los recursos residenciales para poder dar respuesta a esa población. Yo le hablo de la realidad de la provincia de Albacete, si le puede servir un poco de ejemplo.

La parte cultural la responde mi compañero.

El señor **CONTRERAS MARTÍNEZ** (responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS): Voy a intentar dar alguna pincelada.

Muchas gracias por el interés que habéis mostrado todos los grupos. Es muy gratificante dedicarse a este trabajo, por nuestros perfiles profesionales, y que tenga un eco en la sociedad. Se ha considerado útil y nosotros lo vemos en el día a día, porque, la gente que nos derivan, muchos de ellos tienen posibilidades de mejora. Voy a dar pinceladas.

En cuanto al tema rural y cómo es el canal, muchas veces el canal empieza por los servicios sociales, porque detectan un caso en el que hay una persona aislada en una pedanía, incluso, no saben muy bien lo que le pasa, pero no va al médico. Ahí, nosotros podemos hacer un trabajo de preparación a la derivación. Nos presentan los casos y vamos viendo qué necesidades hay y, algunas veces, somos el canal para que la persona acepte ayuda y vaya al médico, acepte un tratamiento y a ver cómo le va. Pero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 27

la clave es el vínculo, crear un vínculo con la persona. Imaginen lo que supone estar en un pueblo muy pequeñito, con muy pocos medios y que alguien venga a visitarte de vez en cuando a ver cómo estás y qué necesitas. Esto es muy potente como herramienta de rehabilitación.

Cuando el caso ya está detectado, la derivación siempre es vía unidad de salud mental. Nosotros, como somos responsables de recursos en Albacete —residencias, formación y centros de rehabilitación—, estamos integrados en una comisión de Gobierno del Área de Salud Mental, donde están todos los responsables de los dispositivos sanitarios. Ahí vemos qué falta, prevención de suicidio, etcétera, en todo esto que sabéis que se está moviendo. Estamos en ese grupo de trabajo con los responsables de la Unidad de Salud Mental de Albacete. Eso es hacer sinergias. No somos algo aislado, sino que estamos integrados en la red de la atención de salud mental en Albacete y en Castilla-La Mancha.

Además de las plazas residenciales y de vivienda que ha comentado Javier, yo apostaría por ver qué pasa para que la gente salga de las viviendas, cuando ya está preparada. Después de unos años ya saben cocinar, ya saben convivir, ya tienen autonomía y gestionan su dinero —es un trabajo largo y a veces difícil—, pero tienen una pensión no contributiva y, según están los alquileres, ¿a dónde van? Por ello, necesitamos que se ponga el foco en esto para facilitar que, personas que están preparadas, puedan vivir de manera más autónoma, con algún apoyo puntual de algún profesional. Nosotros no llegamos a todo, pero, si eso existiera, facilitaría mucho y liberaría plazas en viviendas supervisadas para la gente que lo necesita. Lo que comentaba Javier respecto a la edad me parece fundamental, no puede haber un tapón en mayores de 65 años que no acceden a una plaza residencial de mayores, impidiendo que otras personas más jóvenes que necesitan una residencia accedan a ella. Para eso hay que buscar solución cuanto antes.

Os referáis al COVID. El COVID nos puso a prueba. Tuvimos que hacer nuestros grupos de intervención, que son presenciales. Bueno, pues ni nosotros ni nuestros usuarios sabíamos de Zoom ni de otras plataformas, pero las desarrollamos. Si para todo el mundo era muy complicado todo lo que era orientación en la gestión de la pandemia, imaginad si encima tienes un problema de salud mental... Entonces, nos puso a prueba. Pero yo diría que hemos salido fortalecidos de esa experiencia: las personas que atendemos han visto que estábamos ahí en los momentos más difíciles, y eso ha generado unos vínculos; además, cuando hemos vuelto un poco a la normalidad, nuestro trabajo yo diría que es más eficaz todavía.

Habéis preguntado —creo que el Grupo Socialista— cómo mejorar la coordinación. Conocemos muy de primera mano que la experiencia de fundaciones públicas de Andalucía y Castilla-La Mancha —habrá más sitios—, donde los patronos son las diferentes consejerías, la de sanidad y bienestar social, empleo o industria —no recuerdo cómo se llama ahora mismo en Castilla-La Mancha—, es que suman sinergias. Todas las instituciones están organizadas para ver qué se necesita en este ámbito de la salud mental. La experiencia en Andalucía y Castilla-La Mancha en generar espacios de encuentro es muy buena.

En cuanto a la formación, preguntabais por las dificultades para encontrar empleo. Pues, desde luego, una de ellas es la autoestima. Se debe dar la oportunidad de hacer un itinerario formativo al que desee hacerlo. Aunque —algo muy importante— no todas las personas tienen que terminar trabajando: hay gente cuyo proyecto de vida es estar tranquilito y estar estable con su pensión o sus ingresos básicos después de muchos años de sufrimiento, ¡pues chapó! Tampoco hay que forzar a que eso sea así.

Y nuestro objetivo para no hacerles dependientes de los recursos es siempre la salida: la salida de las residencias, la salida de las viviendas, el alta del centro de rehabilitación... Yo creo que vamos avanzando en ese camino, y hay experiencias exitosas: gente que sale de residencias, de viviendas o de centros de rehabilitación se mantiene estable en la comunidad, nos visitan para alguna duda puntual y les atendemos, estamos ahí y somos referentes para ellos. Para mí el camino que hay que recorrer es que se sientan con fuerza para llevar adelante su proyecto vital, cada uno como decida.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a tener que dejarlo aquí.

El señor **CONTRERAS MARTÍNEZ** (responsable técnico del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de AFAEPS): Solamente una cuestión más.

Me parecía interesante lo de las bajas laborales parciales que habéis planteado. Tenemos una experiencia muy interesante en prestación de servicios. Si una persona no se encuentra bien y coge una baja laboral, su puesto lo cubre inmediatamente otra persona. Esto, en concreto, funcionó muy bien en un punto limpio de un pueblo de Albacete, Casas-Ibáñez, donde se necesitaba cubrir un puesto de trabajo y había dos o tres en rueda, en previsión de que alguno estuviera de baja o lo que fuera. Yo apostaría más

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 28

por medias jornadas, porque entre la gente que atendemos hay algunos que preferirían trabajar media jornada en vez de la jornada completa por lo que les puede suponer de estimulación o de sobrecarga. Pero no siempre es posible. También está la opción de cubrir un puesto de trabajo con dos personas, que creo que es una línea interesante que hay que explorar.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Perdone por tenerle que cortar, pero nos quedan dos comparecientes y aquí la gente empieza a desmayarse a eso de las dos y cuarto por las hipoglucemias.

Muchísimas gracias por haber estado con nosotros, ha sido superinteresante.

Le pido al vicepresidente que me sustituya cinco minutitos. **(El señor vicepresidente, Pose Mesura, ocupa la Presidencia).**

— **CONJUNTA DE LA PRESIDENTA DEL CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA (GONZÁLEZ HENRY) Y DEL SEÑOR GARCÍA-GIL BERBERÍA, RESPONSABLE DE POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y EMPLEO DE OXFAM INTERMÓN. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000313).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Damos la bienvenida a doña Andrea González Henry, presidenta del Consejo de la Juventud de España, y a don Alejandro García-Gil Berbería, responsable de políticas de protección social y empleo de Oxfam Intermón.

Les ruego un esfuerzo de síntesis, porque vamos un poco retrasados y la gente tiene vuelos que coger. Comenzamos con el señor García-Gil Berbería.

El señor **GARCÍA-GIL BERBERÍA** (responsable de políticas de protección social y empleo de Oxfam Intermón): Muchas gracias, vicepresidente.

Gracias, señorías.

Venimos a presentar tanto Andrea como yo el informe Equilibristas que hicimos desde el Consejo de la Juventud de España y Oxfam Intermón en relación con el estado de la salud mental de las personas jóvenes en función de su situación socioeconómica. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. El Consejo de la Juventud de España es el principal organismo de representación y defensa de los intereses de las personas jóvenes y Oxfam Intermón es una organización que no solo hace cooperación al desarrollo en el sur global, sino que también trabaja por la reducción de las desigualdades en España.

El motivo de hacer este informe ha sido el interés que ha despertado en nosotras la crisis o la emergencia global que existe por los problemas de salud mental de las personas jóvenes en España, aunque no solo afectan a personas jóvenes y no solo pasa en España. Los casos clínicos de personas jóvenes atendidas en el sistema público por razones de salud mental se han multiplicado por seis, más que los del resto de colectivos de edad. Por tanto, nos parecía que era una línea de trabajo interesante.

El enfoque que usamos es el de desigualdades, porque está empezando a haber cada vez más estudios que señalan el vínculo entre los determinantes socioeconómicos y los problemas de salud tanto física como mental. Se han publicado informes recientemente sobre los efectos de la pobreza en la infancia y, en general, en personas trabajadoras, como el estudio de Harvard y el MIT, también del Ministerio de Trabajo, y hemos querido hacer un estudio en concreto sobre cómo afecta la crisis, la polícrisis, que sufren o que han sufrido las personas jóvenes en su salud mental.

No hace falta explicar que las personas jóvenes son el colectivo de edad con mayores tasas de paro. Hay que recalcar que, dadas las tasas de pobreza infantil, aproximadamente una de cada cuatro personas jóvenes en España ha sufrido pobreza infantil durante su desarrollo, durante su infancia y adolescencia, lo cual también ha dejado una cicatriz en su salud mental.

Nosotros analizamos en el informe datos de una encuesta que elabora de manera bienal la Fundación Centro Reina Sofía de Fad Juventud. Estos datos son que desde 2017 hasta 2023 —están trabajando ya en la próxima oleada, que saldrá este año— se detecta un aumento de los problemas de salud mental que sufren las personas jóvenes entre 15 y 29 años. Como veréis, el tamaño de las barras verdes, que sería el no haber sufrido nunca o haber sufrido alguna vez problemas de salud mental, ha ido descendiendo desde 2017 hasta 2023, y no ha sido solo por la pandemia, sino que de 2017 a 2019 también se ve un empeoramiento. Así que no solo el confinamiento es determinante, aunque afectó a toda la población, también a las personas jóvenes, sino que ya se empezaban a ver consecuencias antes de la pandemia.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 29

Dentro de los datos más destacados —es una repetición a lo largo del informe—, encontramos que la prevalencia de los problemas de salud mental no es igual en personas jóvenes de clase media o media alta que en personas vulnerables por su situación de carencia material severa o por encontrarse en paro o tener dificultades en el acceso a la vivienda. No me voy a centrar en los datos porque quiero ser breve, pero una de las primeras conclusiones es que hay mayor frecuencia de problemas de salud mental entre estos colectivos vulnerables, ya sea por la desigualdad de género, puesto que las mujeres sufren con más frecuencia problemas de salud mental que los hombres, por estar en una situación de pobreza, de paro o por querer emanciparse y no poder hacerlo. Este es un patrón que se da en todas las variables que hemos investigado en el estudio. También hay mayor prevalencia de los trastornos de salud mental. En 2023, el 45% de las personas jóvenes había manifestado haber sido diagnosticada alguna vez con un trastorno de salud mental, y de nuevo esta mayor prevalencia se da entre las personas que están en peor situación, como, por ejemplo, en personas que estudian y trabajan a la vez: un 60% de, 14 puntos más que la media. De nuevo, entre las personas que sufren carencia material severa, el indicador es del 56%, mientras que solo afecta al 37% de aquellas personas jóvenes en una situación más acomodada, una cifra alta pero sensiblemente inferior al del resto de personas jóvenes.

El dato que seguramente es más preocupante es el de ideación suicida. Se repite el mismo patrón, el aumento de la frecuencia con la que las personas jóvenes manifiestan tener ideas suicidas, y también ese patrón previo a la crisis de la pandemia, una reducción de los valores en verde, positivos, que sería la reducción que se dio entre 2017 y 2019, y de nuevo vemos una mayor frecuencia en la ideación suicida en los colectivos vulnerables, frente a aquellos jóvenes que quizá disfrutaban de una situación socioeconómica más favorable, y de nuevo, por ejemplo, la ideación suicida se da con mucha frecuencia entre personas con carencia material severa, un 35%, mientras que entre aquellas personas jóvenes con una situación socioeconómica cómoda es solo del 16%.

No podemos afirmar con este estudio que haya una relación de causalidad, que la pobreza genera problemas de salud mental —se podría afirmar quizá con otros que hagan estudios clínicos—, pero sí podemos afirmar que hay una correlación entre una mala situación económica y mayores problemas de salud mental.

Antes de acabar y dar paso a mi compañera Andrea, quiero decir que también hemos analizado el acceso que tienen las personas jóvenes a los recursos de salud mental. Solo el 17% de las personas jóvenes declaraban haber sido atendidas en menos de un mes en los servicios de atención pública, una cifra desgraciadamente pequeña dada la urgencia de la situación. Pero tampoco puede acudir a terapia privada, porque, si comparamos el salario medio con lo que cuesta una terapia privada en España, ir dos veces al mes le supondría el 15% de su sueldo. Entonces, de nuevo, las personas que manifiestan con más frecuencia no poder acudir a terapia por motivos económicos son las más vulnerables, mujeres o personas con carencia material severa.

Y ya con esto doy paso a Andrea.

La señora **PRESIDENTA DEL CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA** (González Henry):
Muchísimas gracias, Alejandro.

Buenos días a todos y todas.

En primer lugar, gracias por permitirme intervenir en representación del Consejo de la Juventud de España y por el interés de esta comisión por un tema tan delicado como el de la salud mental y el bienestar emocional de las personas jóvenes.

Mi compañero Alejandro ya ha presentado los principales datos y conclusiones de nuestro informe Equilibristas, realizado entre el Consejo de la Juventud de España y Oxfam Intermón, así que me centraré en hacer un pequeño balance político que desprendemos de estos datos.

Los números que ha expuesto Alejandro no son cifras aisladas, reflejan una realidad compartimos que muchas personas de las generaciones más jóvenes: cada vez resulta más complicado construir un proyecto de vida estable. Estas estadísticas muestran que, tras la sucesión de grandes crisis —la del 2008, la pandemia, ahora la inflación y el acceso de la vivienda casi imposible—, hay una generación que vive en la precariedad y en la incertidumbre. Todos los datos nos indican que, si hay un grupo de edad cuyas condiciones de vida no han sido recuperadas por el estado de bienestar tras estas crisis, ese es el de la juventud. Esta precariedad no es coyuntural ni fruto de malas decisiones individuales, sino el resultado de un sistema que prioriza el trabajo productivo por encima de todo, incluso a costa de la salud y la calidad

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 30

de vida de las personas. Así se ve en los datos del informe. Quien más sufre discriminación o carencia material es quien manifiesta peores indicadores de salud mental.

A menudo reducimos la salud mental a poder acceder a servicios de psicología, al número de profesionales en la Seguridad Social, al coste de la terapia privada, a las listas de espera, pero, aunque todo esto es indispensable, se queda corto. La salud mental empieza mucho antes de entrar a consulta, nace por la forma en que vivimos, por cómo nos relacionamos y si nos sentimos o no nos sentimos parte de una comunidad. Cuando vivimos en permanente precariedad, con salarios bajos, contratos inestables, incluso sin trabajo, nuestro bienestar psicológico, por supuesto, se ve afectado, pero también se resiente nuestra participación en la vida democrática: si estás centrado en sobrevivir, cuesta mucho invertir tu tiempo y tu energía en procesos políticos, en voluntariado o, incluso, en espacios de decisión. ¡Cuántas personas jóvenes dejan de votar o de asociarse por estar atrapadas en esta rueda!

Si hablamos de vivienda, la situación es alarmante: solo el 14,8% de las personas jóvenes está emancipada, según se desprende de nuestro Observatorio de Emancipación, la cifra más baja desde que tenemos registros. Muchas vivimos en pisos compartidos con tres o cuatro personas, sin apenas intimidad, con nuestras cosas amontonadas en un burro de Ikea o debajo de la cama. ¿Cómo vamos a cuidar nuestra salud mental si ni siquiera disponemos de un espacio propio para descansar o desarrollar nuestro proyecto de vida? A esto hay que sumar que seguimos teniendo la tasa de paro juvenil más alta de la Unión Europea y que quienes trabajan encadenan a menudo contratos temporales o parciales, involuntarios, tienen salarios que no dan para emanciparse o incluso hacen prácticas no remuneradas —falsos becarios—. El efecto en el bienestar es devastador —lo hemos hablado—: estrés, ansiedad y, en algunos casos, depresión e ideación suicida, cuya incidencia lamentablemente va en aumento entre la población más joven. Y es que no podemos ignorar este dato alarmante: el suicidio se ha convertido en una de las primeras causas de muerte no natural entre la población joven. El suicidio es la primera causa de muerte entre las personas jóvenes de entre 12 y 29 años. Mueren más personas jóvenes de suicidio que de cáncer o accidentes de tráfico. Cada intento o cada vida que perdemos evidencia el impacto letal que tienen la precariedad, la soledad y la falta de oportunidades en nuestra salud mental.

Por otra parte, es importante destacar que, históricamente, hemos relegado el cuidado de la salud mental y física al ámbito familiar o privado, olvidando que la sociedad también se sustenta en la forma en la que nos cuidamos unas a otras. Si no ampliamos la oferta de servicios públicos de salud mental y tampoco generamos redes comunitarias de apoyo, recaerá todo sobre familias que ya viven bajo presión o directamente sobre personas jóvenes sin una red disponible. Por eso, necesitamos recuperar espacios de socialización y de ocio saludable. La pandemia intensificó el aislamiento, sin lugares seguros donde encontrarnos, y muchas veces el único refugio, que es una gran fuente de inseguridades, son las redes sociales. Disponer de centros juveniles, casas de la juventud o redes de asociaciones de barrio refuerza nuestro sentimiento de pertenencia y nos brinda un apoyo que también protege nuestra salud mental.

Además, también es fundamental que se tenga en cuenta la propia voz de la juventud en el diseño de las políticas públicas en materia de salud mental. No podemos quedarnos fuera de las políticas públicas, porque si se hacen sin contar con nosotras no se tiene en cuenta nuestra realidad. Un ejemplo es el del ingreso mínimo vital, que sigue sin ser accesible para las personas jóvenes menores de 23 años, pese a ser el segundo grupo con más riesgo de pobreza y exclusión social después de la infancia. Tampoco podemos ignorar la crisis climática. Muchos jóvenes no sabemos en qué planeta viviremos dentro de veinte años, porque el cambio climático amenaza con destruir nuestro futuro. Es muy complicado también cuidar nuestra salud mental cuando temes que el lugar en el que vives pueda volverse inhabitable.

En la mayoría de las ocasiones, la gente sufre no porque sea débil o no se haya esforzado suficiente, sino porque le pasan cosas y el entorno no es capaz de protegerla. Además, no todas las personas jóvenes sufrimos la precariedad de la misma manera. Nuestro informe muestra cómo las mujeres, las personas migrantes, las personas racializadas, la juventud LGTBIQ+, quienes tienen discapacidad o viven en zonas rurales enfrentan barreras añadidas a todo lo expuesto anteriormente. Estos colectivos soportan una carga de estrés, discriminación y problemas de salud mental extra. Así pues, la juventud no es un grupo homogéneo. Sin embargo, a menudo se nos mete a todos en el mismo saco, impidiéndonos avanzar en planes y medidas que tengan en cuenta nuestras necesidades particulares. La prueba palpable de esta situación la vemos, por ejemplo, en las cartas que jóvenes de toda España dirigen a la sección de Cartas a la Directora, de *El País*, explicando que no pueden más: hablan de sus empleos inestables, del coste desorbitado de la vivienda, de la ansiedad que conlleva no saber si el mes que viene tendrán trabajo o

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 31

podrán pagar el alquiler. Estas cartas son el retrato de una generación que alza la voz como puede, pidiendo unas condiciones mínimamente estables que les permitan respirar.

En definitiva, señorías, conocemos los datos y hacen falta respuestas. No basta con reformar la atención especializada, que, repito, es imprescindible, sino que hay que actuar sobre los determinantes sociales y económicos que genera esta precariedad. No se trata solo de más psicólogas o más fármacos, necesitamos una vivienda digna y asequible, empleos estables que nos permitan emanciparnos, un tejido comunitario donde sentirnos acompañadas, así como políticas valientes contra la crisis climática para asegurar un futuro habitable.

La salud mental de las personas jóvenes es como un termómetro que mide la temperatura de nuestra sociedad. Si está estable y funciona bien, significa que las condiciones básicas —empleo, vivienda, etcétera— se mantienen en un equilibrio, pero cuando las políticas públicas ignoran las necesidades de la juventud este termómetro empieza a marcar fiebre. La fiebre se manifiesta en forma de estrés, ansiedad, tristeza y, por desgracia, en casos extremos, en suicidios. ¿Por qué aumenta esta temperatura? Porque las personas jóvenes vivimos atrapadas en un ambiente precario que amenaza nuestro futuro. Como ocurre con la fiebre, a menudo nos limitamos a observar el síntoma, intentando que el termómetro descienda con soluciones parciales —como más psicólogos, más psiquiatras, más medicación— que son necesarias, pero no resuelven el origen de la infección; y si no afrontamos las causas profundas la fiebre seguirá subiendo.

La juventud, señorías, no pide privilegios, solo reclama las condiciones esenciales para vivir con dignidad. Los datos del informe, como el aumento de las tasas de suicidio entre las personas jóvenes o la imposibilidad de acceder a una vivienda, nos indican que la fiebre ya está alta y, de hecho, hacía mucho tiempo que no estaba tan alta. Está en sus manos, como legisladores, legisladoras y sociedad bajar esa temperatura antes de que se vuelva crítica y, por eso, la salud mental de las personas jóvenes debe ser nuestro termómetro: cuando sube la fiebre, es un aviso de que algo va mal. Si no prestamos atención a lo que marca ese termómetro, corremos el riesgo de agravar los síntomas y llegar a un punto de no retorno.

Las políticas que aprueban o dejan de aprobar en esta Cámara pueden enmarcar la diferencia en la recuperación y el bienestar de toda una generación o en la persistencia de una crisis de salud mental que afectará al conjunto de toda la sociedad. La solución, por lo tanto, pasa —no les parecerá nuevo— por fortalecer el sistema público de salud mental, pero también por garantizar condiciones laborales dignas para que el empleo deje de ser una fuente de ansiedad, convertir la vivienda en un derecho efectivo y no en un lujo inalcanzable y proteger a los colectivos más vulnerables y discriminados, que son quienes más lo sufren.

Para terminar, una última reflexión. En la juventud la precariedad es el hogar que muchas veces habitamos sin querer, y precisamente lo que queremos pedirles desde el Consejo de la Juventud de España, y para lo que están ustedes aquí, que esa precariedad deje de ser nuestro único hogar y que quienes hoy pagamos el precio de la inestabilidad y la precariedad podamos construir una vida digna, con una salud mental y bienestar emocional y con un futuro y presente por delante.

Muchas gracias.

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

Vamos a dar la palabra a los portavoces de los grupos, empezando por el grupo menor.

Tiene la palabra el Grupo Plurinacional SUMAR.

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

Muchísimas gracias y bienvenidos.

Ayer tuve la oportunidad de tener una reunión con el Consejo de Juventud justo para hablar de algo que estabas comentando, el ingreso mínimo vital, y de la propuesta de modificación de ley que el Grupo Plurinacional SUMAR ha registrado, y justo por la tarde leía este informe. Viene muy relacionado absolutamente todo.

Muchos de los que estamos aquí ahora mismo creo que tenemos claro que cualquier política que hagamos con vivienda, con cultura, con transición ecológica, cualquier cosa que hagamos, sobre todo con incidencia en la juventud, es lo que va a marcar a la juventud, los adultos del futuro. Por eso, yo creo que sois conscientes de que hay muchas políticas relacionadas con el tema de vivienda, alquiler indefinido, con el tema de transporte, con el tema de intentar el mejor bienestar para la juventud, sobre todo, manejando la evidencia, que es clarísima: a la gente que nos dedicamos a esto no nos han sorprendido

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 32

los resultados de vuestro estudio. Creo que todos los que estamos aquí somos conscientes de lo que ocurre y se están tomando bastantes medidas para intentar solventar todo esto.

Una de estas medidas, que está muy relacionada con lo que hablabais del suicidio, es el recientemente aprobado Plan de Acción para la Prevención del Suicidio. El Ministerio de Sanidad sabéis que está trabajando en el plan de salud mental y lo que se ha conseguido aprobar hasta ahora es el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio. Ahí hay una parte importante relacionada con la juventud y todos los determinantes sociales, que es lo que lo marca, y, por tanto, os quería preguntar —no sé si habéis tenido la oportunidad de leerlo— vuestra opinión sobre cómo poder ponerlo en marcha para realmente prevenir el suicidio en la juventud.

Esto lo relaciono también con otro tema al que habéis hecho referencia, el de la equidad —más bien, no equidad— a la hora de acceder al sistema sanitario público por razones de salud mental. Yo creo que todos somos conscientes de esas listas de espera. En vuestro informe habláis también de Madrid, que es mi comunidad. En Madrid puedes conseguir una primera cita sin esperar mucho, pero no vas a encontrar continuidad, que es uno de los problemas más importantes. Yo creo que la incidencia política a nivel comunidades autónomas, que al final son las responsables de todo esto, es importantísima y, por tanto, os quería preguntar cómo veis esa incidencia política a nivel comunidad autónoma y a nivel local.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.
Tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

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

He escuchado con atención a los comparecientes. Sabemos más o menos las vertientes políticas de los comparecientes, sabemos sus ideologías, sabemos su trabajo durante estos años, pero ¿no sería interesante saber que lleva siete años gobernando Pedro Sánchez? Aunque nosotros no denunciemos solamente a Pedro Sánchez, denunciemos que el problema se ha generado —como está usted denunciando aquí— por las políticas del bipartidismo. No sé si vosotros vais a conseguir cambiar algo si seguimos esclavos del bipartidismo. Lo digo porque —vosotros mismos lo habéis dicho— 2017 ha ido en consecuencia, incluso antes de que bajara más por la consecuencia de la COVID, y habéis dado datos: crece actualmente la pobreza en niños y adolescentes. Es decir, uno de los países donde más está creciendo actualmente es en España. Estamos teniendo un problema. Y vosotros lo habéis relatado: uno de cada cuatro jóvenes ha sufrido pobreza a lo largo de su vida. Y va en aumento: casi dos de cada cuatro jóvenes van a sufrirla. Esto derivará no solamente en problemas de salud mental, sino, en otros problemas, sobre todo viendo la sociedad a la que estamos llegando.

Yo creo que habéis dado con la clave: el aumento de los problemas afecta a los jóvenes. Y cada vez hay muchos más problemas enquistados. Se ha puesto encima de la mesa ahora mismo el tema de la lista de espera, y se ha nombrado a Madrid. El problema es que, cuando metemos la política, cuando metemos las ideologías, no reconocemos que los problemas también se están generando en otras comunidades, no solamente en la Comunidad de Madrid porque gobierna Ayuso. También en la Comunidad Valenciana, donde gobierna actualmente Mazón —y antes el señor Ximo Puig—, había y sigue habiendo problemas de lista de espera. Es algo general actualmente en España. Si realmente queremos reconocer todos los problemas, tenemos que apartar la política y centrarnos en esos datos y en saber por qué hemos llegado hasta aquí.

Durante más de cuarenta años de democracia el partido dominante ha sido el Partido Socialista, un partido de izquierdas, un partido llamado progresista, y los españoles, no solamente los jóvenes, cada vez más tienen que recurrir a pastillas para poder dormir o tienen problemas para acceder a una vivienda porque no se construye suficiente vivienda. Hemos tenido una deconstrucción social, hemos pasado de la estabilidad que teníamos en los ochenta a un cambio cultural. Yo os invito a que escuchéis a nuestro portavoz de Vivienda, uno de los diputados más jóvenes de esta Cámara, porque habla de los problemas que tenemos en vivienda actualmente y da una clave muy importante. Cita que hemos pasado de la cultura de la propiedad a la cultura de la suscripción, de fomentar la adquisición de una vivienda al *coliving*. El *coliving* se ha fomentado, sobre todo, por los partidos progresistas como una solución habitacional. Se empujaba a nuestros jóvenes a compartir vivienda. Y se practica ahora ese *coliving*, y vosotros mismos habéis relatado los problemas que tenéis de intimidad, de independencia... Es un círculo vicioso.

Ha relatado también usted el problema del trabajo. Actualmente tenemos a una ministra de SUMAR.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 33

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Le queda un minuto.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Voy terminando, señor presidente.

Estáis empujados a tener trabajos precarios y a tener más puestos de trabajo, y encima esos trabajos ni siquiera llegan muchas veces para cubrir el alquiler, lo que provoca lo que estáis relatando.

Yo sé que chocamos ideológicamente, pero vosotros pensad que, si seguimos haciendo lo mismo, si no se rompe la rueda del bipartidismo, si no se dejan de hacer las mismas políticas, se construye vivienda y se da una solución, nuestros jóvenes se tienen que marchar fuera. Todos los años más de 150 000 jóvenes se tienen que marchar fuera. Hay cantidad de jóvenes que terminan sus estudios y luego ven que no pueden realizar sus sueños, porque se les ha engañado, se les ha mentado. Nuestros jóvenes están preparados, son fuertes y tienen capacidad para cambiar las cosas, pero solamente tendrán esa capacidad si se quitan de encima a aquellos que nos han estado empujando una y otra vez hacia el precipicio. Lo han demostrado ustedes en la gráfica: desde 2017 para abajo. Veníamos de la crisis de Zapatero y de las políticas de Rajoy y ha continuado con Pedro Sánchez. Llevamos siete años de Gobierno progresista y no ha cambiado nada, va todo a peor.

Solamente quiero apelar a su conciencia para que hagan ese acto de reivindicación que todos los jóvenes hemos hecho y digan: Basta, hay que cambiar. Si no se conciencian, no vamos a cambiar nada. Porque ustedes están aquí no solo para poner sobre la mesa la problemática, sino también, como miembros del Consejo de la Juventud, para reivindicar. Y si el que me está creando los problemas es mi aliado o tiene similitudes conmigo, hay que decirselo claramente: No estáis solucionando los problemas de los jóvenes, no estáis solucionando un problema que nos está condenando al precipicio. Vosotros lo habéis dicho: aumento de suicidios, aumento de problemas de salud mental...

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

El señor **GARCÍA GÓMEZ**: La principal causa de muerte no natural de nuestros jóvenes es el suicidio, y es muy grave que un joven decida quitarse la vida porque el Estado, el sistema, no ha sido capaz de estar a su lado.

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

El señor **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Grupo Socialista.

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

Quiero felicitar al Consejo de la Juventud y a Oxfam Intermón, a Alejandro y Andrea, por este informe y empezar con una reflexión. Este informe lo trae aquí el Consejo de la Juventud, un consejo que está amenazado siempre por la derecha. En la Comunidad de Madrid la derecha ha cerrado el Consejo de la Juventud. Por otra parte, en el momento en el que estamos, con guerras a las puertas de Europa y con una situación de incertidumbre en cuanto a seguridad, anteayer la Comisión Europea recetó un kit de supervivencia, y también quiero hacer una reflexión respecto a esto: el mejor kit de supervivencia en España es no votar a la derecha, no votar al Partido Popular ni a VOX. Ese kit permite que haya consejos de la Juventud y organizaciones del tercer sector, organizaciones no gubernamentales, que ayuden a hacer un diagnóstico de los problemas que hay hoy en día.

Y cuando hablamos de los problemas que hay hoy en día, quiero hacer un viaje al pasado, pero no a ese pasado de la dictadura, del largo silencio, en el que VOX y el Partido Popular se sienten tan cómodos, sino al pasado de 1970, en que había unos indicadores que realmente nos aterraban. En 1970 había 11 000 mujeres que estudiaban en la universidad y ahora, en 2025, más de 1,5 millones de mujeres estudian en la universidad. En 1970 la tasa de analfabetismo era del 9% y ahora, en 2025, esa tasa es del 1%. Hablemos de pobreza, de derechos del colectivo LGTBIQ+ y demás derechos sociales, que han ido avanzando gracias a que había colectivos asociados que identificaban la realidad y ponían soluciones encima de la mesa. Hablemos de becas. Ahora mismo en España uno de cada tres estudiantes está becado, mientras que en las comunidades autónomas donde gobierna la derecha y el Partido Popular se recortan becas y se privatizan universidades. Hablemos de empleo y de la reforma laboral, esa a la que votaron no la derecha y la extrema derecha, que ha generado más puestos de trabajo que nunca y ha hecho que en la serie histórica, en los menores de 25 años, haya récord de empleo. Hablemos también

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 34

de cultura, de cómo esos ayuntamientos y esos Gobiernos donde está la derecha y la extrema derecha recortan en cultura y censuran libros mientras que nosotros implantamos el bono cultural joven. Y hablemos de vivienda, porque el 70% de la desigualdad de este país se explica por la vivienda. Ese problema ya existía cuando nosotros llegamos y ahora mismo lo estamos solucionando con una ley de vivienda que —sorpresa— tampoco están aplicando la derecha ni la extrema derecha en sus comunidades y que hace que los precios bajen entre un 5 y un 3% en lugares como Cataluña, donde la ley está en marcha.

Después de este diagnóstico, hablemos en serio, veamos qué se está haciendo desde los Gobiernos progresistas, también en transporte. El Gobierno de España ha aprobado un fondo para que el transporte sea gratuito para los menores de 15 años, pero los Gobiernos del Partido Popular y de la derecha lo asumen como propio. Las cosas no surgen por casualidad. Los derechos no surgen por casualidad; surgen porque hay ideas, partidos y formaciones que ven que un código postal determina tu vida y hacen políticas para generar impulsores de la igualdad, porque la igualdad es lo que nos mueve y contra ella atentan la derecha y la extrema derecha. Por eso estos informes son importantes, porque lo material afecta a la salud mental. Lo material afecta a cómo somos y a cómo nos definimos.

Antes de hacer la pregunta, quiero terminar hablando de si es positivo para la salud mental el lodazal en el que el Partido Popular y VOX convierten los Parlamentos, como, por ejemplo, ayer en mi tierra, donde en les Corts Valencianes llamaron perras a Diana Morant y a Pilar Bernabé, a la próxima presidenta de la Generalitat valenciana y a la delegada del Gobierno. ¿Por qué no intentamos hacer un ejercicio de contención para evitar que esos problemas de mala educación se trasladen al conjunto de la política y que haya más jóvenes desesperanzados con la política? Porque eso también afecta a la salud mental.

Y acabo con la pregunta que quiero realizar: ¿sería necesario, a vuestro parecer, una mayor pedagogía en los centros educativos en relación con las cuestiones democráticas? La democracia no es regalada, no aparece de la nada. Lo he dicho antes, cuando defendemos la igualdad para que un voto valga más que un *like* o un tuit, para que un parlamento valga más que una criptomoneda, lo que estamos haciendo es defender la igualdad en mayúsculas. Por eso os pido aquí, y también a todos los jóvenes que nos estén escuchando, que estén escuchando estos informes, que hagamos una revolución democrática para parar a aquellos que nos quieren quitar todos los derechos que hemos adquirido.

Gracias.

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

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Muchas gracias, presidente.
Señorías, buenas tardes.

Primero, quiero decirle a la señoría del Grupo Socialista que me ha conmovido científicamente. Cuando quiera, puede traer aquí el estudio científico que relaciona el sentido del voto y la salud mental. Yo estoy deseando leerlo y podemos debatirlo cuando quiera.

Por otra parte, quiero agradecerles la elaboración de este informe y su presencia hoy aquí, porque sin duda contribuye a visibilizar una realidad preocupante: el incremento de los problemas de salud mental en los jóvenes y su vínculo estrecho con las desigualdades estructurales.

Compartimos la preocupación por la salud mental juvenil. Nosotros entendemos que es necesario abordar este fenómeno desde un enfoque integral, que combine políticas sanitarias, educativas, sociales y laborales con soluciones que sean realistas y sostenibles, y para eso es imprescindible reforzar el Sistema Nacional de Salud, pero también impulsar políticas activas de empleo juvenil, la mejora del acceso a la vivienda y la reducción burocrática en salud mental.

Después de leer el informe y de escucharlos, tengo muchas preguntas, pero voy a intentar plantearles las principales. En primer lugar, quería preguntarles si consideran que el informe valora suficientemente los factores biológicos y familiares o se ha centrado exclusivamente en los determinantes estructurales. No quiero decir que el informe se posicione en un sentido u otro, pero quería consultarles al respeto porque no me ha quedado claro.

Por otra parte, ¿qué peso atribuyen al aumento de la conciencia social sobre la salud mental como factor en el incremento de los diagnósticos?

A modo de curiosidad, en la elaboración de las encuestas y del informe, ¿qué grado de implicación han encontrado por parte de las instituciones públicas? ¿Y qué grado de colaboración han tenido con las Administraciones autonómicas para realizarlo?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 35

Desde su punto de vista, me gustaría saber qué papel atribuyen a la familia y a la comunidad educativa en la prevención y detección temprana del malestar psicoemocional. Y también me gustaría saber qué papel pueden y deben jugar las organizaciones juveniles, los centros educativos y la familia en la respuesta.

¿Cómo evalúan la percepción social del malestar emocional juvenil y la estigmatización? Hay un tema que nos preocupa especialmente, la brecha existente entre el entorno urbano y el rural en la percepción del malestar y la ansiedad juvenil, y nos gustaría saber, desde su punto de vista, qué papel juega cada uno de estos entornos en la percepción.

El informe reclama garantizar el derecho a la salud mental en condiciones de equidad. Pues bien, se encuentran en la Subcomisión de Salud Mental —el Legislativo— y yo les pregunto: ¿cuáles son las medidas normativas que proponen en este sentido? ¿Y qué papel creen que debería jugar la educación emocional en el sistema educativo para prevenir los problemas de salud mental juvenil?

Y por ahora me quedo aquí. Muchas gracias.

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

Para dar respuesta a todas estas preguntas en un tiempo muy breve (**risas**) y cerrar el debate, tienen la palabra los comparecientes.

El señor **GARCÍA-GIL BERBERÍA** (responsable de políticas de protección social y empleo de Oxfam Intermón): Bueno, es una pena que el debate sosegado que ha habido en la anterior comparecencia se haya roto y haya tensionado un poco el clima. Yo voy a intentar dar respuesta a algunas de las preguntas de la diputada del Grupo Popular, pero creo que podemos quedar emplazados a tener una reunión con vuestros portavoces de Sanidad para presentaros el informe con más detalle.

Sobre todo, el informe tiene un enfoque de determinantes sociales. Y sí, hay algunas preguntas de la encuesta que realiza el Centro Reina Sofía sobre la situación familiar, o sea, que sí están condicionados. Lo que nosotros hemos hecho a la hora de hacer la explotación de datos es separar solo las variables más sociodemográficas, que eran las que nos interesaban. Es cierto que, como los datos están en abierto y el panel se va actualizando cada dos años, podría intentar hacerse este tipo de análisis y seguro que estaremos interesados en llevar a cabo un análisis similar y también en centrarnos en la parte de la vivienda, que es algo que nos preocupa bastante. Lo que no ha tenido en cuenta, por cómo son las características del estudio, son los factores biológicos, así que ahí no puedo decirte

Uno de los debates que hemos tenido es que pueda haber un sesgo por la concienciación y que se ponga sobre la mesa el tema de la salud mental —que ya no sea tabú hace que se hable más—, pero eso no quiere decir que los problemas de salud mental sean falsos. Igual que la concienciación sobre violencia de género depara más denuncias, porque una es consciente de que sufre violencia, lo mismo sucede con los problemas de salud mental. Algo que nos llamó la atención en relación con la colaboración con las Administraciones es que en la base de datos del Ministerio de Sanidad sobre consultas de salud mental en atención primaria el incremento desde 2011, que es el corte que hicimos en el análisis, es notable en todos los segmentos de edad, desde la infancia hasta los mayores de 65 años, aunque es cierto que en los mayores de 65 años, debido a los problemas cognitivos que avanzan con la edad, se distorsiona un poco la estadística. Pero que haya un sesgo de tener más visibilidad hace que haya más personas preocupadas por su salud mental, lo cual tampoco es malo.

Y por acabar con la parte del rol de las escuelas, justo el informe peca en que es una encuesta a más de mil personas entre 15 y 29 años, de manera que el rol que deberían tener los centros educativos, al menos de educación obligatoria, desaparece, porque la mayoría de los encuestados tienen 16 o más años, la mayoría 18 o más, así que ya han salido del circuito educativo. Lo que sí vemos es que hay una mayor prevalencia de problemas de trastornos y de ideación suicida entre aquellas personas que estudian. La gente que estudia está mejor que la gente que trabaja o que la gente que estudia y trabaja o que la gente que está en paro. Puede ser porque, en el fondo, las escuelas para una gran mayoría de la población son un espacio de socialización donde pueden compartir sus problemas —están entre iguales en el caso de la adolescencia—, pero es cierto que no hay una mayor prevalencia en el rango de edad que nosotras observamos, porque no se limita a la gente que está en educación obligatoria. Entonces, no podemos avanzar mucho más.

Por redondear y ya dar paso a Andrea para que responda al resto de preguntas, solo quiero decir que, desde nuestro punto de vista, la solución holística pasa por ofrecer un horizonte de esperanza a las personas jóvenes; un horizonte donde puedan pensar que van a tener un trabajo y se puedan imaginar

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 36

con una casa, porque al final es esa frustración la que se enquistaba y la que deriva en los problemas psicosociales de los que estamos hablando. En ese sentido, son importantes las medidas encaminadas a profundizar en el desarrollo del estado del bienestar, como la reforma del ingreso mínimo vital, que las comunidades autónomas implementen los recursos liberados del IMV en sus rentas garantizadas para llegar a los colectivos más vulnerables y acabar con la situación de pobreza, pero también colaborar en materia de empleo para que no haya ni sobrecualificación, que sufren prácticamente el 40% de las personas jóvenes, ni abandono escolar temprano, porque el mercado laboral español ofrece a las personas jóvenes esas dos salidas: o abandonar pronto los estudios y entonces tener un mal empleo, o estudiar muchísimo y aun así tener un mal empleo. Creemos, pues, que ofrecer ese horizonte de esperanza, donde vivir no sea una tragedia, sino que levantarse cada mañana e ir a trabajar se vea como algo esperanzador, es la mejor forma a medio y largo plazo de dar solución a esta crisis de salud mental.

La señora **PRESIDENTA DEL CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA** (González Henry): Por complementar un poco —también brevemente, porque ya sé que estamos pasándonos mucho—, quiero comentarles varias cosas. En cuanto al plan nacional para la prevención del suicidio, nosotras, por supuesto, estamos abiertas a colaborar y a trabajar con el Ministerio de Sanidad. Podríamos hablar mucho sobre ello, pero creo que la idea más importante es que si es un plan para las personas jóvenes, es imprescindible que las personas jóvenes estén en el proceso; si no, muchas veces lo que pasa es que políticas públicas que van dirigidas a las personas jóvenes al final no llegan, porque no nos comunicamos de la misma manera, porque una persona mayor no tiene en cuenta ciertas cosas que quizá si tiene una persona joven, etcétera. Entonces, para no entrar en detalle de contenido, creo que una de las cosas fundamentales para que cualquier política pública que vaya dirigida a las personas jóvenes funcione es que haya habido personas jóvenes en el proceso de elaboración, y muchas veces sabemos que es muy difícil porque las personas jóvenes en espacios como esta Cámara no están tan representadas como otros grupos de edad. Eso es superimportante.

En cuanto al entorno educativo —ha habido dos preguntas sobre ello—, nosotras creemos que es imprescindible. El trabajo con familias y profesorado es imprescindible; es uno de los grandes colectivos que, evidentemente, puede ayudar a mejorar todo esto. En muchos casos, desde la adolescencia se empiezan a notar ya ciertos comportamientos, ciertas actitudes, y es el mejor sitio para tener juntas a todas las personas, que ahora son niños o niñas, pero que van a ser jóvenes, para poder trabajar con ellas ciertas dinámicas o ciertos espacios. Entonces, creo que es superinteresante también explorar de qué manera incluir al profesorado y a las familias en todo esto, porque, por supuesto, y sobre todo las familias, tienen un papel fundamental.

Tengo apuntadas muchas cosas. Sobre la juventud rural, que también se ha comentado —quizá en otro momento podamos ampliarlo mucho más—, nosotras trabajamos con los consejos de Juventud autonómicos, en las comunidades autónomas en los que existen, y, por ejemplo, cuando hacemos todo este trabajo de llevar lo estatal a lo autonómico, evidentemente, en las comunidades autónomas con una presencia de jóvenes rurales las medidas y las propuestas son significativamente diferentes. Y sí que vemos cómo, efectivamente, las personas jóvenes rurales sufren todavía mucho más esto de lo que estamos hablando: vivir en unos espacios en los que no están comunicados la mayoría de las veces entre ellos; no tener ningún tipo de ocio ni ningún tipo de oferta cultural; tener que ir sí o sí fuera de casa a estudiar, con el gasto que eso conlleva. Quizá otras personas que viven en las grandes ciudades tienen la suerte de poder estudiar lo que quieren en su comunidad autónoma, pero las personas jóvenes rurales o de la España vaciada seguro —casi seguro— que no van a tener esa oportunidad.

Por todas las preguntas que ha hecho sobre todo el Grupo Popular, estaremos encantadas de vernos juntas, de desglosar un poco más algunas cosas y de darnos ese *feedback* conjunto. Si me lo permitís, para terminar, el debate está abierto y nosotras necesitamos dialogar con todos los partidos políticos, por supuesto, y que nos hagan propuestas. Nosotras hemos venido aquí a expresar una realidad y un diagnóstico que hemos realizado de manera estatal, lo que no quita que, por supuesto, haya particularidades en todas las comunidades autónomas. Os necesitamos a todas y a todos y os animamos, de verdad, a construir conjuntamente. Quizá haya acuerdo en parte del diagnóstico del problema, pero realmente falta poner este acuerdo en la solución. El Consejo de la Juventud de España es una organización que está formada por más de cincuenta entidades de todo tipo de ideologías, que representa a todo tipo de colectivos de personas jóvenes, y estaremos más que dispuestas a trabajar con todas vosotras, porque al final nuestro objetivo es el mismo: mejorar la realidad y la calidad de vida de las

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 37

personas jóvenes. Así que, si se nos ha quedado alguna cosa, como nos tendréis ahora por aquí, pues encantadísimas de seguir trabajando y colaborando.

Gracias.

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

Pues les despedimos y agradecemos la comparecencia de doña Andrea y de don Alejandro.

La señora **PRESIDENTA DEL CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA** (González Henry): Muchas gracias.

El señor **GARCÍA-GIL BERBERÍA** (responsable de políticas de protección social y empleo de Oxfam Intermón): Gracias a vosotros.

— DEL SEÑOR GIL SALMERÓN, INVESTIGADOR SÉNIOR DE LA INTERNATIONAL FOUNDATION FOR INTEGRATED CARE, IFIC. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000314).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Sin más, damos la bienvenida a don Alejandro Gil Salmerón, investigador sénior de la International Foundation for Integrated Care, IFIC.

Y damos la bienvenida al presidente también, al auténtico. **(Risas.—El señor presidente ocupa la Presidencia).**

El señor **GIL SALMERÓN** (investigador sénior de la International Foundation for Integrated Care, IFIC): Buenas tardes a todos y a todas.

Es un placer estar aquí con ustedes para hablar de un tema fundamental: la atención integrada en salud mental. Me presento, soy Alejandro Gil Salmerón, investigador sénior de la International Foundation for Integrated Care, IFIC. **(Apoya su intervención en una presentación digital).** Nuestra organización trabaja para mejorar la coordinación y la efectividad de los sistemas de salud y cuidados a nivel global, promoviendo modelos de atención que responden de manera real y sostenible a las necesidades de las personas y las comunidades. Y hoy, gracias a la invitación, me gustaría que reflexionásemos juntos sobre cómo podemos transformar la salud mental desde un enfoque integrado, sobre cómo podemos garantizar que cada persona reciba la atención adecuada en el momento y en el lugar adecuados.

La salud mental es un pilar clave del bienestar, pero durante décadas ha sido relegada a un segundo plano en los sistemas de salud. Como se ha mencionado anteriormente, en las sesiones en las que he podido estar presente, en los últimos años la incidencia de trastornos mentales ha crecido significativamente no solo en España, sino también a nivel europeo. La pandemia de COVID-19 ha acelerado esta tendencia, dejando en evidencia las carencias en la atención. Además, muchas veces las personas que sufren problemas mentales graves pasan de un médico de cabecera, de un especialista a otro sin una coordinación efectiva. Esto genera pérdidas de información, retrasos en el tratamiento y falta de continuidad en la atención. Asimismo, vemos que existen largos tiempos de espera, falta de profesionales especializados en la primera línea de atención y desigualdades territoriales en la disponibilidad de servicios.

Ante este panorama, ¿qué es la atención integrada?, ¿qué es esta respuesta? La atención integrada es un modelo que busca superar la fragmentación del sistema y de los servicios de salud y cuidados a través de la coordinación entre los diferentes niveles y sectores. Aquí me gustaría resaltar tres pilares que creo que serían fundamentales en el desarrollo de cualquier sistema de atención de salud y cuidados. El primero sería la coordinación, que muchas veces damos por hecha, pero si no creamos los espacios para poder materializarlo no se da entre servicios médicos, sociales y comunitarios. También hablamos de continuidad en el tratamiento, porque muchas veces encontramos interrupciones en muchos tratamientos y en seguimientos. Y, por último, y no menos importante, el enfoque centrado en la persona. Oímos hablar de humanización, oímos hablar de otros muchos paradigmas, pero todo se traduce en que la persona tiene que estar en el centro de cualquier política, programa o servicio, no solo en la enfermedad o no centrado en el profesional.

Imaginémonos a una persona con depresión severa que actualmente pueda ser atendida por su médico de atención primaria, referida a atención psiquiátrica, con meses de espera, y después recibir un apoyo social por parte de sus familias y cuidadores. En un modelo de atención integrada, todos estos profesionales y cuidadores trabajarían juntos, asegurando un plan de atención coherente y sin interrupciones. En España ya se han dado pasos hacia la atención integrada, esto no es algo nuevo. En

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 38

nuestro país ya hay varias iniciativas en varias comunidades autónomas que han demostrado ser exitosas. Hay programas que buscan coordinar la atención primaria con la salud mental y los servicios sociales y comunitarios, pero aún falta mucho por hacer. Hay desigualdades territoriales, falta de integración tecnológica y resistencia al cambio en algunas estructuras. En algunas regiones, por ejemplo, se están implementando modelos de atención colaborativa donde médicos de familia y psicólogos clínicos trabajan juntos; sin embargo, estos modelos no están generalizados y se enfrentan a diferentes dificultades en su implementación.

Aquí podemos ver el ejemplo de una persona con enfermedad mental —nos daría igual el diagnóstico— y con morbilidades físicas, que muchas veces se relacionan con la enfermedad mental severa. De media, una persona con un diagnóstico de este tipo se puede estar relacionando, como mínimo, con ocho o diez proveedores diferentes de servicios, tanto de atención primaria de salud como de servicios sociales o de organizaciones del tercer sector, sin destacar, por ejemplo, si requiere de un refuerzo por la parte laboral, como con los compañeros que han presentado anteriormente. Estaríamos hablando de una red de cuidados profesionales y de servicios que están trabajando cada uno en su silo, en su área de intervención, y esto puede derivar en una falta de integración de la información sobre el caso de forma completa y holística y en un riesgo de duplicación de los esfuerzos porque estén trabajando de forma descoordinada en los tratamientos y en los cuidados previstos.

Ahora veamos las etapas clave en el recorrido de un paciente dentro de lo que sería el sistema de salud mental y las principales necesidades insatisfechas en cada una de ellas. Podemos ver que, en el área de prevención, la primera etapa, que es clave para evitar el desarrollo de problemas graves de salud mental, también enfrentamos problemas e incluso accesos a programas preventivos. Muchos sistemas de salud todavía van a priorizar el tratamiento sobre la prevención, lo que va a dejar a muchas personas sin herramientas para gestionar su bienestar mental. Además, otro factor que hemos mencionado bastantes veces en esta Cámara sería el estigma asociado a la salud mental —aún persisten prejuicios que dificultan que las personas busquen ayuda a tiempo— y, asimismo, el déficit de información sobre salud mental.

Pasaríamos después a la detección temprana y al diagnóstico, en el cual ya podemos contemplar señales de alerta. Aquí la detección temprana va a ser fundamental; sin embargo, volvemos a destacar problemas, como largos tiempos de espera y falta de profesionales capacitados en muchos lugares, lo que va a limitar el acceso a la atención adecuada. Y, por último, un diagnóstico tardío, ya que muchas veces el diagnóstico en salud mental para obtener el diagnóstico correcto se retrasa mucho, lo que retrasa el inicio de un tratamiento adecuado.

Por último, en la parte de seguimiento y manejo a largo plazo, rehabilitación y reintegración encontramos que hay poca integración de los servicios de salud mental, dados los distintos niveles de atención y la mala conexión entre ellos. El débil apoyo social y familiar que muchas de estas personas puedan encontrar. El acceso limitado a servicios comunitarios de cercanía a nivel general. La descoordinación entre los profesionales y los servicios, que en muchos casos no tienen los canales para poder mantener una comunicación fluida entre médicos de familia, psiquiatras, trabajadores sociales y otros profesionales. También el débil apoyo en la transición entre niveles de atención, donde muchas personas tampoco tienen el seguimiento adecuado, lo que facilita que puedan recaer fácilmente; y una desconexión entre los diferentes niveles del sistema de salud, faltando un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo.

En general, los que me gustaría resaltar como problemas de la fragmentación en la salud mental serían: la desconexión —la salud mental sigue separada de la salud general—; el sistema en paralelo que se ha creado; el bastión de la salud mental, lo que también genera más burocracia y menos eficacia; un mayor gasto, ya que se usan más recursos sin mejorar los resultados en salud mental; el riesgo para el propio paciente —la persona—, con diagnósticos tardíos y falta de continuidad; una peor adherencia, ya que hay una falta de seguimiento y, por ende, los tratamientos suelen llevarse peor y conducen al fracaso, y también el tema de la desigualdad, ya que acceder a la salud mental depende más de dónde vives.

¿Qué recomendaciones haríamos desde la atención integrada para avanzar en un modelo más efectivo? En primer lugar, en lo referente a la persona, fomentar la educación sobre salud mental; escuchar a los pacientes en el diseño de los servicios —esto sería vital—; reforzar la atención a los cuidadores familiares, ya que también juegan un papel clave para ganar adherencia en los tratamientos, no solamente los relacionados con salud mental, sino también con los referentes a otras comorbilidades. En segundo lugar, en el ámbito de los servicios, garantizar la continuidad asistencial entre diferentes unidades, mejorar la coordinación interdisciplinaria y también asegurar el apoyo psicosocial, no solamente el farmacológico.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 39

En tercer lugar, en cuanto al sistema —y resaltando un poco el carácter que podemos tener en esta comisión—, promover el intercambio de buenas prácticas entre comunidades autónomas, ya que están funcionando; integrar los sistemas de salud y de servicios sociales a través de herramientas tecnológicas y crear equipos de atención interdisciplinar.

Estamos en un momento clave para transformar la salud mental. La atención integrada no solo es una teoría, es una realidad que podemos construir si trabajamos juntos profesionales, instituciones y la sociedad en su conjunto. Es hora de pasar de un modelo fragmentado a un enfoque colaborativo y centrado en la persona.

Finalmente, como reflexión me gustaría lanzarles la siguiente pregunta: ¿qué pueden hacer para contribuir desde su ámbito de trabajo para hacer de la atención integrada una realidad? Si logramos esta verdadera integración, no solo mejoraremos los resultados clínicos, sino que también hablaremos de un cambio en las vidas de las personas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por su exposición.
Comenzamos con SUMAR.

La señora **RECAS MATÍN**: Buenas tardes.

Muchísimas gracias, ha sido muy interesante. Yo soy una forofa del modelo integrado y, además hay que decirlo, está muy de moda ahora, está muy en boca de todo el mundo. Hay prácticas nacionales e internacionales muy interesantes con el modelo integrado, que es ir más allá de esa coordinación sociosanitaria o de esa continuidad de cuidados. Cuando tuve la oportunidad de estar de asesora en el Ministerio de Sanidad —hasta hace cuatro meses— se estaba trabajando con Irlanda, que es uno de los ejemplos sobre cómo hacer este modelo integrado en el que se pone a la persona en el centro para que sea el sistema el que se mueve y no sea la persona la que tenga que ir a todos lados con todos los profesionales, como bien explicabas, para que tenga los mejores resultados en salud posibles. Incluso, SUMAR ha registrado una proposición no de ley para que hablemos en la Comisión de Sanidad sobre esta propuesta de modelo integrado.

Quería hacerle simplemente dos preguntas. Una, legislativamente hablando, ¿qué pensáis en IFIC que se podría hacer para favorecer este modelo integrado? Poniendo ejemplos como probablemente sean Cataluña o Irlanda, ¿qué buena práctica, legislativamente hablando, habéis encontrado que podamos nosotros tomar como ejemplo? Y mi segunda pregunta está muy relacionada con las buenas prácticas en salud mental. ¿Qué ejemplo pondrías de modelo integrado de salud mental que podamos estudiar como buenas prácticas y llevar a cabo con evidencias?

Muchísimas gracias.

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

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

Quiero agradecer al compareciente su presencia en esta Subcomisión de Salud Mental.

La verdad es que le he escuchado atentamente y tengo dos preguntas que hacerle para saber si, según su visión y sus aproximaciones, tienen o no influencia. En primer lugar, en lo referente al modelo territorial, a las comunidades autónomas, si usted cree que el modelo territorial actual en España y la existencia de diferentes comunidades autónomas, con sus respectivas competencias y modelos, es un hándicap precisamente para poder implementar ese sistema integrado del que usted habla. Porque, en definitiva, siempre habrá ganadores y perdedores en función de cuál sea su región. Y, luego, ¿quién valoraría cuál y cómo es el modelo a seguir o no, en su caso? Cuáles serían un poco los criterios de evaluación sobre cuál es el modelo a seguir y la manera de implementarlo en el resto de las regiones, teniendo en cuenta que son competencias transferidas y pertenecientes a esos Gobiernos. Y, en segundo lugar, si tiene alguna estimación a nivel de personal sobre si realmente el modelo integrado implica una reorganización con los recursos existentes, o sea, si sería viable de alguna manera esta reorganización con los recursos existentes o si conllevaría una dotación adicional de recursos enfocados exclusivamente en esta reorganización integrada.

Muchísimas gracias.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 40

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

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

Realmente es muy interesante que la academia universitaria y sus grupos de investigación se acerquen a esta comisión para recordarnos la importancia precisamente de poner al paciente y a la persona en el centro de la atención sanitaria. En España tenemos ejemplos de esas aproximaciones y de la necesidad de coordinación desde el Plan de Humanización que puso en marcha en los años noventa la asistencia sanitaria de entonces —que no era el Sistema Nacional de Salud— para intentar la humanización hospitalaria y descentralizada en atención primaria. He visto como la red IFIC se ha ido extendiendo no solamente en los países europeos, sino también en Australia y en Latinoamérica. Por lo tanto, bienvenida sea la academia aquí, al Congreso de los Diputados y diputadas, para informarnos de que ese es el modelo a seguir. Otra cuestión son las dificultades que luego cada región particular —hablo de países— pueda tener para llevarlo a cabo y aplicarlo.

También me gustaría conocer algunas de las conclusiones que hayan resuelto en los últimos congresos. No hace mucho se hizo uno en Barcelona y creo que sería muy interesante para esta comisión tener alguna de esas conclusiones y observaciones que nos pueda comentar en ese enlace tan importante de academia, investigación y acción.

Muchas gracias.

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

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

Lo primero que quiero hacer es agradecer su presencia. Que haya querido venir hoy aquí es un lujo, lo es contar en la subcomisión con ponentes que han aportado tanto a la investigación aplicada a las políticas sociales.

A nuestro grupo le interesa particularmente el enfoque interdisciplinar en el que confluyen las ciencias sociales, la salud pública, la economía del bienestar y el análisis de datos. En este sentido, le voy a formular tres cuestiones. ¿En qué medida cree que las políticas de salud mental en España están actualmente sustentadas en modelos de evaluación de impacto robustos? Le quería preguntar si tienen experiencias concretas en modelos de coste efectivo o en sistemas de monitorización de resultados en salud mental. Con respecto a los modelos urbanos y a la salud mental, según su experiencia científica, ¿conoce indicadores ambientales o sociales que se puedan considerar más predictivos de riesgo en salud mental? Por último, teniendo en cuenta su trabajo con colectivos en riesgo de exclusión —personas mayores, migrantes o jóvenes en situación de vulnerabilidad—, ¿qué elementos clave han identificado para el diseño de programas preventivos y eficaces en la salud mental dirigidos a estos grupos concretos?

Le agradezco de antemano sus aportaciones, porque para nosotros es muy importante avanzar en la diversidad territorial y social.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.
Su turno.

El señor **GIL SALMERÓN** (investigador sénior de la International Foundation for Integrated Care, IFIC): Muchísimas gracias a todos ustedes por el interés. Voy a tratar de responder a todas las preguntas y no dejarme ninguna.

¿Qué se puede hacer legislativamente, confluyendo hacia lo que sería el principio de la atención integrada? Crear una visión común que pueda hacer ese camino para que luego servicios, organizaciones y profesionales puedan confluir al tener los espacios, los canales y los medios disponibles para crear esa atención integrada.

¿Buenas prácticas del modelo de atención integrada en salud mental? Tenemos. Venimos de una trayectoria de desinstitucionalización, las personas estaban en centros psiquiátricos y ahora ya están en la comunidad. En esta transición hemos dejado la puerta abierta para ver qué hay en la comunidad para estas personas. En muchas comunidades autónomas y en otros países hay buenas prácticas de trabajo y seguimiento. Una práctica de la que soy consciente es que, en Valencia, gracias a la ley de servicios sociales, se trabaja desde los municipios. Este es un servicio existente hoy en día en el cual las personas,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 300

27 de marzo de 2025

Pág. 41

por ejemplo, con trastorno límite de la personalidad tienen acceso a recursos locales, que es una forma de trabajar y de mantenerlas funcionales. Esta es una buena práctica que podría ser extrapolada a esa integración entre lo local, lo comunitario y lo sanitario para mantener el bienestar.

En cuanto al modelo territorial entre las diferentes comunidades autónomas, no soy doctor en Ciencias Políticas y no sé cuál es el mejor modelo de organización territorial. Por lo menos tengo la oportunidad de trabajar en un contexto europeo en el cual aprendemos y valoramos la riqueza de cada comunidad y esto nos permite seguir avanzando. Siempre habrá algunas que estarán menos desarrolladas en algún aspecto. Por ejemplo, herramientas de evaluación de sistemas de salud y de cuidados como la herramienta Siroco —una herramienta que también ha sido desarrollada gracias a financiación europea— nos permiten evaluar las diferentes dimensiones de la madurez de los sistemas, y es un proceso de aprendizaje conjunto.

Respecto a mi estimación personal sobre si debería hacerse una reorganización del sistema o qué debería hacerse, aquí, en la Comunidad de Madrid, hemos tenido experiencia, también a través de financiación europea, de un proyecto de investigación, Horizonte 2020, en el cual hemos trabajado con la consejería relacionada con servicios sociales y con el SERMAS, desarrollando un modelo de trabajo que se llama *mix* de habilidades, en el cual hemos entrenado a profesionales existentes en el sistema, que funcionaban como navegadores de cuidados en la prevención del cáncer en personas en situación de sinhogarismo. Muchas personas que viven experiencias de sinhogarismo también sufren condiciones de salud mental y hemos ayudado, hemos facilitado, que accedieran a programas de cribado gracias a esta iniciativa financiada por la Comisión Europea. No hablamos de una reestructuración total de los sistemas, sino de una optimización de lo que ya existe, de crear rutas que faciliten la integración y, sobre todo, de optimizar.

En lo referente al congreso de Barcelona, fue hace unos años. Después, también tuvimos otra experiencia de atención integrada en la conferencia internacional que se hizo en San Sebastián. En abril tendremos otra en Lisboa, estáis invitados. Cada conferencia que hacemos tiene un elemento, este año lo relacionamos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y cómo la atención integrada trabaja en línea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3, que es el de Salud, pero también cómo colaboramos, por ejemplo, con el impacto en la sostenibilidad, prácticas verdes, el cambio climático y cómo muchas veces la reducción de visitas al médico también tiene un impacto en el CO₂.

Sobre en qué medida estamos relacionando nuestros estudios con coste-efectividad, por ejemplo, en salud mental, hoy en día no tengo en mi experiencia, en mi currículum ninguna publicación de coste-efectividad en salud mental, pero sí tuve la oportunidad de trabajar con investigadores de la Universidad de Oxford en un metaanálisis, que es una revisión bibliográfica en la cual se reúnen diferentes publicaciones con base en unos criterios. Vimos que, dependiendo de qué tipo de atención integrada se trate, podía tener más o menos coste-efectividad o solo efecto o mayor efectividad. También es verdad que los estudios se crean en un ambiente predeterminado, en el cual no se calcula a lo mejor el coste de inversión, cuánto va a suponer mantenerlo, pero sí sabemos la línea en la que van todos los estudios gracias a este metaanálisis, que es que casi todas las intervenciones van hacia el camino del coste-efectividad.

En cuanto a los elementos ambientales, tampoco es mi área de especialidad, pero es verdad que en el área de la prevención —y si lidiamos con otros factores, porque por formación soy trabajador social— sí podríamos hablar de que muchas veces la privación de recursos lleva a mayores factores de estrés, y el estrés al final también es un factor de riesgo para otras enfermedades de salud mental mucho más graves, sobre todo si ya tienes una inclinación genética más orientada.

Si no me he dejado ninguna pregunta, creo que este sería el final de mi intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Yo creo que todo el mundo está de acuerdo, o por lo menos sonrío. **(Risas)**.

Muchísimas gracias a todos. Muchas gracias al ponente por haber aguantado. Era el último y siempre es la parte más difícil de todas las comparecencias. Muchas gracias a todos por su resiliencia habitual en esta Subcomisión de Salud Mental. Después haremos los análisis a ver cómo sale todo el mundo. Muchísimas gracias y hasta la próxima.

Se levanta la sesión.

Era la una y cuarenta y siete minutos de la tarde.