



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2025

XV LEGISLATURA

Núm. 331

Pág. 1

## SANIDAD

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. AGUSTÍN SANTOS MARAVER**

**Sesión núm. 25**

**celebrada el martes 20 de mayo 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):

- Del presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (Aguilar Santamaría). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000358) ..... 2
- Del jefe del servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora, y profesor titular de Psicopatología y Salud Mental de la Universidad de Salamanca (Franco Martín). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000359) .... 12
- Del director general de la Fundación Intrás (Gómez Conejo). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000360) ..... 21
- De la presidenta de Fundación de Educación para la Salud, Fundadeps, y profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos (Gallardo Pino). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000361) ..... 28
- De la señora García Martín, tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000362) ..... 32
- De la señora López Trencó, miembro de MaravillosaMente y gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000363) ..... 37

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 2

Se abre la sesión a las nueve y treinta y tres minutos de la mañana.

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

— **DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA (AGUILAR SANTAMARÍA). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000358).**

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión.

Muchísimas gracias a todos por estar aquí.

Empezamos por la primera comparencia, la de don Jesús Aguilar Santamaría, presidente del Consejo General de Colegios oficiales de Farmacéuticos de España.

Como tenemos seis comparencias hoy, tenemos que imponer férrea disciplina, de tal manera que haremos una ronda posterior de tres minutos por cada grupo parlamentario y suplicamos al compareciente que no se exceda de los quince minutos de intervención. Con esto, al ataque.

Jesús, tienes la palabra.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA** (Aguilar Santamaría): Gracias, señor presidente.

Señorías, muy buenos días.

Es un honor comparecer ante esta comisión para intervenir en un tema tan crucial y transversal como es mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental, una realidad que, lejos de ser ajena, nos interpela a todos: ciudadanos, profesionales, responsables políticos e instituciones, porque todos, en algún momento de nuestras vidas, podemos vernos afectados de forma directa o indirecta por un problema de esta naturaleza.

Tal y como refleja esta sesión, la salud mental se ha consolidado como uno de los grandes desafíos sanitarios y sociales de nuestro tiempo. Según el último informe del Sistema Nacional de Salud, más de un tercio de la población española experimentará algún problema de salud mental a lo largo de su vida; una cifra que supera el 50 % entre las personas mayores de 75 años y que, según las proyecciones, continuará aumentando en los próximos años. Pero no estamos hablando solo de datos, hablamos del sufrimiento humano, de vidas condicionadas por el silencio, del estigma y la incompreensión, porque, además de los síntomas, muchas personas con trastornos mentales se enfrentan a una doble carga: la de su propia enfermedad y la de una sociedad que no sabe cómo tratar o cómo ayudar. La Organización Mundial de la Salud nos recuerda que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, no únicamente la ausencia de enfermedad; y amplía esta definición al considerar la salud mental como un estado en el que el individuo puede desarrollar sus capacidades, afrontar las tensiones de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. Esta visión integral debe ser la guía de nuestras políticas, estrategias y acciones. En este contexto, el papel del farmacéutico en todas las modalidades de ejercicio profesional, y muy especialmente el de los farmacéuticos comunitarios, de la gran red de oficinas de farmacia de España es hoy más relevante que nunca.

Comparezco como presidente del Consejo General de Colegios oficiales de Farmacéuticos en representación de más de los 80 000 profesionales que en distintas áreas trabajamos cada día por mejorar la salud, la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos. Y lo hacemos desde nuestra competencia esencial: la promoción del buen uso del medicamento y la salud pública, donde juega un papel protagonista la farmacia comunitaria. En España, contamos con más de 22 000 oficinas de farmacia, muchas de ellas en municipios donde somos el único recurso sanitario disponible; de hecho, el 70 % están situadas en las zonas rurales. Esta red capilar permite atender diariamente a 2,3 millones de personas; muchas de ellas presentan necesidades relacionadas con la salud mental, que, a menudo, se manifiestan en una conversación, en una duda sobre la medicación o en una mirada de preocupación. Una cercanía que no solamente es geográfica, sino profundamente humana y nos permite establecer una relación de confianza con los pacientes, detectar señales de alarma, orientar, acompañar y saber cuándo debemos derivar. Nuestra labor no solamente se limita a la dispensación rigurosa de los medicamentos, también incluye una atención integral, que incorpora la dimensión emocional y mental de la salud. Gracias al contacto frecuente y al conocimiento profundo del historial farmacoterapéutico de los pacientes, estamos en una posición

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 3

privilegiada para hacer un seguimiento continuo, detectar problemas de adherencia, identificar interacciones y prevenir el abandono de tratamientos. Se trata de una capacidad que, si se articula de forma sistemática, puede traducirse en un verdadero salto de calidad en la atención a la salud mental, algo de lo que hemos tenido la oportunidad de informar en varias ocasiones, la última este mismo lunes en una reunión con la comisión de Salud Mental y, también, el pasado mes de noviembre ante la ponencia de estudio sobre la salud mental y prevención del suicidio, del Senado.

En el consejo general, somos plenamente conscientes del enorme potencial que ofrece nuestra profesión al abordaje integral de la salud mental y, por ello, en los últimos años hemos impulsado de forma decidida diversas iniciativas, estudios y campañas que buscan activarlo y ponerlo en valor; un trabajo articulado bajo la Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica, que cumple ya su cuarto año y que nace con una clara vocación de servicio público. Esta estrategia actúa como palanca para alinear la labor de los farmacéuticos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, promoviendo la sostenibilidad, la equidad, la atención a la diversidad y la protección de los derechos de las personas más vulnerables; una hoja de ruta que se sustenta en una visión integral de la salud, donde los determinantes sociales y el bienestar emocional ocupan un lugar central.

Enmarcados en dicha estrategia, hemos impulsado diversos informes e investigaciones que nos permiten comprender mejor la realidad de la salud mental desde la perspectiva farmacéutica y social. El primero y más destacado es el estudio que publicamos en el año 2023 sobre la salud mental en España, que ofrece una radiografía completa del estado actual de la salud mental en nuestro país. Este informe explora no solo la prevalencia y las causas de los trastornos mentales, sino también las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de atención y los factores sociales que agravan el sufrimiento psicológico. Este trabajo lo realizamos en colaboración con el Consejo Asesor Social de la Profesión Farmacéutica, un órgano participativo de alto valor estratégico integrado en la gobernanza de nuestra estrategia social. Se trata de un espacio de colaboración entre el consejo general y trece entidades de referencia de la sociedad civil, entre ellas Cáritas Española, la Plataforma de Organización de Pacientes, CERMI, la Fundación ONCE, Imsero, Unicef España o Cruz Roja Española, que aportan su conocimiento, experiencia y una visión plural ante los principales desafíos sociales de nuestro tiempo.

Fruto del análisis y debate en torno al contenido del informe, hemos elaborado también un decálogo de recomendaciones estratégicas para avanzar hacia un modelo más inclusivo, accesible y centrado en la persona. Permítanme destacar tres de ellas. En primer lugar, integrar la salud mental en la atención primaria y comunitaria y promover modelos colaborativos entre profesionales sanitarios y no sanitarios. En segundo lugar, reforzar la formación de todos los profesionales en salud mental y reducir la brecha urbano-rural en términos de recursos y accesibilidad a los servicios. Y, en tercer lugar, y por último, integrar la red de oficinas de farmacia en los procesos asistenciales de salud mental, utilizando nuestro potencial como una red centinela para optimizar el uso de medicamentos, mejorar la adherencia terapéutica y, sobre todo, actuar como el primer punto de contacto para los pacientes que necesiten orientación o apoyo emocional.

A raíz de este trabajo inicial, hemos seguido profundizando en las distintas dimensiones que afectan a la salud mental con la publicación de dos nuevos estudios, también en colaboración con el Consejo Asesor Social. En 2024 —el año pasado—, el informe «Determinantes sociales de la salud, abordaje desde la visión de la sociedad civil» examinó que factores como el entorno geográfico, la edad, el género, el nivel socioeconómico o las relaciones afectivas inciden directamente en la salud física y mental de las personas. Este documento pone de relieve la importancia de adoptar un enfoque comunitario y social en el que las farmacias puedan actuar como observatorio de primera línea para detectar vulnerabilidades y facilitar el acceso a recursos. Y más recientemente, en marzo del año 2025 —este año—, hemos presentado el último estudio: «Abordaje de la soledad, un desafío compartido», que profundiza en una de las realidades más silenciadas, pero más determinantes del sufrimiento emocional contemporáneo: la soledad. El informe analiza su impacto en distintos grupos poblacionales, desde mayores y personas con enfermedades crónicas hasta adolescentes expuestos al aislamiento digital, y propone líneas de acción en las que las oficinas de farmacia pueden jugar un papel proactivo como agentes de acompañamiento, de escucha y de conexión comunitaria.

Pero nuestro compromiso no se detiene aquí. A lo largo de los años, hemos impulsado numerosos proyectos que abordan la salud mental desde un enfoque práctico, cercano y de intervención directa por parte del farmacéutico. Voy a destacar dos de los más recientes por su relevancia y por su alcance. El primero es la campaña «Menos estigma, más estima», que lanzamos en noviembre del año pasado, para combatir el estigma social que aún recae sobre los trastornos mentales y visibilizar el papel del

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 4

farmacéutico como agente clave en la prevención, la detección precoz y el acompañamiento. A través de esta iniciativa, hemos formado a los profesionales de las oficinas de farmacia para identificar signos iniciales de malestar emocional, promover la derivación al especialista cuando sea necesario y ofrecer herramientas de educación sanitaria y autocuidado. En esta misma línea y como desarrollo práctico de la campaña, hemos puesto en marcha otro proyecto pionero, las Escuelas Rurales de Salud Mental, actualmente en fase de implementación. Esta iniciativa se está desarrollando actualmente en 297 farmacias ubicadas en las zonas rurales de 35 provincias españolas. En ellas, los farmacéuticos imparten charlas a los pacientes y cuidadores, formándoles en cuestiones fundamentales como el autocuidado emocional, la adherencia al tratamiento, la prevención del suicidio y la promoción de los hábitos de vida saludable. El objetivo es claro: empoderar a las personas, romper el aislamiento y fortalecer el tejido comunitario en entornos donde el acceso a otros recursos sanitarios o sociales es limitado. Nuestra estimación es que este programa beneficie a más de 5000 personas y contribuya a crear una red de protección emocional en el ámbito rural.

Y más allá de la labor que llevamos a cabo en el consejo general, hay que poner en valor las numerosas iniciativas que están impulsando los colegios oficiales de farmacéuticos de España, tanto a nivel autonómico como provincial. Así, en Málaga, el Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos mantiene una estrecha colaboración con la unidad provincial de salud mental, estableciendo canales de comunicación directa y desarrollando acciones formativas conjuntas, reforzando el papel del farmacéutico como punto de referencia para pacientes con patologías mentales. En la región de Murcia, la campaña «Conecta con tu salud mental» está enfocada en la educación para el uso responsable de los psicofármacos. En Castilla-La Mancha, se ha puesto en marcha la iniciativa de «Farmacia comunitaria, tu apoyo en salud mental», para visibilizar los trastornos mentales graves desde una perspectiva positiva, integradora y libre de estigmas. También quiero destacar el proyecto Itaca del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona, dirigido a los propios colegiados. Esta iniciativa ofrece un apoyo psicológico y terapéutico a farmacéuticos que enfrentan problemas de salud mental o adicciones, promoviendo una cultura del autocuidado dentro de la misma profesión.

No puedo dejar de mencionar las iniciativas orientadas a abordar una de las manifestaciones más trágicas asociadas a la salud mental: el suicidio. Según el Observatorio del Suicidio en España, esta es la primera causa de muerte no natural en nuestro país, con más de 4000 fallecimientos anuales, una media de once al día, de los cuales, el 90 % está relacionado con los trastornos mentales tratables. En este sentido, en Aragón, los farmacéuticos participan activamente en la Estrategia autonómica de Prevención del Suicidio, facilitando la detección temprana de personas de riesgo, promoviendo su derivación y mejorando la respuesta asistencial. Otro ejemplo especialmente simbólico lo encontramos en Navarra con la campaña «Detrás de esa cruz, hay vida. Entra y hablemos de suicidio», que convierte a la farmacia en un espacio de confianza en el que abordar esta problemática de forma abierta y sin tabúes. En este contexto, el farmacéutico actúa como un primer agente de escucha, ofreciendo orientación inicial y facilitando el acceso a los servicios especializados.

Como pueden ver, señorías, los ejemplos son diversos y profundamente significativos. A partir de los aprendizajes obtenidos en todas estas experiencias, en la Organización Farmacéutica Colegial consideramos que ha llegado el momento de dar un paso más y consolidar el papel de las oficinas de farmacia como agentes claves en la atención a la salud mental. Desde nuestra perspectiva, existen cinco líneas de acción prioritarias y que consideramos esenciales para reforzar la contribución de las oficinas de farmacia en este ámbito. En primer lugar, impulsar la formación continua, especializada y específica en salud mental para todos los profesionales sanitarios de forma integral y compartida. En el caso de los farmacéuticos, resulta clave ampliar sus capacitaciones en aspectos psicosociales, detección precoz del malestar emocional, comunicación empática y gestión de situaciones sensibles en las oficinas de farmacia. En segundo lugar, establecer protocolos nacionales de derivación. Proponemos la creación de protocolos estandarizados a nivel nacional que permitan a los farmacéuticos derivar de forma eficaz, segura y adecuada a los ciudadanos. En tercer lugar, integrar al farmacéutico en los equipos multidisciplinares de salud mental. Es necesario reconocer el papel del farmacéutico como miembro activo en estos equipos, lo que permitirá mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y ofrecer una atención más integral, continua y centrada en la persona. También, reforzar las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica, porque el abandono del tratamiento es uno de los principales riesgos en el abordaje de los trastornos mentales. Gracias a su contacto cercano y continuado con los pacientes, los farmacéuticos pueden desempeñar un papel fundamental en el seguimiento personalizado y la prevención del abandono.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 5

Y, por último, incorporar la salud mental de forma efectiva en la atención primaria y comunitaria, aprovechando el potencial de la gran red de oficinas de farmacia. La amplia capilaridad territorial de las farmacias, su accesibilidad y su vínculo de confianza con la ciudadanía las sitúa en una posición privilegiada para fomentar la adherencia, promover la prevención y la sensibilización e identificar factores de riesgo como el recurso problemático de fármacos, la soledad, el abandono o el maltrato.

En un contexto como el actual, en el que la salud mental se ha consolidado como uno de los principales retos sanitarios, sociales y humanos de nuestro tiempo, se hace imprescindible sumar capacidades, romper barreras profesionales y construir respuestas intersectoriales y colaborativas. La experiencia de los últimos años, especialmente tras la pandemia, nos ha demostrado que ningún recurso asistencial puede hacer frente por sí solo a la magnitud de este desafío. Por ello, desde la Organización Farmacéutica Colegial, reiteramos nuestro firme compromiso para contribuir activamente a esta causa. La farmacia comunitaria, la oficina de farmacia, no es un actor periférico, es una pieza estructural del sistema sociosanitario con un enorme potencial aún por desplegar en el ámbito de la salud mental. Hablamos — como les decía, señorías— de una red de 22 222 oficinas de farmacia, de establecimientos sanitarios presentes en todos los rincones de nuestro país y de 55 000 profesionales cualificados, cercanos y accesibles, que atienden cada día a miles de personas afectadas por problemas emocionales, estrés o trastornos del estado de ánimo. Por ello, con humildad pero también con determinación, pedimos ser reconocidos como aliados estratégicos en la construcción de una atención a la salud mental más humana, más cercana y más eficaz, porque esta es una responsabilidad compartida y la oficina de farmacia quiere y debe estar presente.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, presidente, por la intervención.

Empezamos ahora entonces con el turno de los grupos parlamentarios.

El Grupo Mixto no está, si no me equivoco. **(Pausa)**.

El Grupo Parlamentario Vasco, tampoco.

Junts per Catalunya, tampoco.

Euskal Herria Bildu, si es tan amable.

La señora **FULLAONDO LA CRUZ**: Buenos días.

Primero, muchísimas gracias por su intervención. Me ha parecido interesantísimo el tema.

Sobre todo, estoy completamente de acuerdo con las líneas de acción que han marcado ustedes para los colegios de farmacia. Y me he quedado con una iniciativa que me ha parecido realmente curiosa, interesante y muy exportable —creo yo—, que es la de las Escuelas Rurales de Salud Mental. Quizás me he quedado con ella porque yo vengo del entorno rural y ya sabemos lo que hay; entonces me ha parecido algo realmente exportable.

Muchísimas gracias por toda la documentación aportada, intentaremos leerla toda. Aprovecharemos todas las aportaciones que han hecho ustedes.

Y simplemente quiero disculparme porque me tengo que marchar a otro sitio en este momento.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Republicano, por favor.

La señora **ESTREMS FAYOS**: Sí. Bon dia.

Bé, jo la veritat és que havia pres unes notes. M'espero.

Bé, ja em deixaran una mica, no?

Hola? Bé, «l'hola» és igual en català que en castellà, no cal la traducció.

Sí? Hola, què tal? Bé, bon dia! Perfecte. Molt bé, Moltes gràcies.

*Buenos días.*

*Bien, la verdad es que había tomado buenas notas... (Problemas técnicos impiden al compareciente escuchar la interpretación simultánea al castellano).*

*Me espero un poco. Bien, me dejarán un poco, ¿no? (Pausa).*

*¿Hola? Bueno, el hola es igual en catalán que en castellano. Esperemos que puedan oírnos. No hace falta traducción para eso.*

*¿Sí? ¿Me oyen? Hola, qué tal, ¿bien?*

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 6

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA** (Aguilar Santamaría): Bon día.

La señora **ESTREMS FAYOS**: En primer lloc, moltes gràcies per la compareixença. Jo la veritat és que havia pres unes notes i també venia una mica de casa amb algunes coses que volia comentar avui aquí i quan vostè ha fet la intervenció de les últimes...

*Buen día. Perfecto.*

*En primer lugar, muchas gracias por su comparecencia. La verdad es que había tomado unas notas y venía ya de casa con algunas cosas que quería comentar hoy aquí. Y, cuando usted ha hecho la intervención... (Continúan los problemas técnicos que impiden al compareciente escuchar la interpretación simultánea al castellano).*

El señor **PRESIDENTE**: Está aquí en pantalla también (señala la pantalla que contiene la transcripción simultánea de la intervención), pero a ver si lo conseguimos. (Pausa).

La señora **ESTREMS FAYOS**: Ho torno a provar i si no canvio el castellà. Ara sí? El president em resetejarà el temps, si us plau?

*A ver, vuelvo a intentarlo y, si no, paso al castellano.*

*¿Ahora sí? ¿Me pueden oír en la interpretación al castellano? Esperemos que sí. Muy bien, vamos. El presidente me va a poner a cero el tiempo, ¿no? A resetear el tiempo.*

*¿Oyen la interpretación hacia el castellano del catalán? ¿Pueden oírnos?*

El señor **PRESIDENTE**: Etna, si us plau, si pot tornar a començar.

*¿Puedes volver a empezar?*

La señora **ESTREMS FAYOS**: Sí? Torno a començar? Ara se'm sent bé o no? Em sap greu perquè ara que es pot parlar en català intentem utilitzar-lo.

Molt bé, moltes gràcies. Bé, torno a començar. Bon dia, moltes gràcies per venir avui aquí a posar sobre la taula tots aquests temes. La veritat és que jo he pres algunes notes durant la compareixença i tenia alguns temes que ja portava, diguéssim de casa que volia comentar-li avui aquí i quan vostè ha fet les cinc línies de propostes, pràcticament ha dit tot el que el que jo volia posar sobre la taula, però sí que una mica més a tall de reflexió que de preguntes, perquè, com deia, ja vostè els ha contestat una mica, centrar tota la intervenció en el tema de l'abús dels psicofàrmacs.

Jo crec que tenim estudis que Espanya és un dels països que més abusa dels psicofàrmacs i avui que tenim la representació del Col·legi de Farmacèutics no podia deixar de parlar d'aquest tema. Com vostè deia, els farmacèutics són segurament el primer pols de quan algú es troba malament. Quan algú es troba malament, abans d'engegar tot un procés de metge de capçalera, derivació, psicòleg, van a la farmàcia i sobretot en zones no urbanes, perquè zones rurals, evidentment, però també zones de municipis relativament petits. Per exemple, jo sóc d'un municipi de 10000 habitants i tampoc tenim el servei de psicologia a prop. No cal que sigui una cosa súper rural com per necessitar aquest suport. Jo la meua pregunta és: realment a les farmàcies es percep aquest abús dels psicofàrmacs? És a dir, quan hi ha algú que ve la farmàcia, vostès el deriven? «No miri, vagi al CAP o el que sigui». Aquesta falta que també heu apuntat vostè de psicologia a la pública, que és un altre tema que tenim aquí sobre la taula d'aquesta comissió, i els CAPS, realment això de les farmàcies es percep quan vostès dispensen psicofàrmacs? Això sí que és un tema que m'interessaria.

I per altra banda també volia parlar i, segurament en parlarem molt en aquesta comissió, del tema de la salut comunitària, que vostè també ho ha apuntat. Això és un model que a Catalunya és un model d'èxit que ja fa anys que s'està aplicant i que realment nosaltres considerem que és un molt bon model. I volia saber també una mica la seva opinió, tot i que ja ho ha comentat, de si realment l'exportació d'aquest model, aquesta primera prevenció del que podria ser un trastorn mental amb aquest sistema de salut comunitària, realment vostès el veuen útil?

I per últim, també vostè ha comentat d'incorporar la salut les farmàcies o els punts de farmàcia, en el tema dels equips multidisciplinars, jo també volia anar per aquí. Ara que estem en un moment de la perspectiva *one Health*, a tot arreu i tot això, doncs quina era la seva opinió a nivell de participar. No només en aquests equips multidisciplinars, a nivell estatal o a nivell de comunitat autònoma, sinó inclús incloure's en consells municipals, en zones com deia, municipis a Catalunya, als CAPS fan aquesta feina

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 7

de salut comunitària, que també els apunts de farmàcia o un representant dels farmacèutics de la zona poguessin participar en aquests espais de trobada.

Moltes gràcies.

*¿Se oye bien la interpretación al castellano? ¿Nos pueden oír? Porque ahora que se puede hablar en catalán, intentamos utilizarlo.*

*Muy bien. Muchas gracias. Vuelvo a empezar.*

*Buenos días. Muchas gracias por venir aquí hoy a poner sobre la mesa todos estos temas. La verdad es que yo he tomado algunas notas durante su comparecencia y tenía algunos temas que ya traía de casa —por decirlo así— que quería comentarle hoy aquí. Y, como usted ha trazado las cinco líneas de propuestas, prácticamente ha dicho todo lo que yo quería poner sobre la mesa. Pero, un poco a modo de reflexión más que preguntas, porque, como ha dicho usted, ya ha respondido a todo esto, voy a centrar toda la intervención en el tema del abuso de los psicofármacos.*

*Yo creo que tenemos estudios que advierten de que España es uno de los países que más abusa de los psicofármacos, y, hoy que tenemos a la representación del colegio de farmacéuticos, no podía dejar de hablar de este tema. Como usted decía, los farmacéuticos son seguramente el primer pulso, ya que cuando alguien se encuentra mal, antes de poner en marcha todo un proceso de médico de cabecera y de derivación, pues va a la farmacia, sobre todo en zonas no urbanas. Hay zonas rurales, sí, pero también zonas de municipios relativamente pequeños, yo soy de un municipio de 10000 habitantes y tampoco tenemos el servicio de psicología cerca. No hace falta que sea algo muy muy rural como para necesitar este apoyo. Mi pregunta es la siguiente: ¿realmente en las farmacias se percibe este abuso de los psicofármacos? Es decir, cuando hay alguien que viene a la farmacia y ustedes lo derivan y dicen —usted lo ha apuntado también—: Venga, vaya usted a su ambulatorio o a donde sea, esta falta de psicología en la pública —que es otro tema que tenemos aquí sobre la mesa de esta comisión— ¿se percibe realmente en las farmacias cuando ustedes dispensan psicofármacos? Ese es un tema que a mí me interesaría mucho.*

*Y, por otro lado, también quería hablar —probablemente, también hablamos mucho de esto en esta comisión— del tema de la salud comunitaria. Usted también lo ha apuntado. Es un modelo de éxito en Cataluña, que hace años se está aplicando, y realmente nosotros consideramos que es un muy buen modelo. También quería saber su opinión —aunque también lo ha comentado ya— sobre si realmente ustedes ven como algo útil la exportación de este modelo, de esta primera prevención de lo que podría ser un trastorno mental con este sistema de salud comunitaria.*

*Por último, usted también ha comentado incorporar los puntos de farmacia en el tema de los equipos multidisciplinares. Yo quería también ir por aquí. Ahora que estamos en un momento de la perspectiva One Health en todas partes, ¿cuál es su opinión en cuanto a que los puntos de farmacia o un representante de los farmacéuticos participen en equipos multidisciplinares a nivel estatal o de comunidad autónoma, y también incluirlos en consejos municipales en zonas —como hemos dicho— de municipios en Cataluña donde los CAPS hacen este trabajo de salud comunitaria, y así pudieran participar en esos espacios de encuentro?*

*Muchas gracias.*

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Estrems.

Es el turno del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, por favor.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Sí, buenos días.

Muchas gracias por la intervención.

Quiero comentar dos riquezas que ha señalado en la intervención y con las que estamos totalmente de acuerdo. Una, que no es menor, que es la capilaridad. O sea, ahora mismo, tener servicios de atención capilarizados, con una distribución territorial amplia, facilita poder llegar a toda la población, sobre todo —como muy bien señalaba— en algunas zonas especialmente con más dificultades. La mirada de equidad incluye varios aspectos, y el aspecto geográfico en cuanto al acceso a servicios es uno de ellos. En este sentido, las farmacias comunitarias tienen un papel importantísimo. La segunda riqueza es el tema de las farmacias comunitarias como activos que tiene la comunidad para potenciar la salud. Yo vengo de Asturias, y, en Asturias, en los procesos de desarrollo comunitario, cuando se trabaja en procesos por zonas —en municipios o en barrios—, el papel de la farmacia es el de un agente de salud más de conexión, y para proyectos no solamente asistenciales —que son algunos que se han mencionado en relación con personas que tienen patologías—, sino también desde el punto de vista de desarrollo comunitario y acción comunitaria.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 8

La pregunta iría un poco vinculada al asunto del cómo. En nuestro grupo parlamentario apostamos claramente por impulsar el papel de las farmacias comunitarias como agentes de salud en procesos de apoyo asistencial de patologías crónicas, pero también en el desarrollo de programas de salud pública, y se han mencionado algunos de ellos. Antes mencionaba Asturias, pero ocurre en diferentes comunidades autónomas donde hay convenios de colaboración entre el Colegio Oficial de Farmacéuticos y la Consejería de Salud para desarrollar ese tipo de programas de prevención, de información o de promoción de la salud.

Una de sus conclusiones era que había que desarrollar la alianza estratégica entre farmacias comunitarias y nuestro sistema de salud. La pregunta sería cómo, si es posible caminar hacia un modelo mixto donde se evolucione del pago por ventas al pago por servicio de farmacias comunitarias con objetivos comunes a los sistemas de salud autonómicos. Lo digo por aglutinar todas estas intervenciones, para que no haya diferentes intervenciones de salud pública, útiles y necesarias, pero muy fragmentadas, es decir, que cada comunidad autónoma al final acabe desarrollando programas y que haya poca coordinación en este sentido. La pregunta sería cómo. ¿Hay marco legislativo? Preguntado de otra forma: ¿está suficientemente desarrollado el papel que deben tener las farmacias en relación con el Real Decreto de 1984, de 11 de enero, de los equipos de atención primaria, o es necesario avanzar legislativamente para seguir trabajando y profundizando en esta coordinación y en este papel?

Muchas gracias.

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

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias, presidente.

Señor Aguilar, desde nuestro grupo parlamentario agradecemos mucho su presencia aquí esta mañana. Lo recibimos no solamente como representante de un colectivo esencial en el sistema sanitario, sino como portavoz de una estructura que, pese a su impacto, que creemos demostrado en la salud pública, ha sido históricamente ignorado por las grandes políticas de salud mental en nuestro país.

Como ha comentado usted, España cuenta con unas 22 000 farmacias comunitarias; de ellas, más de 4 000 están en municipios de menos de 5 000 habitantes, y creemos saber que, de ellas, el 80 % está en un momento complicado, incluso financiero. Estas farmacias muchas veces representan el único punto de acceso sanitario real; estas farmacias no solamente dispensan medicamentos, sino que orientan, escuchan, dan señales de alarma y acompañan, doy fe de ello; sin embargo, ni la Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026 ni el Plan de Acción en Salud Mental y COVID-19 ni el marco estratégico para la atención primaria han incluido, como deberían, al colectivo farmacéutico en su línea de actuación, o al menos esa es nuestra impresión. También creemos que la omisión no puede seguir considerándose como un simple descuido, porque, en el fondo, es una decisión política que responde a un modelo de gestión insuficiente y desequilibrado, un modelo que no refuerza la atención primaria, que mantiene una burocracia excesiva y que limita la capacidad para actuar con agilidad y proximidad.

Algunos pensamos que, en el ámbito de salud mental, lo que falta fundamentalmente es una coordinación efectiva; alianzas estables —aunque haya algunos a los que con esto se les van a poner los pelos un poquito de punta— entre lo público y lo privado. Claro, si no se cree en la alianza entre lo público y lo privado, muchas cosas que usted ha comentado son imposibles. Evidentemente, no hay una referencia clara en la normativa que hable de esta colaboración público-privada en la salud mental, y esto es grave porque ignora un poco lo que están haciendo países de nuestro entorno. Francia ha incorporado a las farmacias en el seguimiento de pacientes con trastornos mentales crónicos; Portugal ha incorporado a las farmacias para la detección precoz de la depresión leve; en Italia se han establecido rutas asistenciales compartidas con farmacias de atención primaria y salud mental, y todos entienden que, aunque las farmacias tienen titularidad privada, cumplen una función pública. Creo que eso lo entienden casi todos menos nosotros, los españoles.

Tendría muchas más cosas que comentarle, pero sé que hoy vamos un poco fastidiados de tiempo. En resumen, lo que le digo, en nombre de mi grupo, es que no están solo en juego la eficiencia del sistema, la equidad, como ha comentado algún otro diputado, o la justicia territorial, cosa de la que en nuestro caso somos firmes defensores, porque pensamos que, efectivamente, el código postal no puede significar que se tenga acceso a unas cosas o a otras. Por eso, las farmacias son clave para que muchas personas encuentren una puerta abierta cuando el resto del sistema no sabe estar.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 9

Por último, le voy a hacer tres preguntas. La primera: ¿ha solicitado el consejo la inclusión de las farmacias comunitarias en la Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026? ¿Se pidió, especialmente en los programas de prevención del suicidio que usted ha citado y que creo que son importantísimos? Por favor, si fuera así, ¿qué respuesta recibió del ministerio?

La segunda: ¿qué impacto tendría a su juicio un plan de formación nacional de salud mental para farmacéuticos? ¿Qué impacto tendría? Y, en su caso, si fuera así, si también le han propuesto algo que no existe.

Finalmente: ¿cree que el modelo de financiación actual de las farmacias les permite —teniendo en cuenta, como ya le he dicho, que según creemos hay un 70 u 80 % de las farmacias, sobre todo en entornos rurales, que están a punto de cerrar— ejercer un papel activo en cuanto a la salud mental?

Nada más y muchísimas gracias por su intervención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Le toca entonces al Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **SOLDEVILLA NOVIALS**: Gracias, presidente.

Señor Aguilar, gracias por su intervención. Me alegra mucho contar aquí con el representante de los farmacéuticos y las farmacéuticas, porque sé bien el valor que tiene nuestra profesión para la sociedad y las oportunidades que todavía se pueden desarrollar en torno a ella.

Comparto ese deseo que la profesión ha expresado siempre de aprovechar más a estos profesionales sanitarios, no solo en momentos de crisis, como vimos en el COVID o en la dana, sino integrando su labor mucho más en el sistema sanitario y en nuestro día a día.

La red de farmacias comunitarias es la puerta de entrada al sistema para muchas personas, especialmente en entornos rurales, como se ha comentado, pero también en barrios vulnerables o para colectivos que por distintas circunstancias no siempre acceden a otros recursos. Esta accesibilidad y la confianza que mantienen los farmacéuticos con la población les posiciona en una situación privilegiada para fomentar la educación sanitaria, para el seguimiento farmacoterapéutico y también para la detección temprana de riesgos vinculados a la salud mental. Me parece muy importante su insistencia —porque ya se lo he oído varias veces— en la necesidad de que los farmacéuticos cuenten con formación específica en salud mental, del mismo modo que resulta evidente que debemos avanzar en la creación de protocolos de derivación que permitan que cualquier persona en riesgo, detectada en una farmacia comunitaria, pueda ser derivada con rapidez y con seguridad a los recursos de salud mental correspondientes.

Quisiera aprovechar su presencia aquí para plantearle un par de cuestiones. En primer lugar, en la línea del portavoz de SUMAR, cómo podemos conseguir esta integración de la farmacia y la atención primaria, aunque no creo que le dé tiempo a responder en el tiempo que tenga. En segundo lugar, ha señalado usted que la adherencia a los tratamientos en salud mental sigue siendo una asignatura pendiente; no sé si han detectado alguna iniciativa o buenas prácticas desde la red de farmacias comunitarias para mejorar esta adherencia o qué recomendaciones podría trasladarnos.

Por último, quiero darle las gracias por toda la documentación que nos ha hecho llegar y por todas las iniciativas que están realizando desde hace ya mucho tiempo en todo el territorio español. Tanto la documentación como las iniciativas y su experiencia serán muy útiles para el trabajo de esta subcomisión. Gracias sobre todo por el trabajo que realiza el consejo junto a todos los profesionales farmacéuticos para impulsar esa parte más social y comunitaria de la profesión.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, por favor.

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

Muy buenos días, señorías, y muy buenos días también a don Jesús Aguilar, al que le agradezco que esté aquí compareciendo en esta subcomisión de salud mental, así como el trabajo que realizan en su institución.

El Partido Popular mantiene una relación de respeto, de colaboración y de apoyo con el Consejo General de Colegios oficiales de Farmacéuticos. Reconocemos ese papel esencial de los más de 78 000 farmacéuticos colegiados, esa red de más de 22 000 farmacias que hay en España, para fortalecer nuestro Sistema Nacional de Salud. Respaldamos el modelo de farmacia comunitaria, considerándolo exitoso y

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 10

fundamental para garantizar la cohesión territorial y la calidad de los servicios sanitarios, especialmente en aquellas zonas rurales y despobladas. Además, consideramos estas denominadas normalmente como farmacias de calle como un pilar fundamental del sistema sanitario.

Le agradezco toda la información y la documentación que nos ha enviado a través del correo electrónico y también ahora en formato papel, porque da las claves de la cantidad de actividades, de campañas y de distintas cuestiones que el propio consejo ha realizado en temas de salud mental. Nos gustaría destacar esas campañas de prevención y actuación farmacéutica en salud mental que han hecho desde la farmacia comunitaria o esos programas piloto en farmacias rurales para fomentar esa adhesión terapéutica del autocuidado; también las colaboraciones con distintas entidades —entre las que se encuentra la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental—, ese estudio de salud mental en España que ha comentado y el decálogo sobre recomendaciones a la sociedad civil, en el que, en el punto noveno, se habla exclusivamente de ese refuerzo importante en la atención a la salud mental.

Por todo ello —además de lo que los compañeros han podido ya comunicarle y preguntarle—, nos gustaría hacerle tres preguntas, más que para aprender —que es bastante importante, porque esta comparecencia ha sido más que interesante para poder elaborar luego, entre todos los grupos políticos, un documento de consenso final para mejorar la salud mental en nuestro país—, para que pueda reforzar esos argumentos que ha comunicado, que creemos que son más que interesantes, en distintas actuaciones.

Primero, me gustaría saber su opinión, si puede ser, y, si no, la del consejo, sobre cuáles han sido los resultados que de estas campañas le han parecido más interesantes o qué han podido aprender al realizar estas campañas de actuación farmacéutica en salud mental realizadas en farmacias comunitarias, pero fundamentalmente en las zonas rurales. Ha hablado del papel fundamental que tiene la farmacia en la detección precoz y el seguimiento de pacientes con problemas de salud mental y ha argumentado también esa coordinación que existe entre distintas instituciones públicas. ¿Cómo cree que se podría conseguir mejorar en aquellos casos no solo con instituciones públicas, sino con todos los profesionales sanitarios que están implicados en temas de salud mental?

Por último, ha comentado también que la formación de farmacéuticos es esencial para poder detectar y atender a pacientes con problemas de salud mental y esa capacidad que tienen de intervenir algo tan importante como la prevención, la detección y el acompañamiento que puedan tener este tipo de pacientes. ¿Qué campañas o qué otras formaciones tienen ya previstas en el futuro para continuar con esta formación que puede ser esencial para mejorar la salud mental de los pacientes en España?

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

A continuación, para responder a esta breve compilación de preguntas, tiene diez minutos.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA** (Aguilar Santamaría): Muchas gracias, señorías.

En primer lugar, quiero comentarles que el gran papel que tiene la oficina de farmacia en España lo tiene porque tenemos un gran sistema sanitario. El éxito del sistema farmacéutico es el sistema sanitario español que tenemos. Yo tuve la oportunidad de ser presidente europeo y de conocer todos los sistemas europeos, y creo que podemos decir que tenemos un gran sistema sanitario y, por eso, tenemos un gran sistema farmacéutico. Partiendo de ahí, el gran valor que tenemos como sociedad es que el sistema farmacéutico español es una conquista social de los ciudadanos, no es la conquista social de los farmacéuticos. Aquí las farmacias están situadas donde tienen que estar, donde hay ciudadanos y donde tenemos que atender una serie de necesidades. Por eso, un 70 % de las farmacias españolas se encuentran fuera de las capitales de provincia, pero es que el resto, el 30 % de las oficinas de farmacia, están dentro de nuestros barrios. Nosotros tenemos farmacias de barrios, tenemos farmacias que atienden a poblaciones de personas que las conocen más que de sobra. Y ahí tenemos todos los ejemplos que llevamos cinco años viviendo. Tenemos el ejemplo de la cruz verde que nunca se apagó en la pandemia; tenemos el ejemplo de la dana; tenemos el ejemplo de La Palma; hemos tenido el ejemplo de las horas del apagón, y siempre siempre el farmacéutico ha estado —la última vez con la luz apagada— a la atención del ciudadano. En momentos donde no había nubes ni electricidad los farmacéuticos podían atender las necesidades de los ciudadanos porque los conocían, porque están cercanos a ellos y porque saben perfectamente no solo su problemática desde el punto de vista sanitario —y por lo tanto de medicamentos—, sino desde el punto de vista social.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 11

En resumen, lo que les quiero decir es que no nos tenemos que inventar grandes cosas para poder hacer que la farmacia comunitaria y los farmacéuticos comunitarios puedan trabajar en todos los temas de salud, lo que hay que tener es la voluntad política —alguna de sus señorías lo ha dicho aquí— de trabajar y de pensar que tenemos un recurso que tenemos la obligación de utilizar. Nosotros no tenemos un problema a la hora de organizar campañas sanitarias con otros compañeros profesionales —con los médicos, con los enfermeros, con los fisioterapeutas, dependiendo de cada tema—, el problema lo tenemos con las autoridades sanitarias. El problema no es la sociedad. No sé si han visto ustedes la última encuesta nacional. La última encuesta nacional dice que el servicio más valorado y con muchísima diferencia es la oficina de farmacia. Eso lo dicen los ciudadanos, no lo digo yo, no lo dicen los farmacéuticos. Si lo dijésemos los farmacéuticos, sería de parte —como dicen los abogados—, pero aquí no es así, lo dicen los ciudadanos y, si los ciudadanos dicen eso, yo creo que la sociedad debe hacer caso a los ciudadanos. Me da lo mismo el color político del ministerio o de las comunidades autónomas, en todos los sitios nos pasa lo mismo. No se cuenta con la oficina de farmacia en la medida de las posibilidades que tiene la oficina de farmacia. Esto no es una cosa de ahora, no es una cosa de este Gobierno ni del anterior ni del anterior. Llevo diez años de presidente y llevo nueve ministros, con lo cual ya he visto de todo. Por lo tanto, se trata de voluntad política y esta Cámara puede ayudar mucho a que esa voluntad política tire para delante y haga lo que están diciendo los ciudadanos —no los farmacéuticos, sino los ciudadanos—, y la salud mental es otro de los muchos campos más.

Nosotros, como siempre, intentamos —esta es nuestra política— ofrecernos a las autoridades sanitarias. Nosotros, evidentemente, somos un sistema concertado —esto es verdad—, pero el 80% de nuestro trabajo se dedica al sistema público. Posiblemente, en nuestro ADN somos más públicos que otros que trabajan en el propio sistema público, sin desmerecer a nadie. Nuestra supervivencia funciona sobre la base de que las cosas se hagan bien. No tenemos sueldos, tenemos unos márgenes —es como está montado el sistema—, y somos los más interesados en que el sistema sanitario sea sostenible, porque si el sistema sanitario no es sostenible, nosotros no podríamos vivir. Estoy intentando contestar a todos porque no quiero ir contestando uno a uno, porque creo que ha habido muchas preguntas muy relacionadas. En este sentido, hay que tener voluntad de querer trabajar y querer utilizarlos.

Nosotros siempre decimos lo mismo: que nos utilicen. Cada vez que una Administración utiliza al farmacéutico y a la farmacia es un éxito. Las escuelas rurales son un éxito; todas las campañas que vamos haciendo son un éxito, pero no porque lo digamos nosotros, sino porque las encuestas que hacemos a las personas que lo han hecho así lo dicen, así lo transmiten. En las escuelas rurales qué les voy a contar, ya sabemos cuál es el sistema que tenemos en todas las comunidades, independientemente de los colores que tenemos representados. Y este es nuestro objetivo en esta subcomisión, decirles: Cuenten con nosotros. No hay más que sentarse en cada una de las comunidades autónomas y hay que sentarse en el Ministerio de Sanidad. Nosotros, en la parte que nos toca, así lo intentamos hacer; unas veces conseguimos, por mucha insistencia, que se cuente con nosotros, y entonces, cuando ya se ha contado con nosotros, entienden que ha sido todo un éxito, pero yo creo que aquí no es tan dificultosa la relación entre los profesionales sino la relación con las propias Administraciones.

Sobre la base de todo esto, y hablando del modelo catalán, sí, a mí me parece que es un modelo que se puede pasar al resto del Estado. Este es otro de los problemas que teníamos. No sé quién de sus señorías hablaba del código postal. Este es otro de los grandes problemas que tenemos aquí. Nosotros, cuando hacemos el mapa de la prestación farmacéutica y cuando hacemos el mapa de los servicios farmacéuticos que estamos desarrollando en distintas comunidades autónomas, cuando escribimos, nos damos cuenta de las grandes diferencias que hay entre comunidades autónomas dependiendo de la voluntad o no voluntad política de la persona o de las personas que están en ese momento para poder hacer las cosas. Esto, desde el punto de vista de la sanidad, según nuestro criterio, es un error, porque en todas estas cosas deberíamos tener unos mínimos para poder ir de manera conjunta. En lo que a mí me toca, en los ministerios de Sanidad — el de ahora o el de otras veces—, hay dificultad a la hora de la coordinación. Claro, decir la palabra «coordinar» es muy sencillo, pero solamente se coordina si todos los demás se dejan coordinar, y yo creo que lo que deberíamos hacer entre todos, tanto las comunidades como todo el país, es empujar en temas tan importantes como los de la salud mental que estamos tratando aquí. Así, todos podemos poner nuestro granito a la hora de mejorar esta situación.

Otra señoría nos ha preguntado sobre el tema de los psicofármacos. Pues claro que estamos preocupados. Estamos superpreocupados. Cada vez tenemos una población más envejecida —que parece que muchas veces no queremos verlo—, una población que tiene problemas de soledad

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 12

importantes, y al final todo se acaba intentando cubrir a través de las medicaciones. Hay que añadir que, con estas medicaciones, en algunas ocasiones —y lo vemos todos los días en las oficinas de farmacia— se producen incumplimientos importantes. Ustedes saben que el 50% de los pacientes no son adherentes en sus tratamientos, y no hay peor fármaco que el que no se toma y ha sido prescrito. Ese es el fármaco que hace daño. Entonces, ahí tenemos un problema muy importante que, al final, está relacionado con un problema mental, pero que viene causado por la sociedad en la que vivimos y la manera en la que se encuentran las personas mayores. Ustedes piensen que el 80% de las personas que entran a las oficinas de farmacia tienen más de 65 o 70 años, no son chicos jóvenes. O sea, tenemos una población elevadísima de personas mayores y de personas con enfermedades crónicas. ¿Es un problema? Efectivamente, y es un problema para la primaria. Esto es importantísimo, porque la primaria es la primera base. Esa relación entre la farmacia comunitaria y la atención primaria es una relación que habría que fomentar de manera importante en grupos y en trabajos de colaboración.

Alguna de sus señorías me ha preguntado sobre la formación. Nosotros seguimos con los planes de formación. Otra cosa que les quiero decir es que nosotros intentamos que todo lo que hacemos desde la corporación y desde los colegios se haga de la mano del resto de los profesionales sanitarios y de las Administraciones públicas. Los farmacéuticos no actuamos nunca o intentamos no actuar nunca por libre, cada uno lo que considere oportuno, sino que intentamos ir siempre alineados con las directrices de los Gobiernos de cada momento, de las comunidades autónomas y del Estado.

No sé si he contestado a todas las preguntas que tenía que contestar, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Creo que sí. No veo grandes quejas.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA** (Aguilar Santamaría): Muchísimas gracias.

De verdad, los animo a que cuenten con nosotros, a que nos utilicen, porque creo que, independientemente de la situación económica de los distintos compañeros en todo el territorio nacional, siempre siempre estamos allí para ayudar en todos los temas que puedan ayudar al sistema público de salud, al sistema sanitario y, fundamentalmente, a los ciudadanos. Esto no es una cuestión de que vengamos aquí a solicitar esto porque tengamos que tener una remuneración especial, no; es un tema de que creemos que, en estos momentos, en este país hace falta la suma absolutamente de todos los profesionales. En esa presión asistencial de los ciudadanos que nosotros también observamos y notamos en las oficinas de farmacia de manera permanente y constante, creo que podemos, de alguna manera, intentar aliviar al propio sistema dentro de nuestras competencias. Cuando hablamos de participar en todos estos temas, no significa que vayamos a suplantar los papeles del médico o de la enfermería, sino que queremos ayudar con nuestro papel dentro de nuestras competencias y de nuestros conocimientos. Creo que es la responsabilidad de todo el país contar con esta gran oficina de farmacia, con este gran número de profesionales que tenemos todos los días en todo el país con esas cruces verdes que, como saben sus señorías, nunca se apagan.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Aguilar Santamaría. Es un honor para todos nosotros contar siempre con los colegios de farmacéuticos y con la red de farmacias comunitarias que siempre están ahí cuando se los necesita.

Muchas gracias.

— **DEL JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA, Y PROFESOR TITULAR DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (FRANCO MARTÍN). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000359).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo compareciente, don Manuel Franco Martín, jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora y profesor titular de Psicopatología y Salud Mental de la Universidad de Salamanca.

Por favor.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 13

El señor **JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA Y PROFESOR TITULAR DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA** (Franco Martín): Muchas gracias a todos los presentes por estar aquí, al Congreso por invitarme y a la subcomisión por escuchar un rato lo que yo tenga que decir.

Para presentarme, porque, aunque se ha establecido al principio, no me conocen, les diré que soy profesor titular de Psicopatología y Salud Mental de la Universidad de Salamanca, en otros tiempos fuente del saber, y jefe de servicio del Complejo Asistencial de Zamora, en otro tiempo cuna de reyes y hoy en la marginalidad del Estado. En ese sentido, quien les habla en realidad es un obrero; no es el arquitecto de nada, sino una persona con la experiencia de un obrero de toda la vida en el ámbito de la salud mental.

Me voy a apoyar en diapositivas por tratar de hacerlo más ameno y no perder el hilo. Y no voy a decir nada sobre la importancia de la salud mental, porque al existir esta subcomisión ya se sobreentiende, sino que voy a hablar de los problemas y soluciones que nosotros hemos encontrado a la hora de asistir a personas con problemas de salud mental. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

Quisiera destacar que hay que ser conscientes de cuáles son las diferencias entre la salud mental y el resto de enfermedades mentales o problemas sanitarios. Es en el único ámbito en el que, en muchos casos, el paciente no es consciente de su enfermedad— los más graves son menos conscientes—. Nuestro sistema sanitario actúa a demanda, es decir, el paciente que se siente enfermo acude a buscar la solución, pero hay personas que no son conscientes de que son enfermas y, por tanto, es el sistema el que prácticamente va a buscarlos.

El estigma social hace que sea un colectivo con una marginalidad extrema y que, a veces, oculte que va al profesional de salud mental. Asimismo, cada vez que vemos algún suceso terrible hecho por alguien, enseguida pensamos que esto es obra de un enfermo mental, en vez de pensar que es una mala persona; esto sigue apareciendo en los medios de comunicación, lo que pone al límite de la marginalidad a todas las personas que sufren una enfermedad mental, que podemos sufrir todos.

Luego está el tema biopsicosocial, lo que nos obliga a estar coordinados, porque no es que exista un alma o pensemos que hay eso, sino que el cerebro es algo plástico, que se mueve, que está influido por el ambiente y por todo lo que hay alrededor. Eso hace que el componente psicológico, el componente del entorno y también el componente biológico que tiene cada uno sean determinantes en los problemas que puedan existir y en cómo solucionarlos. Por eso, es importante la coordinación entre primaria y salud mental y entre salud mental y la red social.

Finalmente, asociado a la persona que no acude a la demanda, nos encontramos con una sociedad envejecida con muchos problemas de salud mental y con los olvidados, que son las personas que viven en pueblos, en la ruralidad a veces extrema de pueblos de muy pocos habitantes y con personas con discapacidad intelectual, etcétera, que quedan fuera de las redes de atención de salud mental.

Desde el punto de vista de cómo funciona el sistema, tenemos que ser conscientes de sus debilidades, y, por eso, hay que tratar de abordarlas. Hablamos —lo habrán oído muchas veces— del equipo de salud mental, pero en realidad no somos un equipo, sino grupos de personas que trabajamos en salud mental. Por ejemplo, cuando falta en un equipo de baloncesto el pívot, el entrenador contrata un pívot y, cuando falta el delantero centro en un equipo de fútbol, se contrata a un delantero centro. Pues cuando en un supuesto equipo de salud mental falta una persona, se contrata a aquel que tiene más tiempo trabajado, el que ha hecho más cursos: es como contratar en el equipo de baloncesto a aquel que lleva más años trabajado o ha hecho más *stages* de formación, es decir, te traen un pívot que tiene tamaño de base. Esto hay que tenerlo en cuenta y es un límite que tenemos a la hora de la asistencia.

Tenemos una red de salud mental muy compleja, con muchos recursos, muchos servicios que casi ni los propios profesionales muchas veces entienden. Sobre las listas de espera se oye mucho en la prensa y siempre se refieren a las quirúrgicas. ¿Qué supone para una persona estar cuatro meses con una depresión sin que nadie la atienda? Pues es un elemento grave de falta de equidad. Es decir, la única solución ante tal sufrimiento es que aquel que tiene recursos pueda ir a lo privado. El primer elemento de equidad del sistema, sobre todo en salud mental, es que no haya listas de espera. Esto lleva también a una falta de eficiencia del sistema, porque, como hay mucha gente que espera cuatro meses, cuando le toca a su cita no va: el 50% de las primeras consultas no se hacen. Y ya no hablemos del coste que esto supone en bajas laborales con esas listas de espera y la prolongación de las bajas. Otra opción es ir a urgencias y repetidas veces y, por tanto, saturarlas; que el tratamiento se haga a través de sucesivos ingresos y de acudir a urgencias. Luego verán por qué digo esto.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 14

Es importante también diferenciar entre salud mental y enfermedad mental. En este sentido, hay problemas de salud mental que son emocionales y ahí la persona sí es más consciente de que borran del mapa a las verdaderas personas que sufren una enfermedad mental, sobre todo una enfermedad mental grave. Es decir, hay que tener en cuenta que no se trata de estar haciendo estructuras y estructuras y saber diferenciar; hay que trabajar en lo funcional. Hay que saber que la gestión de la salud mental muchas veces se hace basándose en la gestión de riesgos, no de la enfermedad —ya se dijo antes que hay un consumo alto de psicofármacos—, y en el trabajo que hay que hacer de cara al malestar emocional. Es decir, estamos en una sociedad que tolera mal la insatisfacción y la frustración y, en consecuencia, tenemos que ir en esa dirección. A partir de ahí está la fragmentación de los servicios psiquiátricos y una ausencia de coordinación con los servicios sociales. Esto no es un problema de España, es un problema internacional, y así se publica en los distintos foros. Llevo en esta profesión ya más de treinta años y desde el primer plan de salud mental que conocí cuando era residente ya se hablaba de que había que coordinarse, que nos tendríamos que coordinar unos con otros. Seguimos contando lo mismo. Por tanto, de lo que se trata no es tanto de hablar de la coordinación, sino de establecer estrategias que la mejoren, que establezcan y se rompan las fronteras organizativas ya caducas y se sustituyan —esto es lo que propone ya, como digo, nuestra propia ley de hace veinte años— los cuidados hospitalarios por la atención más cercana al hogar.

La clave en salud mental es qué es persona más enfermedad mental, y aquí hay dos respuestas: persona más enfermedad mental puede ser igual a persona o puede ser igual a enfermo. Según lo que consideramos, es decir, si es persona o es enfermo, la organización de los recursos es distinta. Cuando pensamos que es una persona, la clave de la atención está en compartir, está centrada en la persona, y se debe trabajar donde la persona está. Esto es lo que llamamos trabajo comunitario, donde la comunidad y la funcionalidad son el objetivo. En ese sentido, es un poco diferente a la red de salud mental, en cuanto trata de trabajar más en lo comunitario. Lo comunitario no se organiza por dispositivos y estructuras, se organiza por funciones; es más complejo de gestionar y, evidentemente, la investigación se centra en la persona. Frente a eso está cuando consideramos la enfermedad como el eje de la organización, y ahí está el trabajo hospitalario, los grandes centros e instituciones de alta especialización, etcétera. Aquí pongo ese balance porque en realidad no se trata de que sea una cosa u otra, sino de buscar el equilibrio.

Para estos problemas, ¿qué soluciones hemos aportado desde nuestro servicio de Zamora y cómo trabajamos nosotros para resolver esto y mostrarles los resultados? Como la persona no es consciente y es precisamente aquel que está más grave el que no va a consulta, se implementó la gestión de casos por parte de los profesionales de enfermería de salud mental con una cobertura de veinticuatro horas: las familias y también los propios pacientes tienen la posibilidad de llamar a un teléfono donde alguien les contesta. Eso hace que no se precipiten en ir a consulta y, además, también mejora —esto es importante— la calidad de vida del profesional, sustituyendo los turnos por un trabajo más equilibrado, más continuado y más cercano.

En cuanto a la atención en salud mental por la red de salud mental en los centros de atención primaria, en Zamora todos los centros de salud de atención primaria tienen psiquiatras, psicólogos y enfermera de salud mental. Todo el mundo, desde el pueblo más pequeño —antes les hablaba de cómo llegar a la zona rural—, tiene este equipo. Porque ¿dónde nos coordinamos los españoles? En el bar. Ahí es donde nos coordinamos nosotros, con el médico de atención primaria tomando un café, hablando de los pacientes, no en grandes reuniones, etcétera. La gestión de la demanda la hacen los propios profesionales de atención primaria. El volante no va de un sitio a otro, sino que se resuelve en el propio centro por sus propios profesionales, y, de alguna manera, hay una responsabilidad tanto en las prescripciones como en los objetivos compartidos.

La orientación biopsicosocial y hacia la recuperación lleva a que la recuperación y la rehabilitación se hagan en la comunidad, no en las instituciones. Nadie aprende a comprar en una institución, en unidades de rehabilitación, en los hospitales psiquiátricos, etcétera. ¿Dónde aprende uno a comprar y dónde aprende a ser independiente? Pues aprende a ser independiente en una casa y aprende a comprar en un supermercado. Es decir, se trabaja 100% en la comunidad, de tal manera que no derivamos pacientes de un recurso a otro, sino que se coordina y se complementa. El paciente es el centro de la vida. Aquí no se trata de que a una persona con enfermedad mental se la atienda mejor o peor, sino como a todos, porque, cuando hablamos de personas con enfermedad mental, significa que persona es el sustantivo y enfermedad mental es el adjetivo, y, como todos, precisan de un proyecto de vida, adaptado a sus limitaciones y a sus circunstancias. Por eso es un modelo centrado en las personas y considerando la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 15

hospitalización como un todo se integran los recursos sociales y sanitarios, porque no se trata de que de aquí se va para allá. De hecho, igual que nosotros vamos a los centros de atención primaria, vamos a todos los centros de personas con discapacidad intelectual y a todos los centros residenciales, porque ellos no pueden ir a los centros de salud: no podemos trasladar a personas mayores con dificultades de movilidad, a personas con discapacidad intelectual, en muchos casos con imposibilidades de movilidad. Finalmente, es importante la intervención psicológica como primer paso en salud mental, como filtro de todos estos problemas emocionales; luego puedo hablar de por qué hacemos tanto uso de psicofármacos en España.

¿Y cuáles son los resultados? Ya voy acabando. Pues la realidad de implementar este modelo en Zamora en torno a los años 2012 y 2013 fue una reducción en el número de estancias del 80 %, como ahí ven —son datos que se pueden comprobar—; una reducción del número de camas de cuarenta y dos a doce, sin cambio en el índice de ocupación, porque las personas eran atendidas en su casa, eran atendidas en la comunidad, eran atendidas en su pueblo y, cuando eso ocurre, no hace falta ni ir a urgencias a que te atiendan. Este mismo modelo —yo fui durante unos años también jefe de servicio del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid— fue implementado en 2017 en Valladolid, y esta es también la evolución de estancias en el citado hospital —es decir, no es que esto sirva para Zamora y no sirva para el resto—: la reducción es ostensible. Aquí vemos por semestres cómo nuevamente hay una reducción que supera el 50 % de estancias. Incluso pudimos cerrar la unidad de rehabilitación, porque sustituimos la institución por la comunidad en tan solo un año desde que se cerró el hospital psiquiátrico de allí. Y esto también se refleja en las urgencias. Vemos aquí que en solo un año de aplicación del modelo hay tanto una reducción de urgencias atendidas como de no ingresadas e ingresadas, es decir, hay una reducción cuando hay urgencia —como se ve— y es más grave, cuando realmente requiere ingresar, porque las otras se atienden en tiempo y forma. La reducción de psicofármacos con este modelo —aquí lo pueden ver, esto es de la zona básica de Toro, donde se aplicó especialmente el modelo—, en términos de año a año, supone más de 100 000 euros solo en antipsicóticos en una zona de quince mil habitantes.

Es decir, la atención en salud mental de calidad es muy cara, pero sepan que la mala atención en salud mental es más cara. Y debemos tener también en cuenta que nosotros no somos una empresa, es decir, la financiación no debe ir ligada a la actividad, debe ir ligada a la salud de la población. Y esto es importante, porque como la salud mental es diferente, nos exigen a veces un número de consultas. Y no, lo interesante no es tener más camas, no es tener más estructuras, es tener más salud mental, es tener más gente bien atendida, que no haya lista de espera, que la gente no tenga que ingresar, que se la pueda atender en su casa. Porque más actividad no significa más eficiencia y más calidad. La calidad no está ligada, en este caso, a que el sistema sea eficiente; la calidad está en la comprensión, en la buena atención, en la atención como persona, como antes decía.

En conclusión —ya veo que me he pasado de tiempo—, lo que necesita nuestro modelo es ser más eficiente ante la creciente demanda y coste y la necesidad y sostenibilidad del sistema, que ya les he probado que es posible. Y no es posible mejorar la eficiencia de la sanidad pública basándonos en modelos privados, sino que es buena la complementariedad; hay cosas que no podemos hacer desde lo público que se hacen mucho mejor desde lo privado, pero no se trata de copiar el modelo. Y es importante alinear el objetivo de todos los actores del sistema, tanto los planificadores, los asistenciales —como yo—, como los propios usuarios, que deben de participar también en la organización. En ese sentido, nos ha sido muy importante la colocalización, trabajar juntos para coordinarnos mejor, compartir historias, objetivos, compartir el bar, etcétera, así como promover la evidencia a través de la investigación y gestionar la atención con una gestión de atención continuada que garantice el cuidado de las personas durante todo el recorrido, donde estemos atentos cuando el paciente o la persona que requiere atención no va y evitando la hospitalización como parche. Hay que dar una visión integrada y una atención holística a todas las personas, integrando a todas las personas.

Muchas gracias por su atención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctor Franco.  
Vamos a empezar entonces por el Grupo Plurinacional SUMAR.

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

Ha sido una intervención increíble. Yo creo que esto va a aportar muchísimo al informe que salga de esta subcomisión de salud mental, porque creo que usted ha tocado unos temas que para todos son

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 16

primordiales, desde la hospitalización —el factor de riesgo más grande muchas veces en salud mental es la hospitalización—, la descentralización, el trabajo en la comunidad, la accesibilidad y el estigma hasta el dinero, que al final el coste muchas veces es lo que marca las políticas. Ha sido francamente interesante, también lo ha sido escuchar buenas prácticas de lugares como Zamora, por ejemplo.

Mi pregunta está un poco relacionada con las estrategias de coordinación de las que usted estaba hablando. Hablaba de la coordinación entre atención primaria y la red de salud mental y la red social. Decía usted que en atención primaria se han metido psiquiatras y psicólogos. Mi duda va un poco encaminada a esa fragmentación. ¿Eso significa que no hay servicios de salud mental separados o que son complementarios atención primaria y red de salud mental, si es que existe en el lugar que nos está comentando?

Otro tema importantísimo que usted ha comentado es el de las listas de espera. Por ejemplo, en Madrid nuestras listas de espera para la primera consulta no están mal; sin embargo, en las segundas, terceras y en el trabajo continuado pinchamos muy mucho. Mi duda es cómo trabajan esto desde esa descentralización y desde ese trabajo que están haciendo ahí en Zamora.

Y como yo soy enfermera creo que la gestoría de casos es una parte muy importante de la red de salud mental. Se está trabajando en el ministerio para fomentar esa figura y quería preguntarle cómo podemos hacer para fomentar esa figura en la red de salud mental.

Sin más, muchísimas gracias. Creo que nos ha aportado una visión importantísima. Mejor se conoce la realidad en la descentralización y en el bar, como usted comenta.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario VOX.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias, presidente.

Para nosotros es un gran honor tenerlo aquí, porque en nuestro grupo pensamos que usted —de verdad se lo digo— es un referente claro e importante en el mundo de la psiquiatría española, sobre todo en los entornos rurales. Nos ha expresado su trayectoria, que es reconocida por muchos de nosotros. Ha sabido transformar el modelo en provincias como Zamora y en alguna otra demostrando que se pueden ofrecer unos sistemas de atención de vanguardia fuera de los núcleos urbanos. Para nosotros —ya lo he dicho en la anterior comparecencia—, la calidad asistencial no puede depender del lugar de residencia de cada paciente, no puede depender del código postal.

Iba a orientar mi intervención de otra manera, pero, como su presentación me ha parecido tan gráfica, voy a hacer una reflexión. Lo que usted nos está diciendo es que, efectivamente, no es un problema de más dinero, aunque sea un problema el hecho de no tener financiación. Al final, el gasto sanitario en España es casi el 6,5% de nuestro producto interior bruto, y de ese dinero, que es mucho —son casi 100 000 millones de euros—, al final nos gastamos un 5% en salud mental o en gasto sanitario para salud mental, cuando en el resto de Europa llega aproximadamente al 10%.

Usted ha destacado también una cosa muy importante —vuelvo a referirme a la importancia de su intervención—, y es que la salud mental más cara es la que no se aplica. El coste que supone para un país tener problemas de salud mental es altísimo; de hecho, el Consejo Económico y Social cree que los problemas de salud mental representan, aproximadamente, el 4,2% del PIB entre gastos directos sanitarios, programas de Seguridad Social y, sobre todo, costes indirectos, bajas, reducción de empleo o baja productividad. Ahí es donde está el problema y, desgraciadamente, es lo que creo que algunos no ven.

Como ya dije en la anterior intervención, la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 tiene un desarrollo limitado y es bastante vaga en cuanto a su búsqueda de aspectos concretos. Por eso, doctor Franco, le digo y le repito que su modelo es un ejemplo de eficacia clínica y de responsabilidad en la gestión, porque usted al final lo que hace es conseguir resultados ahorrando —muchos en este país muchos tendrían que aprender esto— y, sobre todo, tiene una gran sensibilidad social. En especial, es un ejemplo para los que venimos de un mundo que no es el mundo político, como es mi caso —llevo muy pocos años en esto—. Es que yo le ficharía a usted para mi empresa (**risas**), porque usted prioriza la integración y, sobre todo, la innovación. Respecto a lo que ha dicho usted de ese teléfono de veinticuatro horas y de que en España muchas cosas se solucionan en el bar, lleva usted mucha razón. Es que hay que ser operativo y pensar con la cabeza y dejarse muchas veces de tantos protocolos y de tantas historias que al final no llevan a nada.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 17

Me gustaría hacerle dos o tres preguntas. La primera ya me la ha respondido, pero para la elaboración del informe me gustaría que lo repitiera: ¿cuáles son las grandes barreras en el acceso de la salud mental a las zonas rurales? La segunda —me gustaría escuchárselo— es si considera que la colaboración público-privada para mejorar los servicios sanitarios, de salud mental en particular, se está haciendo de forma adecuada y qué opinión le merece lo que está haciendo la ministra de Sanidad en este ámbito. Y, finalmente —no lo ha comentado usted en su intervención y, por eso, le hago la pregunta—, ¿cuáles son las prioridades en la prevención que deberíamos tener en cuenta con los problemas de salud mental de los jóvenes? Porque es algo que a los que tenemos hijos e hijas nos preocupa mucho, pues creo que tenemos un gran problema de salud mental entre los jóvenes por el aumento de casos de ansiedad, depresión y, sobre todo, suicidio.

Muchísimas gracias. Ha sido una comparecencia excelente. Enhorabuena.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

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

Buenos días, señorías.

Buenos días, doctor Franco Martín. Muchas gracias por su comparecencia.

Al explicar su experiencia y lo mucho que sabe sobre el sistema de atención integral a la salud mental, pues ha resuelto algunas de las dudas que tenemos, aunque se las queremos expresar también. La primera de ellas hace referencia a la primera cuestión que ha planteado. Usted dice que las personas no somos conscientes de que podemos tener una enfermedad mental. Ese es un tema muy importante, porque habla de la importancia de la detección temprana. Hay que ir a buscar a las personas, ha dicho usted. Una falta de detección temprana dificulta mucho una respuesta adecuada y en tiempo, y seguramente dificulta mucho el tratamiento de una enfermedad que a lo mejor aparece en un estadio mucho más grave de lo que debiera. Entonces, nuestra pregunta es: ¿qué ámbitos sería necesario reforzar para fortalecer precisamente esa detección temprana y qué cambios organizativos necesitaría nuestro Sistema Nacional de Salud para hacerlo?

Usted ha dejado clara la importancia de la atención primaria y la de tener roles eficaces, como esta enfermería de salud mental. En mi ciudad, Barcelona, nosotros tenemos los Centros de Higiene Mental. Al ser una ciudad grande, están repartidos por distritos y funcionan por esa coordinación de atención primaria con la especializada o con el resto del sistema, pero es un modelo organizativo como el que puede haber en Zamora, que está más adaptado al medio rural. ¿Qué consideraría usted que es necesario introducir en el Sistema Nacional de Salud para que tuviera todo un carácter más estructural, no tan voluntarista, y para garantizar precisamente la equidad?

Otro punto que nos llama la atención y nos preocupa en nuestro Grupo Parlamentario Socialista es la población que usted llama envejecida. A mí a veces me gusta más hablar de la longevidad, más que del envejecimiento, porque, aunque van asociados, tienen otra perspectiva, o no. En todo caso, vamos a ser una población longeva con importantes problemas asociados de salud. Nuestra pregunta iría sobre el impacto de las demencias en la salud mental y cómo se podrían abordar de una manera más eficaz, más allá de la prescripción de medicamentos. Hay datos del Consejo General de Farmacéuticos —precisamente los aportaba usted antes— que dicen que el 25 % de los pacientes mayores que tienen demencia utilizan al menos dos psicofármacos distintos. Las cifras de consumo de tranquilizantes y de antidepresivos en las personas mayores son muy elevadas, y mucho más en las mujeres que en los hombres: el 34 % de mujeres mayores de 65 años consumen tranquilizantes, frente al 15 % de hombres; y más del 14 % de mujeres consumen antidepresivos, frente al 4 % de hombres. Entonces, ¿cómo piensa usted que se podría abordar este tema, más allá de la prescripción de medicamentos?

Y enlazo este tema con la siguiente pregunta. Está relacionada con la accesibilidad a las consultas. Nos ha hablado usted de las listas de espera, así como de otras dificultades, de que la gente se cansa y no va porque hay mucha lista de espera. Precisamente quienes menos acuden a la consulta de psicólogo o de psiquiatra son las personas mayores: de 65 a 74 años solamente acude el 5 %; de 75 a 84 años, el 4 %; y a partir de los 85 años, el 0,9 %. Parece que hay una edad —no quiero hablar de edadismo— en la que ya nos tenemos que olvidar de determinadas cosas. Teniendo siempre en cuenta esa perspectiva de mayor longevidad, ¿qué piensa usted que podríamos o deberíamos hacer para tratar más y mejor a las personas mayores?, ¿con mayor integración sociosanitaria?, ¿con el sistema de atención a la dependencia? Usted ha dejado clara la intervención comunitaria, que no deja de tener también sus dificultades.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 18

En fin, por ahí van nuestras preocupaciones: accesibilidad, atención temprana y tratamiento de las personas mayores, que vamos a ser muchas y seguramente necesitaremos un sistema de atención integral a la salud mucho más coordinado.

Muchas gracias. Ha sido muy ilustrativa e interesante su comparecencia. Tomamos buena nota para el informe de conclusiones que hará esta subcomisión.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchísimas gracias, presidente.  
Muy buenos días.

En primer lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, quiero agradecer la comparecencia del doctor Manuel Franco a esta subcomisión, creada para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental.

Señorías, el Sistema Nacional de Salud es uno de los pilares de nuestro estado del bienestar que mayor desarrollo ha experimentado en las últimas décadas, lo que ha posibilitado que España cuente con uno de los mejores sistemas sanitarios más avanzados del mundo. Sin embargo, aún existen desafíos, entre los que se encuentra la atención a la salud mental, cada vez más creciente, como nos ha trasladado en su comparecencia. Su abordaje es un reto que nos implica a todos, a los clínicos, a los profesionales sanitarios, a los gestores, a los pacientes y, por supuesto, a todos los servidores públicos.

La atención a la salud mental de calidad depende en gran medida del número suficiente de profesionales para garantizar las intervenciones accesibles y eficaces, pero también es preciso que se le asigne una dotación adecuada de recursos asistenciales, con un presupuesto y un modelo de atención eficiente. Recientemente, se ha aprobado en el consejo interterritorial el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, con el fin de contribuir a la mejora de la salud mental en todos sus ámbitos, y el Grupo Parlamentario Popular espera que el Gobierno tenga en cuenta las conclusiones de esta subcomisión, que se creó por unanimidad de todos los grupos y que busca establecer una serie de conclusiones, después de escuchar a todos los comparecientes que han pasado por aquí, para que ayuden a mejorar la salud mental.

Quiero agradecerle la claridad de su comparecencia y valorar mucho algunos aspectos de los que ha hablado, como la coordinación, lo asistencial y lo sociosanitario. En algunos territorios, como el nuestro, se ve realmente esa coordinación, pero todavía hay que mejorar mucho. Después, atender a la persona o la enfermedad mental, crear un modelo más eficiente ante la creciente demanda y coste y la necesidad de la sostenibilidad del sistema y, como nos ha indicado, atender a aspectos como la persona centrada en lo comunitario y buscar un equilibrio con el trabajo hospitalario. Además, quiero destacar el hecho de diferenciar entre salud mental y enfermedad mental.

En definitiva, aunque nos lo ha dejado muy claro en toda su comparecencia, con su experiencia ¿qué aspectos tendríamos que contemplar para mejorar en la atención a los pacientes que padecen un problema de salud mental? ¿Tendríamos que abordar el tema desde el ámbito de los recursos humanos, de los presupuestarios, de los asistenciales? Más teniendo en cuenta la variabilidad de nuestra España, con esa diversidad geográfica en los diferentes territorios en los que vivimos. No en vano, es diferente prestar atención sanitaria en cualquier provincia de Castilla y León que, por ejemplo, en una gran ciudad. La compañera hablaba del modelo de Barcelona, pero también podríamos hablar de la Comunidad de Madrid o de las grandes áreas donde hay muchísima población.

Le reitero el agradecimiento por la claridad de su exposición. Desde luego, gran parte de ella nos servirá para establecer esas conclusiones y que esta subcomisión ayude a mejorar el ámbito de la salud mental.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Pasamos la palabra al doctor Franco, para que pueda contestar en unos diez minutos.

El señor **JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA Y PROFESOR TITULAR DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA** (Franco Martín): Quiero dar las gracias a todos ustedes porque se siente uno muy reconfortado con sus palabras. Voy a tratar, si consigo entender mi propia letra, de contestar a lo que me han planteado.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 19

El Grupo SUMAR me planteaba el tema de la complementariedad con primaria. Esto es importante porque, quizá, al tratarlo tan rápido, no queda claro. Los profesionales que vamos a primaria somos los de salud mental, pero no porque seamos psiquiatras, psicólogos o enfermeras, sino porque pertenecemos al servicio de salud mental. Y esto es importante, porque hay un debate al respecto. No hagamos más compartimentos estancos, porque, constantemente, dividimos en psicólogo de primaria, psicólogo de secundaria y de terciaria. Vamos a ver, nosotros no tenemos equipos de salud mental, es decir, lo que se llaman centros de salud mental. ¿Dónde está nuestro centro de salud mental? En la primaria. ¿Eso qué supone? Ahorramos recursos. ¿Quién es mi administrativo? Les voy a explicar cómo llegué a esta conclusión. Cuando en mi centro de salud mental faltaba un psiquiatra, no pasaba nada, se suspendían las consultas del psiquiatra para otro día; cuando faltaba el psicólogo, lo mismo, y cuando faltaba la enfermera, lo mismo. Es más, no se sustituían. Estoy hablando de hace treinta años, o sea, que nadie se dé por aludido. Pero cuando faltaba el administrativo, se cerraba el centro, había que sustituirle sí o sí. ¿Esto tiene sentido? Así es como funcionamos.

¿Qué hice yo? Pues lo que me molesta lo quito de mi vida, así que mi administrativo es el de primaria. De esta manera, no volví a tener problemas y jamás volví a pedir que me sustituyeran a un administrativo. Pido que se sustituya lo que da valor, que es, fundamentalmente, el psicólogo, la enfermera, el psiquiatra y el terapeuta ocupacional; es decir, los que atienden al paciente. El administrativo tiene importancia, pero concretamente el administrativo de primaria conoce a todos los pacientes de su zona, sabe cómo están y maneja nuestra agenda mucho mejor de lo que lo haríamos nosotros mismo.

Entonces, ¿cómo funcionamos nosotros? En un coche van el psiquiatra, el psicólogo y el profesional de enfermería. Llegan allí y el psicólogo y el psiquiatra se ponen a pasar consulta, mientras que el profesional de enfermería se pone a visitar a las personas en los domicilios. Cómo comentábamos antes, ¿por qué no van los abuelos? Porque hay que llevarlos y los hijos no están para llevar a nadie a todas horas, porque tienen su trabajo, tienen sus cosas, etcétera. Vamos a sus casas.

Además, hay otro problema que tiene el sistema y son, como decía, las listas de espera. ¿Cómo lo resolvemos? Porque no vemos a la gente cada tres meses, ni cada dos, ni cada uno. Los vemos cuando están mal. O sea, es una bobada que yo vea a una persona con esquizofrenia cada tres o cada seis meses, porque si viene y está bien, no hago nada. Lo tengo que ver en veinticuatro horas cuando está mal, y para eso la enfermera —si es usted enfermera, me entenderá— es mis ojos. Yo tengo que saber cómo vive esa persona. De qué me sirve a mí ver a nadie en un despacho si no sé cómo vive, si a lo mejor le doy un tratamiento y está viviendo sin agua corriente o cosas así. ¿Quién va a su domicilio? La enfermera de salud mental, que es la que me cuenta lo que hay. Y cuando todos los pacientes y las familias tienen su teléfono y ella ve que uno tiene un problema, me dice: Oye, Manolo, a este hay que verle ya. Y, eso sí, entonces hay que verle. Ese es el tema y así es como se resuelve.

Otro tema es que hay que diferenciar entre tres niveles: la psicología de las emociones, que es de lo que hablaba yo antes, la patología mental general y la específica. Hay problemas que son tan complejos que no se pueden tratar en atención primaria, por lo que se crean unidades funcionales como las que tenemos, donde hay una intensidad de cuidados mucho mayor. Es el caso de la unidad funcional de trastorno de personalidad o la unidad funcional de prevención del suicidio. Es decir, cuando hay una persona con riesgo alto de suicidio, tenemos una unidad específica con gente específica que, si hace falta, ve todos los días a esos pacientes, porque no cambiamos la dinámica de tantas consultas diarias. Es decir, según el caso, hay que jugar a dos velocidades y hay que personalizar la atención.

Finalmente, me preguntaba por cómo funciona la enfermería de salud mental en nuestro entorno. Creo que con esto contesto a todo. Solo le puedo decir que la invito a pasar un día a Zamora, que está una hora en tren de aquí, de Madrid. Si no la conoce, porque es habitual no conocer Zamora, le encantará el casco antiguo (**la señora Recas Martín: Sí la conozco**), y verá *in situ* cómo trabajan, más que lo que yo le pueda contar. Es decir, yendo allí verá que es como yo le digo.

Al grupo VOX quiero agradecerle también sus palabras. Efectivamente, el coste que tiene la salud mental es brutal, porque genera unas bajas laborales brutales. ¿Cuáles son las principales barreras para aplicarlo? Una es que a los profesionales no les encanta ir a los centros que están a 100 kilómetros, porque eso exige un sacrificio que habría que pagar y no es nuestro caso, que es más voluntarioso, pero realmente habrá que considerarlo. Además, a veces los centros de salud están pensados solo para primaria y hay que pelearse. Por ejemplo, nuestra situación ahora en el área de Zamora es mucho mejor que cuando empezamos, porque el propio coordinador de cada nuevo centro de salud que se reforma piensa en la parte de salud mental. Estas, por tanto, son barreras importantes. Por otro lado, el profesional

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 20

de enfermería es estratégico porque, aunque vayamos a los centros de salud rurales, todavía los pueblos no tienen centro de salud y las comunicaciones con el centro de salud tienen sus dificultades. Por lo tanto, tenemos que estar abiertos a todas esas cuestiones.

Me preguntaba también qué pienso yo de la colaboración público-privada. Creo que este es un debate que solo tiene sentido desde el punto de vista ideológico, porque si ponemos el foco en el paciente, en la persona, de lo que se trata es de ver quién le puede dar el mejor servicio en cada momento. Y esa es la cuestión. ¡Si público-privada somos todos! Es decir, lo público no se puede gestionar como lo privado. A veces nos vienen grandes gurús de lo privado a decirnos cómo tenemos que gestionar lo público y eso es un error. Son diferentes, porque los objetivos son diferentes y las situaciones son diferentes. Ahora bien, lo privado puede cubrir cosas que en lo público nos es imposible hacer. Voy a poner un ejemplo. Hablábamos en lo comunitario de darle pisos a las personas. Pero cuando nosotros le damos un domicilio a una persona tiene que ser el domicilio que esta quiera, no donde haya una plaza. Eso es dignidad. Cuando decimos que hay una plaza para fulanito, mira qué bien, viene una comisión de sabios, como yo, y decide que fulanito va a ese piso. Esto va contra la dignidad de las personas, aunque lo hagamos y se haga siempre. Lo importante es que esa persona participe en qué piso quiere vivir: que diga dónde quiere vivir, si a las afueras o en el centro, o si quiere tener un gato o no, porque en los pisos sociales no se puede tener gato ni perro, tampoco se puede fumar, etcétera. Porque son los marginales. Entonces, es importante que ellos participen. Por ejemplo, en la parte pública, nos es imposible adaptarnos, porque hay que sacar una licitación, hay que sacar un concurso..., y ahí nos ayuda mucho la parte privada. Quiero decir que si pensamos en las personas —y yo aquí no me posiciono—, tenemos muy claro cuándo uno tiene que hacer una cosa y cuándo no, porque no somos lo mismo. Entonces, hay cosas donde llega mejor lo público y cosas donde llega mejor lo privado. Esa es mi opinión.

Sobre los jóvenes, si yo soy comunitario en mayores y adultos, en jóvenes todavía más, en las escuelas. Hay que trabajar, sobre todo, en la tolerancia a la frustración. Estamos vendiendo una sociedad donde frustrarse es una enfermedad y cuando a uno, por ejemplo, le deja su pareja, se frustra y sufre. Esto va de eso. No tiene por qué tomar pastillas, no tiene por qué coger y querer acabar con el mundo. Te ha dejado la pareja y es un mundo de oportunidades y seguro que encuentras una mejor. Esta visión es la que hay que trasladar desde que se empieza. En vez de esta manía que tenemos de echarle la culpa a otro, lo importante es darte capacidades. Esto hay que hacerlo en las escuelas, no en centros; no hay que construir grandes centros para niños ni estas cosas.

Paso a la siguiente, aunque ya me he pasado con el tiempo. Perdóneme usted, presidente.

El Grupo Socialista me preguntaba sobre el tema que yo había planteado de la demanda. ¿Qué piensa un cardiólogo o un digestivo cuando no viene un paciente? Que, o se ha muerto, o ha mejorado. Si en la ficha no pone que se ha muerto, no viene porque ha mejorado. ¿Qué piensa un psiquiatra o un psicólogo cuando no viene un paciente? Que está fatal. Esto supone que la gestión de la salud mental es radicalmente diferente al resto de especialidades. La mayoría de los gerentes no entienden que vayamos a buscar a un paciente. O sea, el sistema dice que no vengan más, vamos a poner filtro en primaria y donde haga falta para protegernos. En salud mental, si ponemos filtros, los verdaderamente graves no vienen nunca. Entonces, en el tema de la accesibilidad para mí las claves son dos. Una, que no haya listas de espera, y para lograrlo hay que gestionar muy bien la lista de espera, dando prioridad al que más lo necesita. Esto no es la cola de la pescadería donde me ha tocado el número 13 y espero al número 13. Si lo mío es más grave, aunque llegue el 13, tengo que ser el primero. Aquí, por ejemplo, la enfermería tiene un papel también muy importante que puede desarrollar. Entonces, la accesibilidad se basa en una priorización diferencial y, evidentemente, en no tener listas de espera, y luego está el tema de la accesibilidad física. Usted hablaba de que cuanto más mayores menos van. ¡Claro! Vamos a hablar de las personas institucionalizadas, le voy a decir cómo es la realidad: organizan una furgoneta, contratan a uno que trae a seis personas mayores con demencia, nos los ponen delante y dice que los trae con una nota de dos líneas que hablan del tema. Entonces, ¿qué podemos hacer? Nada, no sirve para nada. Tenemos al abuelo que no sabe ni dónde va, lo desorientan, lo llevan a un centro... ¿No es más razonable que nosotros vayamos al centro, ver al abuelo en su sitio, hablar con quien está allí cuidándole, abordar el tema y darle consejos al que lo cuida? Y ahí empezamos a bajar los psicofármacos.

¿Por qué tenemos tantos psicofármacos en España?, ¿porque estamos todos muy nerviosos? No, porque el sistema así lo quiere. Yo le voy a poner un ejemplo de cómo va el tema. Una persona, como he dicho, tiene una ruptura de pareja o se le muere un ser querido y se pone muy nervioso, ve que sin esa pareja su vida no tiene sentido, todas estas cosas que, o las hemos sufrido, o nos las han contado.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 21

Entonces decides ir al médico de atención primaria. El médico de atención primaria en España tiene siete minutos para atender una patología de la que en su carrera tiene solo una asignatura y en su residencia pasó dos meses por salud mental, probablemente en verano, que es cuando suelen pasar, porque no es lo que más les apasiona. Entonces, queremos que afronte esa situación y le dé en siete minutos una psicoterapia rápida para la que no está preparado. ¿Qué opción tiene? ¿Qué pasa? ¿No duerme usted? Un hipnótico. ¿Que está de los nervios? Una benzodiacepina. ¿Que se siente triste? Un antidepresivo. Y sale con cuatro fármacos, cuando lo único que hay que hacer es decirle: Mira, te ha dejado —lo que acabo de decir antes—, se te abre un mundo de oportunidades y seguro que en un año tienes algo mejor. Todas las experiencias que hemos tenido en la vida nos enseñan que hasta de lo peor podemos sacar algo bueno. O sea, no hay nada cien por cien malo ni nada cien por cien bueno, todo tiene esa doble perspectiva. Esa es la función de los psicólogos, psiquiatras y enfermeras de salud mental, hacer ver que no todo es tan negro ni está todo tan claro. Bueno, los que lo ven todo claro no vienen, pero sería un poco así.

Entonces, en el tema de la demencia es estratégico, sobre todo para el tema de los trastornos psicóticos asociados a la demencia y los trastornos de conducta, hacer más programas de intervención no farmacológica, tratar a las personas donde viven y, sobre todo, en las zonas rurales. Fíjense, el sufrimiento va contra la dignidad. La gente que lleva viviendo toda la vida en un pueblo y la mandamos a otra provincia porque es donde hay plaza es una cosa que yo no sé si le hemos dado muchas vueltas.

Creo que he contestado a todo lo planteado por todos.

Finalmente, agradezco las palabras del Grupo Popular. Efectivamente —y un poco ya lo he expuesto—, creo que la clave de la atención en salud mental es aplicar la racionalidad, aplicar la funcionalidad y poner en el centro del sistema a la persona. Entonces, se trata de saber qué necesidades tiene y, evidentemente, tenemos que potenciar sus recursos. Los medicamentos son como una muleta en la rehabilitación; es decir, ayudan y te ayudan a funcionar; pero, realmente, como no hagas la rehabilitación, te vas a quedar cojo. Ahí vemos los casos del que está con las muletas toda la vida o con el psicofármaco toda la vida. Si realmente se hace una rehabilitación asociada a psicofármacos, volveremos a andar.

Con la salud mental ocurre algo similar. Cuando empecé, recibía a pacientes que decían: Doctor, llevo veinte años con el mismo psiquiatra y ahora va usted y me lo cambia. Yo respondía —era más joven y más atrevido—: Hombre, si después de veinte años no está usted bien, quizás si se lo cambio no le va mal. Es decir, hay gente que lleva años y años y años con una atención paliativa prácticamente. Entonces, vamos a tratar de hacer un esfuerzo para que la gente mejore, para que la gente se cure, para que la gente se recupere. Ese esfuerzo nos vale la pena, porque, como he mostrado antes, yo no toco de oído, voy con datos, y realmente el resultado merece la pena. Cuando yo empecé me decían: Tú estás loco, si vas a los pueblos se te llenan las consultas. No, lo contrario, ¿por qué? Porque la gente de Sanabria, aunque esté un poco mal, dice: Viene el psicólogo dentro de tres días, así que no voy a urgencias, espero y me verá. Esa es la cuestión. Ese también es un tema importante. Es decir, las urgencias de la mañana no se hacen en el hospital, se hacen en los centros de salud, y eso es también importante.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Franco.

Su intervención nos será extremadamente útil. Le voy a pedir el esquema, si es tan amable de pasárnoslo.

### — DEL DIRECTOR GENERAL DE LA FUNDACIÓN INTRAS (GÓMEZ CONEJO). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000360).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos con nuestro tercer compareciente, don Pablo Gómez Conejo, director general de la Fundación Intras.

Sin más prolegómenos, cuando esté listo, le damos la palabra al señor Gómez Conejo.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE LA FUNDACIÓN INTRAS** (Gómez Conejo): Muchas gracias, presidente de la comisión.

Muchas gracias, señorías, por esta oportunidad en la que podrán escucharme no a mí, sino a la voz que represento, en este caso, la de Fundación Intras, una fundación con treinta años ya de historia, precisamente en algo en lo que el compareciente anterior creo que ha dejado la pelota botando, como se dice en términos baloncestísticos.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 22

Somos una organización, entre las muchas que hay en todo el territorio nacional, que trabajamos desde la parte social, educativa y comunitaria para hacer posible que las personas con trastorno mental grave puedan tener una atención comunitaria y enfocada a una integración e inclusión social, como se ha escuchado en las comparecencias anteriores. Formamos parte de la Red ISEM, una red de entidades que, desde el norte al sur pasando por ambos archipiélagos, apoyamos en toda España las redes de salud mental públicas y centradas en los territorios. Dentro de la Red ISEM hay más de 22 000 profesionales ya trabajando, muchos de ellos, la mayoría, cuidadores, pero también muchos profesionales de la rehabilitación psicosocial, de la psicoterapia, del trabajo social, de la inclusión laboral, de la gestión de los alojamientos o los pisos, como escuchábamos anteriormente. Me permito sugerirles que escuchen, si tienen tiempo en la comisión, a la FEARP, la Federación de Rehabilitación Psicosocial, y a Luis Pelegrín, su presidente, que podrá ahondar en alguna de las cosas que esta mañana estamos viendo.

A través de nuestras acciones colaboramos en el progreso y desarrollo de la sociedad desde un modelo en el cual al paciente lo llamamos persona y, como se escuchaba anteriormente, intentamos ponerlo en el centro sobre la base de los derechos. No creemos en ellos por la forma de trabajo, sino porque lo dice la OMS y lo dicen las leyes internacionales y, afortunadamente, las nacionales y territoriales. Hemos impulsado también un *cluster* tecnológico en el cual hay más de setenta organizaciones, empresas tecnológicas, bases de conocimiento y universidades en las que el desarrollo de la innovación tecnológica nos está permitiendo que estos servicios puedan ser personalizados y también puedan ser asequibles. Les hablaré también de ello. Estas entidades conformamos, muy humildemente, una herramienta clave en el sistema. Somos capaces de personalizar en la atención de las personas. Enfocamos los servicios desde el plan de atención o el apoyo individual de cada persona, en coordinación, por supuesto, con las redes de salud mental y los profesionales tanto de la psiquiatría como de la psicoterapia. Los recursos están orientados a intentar encontrar lo que es significativo para la persona, considerándola protagonista y haciéndola responsable de su proceso. Creo que esto es algo importante porque es pasar de un modelo paternalista, como el anterior, a un modelo donde la persona tiene que hacerse responsable también de su proceso de recuperación. Por ello, podemos decir que, gracias al trabajo que hacemos las entidades del tercer sector, la atención puede ser personalizada, puede ser completa para todos los momentos de la vida y circunstancias del ciclo vital —yo creo que lo hemos escuchado, pero les recuerdo que la enfermedad mental grave o el trastorno va haciendo dientes de sierra y pasa por diferentes evoluciones, a pesar de su cronicidad—, y, luego, de una manera coordinada con los agentes implicados, tanto de los recursos sanitarios como educativos y laborales. Todo ello bajo un modelo de atención centrado en lo importante para la persona, buscando recuperar con la persona unos objetivos de vida, a pesar de su enfermedad, y a través del diseño de planes para apoyar las necesidades de manera que favorezca que las personas puedan vivir una vida con significado.

En las últimas décadas hemos sido partícipes de un cambio de atención. Pasamos de un modelo de atención institucional, en el que el principal valor era la calma social y en donde la planificación se realizaba en base a centros y plazas, a un modelo profesional, donde se valora la seguridad y la planificación en base a cupos. Pero en estos últimos años, afortunadamente, se está produciendo un nuevo tránsito en el que el foco está puesto en la atención para que la persona viva una vida significativa, en el apoyo al proyecto de vida y en la autodeterminación. Se trata de cambios de gran relevancia, pasar de un modelo como el anterior al actual, que respeta la capacidad de las personas para tomar sus decisiones y asumir consecuencias. De un modelo directivo a un modelo de apoyo, de un plan de intervención individual a un plan de apoyo al proyecto de vida y de un énfasis en cuidar en una institución a cuidar en el entorno natural o contexto de las personas. Los contextos son pilares básicos como la vivienda, pilares básicos como que aquel que es de lo rural y quiere seguir viviendo en lo rural pueda seguir viviendo allí y tenga allí los apoyos para que eso se pueda conseguir.

Hay Administraciones públicas que, afortunadamente, van un poco más avanzadas y algunas de ellas han aprobado, incluso, leyes vinculadas a la activación y al desarrollo del proyecto de vida y vinculados a la personalización y al aspecto de cada persona. En sus competencias como diputados del Congreso, les pedimos encarecidamente que apoyen y hagan que este sea el camino para poder atender no solo por razones de sostenibilidad, sino también por razones de dignidad humana y de derechos de las personas o de los enfermos. Algo muy importante también es la parte de la innovación, donde también les contaré después cómo los desarrollos tecnológicos pueden ayudar.

Antes veíamos unos gráficos que presentaba el ponente anterior donde se veía con éxito cómo se había reducido el uso de psicofármacos, cómo se habían reducido los ingresos hospitalarios. Yo les podría

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 23

mostrar cómo han aumentado en esos territorios en concreto los recursos sociales de apoyo en vivienda, de apoyo en asistencia personal, de aprovechamiento de la ley de la dependencia, de la figura del asistente personal para poder hacer esos apoyos personalizados. Si ustedes van a Zamora, allí podemos mostrarles ambas cosas y cómo pueden las Administraciones apoyarse en este tercer sector para que estos apoyos sociales permitan estos tránsitos que hemos comentado.

El alojamiento es algo fundamental, cumple el doble objetivo de que sea un hogar y una casa para todas las personas, pero supone un entorno perfecto para recuperar proyectos de vida, para poder trabajar la rehabilitación y la recuperación hacia una vida deseada. La gran innovación en estos años ha sido cambiar la visión de viviendas tuteladas con un componente muy bajo de autonomía a viviendas diseñadas para avanzar en el progreso hacia la autonomía, trabajando la relación con el entorno y la vida en comunidad. En este sentido, les sugiero que visiten o escuchen algunos de los últimos resultados de los proyectos piloto que ponen énfasis también en viviendas muy personalizadas a grupos de doble exclusión, bien por situación de sinhogarismo, bien por situación de juventud, incluso, menores en sistemas de protección, o bien también por ser víctimas de violencia. Hay ya en España dispositivos de alojamiento muy especializados que están consiguiendo que los proyectos de recuperación se puedan desarrollar en la comunidad.

Con respecto a la parte de la difusión y el estigma, de lo que también se ha hablado esta mañana, creemos que somos también una red muy importante. Trabajamos, de hecho, en ello. La mayoría somos asociaciones y fundaciones en cuyos estatutos y fines fundacionales están incorporados el trabajo para la lucha contra el estigma. Además, estamos trabajando en la comunidad todos los días. Con lo cual es fundamental que podamos seguir llevando la palabra, que es algo muy importante para poder ir concienciando y ablandando, digamos, a la sociedad hacia un mensaje donde se vea al enfermo como una persona y podamos diseñar acciones innovadoras y creativas con un concepto de sensibilización en el que el receptor se convierta en el participante; que tengamos espacios abiertos en los que poder hablar de salud mental sin perjuicios ni estigmas, espacios en los que la ciudadanía participe activamente recibiendo información y cambiando su manera de acercarse a la salud mental. Los medios de comunicación juegan un papel clave. Creo que hay que agradecerles mucho el trato exquisito con el que en el día a día abordan situaciones de salud mental y son un actor fundamental en esta cuestión.

Con respecto a la innovación tecnológica y social. Muchas veces y desde hace años hemos tenido que recurrir a ella, o bien por la carencia de recursos, o bien por esa necesidad de soluciones imaginativas para la personalización de los apoyos. Las nuevas tecnologías facilitan los programas integrales entre sectores, con repercusiones favorables, sobre todo, en algo tan importante como es la prevención y la individualización de los apoyos. No hablamos solo de plataformas de teleterapia, que sin duda es una herramienta muy útil y que puede tener mucho futuro —ya lo tiene— acercando la atención y la terapia en zonas rurales o facilitándola en situaciones donde todavía no hay mucha aceptación de la enfermedad, sino hablamos de que la inteligencia artificial supone una oportunidad excepcional para poder llevar avances a ese entorno natural de las personas, como el hogar, permitiendo que personalicemos, que facilitemos la autonomía y a su vez una deducción del coste de los apoyos para el sistema. También está permitiendo la inteligencia artificial, y tiene mucho por desarrollar, que personalicemos las funciones de los asistentes virtuales, que ayudan a la persona a autogestionarse, por ejemplo, ante los primeros avisos de episodios de crisis, o que permiten más autonomía y reducen las interacciones con los profesionales, que siempre son más caras y difíciles de conseguir.

La tecnología debe ser desarrollada o adaptada poniendo a la persona en el centro, solo así conseguiremos usabilidad, accesibilidad y asequibilidad, haciendo, por tanto, que la inversión haya merecido la pena y sea funcional para la persona y los profesionales. Hay un montón de *apps* y un montón de dispositivos guardados en los cajones. Esos son recursos perdidos porque no han tenido este enfoque. El bienestar físico y mental de los usuarios requiere herramientas que están hoy en día en el mercado. Parece simple, aunque es muy complejo. No se alude a que la tecnología se adapte o no, sino a que los profesionales sepamos encajarla, utilizarla y asistir o enseñar a los usuarios a hacerlo.

Termino. Me gustaría destacar las dificultades y los retos presentes y futuros alineados con el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 y con el enfoque integral basado en los principios establecidos por la OMS, vinculados con derechos humanos, determinantes sociales y el enfoque comunitario.

El primero de ellos es incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud mental. Incluir análisis sistemáticos de factores como pobreza, vivienda, empleo, educación, desigualdad y discriminación. Antes escuchábamos la importancia del código postal. Pues va de esto y de estos otros

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 24

factores. Además, promover intervenciones intersectoriales que integren políticas sociales, educativas, laborales y sanitarias, destinadas no solo a la atención, sino a la prevención e individualización; priorizar acciones dirigidas a grupos en situación de vulnerabilidad o exclusión.

En segundo lugar, garantizar el respeto a los derechos humanos: asegurar que todas las intervenciones respeten la dignidad, la autonomía y la voluntad de las personas; incorporar protocolos de consentimiento informado; adaptar el plan nacional a los estándares de la Convención de los Derechos Humanos, y percibir en todo caso a una persona como valiosa y con derecho a vivir una vida con significado. Es decir, potenciar la aceptación incondicional, no es necesario que la persona llegue a conseguir resultados especiales para tener valor, ya tiene valor tal cual es por ser persona. Hay una necesidad de seguir un paradigma constructivo y olvidar las costumbres o las tradiciones de paradigmas donde los apoyos se prestan desde un enfoque donde hay poca adaptación.

En tercer lugar, fortalecer la atención comunitaria. Promover los equipos multidisciplinares de salud mental comunitaria con esa colaboración público-privada; favorecer programas de atención domiciliaria, seguimiento del entorno de la persona y asistencia personal. Para los casos más graves, reforzar soluciones comunitarias de apoyo social, de vivienda y trabajo en planes autonómicos integrales especiales. Creo que, si tienen posibilidad, algo muy bueno para España sería revisar la ley de la dependencia y, en especial, su sistema de valoración para conseguir que las personas con enfermedad mental grave puedan beneficiarse de la misma al igual que otras personas con necesidades de apoyos en dependencia lo hacen. Lo que está ocurriendo con el sistema actual de valoraciones a la hora de otorgarles un grado en la ley de la dependencia es que las valoraciones se hacen sobre la base de las funciones de la persona. Como ustedes saben, una persona con una enfermedad mental grave un lunes puede tener la funcionalidad plena, que a lo mejor es el día que viene el trabajador social a valorarle, y el martes, el miércoles y el jueves no levantarse de la cama en doce horas. Eso nos está causando bastantes dificultades a la hora de poder conseguir los recursos para poder prestar los apoyos. Se debe ampliar el acceso y reducir las desigualdades; reforzar la atención psicológica en Primaria —creo que ha estado perfectamente explicado anteriormente—; garantizar el acceso equitativo en zonas rurales y para colectivos especialmente vulnerables; reforzar la colaboración público-privada y trabajar con el tercer sector; incluir activamente a las entidades del tercer sector y profesionales del ámbito social. A diferencia de la atención en otros cuidados de larga duración, como mayores, etcétera, en la atención en salud mental tenemos en muchas partes de Europa, y en concreto en España, una red de entidades del tercer sector profesionalizadas que están a disposición y creo que hay que aprovecharlo. También, mecanismos de coordinación permanente y dignificar, esto me parece también muy importante y me gustaría resaltarlo, la profesión del cuidador profesional. Como no tenemos recursos económicos —lo escuchábamos antes, no los tuvo Alemania y se llevó por delante una parte muy importante del desarrollo de lo que iba a ser su ley de dependencia— para dotarlo de profesionales ‘hipercapacitados’, porque tampoco los tenemos ni se los esperan, hay que contar con cuidadores. Los cuidadores compiten con el cuidado de personas mayores y los estamos retribuyendo con salarios más parecidos al salario mínimo interprofesional que al salario medio de este país. Eso es un problema, aunque solamente sea por egoísmo. Tenemos que dignificar la profesión del cuidador y no solamente con que la sociedad les valore como son, sino también a nivel económico o de salario.

Como siguiente punto, quiero hablar sobre la participación activa de las personas con experiencia propia —creo que se pueden incluir a las personas usuarias y familiares, como de hecho se está haciendo, en la implementación de las evaluaciones del plan—, la importancia de la sensibilización social y superación del estigma social, como hemos comentado, y promover la innovación tecnológica y social en procesos de atención comunitaria. Aquí volvemos a recurrir a la ley de dependencia o a otros sistemas de financiación que puedan tener los territorios. Se deberían incluir los desarrollos tecnológicos dirigidos a la autonomía y la calidad de vida como una herramienta más de apoyo, incorporándola a los catálogos de prestaciones. Se debe impulsar la formación en herramientas digitales y tecnológicas a los profesionales de todos los ámbitos de actuación, la sanitaria, la social y a los gestores. Y quizá, por último, un sistema nacional, una organización que pueda garantizar la atención psicosocial en situaciones de emergencia y catástrofe. Si nos remitimos a lo visto últimamente con la dana o con situaciones de emergencia energética, etcétera, aunque hayan sido territorios muy concretos o periodos muy breves, nos han hecho abrir los ojos sobre que hay que pensar en que quizá todo no esté organizado.

Muchas gracias por su tiempo y espero haberme ceñido a lo esperado.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 25

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Gómez.  
Pasamos entonces al Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR.

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

Aunque tenemos poco tiempo, sin duda alguna quería agradecerle su intervención. Hablar del tema comunitario, hablar desde el tercer sector —y ya hemos tenido alguna comparecencia— nos parece siempre muy enriquecedor para ese informe final que se haga de la subcomisión. Porque, aunque mucho se hable, sin duda alguna sin el tercer sector no sería posible casi nada de lo que ocurre en el tema comunitario y en el tema de salud mental.

Usted ha hablado de cuidar el contexto de la persona: la vivienda, el rural, el tema del asistente personal. Hablaba de que algunas comunidades autónomas han hecho alguna ley, alguna normativa específica para ayudar en todo esto. Quería preguntarle exactamente a qué normativa se está refiriendo. También quería aprovechar para decirle que la ley de dependencia está en modificación. Así que estamos abiertos a cualquier modificación o a cualquier sugerencia en relación con todos estos temas, en los que ya se está trabajando desde el Ministerio de Derechos Sociales.

Mi segunda pregunta iba un poco respecto a lo que hablaba usted del *cluster* tecnológico. Sin duda alguna, la tecnología es imprescindible en todos estos temas, pero todavía hay mucha gente que tiene dudas o está en contra de esto. Quería preguntarle si han hecho alguna clase de evaluación sobre este *cluster* tecnológico en el que están trabajando para poder apoyar la necesidad de esta tecnología para llegar allí donde otros no llegan.

Sin más, quiero darle las gracias de nuevo. Muchísimas gracias.

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

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

Muchas gracias, señor Gómez, por su intervención y por el trabajo que llevan realizando usted y la Fundación Intras durante estos treinta años, como usted ha dicho.

Yo creo que lo que usted ha señalado, la parte social, la parte educativa, la parte comunitaria, tienen que girar alrededor del eje central, de lo más importante, que son las personas, y no solamente los pacientes, sino también los familiares y los propios profesionales sanitarios y sociosanitarios, que tienen que ser partícipes no solamente de la salud mental, sino de la salud de las personas. Hemos visto antes cómo los farmacéuticos también reclamaban entrar dentro de ese circuito, que yo creo que es un engranaje importante que podemos utilizar. Como usted ha dicho, hay *apps* guardadas en los cajones que no se utilizan. Se ha hecho mucho trabajo que luego no ha valido para nada, que no se ha utilizado siendo herramientas fundamentales. Yo quería preguntar acerca de la tecnología, y no solo a través de las *apps*, sino también sobre la inteligencia artificial. Quería saber si desde su fundación se ha explorado alguna vía para utilizar la inteligencia artificial, la *big data* o cualquier tipo de nuevas tecnologías aplicadas a los pacientes, a los profesionales sanitarios o para ayudar a asociaciones como la suya, que son el tejido necesario que cubre las carencias allá donde el Estado no llega, donde muchas veces no llegan las Consejerías de Salud ni el propio ministerio.

No quiero utilizar todo el turno, porque me gustaría que todos los comparecientes pudiesen participar hoy y andamos escasos de tiempo, así que simplemente quiero mostrarles mi agradecimiento. Compartimos esa falta de equidad, compartimos esa necesidad de poner en el centro a las personas y de todo ese tejido social, porque, por desgracia, como usted ha dicho, cuando una persona tiene que parar, la sociedad no para y muchas veces no nos damos cuenta de lo que sufre la gente alrededor. Tenemos que darnos cuenta y aprender a sujetar de la mano a esas personas que necesitan de todo nuestro apoyo.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.  
Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista, por favor.

El señor **POSE MESURA**: Gracias, presidente.

Yo quería empezar diciendo que hoy me siento bastante contento porque al final de todo este proceso, y a pesar de la sencillez con la que se han expuesto hoy aquí algunos razonamientos, hay mucho conocimiento y mucha sabiduría, que realmente es el núcleo, el meollo del trabajo que tenemos que hacer nosotros. Nosotros no tenemos que aportarle al ministerio o a las comunidades autónomas grandes

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 26

estudios que hagamos, sino ir desmenuzando y ver qué problemas tiene la sociedad, qué problemas tienen los enfermos mentales y en qué sitios se dan experiencias con las que hay contar y que pueden resultar extrapolables a otras poblaciones.

Como decía usted, don Pablo, el compareciente anterior, el doctor Franco, se la dejó botando para que usted metiera la canasta. Pues, además, yo creo que mete otra canasta triple en algo que nos traen siempre los amigos de VOX —y digo con cariño lo de amigos, no lo digo de una manera despectiva—, como si los demás tuviéramos algo contra lo privado. Si se hace bien, pues bien hecho está, sea público o privado. ¿Qué pasa? Que es verdad que nuestra obligación, si tenemos un sistema sanitario público, es mejorar el sistema sanitario público, pero, obviamente, aplaudimos todas las iniciativas privadas que mejoren y cubran necesidades, que complementen —que es de lo que se trata, creo yo— muchas veces los déficits de planificación o incluso en la planificación adecuada. Yo creo que ustedes, por la información que yo tengo, cubren una faceta muy importante: están haciendo que las personas asuman su responsabilidad en el alojamiento, en la educación, etcétera. Es un trabajo de rehabilitación importantísimo mejorando la atención de estos pacientes.

Algo importante que acaba de decir es que utilizan las nuevas tecnologías, la inteligencia artificial y todo eso. Parece que eso se refiera solo a investigaciones complejas, cuando se utiliza en todos los ámbitos, también en el de la rehabilitación, la convivencia y el trato directo con los pacientes. Todo eso creo que les va a hacer más autónomos y mejores personas, redundando en un bien para la sociedad.

Nada más y muchas gracias por su aportación y por el trabajo que realizan día a día.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular, por favor.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidente.

En nombre del Grupo Parlamentario Popular, me sumo a los agradecimientos mostrados por el resto de los grupos. Le felicito, y no solo por la intervención, sino por el trabajo de estos treinta años, una experiencia que algunas conocemos bien. Le felicitamos por toda esta trayectoria y por trabajar de forma integral la parte social, la parte educativa y la parte de integración laboral, que es otro de los aspectos importantes. Ponen al paciente en el centro, que es algo que no se nos tiene que olvidar y sobre lo que todos tenemos que reflexionar, incluso los miembros de esta subcomisión a la hora de elaborar conclusiones. Yo creo que las comparecencias de hoy nos han dejado muy claro que a la persona hay que ponerla en el centro.

Destacamos también esa coordinación en el ámbito de los servicios sociales, lo que permite ser un nicho de creación de empleo en beneficio de esas personas. Y, desde luego, es importante sensibilizarnos todos los ciudadanos sobre la salud mental, porque hemos vivido épocas —ahora ya menos, por suerte— en las que esto se ha estigmatizado mucho, se ha hablado incluso de una forma peyorativa, y ahora, por suerte, se ha avanzado mucho y ha sido también gracias al trabajo que han venido haciendo instituciones como la suya. Quiero poner en valor el apoyo. Ahora todos avanzamos; desde hace treinta años, cuando empezaron ustedes, hasta ahora hemos avanzado mucho con la incorporación de las nuevas tecnologías como un servicio más sobre el que se puede apoyar y se apoya, no solo a través de esas plataformas de la teleterapia, sino incluso con la inteligencia artificial, en el propio domicilio del paciente. Le felicitamos por ese *hub* de las nuevas tecnologías, ese *cluster* de soluciones innovadoras para la vida independiente. Yo creo que es una experiencia única en España y cómo han conseguido sumar cada vez más empresas que trabajan en el mundo del cuidado y que nos aportan valor en todo el ámbito de atención a la persona.

Hemos tomado nota de esa puntualización que nos ha hecho de revisar la ley de dependencia, para que, a la hora de recibir esa prestación, las personas con enfermedad mental severa tengan las mismas condiciones de accesibilidad y de prestación que cualquier otra persona con otro tipo de enfermedad.

Antes hablaba de tecnología. Pues necesitamos formar a los profesionales y a todos los que trabajan en el ámbito de los cuidados. Por eso le felicitamos y le agradecemos la puntualización que nos ha hecho sobre lo importante de los cuidados profesionales y dignificar al cuidador. Hay que trabajar mucho en este ámbito y, sobre todo, contar con ellos, porque lamentablemente a veces no tenemos el número que deseamos.

Sin más, le volvemos a agradecer su comparecencia de hoy. Tomaremos nota a la hora de elaborar esas conclusiones para que con ese trabajo que vienen haciendo y esa experiencia de estos treinta años, que ha ido evolucionando con arreglo al desarrollo a todos los niveles, se vean beneficiados los pacientes.

Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 27

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Si el señor Gómez quiere responder brevemente, tiene la palabra.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE LA FUNDACIÓN INTRAS** (Gómez Conejo): Con respecto a la pregunta del Grupo SUMAR, la comunidad autónoma que había impulsado la ley sobre proyecto de vida, que yo conozca Castilla y León lo ha hecho recientemente, y puede haber alguna otra, pero la que conozco es esa.

Con respecto a la parte de la tecnología, que yo creo que era una pregunta compartida por diferentes grupos, está siendo fundamental ya y lo estamos viendo, de ahí todo ese esfuerzo en la parte del *cluster* y en la parte de trabajar en proyectos de innovación.

Respecto a tener cuidados profesionales —muchas veces no está la familia y necesitamos personas profesionales—, en un sistema de distribución en viviendas, sea en un pueblo pequeño o en un barrio cercano, no es comparable a que estén en un centro institucional o en una unidad de una residencia o de un hospital, simplemente por un tema de logística, porque los ojos hay que moverlos, hay que desplazarlos, imagínense en ciudades como Madrid, etcétera. Ahí la tecnología juega un papel clave, ya que garantizando privacidad, que no haya imágenes, la individualidad y los derechos de la persona podemos anticiparnos a comportamientos o actitudes que puedan, por ejemplo, avisarnos de un posible brote o de un empeoramiento de la enfermedad que al final pueda concluir en un ingreso hospitalario o en un empeoramiento de la salud, y eso es con tecnología que está ahora mismo en el mercado y que es barata. Lo que ocurre es que hay que adaptarla y tenemos que formarnos para poder hacerlo. A veces también hay mucho rechazo, pero es más de los propios profesionales, que nos ponemos vendas en los ojos, que de las propias personas o los usuarios, y eso nos pasa mucho con las personas mayores, y lo vimos en episodios como el del COVID.

Algo muy importante también, por si pueden influir en ello, es el tema del acceso a los datos. La investigación requiere datos, y más ahora que los algoritmos de inteligencia artificial están basados en que haya muchos casos, y los hay, pero no tenemos acceso a recopilarlos y a coordinarlos. Eso es muy difícil. Pasa a nivel sanitario y pasa a nivel social. Somos muchos los que trabajamos en torno a la persona y de manera distribuida y otros países se están poniendo las pilas en ese acceso compartido de los datos. Eso sería algo yo creo que relevante también. Y otro tema muy importante también es la coordinación de la información. Nosotros vivimos y nos conectamos con los sistemas de información de servicios sociales, pero, por ejemplo, no estamos conectados con los sistemas sanitarios, y entre ellos llegan hasta donde llegan. Eso es fundamental. Aquí abrimos el melón de la coordinación sociosanitaria, que creo que en el caso de las personas con problemas de salud mental —y seguramente en otros también— es absolutamente clave.

Por último, dentro de los comentarios tanto de los grupos Socialista como Popular, se ha tocado la parte de la inclusión social y el empleo. Es muy importante destacar algo. Saben que en España se ha hecho mucha inversión y estamos bien posicionados en empleo de personas con discapacidad. Pues bien, las personas con enfermedad mental están, dentro de aquellas con discapacidad, a años luz de la media en inclusión laboral. Solamente una de cada diez consigue un empleo estable, por el estigma del que ya se ha hablado, por los apoyos que se necesitan, etcétera. Y aquí hay dos herramientas, una ya bastante histórica, que ha funcionado muy bien y que es importante conservar para las personas con enfermedad mental, que son los centros especiales de empleo. Europa está planteando que el modelo de centro especial de empleo puede ser demasiado proteccionista y que a lo mejor no es a lo que hay que ir con ciertas discapacidades, y estamos totalmente de acuerdo con eso, pero no estamos de acuerdo con que se pierda esa figura o esa herramienta para los que más difícil lo tienen para entrar en el mercado laboral normalizado. Y la segunda es el empleo con apoyo, es decir, dar esos apoyos individualizados con la misma filosofía que estamos comentando, pero en el puesto de trabajo normalizado. El momento histórico que vivimos ahora en toda España de demanda laboral por parte de todos los sectores hay que aprovecharlo, con lo cual yo creo que ahí la estrategia también debería poder poner el foco y sería un foco útil y de bastante valor social.

He intentado responder a todo. Muchísimas gracias, de verdad, por escucharnos, no solamente por parte de la fundación, sino de todo el sector social que trabajamos en esto. Mucho ánimo con la tarea. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Muchas gracias por estar aquí con nosotros esta mañana.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 28

— **DE LA PRESIDENTA DE FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, FUNDADEPS, Y PROFESORA TITULAR DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS (GALLARDO PINO). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000361).**

El señor **PRESIDENTE**: Tenemos aquí ya a nuestra cuarta compareciente, doña Carmen Gallardo Pino, presidenta de la Fundación de Educación para la Salud y profesora titular de medicina preventiva y salud pública de la Universidad Rey Juan Carlos. Sin más dilación, le damos la palabra doña Carmen. **(El señor vicepresidente, Pose Mesura, ocupa la Presidencia).**

La señora **PRESIDENTA DE FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, FUNDADEPS, Y PROFESORA TITULAR DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS** (Gallardo Pino): Buenos días.

En primer lugar, quiero dar las gracias en nombre de la Fundación Educación para la Salud y, como presidenta, por el espacio/tiempo de poder estar aquí esta mañana en esta sesión.

Voy a intentar hacer esto un poco ameno, porque sé que llevan toda la mañana aquí. Me voy a centrar en varias consideraciones para hablar del tema de por qué consideramos que es importante nuestra aportación en el tema de salud mental.

Primero, de dónde partimos. Nosotros somos una fundación que lleva trabajando ya muchísimos años en el territorio español, pero tenemos claro que la salud mental está estrechamente vinculada a algo que yo creo que todos conocemos, que son los determinantes sociales de la salud, y tenemos claro que circunstancias como donde vivimos, donde nacemos, donde crecemos, donde trabajamos y donde envejecemos son las que determinan nuestra salud. Por lo tanto, todo esto interactúa continuamente con los determinantes biológicos de la salud, y de ahí parte nuestro trabajo. La atención a la salud mental, y aquí queremos hacer una reflexión importante, depende mucho del número de profesionales que esté trabajando, sobre todo para garantizar que las intervenciones sean lo más accesible posible, lo más eficaces y, sobre todo, que respeten los derechos humanos. Hace un momento hemos visto algunas intervenciones que no están reflejando este tema. Pero también queremos plantear que es imprescindible la colaboración entre todos los actores implicados, entre los actores que, día a día, adecuan los modelos de salud mental a un enfoque biopsicosocial basado en los derechos humanos y, por supuesto, en los determinantes sociales, así como, fundamentalmente, asegurar una dotación adecuada de los recursos asistenciales. De ahí es de donde partimos.

Pero ¿quiénes somos? La Fundación Educación para la Salud es una organización no lucrativa que empezó en el año 2003 en el seno del Hospital Clínico San Carlos, pero es la continuadora de la Asociación de Educación para la Salud, que desde el año 1985 está en la misma sede y que se centra en el trabajo de la educación para la salud y en su momento fue pionera en este trabajo en el panorama europeo. En Fundadeps venimos trabajando con una finalidad muy concreta, que es incorporar y trabajar la educación para la salud, la promoción de la salud, los hábitos de vida saludables desde las áreas de la formación, de la investigación, de la transferencia, pero, sobre todo, con un fin último importante: trabajar la cultura de la salud. Cuando hablamos de cultura de la salud nos estamos refiriendo a esa cultura de salud en todos los espacios sociosanitarios donde día a día estamos involucrados.

Pero ¿qué hacemos nosotros? ¿Qué hacemos desde la Fundación Educación para la Salud? Nuestro trabajo diario es trabajar en redes y sinergias entre instituciones públicas y privadas y entre profesionales sanitarios, algo que venimos haciendo desde hace muchísimos años. Trabajamos mediante programas, desarrollando muchísimos programas, —tenemos más de una decena— y en esa sinergia entre instituciones públicas y privadas he reseñado algunas públicas, como el Hospital Clínico de San Carlos, donde estamos ubicados, el Ayuntamiento de Madrid y varios ministerios, desde Sanidad hasta Cultura, Igualdad, Exterior, Agenda 2030, Plan Nacional sobre Drogas, con los que venimos colaborando desde hace bastante tiempo, sobre todo, insisto, creando esas redes y sinergias de trabajo. Trabajamos en programas y tenemos una lista bastante numerosa de programas importantes. Muchos de ellos están reflejados en la diapositiva que ven, pero no voy a entrar a explicar los programas, como es obvio, en esta comparecencia. Me voy a centrar fundamentalmente en el tema de jóvenes, aunque ahora me parece muy importante desarrollar qué tienen en común todos los programas en los que estamos trabajando, cuál es ese hilo conductor, esas patas de abordaje. Por una parte, tenemos claro que Fundadeps lleva más de treinta años de trayectoria, que somos una fundación que tiene un impacto masivo y diversificado a la hora de trabajar, que procuramos la innovación con herramientas y métodos, con tecnologías, con todo lo que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 29

vemos que va incorporando la sociedad, pero tenemos cuatro ejes centrales de trabajo. Fundamentalmente trabajamos el concepto de salud con un enfoque biopsicosocial; trabajamos la base de los determinantes sociales de la salud; nos apoyamos, principalmente, en cumplir los ODS y también la Agenda 2030 y, por supuesto, hacemos un enfoque transversal de perspectiva de género en todos los programas que hacemos.

¿Y cómo lo hacemos? Voy a hablar sobre lo que hacemos en prevención y promoción de la salud en jóvenes, citándolo lo más resumido posible para adaptarme al tiempo que tengo. Esencialmente, tenemos tres programas que dan respuestas—como otros, pero me he centrado en estos tres— a cómo abordamos la prevención y la promoción en jóvenes: el primero es el programa Entre Mentes, en el que trabajamos con profesionales; el segundo es el programa Saludablemente, dirigido fundamentalmente a las familias, sobre todo a la prevención del suicidio, y el tercer programa es el de PAJEPS, que lleva más de treinta años. Tenemos claro que la salud mental no depende solo del individuo, sino que compete a todos; además, es muy necesario que todos los agentes implicados tengan herramientas para hacerle frente y para poder trabajarlo. ¿Cómo lo hacemos? Pues integrando la lectura como herramienta terapéutica en el ámbito de la salud mental; promoviendo el bienestar emocional de los pacientes y profesionales; sensibilizando y formando a las familias y jóvenes; y con el programa PAJEPS que, como he dicho, es para formar agentes de salud entre jóvenes y para jóvenes.

¿Qué proponemos? Pues, fundamentalmente, diseñar e implementar programas de acción social enfocados a la sensibilización y a la promoción de la salud mental y a la prevención de la conducta suicida en jóvenes, que es fundamental para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional. Hacemos propuestas al Gobierno de España, que es clave para garantizar recursos, continuidad y alcance territorial, favoreciendo políticas públicas efectivas que respondan a las necesidades reales de la salud en la juventud. Proponemos un enfoque biopsicosocial —sé que esto muchas veces parece obvio, es decir, que hay que trabajar en lo biopsicosocial, pero no por obvio significa que no tengamos que incidir en ello muchas veces— que permita abordar la salud mental con una perspectiva integral, reconociendo la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Proponemos también que los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud deben guíen todas las intervenciones, asegurando la equidad, la inclusión y la participación activa de los jóvenes en la construcción de las soluciones. Y proponemos también que la prevención del suicidio juvenil no sea solo un reto sanitario, sino también un compromiso social y ético que exige coordinación interinstitucional e implica a toda la comunidad.

¿Qué pedimos? Pedimos —y creo que ya se ha reiterado anteriormente— que se tenga en cuenta la importancia de la atención primaria en la actividad de prevención y, sobre todo, de promoción de la salud. Pedimos que se aumenten los programas de educación para la salud en el ministerio y en las comunidades autónomas. Parece que del tema de la educación para la salud todo el mundo habla, lo sabe, pero llevamos muchos años trabajando en la educación para la salud y creo que muchas veces es invisible. Pedimos programas de formación a los profesionales para poder trabajar en la atención primaria y en la comunidad. Es necesaria esta formación en esta área. Hay que potenciar campañas publicitarias a fin de concienciar a la sociedad. Creo que para los que llevamos trabajando en este campo desde hace mucho tiempo parece como que todo lo que se ha hecho, ya se sabe, y aquí quiero decir que no es cierto, que no se sabe, y creo que, en muchos momentos, si se hubiese desarrollado bien, por ejemplo, un programa de educación para la salud, o todos los temas de prevención y promoción de la salud, la pandemia hubiese sido diferente. También, queremos que se potencie las administraciones sanitarias, los organismos sociales, los profesionales y las entidades que como Fundadeps llevan trabajando tantos años en promoción y prevención de la salud. Creemos que es importante que se potencie. La sociedad sabe que la asistencia sanitaria es imprescindible, pero la prevención es el primer paso para influir en la disminución de la epidemia social y sanitaria.

Por último, desde Fundadeps queremos agradecer la participación en este espacio de reflexión y compromiso para construir entre todos un futuro más saludable y esperanzador para la juventud.

Muchísimas gracias.

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

Abrimos el turno de intervención de los grupos.

Empezamos por el Grupo SUMAR, porque no hay ningún otro.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Sí, Carmen, es un placer saludarla. Soy Rafa Cofiño. Es un gusto tenerla en la comisión.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 30

Simplemente, quería reforzar los mensajes que ha dado, que creo que son muy importantes para lo que planteamos en la Subcomisión de Salud Mental. A veces se confunde promoción de la salud con una visión muy individualista de educación para la salud y yo creo que ha reforzado claramente la importancia, el contexto de los determinantes sociales, una educación para la salud que tenga en cuenta ese abordaje biopsicosocial. La importancia de las comparecencias que hemos tenido —y la suya ha sido una de ellas— radica en marcar una línea importante entre lo que es ciencia y lo que no lo es. Creo que a veces la fragmentación ideológica, los populismos y demás están queriendo echar por tierra algunas cuestiones que están claramente fundamentadas en evidencias científicas y, por eso, intervenciones como la suya son tan importantes en este sentido.

Nada más. Creo que han quedado muy claras las propuestas para la subcomisión. Le agradezco su participación y, sobre todo, el trabajo de tantos años y lo que hemos aprendido de su trabajo y de su experiencia.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señor Cofiño.  
Interviene el portavoz de VOX.

El señor **GARCÍA GOMIS**: Muchas gracias, señor presidente.  
Señora Gallardo, muchísimas gracias. Bienvenida a su casa.

Le agradezco no solamente la exposición tan exquisita que ha hecho, sino también todo el trabajo que vienen realizando durante todos estos años. Coincidimos prácticamente en todas las afirmaciones que usted está haciendo. El trabajo que están haciendo es digno de admiración. Creo que es fundamental empezar la casa desde abajo, desde la educación, desde los jóvenes. Un problema que creíamos que no existía, que era la salud mental en los jóvenes, o por lo menos no se tenía como un problema principal, hemos visto ahora, durante la pandemia, cómo se ha disparado; aunque parece ser que poco a poco se ha ido asentando o rebajando esa situación. Pero es importante, sobre todo en los colegios, en la preeducación, poder informar de la importancia que tiene la salud mental y detectar precozmente; es decir, sobre todo esa prevención, esa detección precoz no solo en el ámbito escolar, sino en cualquier ámbito es importantísimo.

Por nuestra parte, simplemente queremos agradecerle su trabajo, estar aquí y que continúen ustedes aportando, como dice, hasta el final su participación en este espacio. Seguiremos reflexionando y construyendo entre todos la salud mental del ahora y del futuro.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.  
Interviene el portavoz del Grupo Socialista.

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

Muchísimas gracias, profesora Carmen Gallardo, por su comparecencia y por habernos traído a colación que, efectivamente, el tema de la salud mental, tanto en la juventud como en todas las personas de distintas edades —infancia, adultos y envejecimiento— tenemos que tratarlo desde una perspectiva global. También, queremos agradecer y reconocer la labor sistemática y continuada de la Fundación de Educación para la Salud. Asimismo, queremos hacer un homenaje a uno de los promotores de la Fundación de Educación para la Salud recientemente fallecido, el profesor Federico Mayor Zaragoza, que fue uno de los impulsores de esta organización, así como otras eminencias del mundo sanitario, cultural y educativo en nuestro país.

Quería preguntarle también por su gran experiencia como profesora y académica, además a través de la CRUE, cómo ve en la actualidad la formación de tantísimos profesionales de las ciencias de la salud en España, para que luego, en verdad, su actividad profesional, personal y particular puedan ejercerla adecuadamente, porque es la base —como hemos visto— de esa salud física, psíquica, social y espiritual de todas las personas para prevenir la enfermedad mental.

Gracias.

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

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

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 31

Señorías, buenas tardes.

Que mi grupo me haya permitido intervenir para mí es un regalo, porque igual que no se deja de ser médico, no se deja de ser preventivista, aunque esté aquí. En mi servicio siempre mirábamos a San Carlos como un referente en la educación para la salud. No todos los servicios pueden hacer un trabajo tan grande e ingente. Entonces, quería agradecerle que haya hablado aquí, reconocer su trabajo y felicitarla por la trayectoria y por la fundación.

Me gustaría —ya que nos vamos a centrar en el programa y en los adolescentes, en un programa muy concreto de todos los que desarrollan— que quedara reflejado en el *Diario de Sesiones* de la comisión y que nos explicara a todos los compañeros con un poco más de detalle a quién va dirigido el producto de estos programas: ¿al Gobierno?, ¿a un colectivo?, ¿o a la población joven que pertenece a la población de referencia del hospital San Carlos? ¿A quién va dirigido? Como no puede ser de otra manera, nosotros suscribimos y compartimos el enfoque. Los determinantes sociales están mezclados con la salud y, obviamente, con la salud mental. Esto no hace falta aclararlo, yo creo que estamos de acuerdo, pero sí me gustaría contar para nuestro trabajo interno con los detalles de cómo funciona y cómo trabaja la fundación en programas concretos, como, por ejemplo, en este.

Muchas gracias.

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

Para cerrar el debate, tiene la palabra la señora Gallardo.

La señora **PRESIDENTA DE FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, FUNDADEPS, Y PROFESORA TITULAR DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS** (Gallardo Pino): En primer lugar, muchísimas gracias a todos por sus preguntas. Es un placer poder estar aquí y contar lo que venimos haciendo durante tantísimos años. Me gustaría señalar como primera premisa la importancia que tiene para nosotros el poder contaros lo que hacemos para elaborar ese informe que están desarrollando. Voy a contestar a las preguntas y termino explicando el programa.

Yo llevo trabajando muchos años en promoción de la salud —se puede apreciar por mi aspecto físico que tengo años—, llevo mucho tiempo en promoción y educación para la salud desde el mundo de la medicina preventiva y salud pública, que es a lo que me dedico. Actualmente, trabajo en la Universidad Rey Juan Carlos y he pasado por diferentes instituciones, pero siempre con el eje central de la promoción de la salud. Yo lo tengo claro y, además, lo tengo tan claro que lo defiendo donde vaya porque creo que no hace falta explicar más. Creo que esto debería estar mucho más desarrollado porque llevamos muchos años, pero a mí me vale con lo que se está haciendo y con la idea de poder seguir haciéndolo.

Me preguntaban por mi experiencia profesional. Yo creo que la formación en este campo no está tan desarrollada como debería de estar. Hacemos muchísimas cosas; por ejemplo, desde Fundadeps llegamos a muchos escenarios, y permítame también hablar del ambiente universitario, donde convivo todos los días y parte de mi docencia la dedico a promocionar la salud, pero no se hace todo lo que yo quisiera, y no porque yo quiera que haya muchísimo, sino porque en los programas formativos universitarios diarios hay poco contenido de promoción de la salud. Yo ya estoy en mi etapa profesional final y en los programas que llevo haciendo he conseguido, con mucha pelea y constancia, cada día algún crédito más de esta materia, porque creo que es necesario. Creo que un médico no debe de salir sin conocer este tema y en los programas de salud pública de las universidades hay poca materia sobre ello. Por lo tanto, yo seguiré luchando siempre para seguir trabajando en este tema, sobre todo por mi convencimiento y porque creo que es una herramienta fundamental. Tenemos carga asistencial, pero necesitamos promocionar y prevenir. Insisto mucho en una cosa importante: se confunde la promoción y la prevención. Yo siento decirlo así de claro. Continuamente se habla muy bien de los dos términos, pero, cuando se hacen acciones, la gente confunde prevenir de la promoción, y son cosas muy diferentes. Hay que tenerlo claro, hay que hacer prevenciones y promociones, pero, por favor, que quede claro y que todo el mundo entienda lo que es promocionar la salud y lo que es prevenir, porque es muy diferente y en el día a día me lo encuentro continuamente.

Sobre el programa que me planteaba, nosotros trabajamos con todos los municipios de España. Nos dedicamos a todos y nos dirigimos a la población joven y a mujeres, no nos dirigimos a ningún ministerio. Nuestro trabajo es directamente con la comunidad. Tenemos programas muy centrados en casos de jóvenes como los que he comentado y de mujeres, y también muchísimos más temas. Les he dejado la página web para quien esté interesado porque, obviamente, no quería ni podía contároslo en el tiempo

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 32

que tenía. En el programa de jóvenes trabajamos muchísimo con jóvenes formando a jóvenes. Así, formamos agentes de salud jóvenes, desde los 18 hasta los 30 años. Se hace una convocatoria anual para este programa en el que hay un grupo de unos treinta jóvenes —en estos treinta años tenemos ya una red de PAJEPS—, que se forman durante una semana, hacen un tema formativo intenso y, después, hacen un trabajo de una intervención en la comunidad de donde vienen —trabajamos con todas las comunidades autónomas— tutorizado desde Fundadeps hasta que terminan la formación, para que ellos, a su vez, puedan después aplicarlo y hacerlo como agentes de salud en el ámbito comunitario. ¿Le ha quedado claro? **(La señora Vázquez Jiménez hace gestos afirmativos)**. Si necesita más información, se la facilito. Esa es la idea.

Muchísimas gracias por haberme escuchado. He intentado hacerlo lo más corto posible, más que nada porque sé que llevan toda la mañana aquí y, además, yo también he estado escuchando y sé lo que nos supone a todas escuchar. Muchísimas gracias por haberme atendido. **(Aplausos)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Le agradecemos la comparecencia en esta comisión, doña Carmen Gallardo. **(Pausa.—El señor presidente ocupa la Presidencia)**.

### — DE LA SEÑORA GARCÍA MARTÍN, TESORERA Y RESPONSABLE DEL ÁREA DE SALUD MENTAL DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000362).

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a continuar con nuestra quinta compareciente, doña María del Mar García Martín, que es tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Tiene quince minutos para la intervención inicial, después habrá tres para los grupos y un periodo de respuesta a las preguntas. Adelante, cuando quiera.

La señora **GARCÍA MARTÍN** (tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España): Buenas tardes.

En primer lugar, quiero agradecer que pueda estar aquí en nombre del Consejo General de Enfermería para poder hablar de la salud mental desde el punto de vista de la profesión enfermera y poder hablar de los problemas que tenemos actualmente y de las posibles soluciones que valoramos en el consejo general. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. Lo más importante que quisiera transmitir es la necesidad de cuidar a quien nos cuida. Es algo que venimos insistiendo en los últimos tiempos porque necesitamos que cale en la sociedad y en los organismos donde se toman decisiones, como puede ser este.

Las enfermeras a nivel académico somos un grado universitario, tenemos opción a hacer una especialidad, máster, doctorado. A nivel profesional trabajamos en distintas áreas: asistencial, docente, gestión e investigación. El Real Decreto 450/2005 sacó siete especialidades de enfermeras. De esto hace ya veinte años y una de ellas está sin desarrollar, la médico-quirúrgica, con lo cual vamos a hablar de seis especialidades de enfermeras: obstétrico-ginecológica, salud mental, pediatría, geriatría, trabajo y familiar y comunitaria. Aquí nosotros nos vamos a centrar en la especialidad de enfermería en salud mental.

Las especialidades no están implantadas de forma regular en todo el territorio nacional. Hay comunidades en las que no existe la categoría de enfermedades de salud mental, como es Castilla y León, Navarra y Cataluña. Existen también otras que, aunque esté en la categoría, no todos los puestos de enfermería en los servicios de salud mental están ocupados por enfermeras especialistas. Hay un total de entre 6500 y 6600 enfermeras especialistas en salud mental. Son pocas. Este año, en la convocatoria de las plazas eir hubo 2701 plazas; de ellas, solo 351 fueron para salud mental. Aquí vemos la relación de títulos concedidos por el ministerio de enfermeras especialistas, pero en el consejo pensamos que son insuficientes y no están adecuados a las necesidades futuras ni al envejecimiento de la población.

¿Cómo está la salud mental de la población? Está bastante afectada. En un estudio que hizo la Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña en 2023 salen los siguientes datos: el 47,2% de la población ha sufrido alguna vez un ataque de ansiedad o de pánico, el 42,1% ha sufrido una depresión, el 36,9% ha sufrido ansiedad prolongada en el tiempo, el 14,5% ha tenido ideación o intento autolítico, el 9% se ha hecho autolesiones. Para mí son datos muy fuertes. También hay estudios que dicen que el 34% de la población sufre algún problema de salud mental. Esto nos dice que la población en general está bastante afectada en su salud mental.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 33

Voy a contar que el pasado día 12 celebramos el Día Internacional de la Enfermería. El consejo general lanzó una campaña bajo el lema «Pregunta a tu enfermera». Consistía en que en todas las provincias de España montamos una carpa y hacíamos distintas actividades para la población. Una de ellas consistía en decirle al ciudadano que se acercaba: ¿qué pregunta le haría a su enfermera? Después el ciudadano giraba una ruleta y se le daba un obsequio. Nos llamó la atención que un alto porcentaje de personas de todas las edades preguntaba sobre temas de salud mental.

¿Qué es lo que afecta a la salud mental de las enfermeras? Las enfermeras tenemos una gran sobrecarga laboral. Uno de los problemas que tenemos es la ratio. La ratio enfermera en España es de 6,3 enfermeras por cada 1000 habitantes, cuando la ratio media europea, que es la que aconseja la OMS para dar unos cuidados de calidad, es de 8,5 enfermeras por cada 1000 habitantes. Un estudio que hizo el Ministerio de Sanidad nos dice que, a pesar de ser 340 000 enfermeras en España, aún nos faltan 100 000 enfermeras para poder acercarnos a esa media europea.

Otro problema que tenemos son las agresiones. Las agresiones al personal sanitario van en aumento. El colectivo enfermero es el colectivo más agredido. En 2021 se agredieron a 1629 enfermeras; en 2022, a 2580; en 2023, a 2840. O sea, cada año va en aumento. Esto es solo la punta del iceberg, porque son las agresiones que se denuncian, pero hay muchísimas que no se denuncian, principalmente las agresiones verbales, los insultos, las amenazas, y que crean un gran impacto en la salud mental de las enfermeras.

En 2021 el consejo hizo un estudio para ver cómo había afectado la pandemia en las enfermeras. Los datos que salieron fueron también llamativos. El 86,1% ha tenido episodios de estrés; el 66,6%, ansiedad; el 60%, insomnio; el 27,2% ha llegado a tener depresión. Este estudio se ha repetido en 2024 y los datos que han salido han sido peores, cosa que no esperábamos, pero son peores. Son 9 de cada 10 enfermeras las que han tenido problemas psicológicos por la presión asistencial; un 23% ha necesitado baja laboral por la sobrecarga de trabajo. Todos estos datos han subido menos el insomnio, que bajó al 58,7%.

Otro problema que tenemos las enfermeras es la falta de reconocimiento profesional. No se sienten valoradas en su trabajo. De hecho, en el estudio se vio que se sienten valoradas por los pacientes y por los familiares; menos por la sociedad en su conjunto y por su jefe; aún menos por los medios de comunicación; y, sobre todo, por los responsables políticos no se sienten nada valoradas. ¿Todo esto a qué nos lleva? A que 6 de cada 10 enfermeras haya pensado en abandonar la profesión.

Otro tema del que queremos hablar es el del suicidio. El suicidio es una causa de muerte que va en aumento, tanto en adultos como en niños. Cada día se suicidan una media de 11 personas. Según el Observatorio del Suicidio en España, el suicidio es la principal causa de muerte no natural. A nivel mundial se suicidan en torno a 3000 personas. Un tema preocupante que debemos tener en cuenta también son los cambios que ha habido en nuestra sociedad y el impacto negativo que ejerce la soledad en nuestros mayores. Desde 2017 se observa un incremento en la prevalencia de los problemas de salud mental en la población infantojuvenil, tanto a nivel nacional como a nivel europeo. En Europa se estima que un 13% de la población infantil y adolescente menor de 19 años tiene algún problema de salud mental. También hay un incremento del suicidio en la etapa infantojuvenil. El Observatorio del Suicidio informa que la tasa de suicidio en menores de 15 años es de 0,18% y en la franja de edad entre 15 y 29 años es de un 4,47%. El Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 viene a contemplar un enfoque integral y la atención a los grupos en situación de vulnerabilidad, donde la labor de las enfermeras especialistas en salud mental es muy importante, pero este plan no contempla un aumento de estos profesionales sanitarios.

Otro punto que tenemos que valorar en la prevención de la salud mental es la enfermería escolar. Necesitamos que se implante la enfermería escolar en todo el territorio nacional. Cuando hablo de enfermera escolar me refiero a esa enfermera que está el 100% de su jornada laboral dentro de la escuela y que forma parte del equipo docente. Es la referente de salud de la escuela, trabaja en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, en la detección precoz y en la prevención del suicidio, el *bullying* y las adicciones. En España contamos con 2929 enfermeras escolares. Si veis el mapa, hay grandes discrepancias: un tercio de esas enfermeras están en la Comunidad de Madrid. También hay comunidades que no tienen enfermera escolar, sino una figura llamada referente escolar, que es una enfermera que trabaja en atención primaria pero que se hace cargo de algunos centros escolares. De nuevo, aquí la ratio está bastante alejada de la media europea: tenemos una enfermera escolar por cada 6300 alumnos y la media europea es de una enfermera escolar por cada 750 alumnos.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 34

El consejo general hizo un posicionamiento respecto a la enfermería escolar al que se le unieron más de veinte asociaciones de familiares de enfermos crónicos que pedían que hubiese una enfermera en cada escuela para que los niños con patologías crónicas tuviesen una buena calidad de vida durante el tiempo que estaban en la escuela y no tuviesen que quedarse en casa por tener esa patología crónica. Este posicionamiento se actualizó en 2024, y ahí se pide que se implante una ley nacional de enfermería escolar.

La falta de reconocimiento, la sobrecarga o las malas condiciones laborales hace que las enfermeras quieran irse a países de Europa donde les dan mejores condiciones. Hay datos que arrojan que el 14 % de las enfermeras egresadas en las universidades españolas se van a trabajar al extranjero.

¿Qué aportamos las enfermeras con nuestro trabajo? Las enfermeras hacemos una valoración integral de la persona, es decir, hacemos una valoración holística. Vemos a la persona en su aspecto biopsicosocial. Eso nos ayuda a hacer una detección precoz de situaciones de riesgo. Al hacer esta detección precoz evitamos que se produzca o aparezca el problema o, si aparece, hacemos que tenga un mejor pronóstico y una más pronta solución. Trabajamos en la prevención, en la promoción de la salud y en la adquisición de hábitos de vida saludables. Somos la profesión sanitaria más numerosa. Estamos en todos sitios, en los hospitales, en atención primaria, en las instituciones penitenciarias, en el ejército, en la escuela. Esto indica que tenemos un gran campo de acción donde hacer nuestro trabajo. Pero, claro, necesitamos formación específica para todas las enfermeras generales y escolares en salud mental y prevención del suicidio y un mayor número de enfermeras especialistas en salud mental. Somos, y lo hemos demostrado, excelentes gestoras y tenemos formación suficiente como para dirigir: en España ahora mismo hay más de noventa enfermeras en puestos de alta dirección, o sea, por encima de lo que es una dirección de enfermería.

Necesitamos que se incorpore, dentro de la estrategia de salud mental para cuidar a los que cuidan, esa atención psicológica y de ayuda a las enfermeras porque, como ven ustedes y les he contado, la situación que tenemos no es nada favorable. Hay que cuidar a los que cuidan. Hay que contar con un programa de ayuda a la salud mental de los enfermeros. Pedimos ayuda para que se instaure el PAIEE, el programa de protección y ayuda integral a la enfermera enferma. Para todo esto es importante que se adapte la legislación a las competencias, formación y experiencia de las enfermeras en la actualidad, ya que muchas leyes están algo obsoletas.

Como conclusión diré que hay que apostar por nuestras enfermeras y darles formación específica para la detección del riesgo de salud mental y del suicidio, por un mayor desarrollo de las especialidades de enfermería de salud mental, por implantar la ley nacional de enfermería escolar, por mejorar la ratio, por estar en el grupo A1 o A unificado para que no se nos veten puestos de dirección, por cambios normativos que actualicen el papel de la enfermera según nuestras competencias y nuestra formación, por desarrollar nuestras competencias para dar respuesta a las necesidades que tiene la población y por ayuda para implantar el programa de atención integral al enfermero enfermo. Hay que cuidar a quien nos cuida.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señora García, sobre todo por ajustarse al tiempo con esta precisión.

Vamos a empezar por el Grupo Plurinacional SUMAR.

La señora **RECAS MARTÍN**: Muchísimas gracias por hacer ese análisis rápido de cómo está mi profesión, de cómo estamos las enfermeras.

Ni qué decir tiene —creo que usted lo sabe— lo que está haciendo el Ministerio de Sanidad. Esperemos que este miércoles se apruebe al fin la estrategia de cuidados, donde justo se trata todo lo que ha puesto usted en las diapositivas, desde hacer una planificación para saber qué necesidades tenemos de profesionales hasta hacer una apuesta clara por las especialidades. En esa especialidad médico-quirúrgica que estaba en el limbo ya se ha abierto el melón —somos muy de abrir melones— y se está viendo, desde el trabajo con ratios por complejidad más que 1-1, 2-2, 3-3, y eso también implica mucho a la enfermería especialista en salud mental. Es necesario ubicar las ratios por la necesidad del cuidado, por la intensidad del cuidado. Creo que ahí su experiencia puede aportar mucho.

Ha hablado usted de ratios, de especialidades, de todo lo que todas las enfermeras tenemos claro que hay que hacer y en lo que Mónica García y Javier Padilla están trabajando en el ministerio. Y sobre el trabajo de la enfermería escolar —soy enfermera escolar—, todo estupendo y magnífico. Ahí está la visión de la enfermera escolar como parte integrada de la comunidad escolar, con atención primaria como

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 35

coordinadora o colaboradora, y más allá de la asistencial, como bien decíamos, la promoción y la prevención y estar con esos niños durante toda su etapa para ayudarles en su desarrollo, sus emociones y su bienestar.

Vamos al barro. Yo quería preguntarle sobre alguna buena práctica de esas enfermeras especialistas en salud mental. Yo sé que usted es de Andalucía —me parece que de Almería— y ahí ha habido alguna experiencia bastante buena en el tema de las especialistas. Quería que fuera un poco más al barro y que nos contara esa experiencia de la enfermera especialista en salud mental que tiene efectos en el bienestar de la población.

Sin más, muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

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

Quisiera dar las gracias a la ponente por su presencia, por su intervención y la exposición con dispositivas.

Yo me quiero centrar, sobre todo, en la importancia que tiene el personal de enfermería. No se pone suficientemente en valor su importancia y su capacidad para aportar todavía mucho más, como usted bien ha dicho, en el tema de las especialidades. Creemos que la enfermería tiene todavía un recorrido muy largo y puede aportar muchísimo más si se proporcionan herramientas, formación y, sobre todo, apoyo.

De todo lo que ha dicho me quedo con que las plazas ofertadas son insuficientes y no adecuadas para el futuro sanitario que necesitamos —más o menos son sus palabras—. Ha dicho usted que hay 6500 enfermeras y, basándome en esta afirmación, mi pregunta sería cuáles piensa usted que son las plazas necesarias o el personal necesario de enfermeras de salud mental.

También quisiera hacer hincapié —llevamos haciéndolo en VOX hace muchos años— en la importancia de la salud mental de nuestro personal sanitario, en este caso el de enfermería, pues, como usted bien ha dicho, las agresiones siguen aumentando. Usted viene de Andalucía, la comunidad donde más han aumentado las agresiones. Es un tema cada vez más grave, y muchas veces se nos olvida las agresiones a domicilio, que por nuestra parte siempre intentamos recalcar.

Vuelvo a agradecer su comparecencia. Nos ponemos a su disposición para todo lo que sea mejorar el futuro de la enfermería en España. Recogemos todas sus propuestas. Le repito la pregunta: ¿cuántas enfermeras necesitaríamos en la especialidad de salud mental y cuántas convocatorias serían necesarias, ya que usted ha manifestado que la última convocatoria ha sido insuficiente?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **SAINZ MARTÍN**: Muchísimas gracias por su comparecencia. La verdad es que ha sido muy exhaustiva al ponernos en situación del estado de la enfermería en nuestro país, desde el colegio profesional, desde la organización colegial, y desde su visión a nivel nacional.

Como antigua profesora, y también como hija de enfermera, es verdad que el cambio es muy radical. Podemos hacer una retrospectiva y una historia de la enfermería en nuestro país, y es realmente impresionante. Los cambios no solamente pasan por los técnicos sanitarios, sino por la enfermería universitaria. El cambio es abismal, pero es verdad que todavía nos queda mucho por recorrer. A mí me gustaría llegar a alcanzar, porque es parte también de esa longevidad que hoy disfrutamos en España, lo que se hizo en Japón hace muchos años. Yo pude observar en 1995 el papel de la enfermería que ellos denominaban la *logo teacher* y la *nutrition teacher*; eran dos enfermeras escolares con dos gestiones, tanto de los recursos de prevención como de promoción de salud, dando importancia precisamente a la salud escolar y a la intervención de la enfermería escolar.

Me gustaría que nos expresara su experiencia, si la tiene, o el análisis que usted haya podido ver y observar de la enfermería como gestión de casos —que es un tema sobre el que creo que hay que seguir apostando—, como la enfermería de atención primaria y el tema de los recursos domiciliarios.

Y, por último, quiero felicitarles. A mí me parece todavía muy escasa, dada la representación tan importante de mujeres en enfermería, que solamente tengamos noventa mujeres de alta dirección. Espero que dentro de unos años usted hable de miles, porque son miles las mujeres dedicadas a esta gran profesión.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 36

En cuanto al tema del PAIEE, lo mismo que hemos desarrollado el PAISE en medicina, sería el PAIEE en enfermería.

Muchísimas gracias por su intervención. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Ahora, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

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

En primer lugar, quiero agradecer a María del Mar que haya querido venir a esta subcomisión, y felicitarla porque ha sido impresionante cuadrar el tiempo haciendo un recorrido tan completo de todas las dificultades y problemas que tiene la enfermería actualmente en España. A lo largo de la subcomisión, ha habido otros ponentes que han ido trayendo algunos de estos problemas y los han reflejado aquí también, pero hoy los hemos visto todos puestos en conjunto.

Algunas de sus diapositivas han sido muy inquietantes, con unos datos preocupantes, como la percepción de la salud de las enfermeras, que ha ido empeorando de la COVID-19 hacia aquí en las evaluaciones. Sobre ese aspecto, pero centrándonos en las enfermeras de salud mental, porque su ratio aún es peor porque son menos, querría saber qué acciones podría aportarnos o proponernos para recoger en nuestro informe que pudieran dar más visibilidad y reconocimiento a la enfermería, sobre todo de salud mental.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

La señora García tiene ahora su tiempo para responder.

La señora **GARCÍA MARTÍN** (tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España): Muchas gracias a todos.

Sobre los beneficios que aporta la enfermera especialista en salud mental, como bien habéis dicho, yo soy de Almería, y Andalucía es una comunidad autónoma donde no todos los servicios de salud mental tienen enfermeras especialistas. En hospitalización y en comunidad terapéutica no tienen especialistas, tienen generalistas, pero en la comunitaria o en hospital de día, sí tienen enfermeras especialistas. Se trabaja mucho con herramientas como la comunicación empática, la escucha activa o la asertividad, y se enseña a los pacientes a afrontar las emociones. Hay un equipo en el que están la trabajadora social y la especialista, y acuden a los domicilios de esos pacientes a los que les cuesta ir a las revisiones o seguir el tratamiento; tienen su intervención como enfermeras con ellos y, después, si tienen que ponerles el tratamiento para la EPOC, les convencen y se lo ponen. Se está avanzando mucho con las especialistas, pero hace falta que sigan incorporándose especialistas en los servicios donde todavía no las hay.

En cuanto a la capacidad de ponernos en valor y qué necesitamos las enfermeras, ha avanzado mucho la profesión en los últimos años, pero las leyes van a su ritmo. Muchas veces no tenemos respaldo jurídico para desarrollar nuestras competencias y es lo que necesitamos, que se actualice toda esa normativa para tener respaldo jurídico y poner en valor todo lo que podemos hacer y desarrollar, siempre dentro de nuestras competencias, sin olvidar que la población necesita un trabajo multidisciplinar; lo que pasa es que a mí me toca hablar del trabajo que realiza la enfermera.

Sobre la gestión de casos, la atención primaria y los recursos necesarios, la sanidad antes era hospitalocentrista, es decir, los pacientes se ponían enfermos y había que curarlos. Ahora, hay tendencia a la promoción de la salud y a la prevención, y para ello hay que dotar la atención primaria, las gestoras de casos y hay que desarrollar los diplomas de acreditación avanzada en muchas áreas que no llegan a ser una especialidad, pero necesitan una formación más específica. Todo eso necesita recursos, necesita una inversión, pero si miramos al futuro, lograremos una población más sana, porque lo que más nos cuesta es un ingreso hospitalario, la medicación y todo lo que conlleva.

En cuanto al programa PAIEE, la Organización Médica Colegial tiene este programa para sus colegiados desde hace más de veinte años. El año pasado nos reunimos con ellos y firmamos un convenio para que nos vayan asesorando, con el fin de que también podamos ayudar a nuestros enfermeros que tienen problemas de salud mental o de adicciones. Se les pondría su tratamiento, se les rehabilitaría, con lo cual les ayudamos a que puedan volver a ejercer su profesión y que así a la población le lleguen unos cuidados adecuados; esto también se hace de una forma anónima y con confidencialidad.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 37

Es verdad que los datos del año 2024 con respecto a la pandemia sobre el empeoramiento de la salud mental de las enfermeras indican que están sobrecargadas de trabajo, que hay agresiones y que tienen poca valoración. En cuanto al número de enfermeras que necesitaríamos, no tengo esa información, no se lo puedo decir. Solamente le digo que son insuficientes, porque la enfermera especialista en salud mental, aparte de estar en los servicios de salud mental y tratar, cuidar y trabajar con los enfermos que tienen una patología mental, también puede trabajar asesorando a la enfermera generalista y a la enfermera de escolares, y darles herramientas para que puedan detectar precozmente y prevenir patologías mentales o suicidios.

He intentado resumir un poco.

El señor **PRESIDENTE**: Le ha quedado estupendamente.

Muchísimas gracias, señora García.

La señora **GARCÍA MARTÍN** (tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España): Gracias a ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: Nos vamos a quedar, si es tan amable, con los documentos para incluirlos en la carpeta con el material de su exposición.

La señora **GARCÍA MARTÍN** (tesorera y responsable del Área de Salud Mental del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España): Muy bien. Muchas gracias. **(Aplausos)**

### — DE LA SEÑORA LÓPEZ TRENCO, MIEMBRO DE MARAVILLOSAMENTE Y GERENTE DE LA ASOCIACIÓN ARAGONESA PRO SALUD MENTAL, ASAPME. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000363).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a nuestra última compareciente, que ya está aquí. **(Pausa)**.

Voy haciendo la presentación. Tenemos a doña Ana López Trencó, que es miembro de Maravillosamente y gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME.

Hacemos una intervención inicial de quince minutos, los grupos intervienen tres minutos y responde usted, si es posible, a sus preguntas.

Muchísimas gracias. Tiene la palabra cuando quiera

La señora **LÓPEZ TRENCO** (miembro de Maravillosamente y gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME): Gracias, presidente de la Comisión de Sanidad, señor Santos.

Buenos días, señoras y señores diputados.

En primer lugar, quiero darles las gracias por brindarnos la oportunidad de comparecer ante esta subcomisión para visibilizar una realidad acuciante: las necesidades de todas las personas que conviven en nuestro país con un trastorno mental grave.

Hoy no comparezco solo como médica experta en salud mental y miembro de Maravillosamente, también lo hago en nombre de miles de personas con trastorno mental grave que están invisibilizadas. A ellas, la desatención, la falta de recursos y el estigma las ha silenciado y relegado al olvido. Tengo la suerte de tener contacto permanente con ellas y con sus familias como gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME Aragón, y como miembro del Patronato de Fundación Manantial. Por ello, me permito hablar en su nombre por ellas y transmitirles su desesperanza.

Hoy, la sociedad es consciente de que, tras la pandemia, se han visibilizado los problemas de salud mental. Nunca antes se había hablado tanto de ellos, y todos somos conscientes de que es un trastorno muy frecuente. La Organización Mundial de la Salud nos alerta de que una de cada cuatro personas en España tendremos un problema de salud mental a lo largo de nuestra vida. No podemos sino celebrar que la salud mental esté en la agenda pública, y esto nos lo demuestra la constitución de esta subcomisión. Sin embargo, debemos hacer notar que el discurso, tanto en la opinión pública como en la política, se enfoca mayoritariamente en los trastornos mentales adaptativos. Estos son más frecuentes y, afortunadamente, más leves, y suelen terminar cuando remiten las causas y cuando tenemos un tratamiento adecuado. Mientras tanto, la atención a los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la depresión mayor, sigue castigada y olvidada. Afecta a un 3% de la población adulta, es decir, a casi un millón y medio de personas en nuestro país, pero piensen que también se ven

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 38

afectadas sus familias. Ellas sufren la falta de respuestas y de recursos, por lo que, al menos, hay que multiplicar su impacto por tres.

Es un impacto que afecta transversalmente en todas las esferas de sus vidas, y les voy a poner varios ejemplos. Uno de ellos es la alarmante disminución en la esperanza de vida de estas personas. Tenemos que destacar que la ciencia nos dice que viven alrededor de diez años menos, y no por su problema de salud mental, sino por enfermedades concomitantes que no son tenidas en cuenta a la hora de un diagnóstico acertado. Otro de los prejuicios que existe en nuestra sociedad es sobre su empleabilidad. Esto tiene consecuencias muy graves sobre su tasa de actividad laboral. Quiero destacar que solo trabajan el 17,7% de personas con trastorno mental grave, que tengamos detectadas. Pero, además, quien accede a un empleo lo pierde a menudo en una media de seis meses. Un estudio demuestra que trabajan diez años y medio menos que la población media. Si esto es significativamente grave es porque está demostrado que la actividad laboral es esencial para su inclusión social, su autonomía y su desarrollo personal.

Por otra parte, no podemos olvidar que la etapa de aparición de muchos problemas de salud mental graves es en la infancia y en la adolescencia. El impacto que esto tiene en su educación, en su salud y en su proyecto de vida es determinante. Fíjense en que un dato importante es que el 14,2% del abandono escolar temprano se debe a problemas de salud mental en la infancia, y en el universitario es un 4,7%. Verán que es menor porque mucha gente con trastorno mental no llega a la etapa universitaria, tiene que abandonar ante sus estudios. Por lo tanto, la atención temprana no solamente es importante, es que es crucial, y tenemos que abordarla de forma urgente.

Pero esto no es todo. El impacto de variables socioeconómicas, de género, culturales y demográficas agrava la situación de quien tiene un trastorno mental grave. Ejemplo de ello es que el deterioro cognitivo afecta especialmente a mujeres de clases sociales desfavorecidas, lo que amplía las brechas de género y de clase social de forma determinante. ¿Y qué decir del ámbito rural? Afrontar allí el estigma es más acuciante porque, como nos dicen muchas veces, ahí nos conocemos todos. Entonces, es más difícil encontrar una acogida adecuada a sus necesidades. Pero es que, además, nos encontramos con un sistema asistencial que tiene pocos o nulos recursos específicos, y, por otra parte, estos se encuentran muy fragmentados.

Además, no quiero olvidarme de las personas cuidadoras, las familias. En su mayoría son mujeres mayores de 55 años, sin empleo y con problemas de salud añadidos. Ellas son quienes sostienen la vida de quienes más lo necesitan, sin apoyo y sin reconocimiento. Pero es que, además, hay que tener en cuenta que las mujeres con trastorno mental grave, en numerosas ocasiones, son cuidadoras de las personas que hay con otro tipo de discapacidades en su entorno y en su familia, por lo que desatienden su propia salud y su propio cuidado. Estos ejemplos nos muestran la imperiosa necesidad de políticas públicas que aborden tanto los determinantes sociales como los sanitarios, porque son los que impiden la recuperación de quien afronta un trastorno mental grave.

Por otra parte, es crucial subrayar una distinción clave: no es lo mismo hablar de trastornos mentales leves que de trastornos mentales graves. Estos últimos implican una complejidad clínica diferente y están marcados por los factores biológicos, que tienen un papel determinante y que deben ser tenidos en cuenta. Excluir este componente es tener una visión incompleta y generar falsas expectativas de control de la situación. La mayoría de estas patologías responden a una interacción muy compleja entre una predisposición genética y los factores ambientales, y negar esta dimensión es negar una parte esencial de la realidad clínica. Ello tiene consecuencias directas sobre la calidad de la atención, sobre el diseño de políticas y sobre el trato que proporcionamos a las personas afectadas. Achacar todo a lo ambiental y a los hábitos de vida es culpabilizar a los pacientes.

Para entenderlo, quiero poner un ejemplo: la diabetes. Todos sabemos que factores como la alimentación o el ejercicio influyen en el curso y en la evolución de la enfermedad, pero hay una predisposición genética y no nos planteamos, en ningún caso, que mejorar las condiciones materiales y asistenciales pueda sustituir el abordaje terapéutico para afrontar esta enfermedad. Entonces, ¿por qué no ocurre lo mismo con los trastornos mentales graves? ¿Por qué no aplicamos la misma lógica? El entorno y los factores ambientales son importantísimos, especialmente la vulnerabilidad socioeconómica, ya que contribuye al agravamiento o desencadenamiento de muchos trastornos, pero esto no excluye recordar y reconocer que abordar adecuadamente la dimensión biológica y genética es fundamental. De ahí que el abordaje terapéutico tenga que contemplar un abordaje integral y holístico, que contemple esas causas biológicas y ambientales junto con las consecuencias en la vida de quienes lo padecen, que tienen

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 39

que ver con su salud, con su autonomía, con las relaciones sociales y afectivas —a las que tienen derecho como cualquiera de nosotros—, a su inclusión educativa y laboral y, también, a la participación en la comunidad, algo que muchas veces se les niega.

A pesar de la complejidad y la carga, muchas de estas personas no reciben la atención que necesitan. Sabemos que, en este momento, nuestro sistema de salud tiene grandes dificultades, como la falta de recursos y la falta de personal, y esto tiene unas consecuencias en las listas de espera, en la inequidad y en el deterioro en la calidad asistencial. De forma involuntaria nadie es culpable de ello, pero esto contribuye notablemente al deterioro funcional y al riesgo de discapacidad a largo plazo.

La Organización Mundial de la Salud sigue advirtiendo que la importancia de estos trastornos ha sido infravalorada. Seguimos sin un análisis riguroso de su prevalencia real ni de las barreras específicas que enfrentan, y esto nos dificulta diseñar políticas que puedan aplicar los recursos necesarios en estos casos. Agrupar los problemas de salud mental sin distinguir entre leves y graves limita la eficacia de nuestras intervenciones, porque no es equiparable un trastorno de ansiedad puntual con una depresión mayor, ni tampoco el malestar subjetivo, que tan importante es hoy en la sociedad en general, con afrontar una psicosis. Pero, afortunadamente, hoy contamos con oportunidades reales para ofrecer esperanza a quien tanto sufre.

Ustedes, como representantes públicos, pueden ser clave en la solución ante un problema tan complejo que requiere que sumemos esfuerzos entre todos los agentes que estamos implicados. Pero, sobre todo —y hago mucho hincapié en esto—, hay que contar con sus protagonistas, es decir, las personas afectadas: los pacientes. Maravillosamente surge de esta voluntad de cambio. Somos un movimiento colaborativo en el que estamos involucrados profesionales de la salud mental, personas afectadas comprometidas con situar los trastornos mentales en el centro de su agenda y, también, personas que han trabajado en el ámbito de las Administraciones públicas. Nuestra misión es transformar el modelo de atención, enfocándonos en tres aspectos fundamentales: la recuperación funcional de los pacientes, su autonomía ante la vida y su dignidad. Para ello, hemos elaborado un decálogo —que les vamos a entregar— de propuestas concretas. En él se incluyen la mejora de la calidad asistencial, el refuerzo de un diagnóstico precoz, el acompañamiento psicosocial y la inclusión laboral. Queremos destacar la necesidad de modelos de atención integrales y promover la inclusión plena en la sociedad y en el ámbito laboral. Y esto no es solo una estrategia esencial para fortalecer la salud, prevenir recaídas y favorecer la adhesión terapéutica, es un imperativo ético y de derechos. Para lograrlo, es imprescindible posicionar los trastornos mentales graves como una prioridad política y social, con políticas públicas y partidas presupuestarias finalistas que estén destinadas directamente a los y a las pacientes. Es crucial reconocer, fortalecer y dotar de recursos a los sistemas autonómicos y locales, que son los responsables de la atención directa y del acompañamiento continuo.

Para resumir, me gustaría destacar tres aspectos fundamentales. El primero, los trastornos mentales graves deben ser una prioridad real y efectiva. El futuro Pacto de Estado por la salud mental debe incluirlos como eje central, que se reconozca su singularidad y necesidades específicas y con presupuestos finalistas. Además, esta inversión tiene que llegar a las comunidades autónomas, porque, si no, no se va a poder realizar esa atención efectiva. Recordemos: esa atención a la salud mental tiene que ser multisectorial, que implique al ámbito sanitario, al educativo, al del empleo y al de la atención social.

Por otra parte, la inclusión sociolaboral es parte esencial de la recuperación. Una recuperación real en salud mental requiere integración social y laboral. Es prioritario adaptar el modelo de discapacidad para fomentar la reincorporación laboral de estas personas. Es clave para fortalecer su autonomía y es un factor protector frente a las recaídas.

Por último, necesitamos datos reales. Estoy convencida de que todos ustedes están de acuerdo con que no se puede actuar si no podemos dimensionar no solamente en tamaño y magnitud, sino también en los datos de distribución territorial, necesidades y costes. Este conocimiento es imprescindible para reducir desigualdades y garantizar una atención centrada en la recuperación funcional.

En definitiva, estas medidas no solo responden a una necesidad sanitaria y social, sino a un imperativo legal, moral y humano. Debemos garantizar que las personas con trastorno mental grave puedan vivir con dignidad y con esperanza. Es hora de situarlas en el centro, como una meta alcanzable, dotándolas de los recursos adecuados. Esto solo es posible con voluntad política y con compromiso real.

Señorías, tienen en sus manos la oportunidad de marcar un antes y un después en la vida de miles de personas. Hagamos que los trastornos mentales graves sean una prioridad. Rompamos su estigma y construyamos un sistema que no deje a nadie atrás.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 40

Muchísimas gracias por su tiempo y atención. Ojalá que el trabajo que estamos haciendo hoy todos juntos contribuya a que estas personas no vivan al margen, sigan un proceso de acompañamiento adecuado y tengan oportunidades reales de vivir una vida digna de ser vivida.

Muchísimas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctora López Trencó.

Vamos a empezar con las intervenciones. Grupo Plurinacional SUMAR, por favor.

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

Muchísimas gracias, doctora, por su intervención.

En realidad, no tenemos mucho que preguntar porque creo que ha hecho una descripción bastante pormenorizada. Incluso, coincide en varios aspectos tanto con grandes líneas que ya están expuestas en las estrategias de salud mental en nuestro país —como es la última actualización del plan de salud mental— como con lo que también, posiblemente, se cierre en este informe de la subcomisión, que es un sistema de salud público y universal que garantice una correcta atención de todas las personas, y que lo haga con criterios de universalidad proporcional, es decir, de forma proporcional a esa intensidad y priorización que comentaba de cada uno de los problemas con las personas afectadas en el centro; con líneas de salud mental que recuperen también derechos; que trabajemos contra el estigma de las personas afectadas por sufrimiento mental con un enfoque biopsicosocial. Hay que tener en cuenta ese equilibrio entre lo bio, lo psico y lo social. Sabemos que hay etiologías biológicas y con componente genético, pero sí que sabemos que, en todas ellas, sean de origen bio, psico o social, la evolución y el pronóstico va a depender de las condiciones sociales donde viven las personas.

Otro mandato de esa subcomisión será, también, la importancia que tiene influir en otras políticas que mejoran las condiciones de las personas. Por muy buen sistema sanitario que tengamos, si no tenemos una buena red de políticas de vivienda, de empleo y de igualdad, no vamos a poder avanzar. Necesitamos servicios de salud mental que fortalezcan la atención y que cuiden a las personas que están realizando esa atención, que son nuestros profesionales; de ahí la necesidad de ajustar ratios y dotar adecuadamente a nuestros servicios de salud mental y a nuestra atención primaria, que es clave en el enfoque. Luego están los temas de poder evaluar las mejores tecnologías, el acceso a medicamentos o terapias necesarias, así como la investigación y la gobernanza. Por último, otro tema clave es el de una formación a nuestros profesionales de toda la red libre de conflictos de intereses.

Nada más y muchísimas gracias, porque creo que ha hecho una intervención muy detallada y ajustada al planteamiento de esta subcomisión.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

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

Creo que poco más hay que decir, porque ha terminado usted recibiendo aplausos incluso antes de finalizar por completo toda la intervención. Como el resto de los ponentes, dado el poco tiempo que les hemos dado, ha podido usted condensar y explicarnos su visión y su posicionamiento. También quiero agradecerle también este decálogo, que leeremos detalladamente y seguro que nos aporta muchísimo, como todo lo que usted ha dicho.

Usted ha vuelto a reafirmar lo que ha comentado el anterior ponente sobre lo que supone el abandono o la expulsión de la sociedad, sobre todo por los trastornos mentales, y en este caso usted ha señalado los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia y la bipolaridad, y el problema tan grave que generan a la hora del mercado laboral y el abandono escolar, que es mucho mayor, como usted ha indicado, en el colegio que en la universidad, ya que muchas de las personas que sufren un trastorno mental grave no llegan a la universidad. Entonces, estamos en esa línea y nos gustaría que, si pudiera usted, hiciera alguna valoración sobre las últimas medidas que están llevando a cabo las consejerías tanto de Educación como de Sanidad, y cuáles son las regiones que usted considera que mejor están aplicando los protocolos o mejor están trabajando en ese sentido para poder trabajar en evitar ese abandono escolar y del mercado laboral, ya que la mayoría de iniciativas que existen son iniciativas de asociaciones privadas y de acciones voluntarias. Me gustaría saber su opinión al respecto, porque usted sabe que cada comunidad aplica uno u otro protocolo, y es importante acabar con esa falta de equidad que tenemos, como siempre decimos, al alza.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 41

También he comentado antes que es muy importante que las personas puedan tener dignidad humana, y en el mercado laboral nos encontramos con esa necesidad de inclusión plena. Ya no hablamos de atajar la expulsión directamente, sino de que tengan una integración completa y de que se haga sentir que forman parte de la sociedad, porque, como he dicho antes, tenemos una sociedad que no se para cuando nosotros necesitamos pararnos a tomar el aliento, y muchas veces no somos capaces de encontrar una mano amiga que nos ayude a avanzar. Creo que es ahí donde tiene que estar toda la sociedad, como están ustedes y como están los profesionales sanitarios, sobre todo para que la gente sepa que tiene a dónde acudir y que sepa a quién tiene cerca para echarle una mano cuando la luz se apaga y no hay esperanza. Usted lo ha dicho, el tema del suicidio es algo de lo que muchas veces no se hablaba, pero ahora se está hablando mucho de él. Creo que esos 11 muertos al día, con casi 4000 suicidios al año, es una cifra negra que hay que rebajar de una vez por todas para acabar con ello.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

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

Buenos días, señorías.

En primer lugar, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, quería dar la bienvenida a esta comisión a la señora López Trencó y agradecerle su presencia, su intervención y, sobre todo, el enorme trabajo y el gran compromiso que tiene la asociación que representa con las personas que sufren trastornos mentales graves.

Estamos hablando de casi un millón y medio de personas adultas que padecen estos trastornos que impactan de una forma directa en todas las áreas de la vida de una persona y que, además, tienen una gran dependencia de los servicios sanitarios y de los servicios sociales, y una gran dificultad de acceso al mundo laboral. Con respecto a la dependencia que tienen de los servicios sociales y sanitarios, me gustaría preguntarle cómo afecta esa falta de coordinación histórica que hay en estos dos servicios a estas personas que padecen estos trastornos, porque nos parece que realmente es mucha. A raíz de la pandemia, la salud mental ha ganado prioridad en la agenda pública, pero no para referirnos a este tipo de trastornos. Usted ha dicho que este interés reciente por la salud mental no ha beneficiado a las personas con trastorno mental grave y me gustaría que explicase más esa afirmación.

Otra cuestión que me parece interesante abordar es el tema de la estigmatización, del que también ha hablado usted aquí. La estigmatización que padecen estas personas —más aún en el mundo rural, aunque también en el mundo urbano— agrava el sufrimiento y limita su recuperación y su reinserción. Hablaba usted también del tema de las cuidadoras, que efectivamente es importantísimo, pues la mayoría son mujeres, algunas de avanzada edad y con unas condiciones socioeconómicas precarias, y este tema de la estigmatización también les afecta a ellas. Desde el punto de vista de su asociación, me gustaría saber cómo considera que se podría abordar este tema para poder avanzar de una vez por todas de una forma contundente.

Por último, aunque ya ha hablado de ello, nos gustaría que nos dijera si hay algún reto o alguna necesidad concreta más de estas personas que ustedes consideren que sea importante y no se haya abordado.

Nada más y muchas gracias por su intervención. Enhorabuena. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **NAVARRO LACOB**A: Gracias, presidente.

Señora López Trencó, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, le quiero decir que lo ha hecho usted maravillosamente. No podría ser de otra manera. Además de darle las gracias, queremos que tenga en cuenta que usted cierra como ponente una larga lista de comparecientes expertos en la materia de salud mental, de distintos ámbitos, de distintas profesiones, con distintas formaciones y, también, de distintos territorios de España, que nos han hecho tener un conocimiento más certero de la situación de la salud mental. Ahora toca el trabajo quizás más arduo para los políticos, que será la elaboración de esas recomendaciones, que se pondrán en manos del Ejecutivo, con la esperanza de que esta sea una semilla para un pacto absolutamente necesario para todas las personas que tienen cualquier afección en materia

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 42

de salud mental, pero también para sus familiares y, en definitiva, para el país en general, porque llevamos años de retraso a la hora de abordar esta difícil situación que tiene diversas vertientes. Insisto, creo que asociaciones como la suya, como otras de otros territorios, ponen de manifiesto lo importante que es gente pequeña en sitios pequeños, haciendo cosas pequeñas, pero que pueden llegar lejísimos. Eso es lo que ha demostrado el panorama nacional de este tipo de asociaciones que vertebran el territorio y que han atendido con sus profesionales, pacientes y familiares de los pacientes a los enfermos de salud mental.

Como experta en materia de economía social, y no solo como doctora, que es usted, y porque ha hablado de una de las principales razones por las que hay que abordar este problema, que es la inclusión laboral de las personas, que usted ha centrado especialmente en las personas con trastorno mental grave, le queremos comentar que el Partido Popular está preocupado por las bajas laborales y la necesidad de que el legislador aborde una modificación para flexibilizar estas bajas o abordarlas de otra manera, por si esto puede afectar a las personas que padecen cualquier trastorno en materia de salud mental. Esta puede ser una pregunta muy concreta del ámbito laboral.

También nos gustaría saber si usted considera que hay medidas concretas que puedan incluirse en una futura legislación o dentro de un pacto de Estado que permita reconocer previamente los ámbitos laborales para detectar a las personas que tengan trastorno mental grave, teniendo en cuenta que la estigmatización que sufren hace que estas callen. Por lo tanto, es necesario que sean otros terceros implicados que nos rodean, que a veces pasan a nuestro alrededor como si fuesen invisibles, los que tengan una formación o una metodología adecuada en el ámbito laboral para poder detectar estos casos a tiempo. Y teniendo en cuenta que es increíble el estigma que todavía hay en España en materia de salud mental, nos gustaría preguntarle si considera que existe alguna propuesta específica que pueda acelerar el hecho de que se vaya desestigmatizando a las personas que se encuentran afectadas por salud mental.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Tiempo de respuestas.

La señora **LÓPEZ TRENCO** (miembro de MaravillosaMente y gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME): Muy bien. Creo que algunas de las respuestas las puedo aglutinar.

En primer lugar, quiero darles encarecidamente las gracias por su atención, por su sensibilidad y por lo acogida que me siento con todas y todos ustedes. Es cierto que tenemos una realidad de la que todos somos sensibles, que hay unos nuevos planes de acción importantísimos que nos ponen en camino hacia una buena atención a la salud mental, pero la realidad con la que nos encontramos de los pacientes atendidos es que la atención primaria está saturada. Lo que decía en mi intervención de la diferencia entre el trastorno mental leve y el trastorno mental grave, hay una mayor sensibilidad en la población para buscar ayuda, y eso es positivo.

¿Qué nos ocurre? Tenemos la atención primaria absolutamente saturada y la atención especializada también, con lo cual la realidad es que, sumado a la falta de profesionales y de relevo generacional, nos estamos encontrando que cada vez se están prolongando más las listas de espera. Un paciente psiquiátrico, dependiendo de la comunidad autónoma e incluso del barrio que le corresponda por sector en diferentes ciudades, puede tardar hasta seis meses en ser atendido por su psiquiatra. Estamos hablando de personas que tienen un riesgo muy alto de recaídas e incluso de suicidio. Por eso, queremos destacar con nuestra comparecencia la necesidad de manifestar públicamente la atención específica a personas con trastorno mental grave.

Por otro lado, me preguntaban sobre las diferentes comunidades autónomas. Tengo que decir que nos tendríamos que suspender en todas. Ya desde el año 2005, cuando en la Conferencia Internacional de Helsinki se habló de que la atención a la salud mental debía ser una prioridad, España reconoció su carencia a la hora de poner en marcha medidas y se desarrolló la primera estrategia nacional, el primer plan nacional de salud mental. Hemos avanzado muchísimo, pero todavía nos quedan muchos factores por resolver. Uno lo han mencionado ustedes, diferentes personas de esta subcomisión: la falta de coordinación entre las diferentes Administraciones públicas. Muchas veces nos encontramos en educación con que nos resulta complejo, hasta que no se ponen medidas de coordinación específicas, poder atender a los menores. Un claro ejemplo: lugares donde están aumentando los protocolos de suicidio y de acoso escolar no tenían una coordinación con el sistema sanitario y de servicios sociales. Todos sabemos que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 43

la incidencia de los factores sociales es de una mayor vulnerabilidad en familias donde hay consumo de tóxicos, en familias desestructuradas, la pobreza suma... Sin embargo, no había esa coordinación. Por eso es tan importante que entre todos busquemos unas fuentes de coordinación intersectorial. Me preguntaba por comunidades. País Vasco y Navarra van bastante avanzadas, pero creo que todas tenemos que reflexionar sobre lo que tenemos en cada una.

Me decían por qué hay menos atención al trastorno mental grave en este momento y tenemos una mayor conciencia ciudadana de la necesidad de atención. Hay un efecto llamada que ha aumentado la demanda, como decíamos antes, que nos hace estar bloqueados. Los medios de comunicación también tienen un peso muy importante en ello. No podemos olvidar que cada día son más las personas reconocidas que tienen una influencia mediática, que reconocen tener un proceso de salud mental, pero la mayoría de ellos tienen problemas leves que se resuelven cuando disminuye el estrés al que están sometidos o tienen un tratamiento adecuado. La necesidad de la intervención integral, tanto desde el punto de vista psicológico como social y psiquiátrico, es fundamental que se base en la equidad para poder atender a todas las personas que tienen trastornos más graves.

Me preguntaban también sobre el estigma en los cuidadores y las cuidadoras. Es un problema de difícil abordaje, porque no solamente está el punto de vista de la parte externa de quien estigmatizamos, es que está también el autoestigma, porque muchas veces en la propia unidad familiar son rechazadas las personas con trastorno mental grave. Prefieren no contarlo y viven silenciosamente un calvario hasta que encuentran a un profesional que los aborda de forma integral o al movimiento asociativo.

También hacían ustedes referencia a las asociaciones. Yo siempre hago una autocrítica, porque llevamos un retraso histórico con respecto a otras organizaciones del sector de la discapacidad, precisamente por el propio estigma, pero también por el sufrimiento tan alto que han tenido las familias que no les ha permitido organizarse como otros colectivos que sí han sabido hacerlo, y que han tenido una profesionalización que ha hecho que pudieran obtener más recursos en momentos donde hemos tenido economías más boyantes. Recuerdo los fondos europeos que pudieron aprovecharse para construir infraestructuras de atención a otros sectores de discapacidad. Sin embargo, baste como ejemplo que en Aragón no tenemos una minirresidencia para atender a personas con trastorno mental grave o que la red de pisos con protección no está prácticamente disponible. Tenemos enormes carencias. Ese retraso histórico nos ha pesado mucho.

Por otra parte, ¿cómo se pueden beneficiar las personas cuidadoras de programas activos? Lo tenemos archidemostrado: programas de psicoeducación familiar, que les ayudan no solamente a comprender la enfermedad de su allegado, sino también les ayuda a cuidarse a sí mismos. Si el cuidador no se cuida, va a tener muy difícil afrontar ser constructivo con su ser querido.

Me preguntaban también sobre retos. Tenemos retos muy importantes. La judicialización de enfermos mentales, psiquiátricos, que han tenido alguna experiencia judicializada. Tenemos una diferencia tremenda entre aquellas personas con un trastorno mental grave que cumplen una condena en una prisión normalizada o en un centro penitenciario como Fontcalent. Para ellos es una cadena perpetua. Es un reto muy importante que tenemos que solventar. Otro reto es la atención a la patología dual. Se trata de personas que, además de tener un trastorno mental grave, tienen un consumo de tóxicos. Esto tiene una incidencia importantísima en ellos y en sus familias.

Respondiendo a más preguntas y volviendo a las asociaciones, las asociaciones somos un activo en salud y demostramos que con poco se puede hacer mucho. Muchas veces unimos a las propias Administraciones públicas o incluso a diferentes grupos políticos para un fin común, que es dotar de los recursos analizando esos datos que les pedíamos y que es necesario tener. Si tenemos datos y en una asociación registramos las casuísticas, podemos priorizar la intervención y la atención. Voy más deprisa porque se ha acabado el tiempo.

Bajas laborales. Tenemos la enorme paradoja de estar asistiendo a un momento dramático, en el que en Aragón hace dos meses el 40% de las bajas laborales estaban ocasionadas por problemas de salud mental. Esto es una paradoja, porque yo les he dicho que el trabajo nos protege, nos genera autonomía, nos genera independencia económica y proyecto de vida. Creo que todas las personas que están aquí conmigo son vocacionales de su profesión y esto nos llena nuestra vida. Una persona que no tiene acceso a ese trabajo está limitada. Por tanto, ¿esta dicotomía por qué se da? Porque tenemos factores estresantes en las empresas en donde no se están cuidando los riesgos psicosociales. Hemos hablado de prevención y de promoción de la salud en la empresa, centrada principalmente en el ámbito físico, pero no en el mental. Con lo cual, tenemos que trabajar con las empresas y, de hecho, desde ASAPME Aragón,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 331

20 de mayo de 2025

Pág. 44

trabajamos formando parte de entidades empresariales para ofrecer formación a mandos, para saber cómo trabajar la mejor asertividad de sus mandos, la resolución de conflictos o la detección de problemas de salud mental. Porque, como bien decía usted, no se pueden proporcionar datos porque están bajo una ley de protección que impide tener acceso a ellos. Pero sí que podemos tener herramientas que nos permitan tener una mayor cercanía con las personas empleadas y ofrecerles caminos para la protección. Les podremos ampliar esta información fuera de este tiempo, gustosamente.

Hablábamos también del estigma y propuestas de disminución del estigma. Yo siempre digo que, si tenemos atendidas a las personas con trastorno mental grave, las empoderamos y son capaces de hablar en primera persona, son los mejores altavoces para poder luchar contra ese estigma.

Nosotros tenemos una política, y yo concretamente la tengo, de invitar a tomar café a todo el mundo a nuestra asociación porque, cuando pasan un día con los pacientes viendo que son personas como nosotros, que tienen sus ansias de ser felices, de tener una mejor calidad de vida, convencen a todo el mundo que viene de que tienen los mismos derechos que los demás. Los procesos de recuperación son los que nos permitirán reducir ese estigma.

Seguramente me he dejado alguna cuestión más, pero he intentado aglutinar todas ellas.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctora López Trencó.

Nos vamos a quedar cinco minutos para tratar el tema de la ponencia, porque esta es la última comparecencia y ahora nos toca, entre nosotros, aclarar un poco ese pequeño aspecto.

O sea, que despedimos a la doctora López Trencó.

La señora **LÓPEZ TRENCÓ** (miembro de MaravillosaMente y gerente de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental, ASAPME): Muchas gracias. Ha sido un placer.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias.

Se levanta la sesión.

**Era la una y treinta y tres minutos de la tarde.**

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

cve: DSCD-15-CO-331