



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES

# SENADO

XIV LEGISLATURA

Núm. 468

15 de febrero de 2023

Pág. 1

## COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MODESTO POSE MESURA

Sesión celebrada el miércoles, 15 de febrero de 2023

### ORDEN DEL DÍA

Comparecencia conjunta del Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), D. José Manuel Vázquez Lima, y del Presidente de la European Society for Emergency Medicine (EUSEM), D. Jim Connolly, ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar de las cuestiones propias de los médicos de urgencias y de emergencias y de los problemas con los que se encuentran.

— Solicitud de comparecencia 715/000634. Autor: SÁNCHEZ LÓPEZ, MIGUEL (GPD)

Comparecencia del Presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), D. Pluvio Jesús Coronado Martín, ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre el abordaje de la menopausia a partir de la evidencia científica y su impacto para la vida de las mujeres.

— Solicitud de comparecencia 715/000786. Autor: COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

Comparecencia de la Presidenta de la Asociación de Salud Mental La Noguera, de Balaguer (Lleida), vocal de la Coordinadora Salut Mental Terres de Lleida, Comisaria del proyecto Creatividad y Salud Mental, vocal de la junta de la Federación Salud Mental Cataluña, miembro de la Red Estatal de Mujeres de la Confederación Salud Mental España y Vicepresidenta de Obertament, D.<sup>a</sup> Mercè Torrentallé Rocaspana, ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre la salud mental en general, en el entorno rural y en las mujeres, sobre el estado actual del teléfono 024 de prevención del suicidio, infantil y juvenil, y sobre las políticas interdepartamentales, así como para proyectar un vídeo del documental MOMO.

— Solicitud de comparecencia 715/000755. Autor: GONZÁLEZ DIOS, LORENA (GPS)

Comparecencia conjunta de la Jefa del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Moraleja, D.<sup>a</sup> María Cristina Villegas Fernández, y de la cofundadora y responsable de comunicación de la Asociación de Afectados por Dermatitis Atópica (AADA), D.<sup>a</sup> África Luca de Tena, ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para informar sobre la situación y las perspectivas de afectados de dermatitis atópica y presentar el estudio sobre «Cómo es vivir con EDIM hoy en España».

— Solicitud de comparecencia 715/000788. Autor: COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

*Se abre la sesión a las once horas y treinta minutos.*

El señor PRESIDENTE: Buenos días, señorías.

Vamos a dar comienzo a la sesión de la comisión con la aprobación del acta de la sesión anterior, celebrada el 20 de octubre del 2022. ¿Queda aprobada? (*Asentimiento*). Queda aprobada por asentimiento.

COMPARECENCIA CONJUNTA DEL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES), D. JOSÉ MANUEL VÁZQUEZ LIMA, Y DEL PRESIDENTE DE LA EUROPEAN SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE (EUSEM), D. JIM CONNOLLY, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR DE LAS CUESTIONES PROPIAS DE LOS MÉDICOS DE URGENCIAS Y DE EMERGENCIAS Y DE LOS PROBLEMAS CON LOS QUE SE ENCUENTRAN.

— SOLICITUD DE COMPARECENCIA 715/000634. Autor: SÁNCHEZ LÓPEZ, MIGUEL (GPD)

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Damos la palabra al doctor José Manuel Vázquez Lima, del que me gustaría hacer una presentación un poco personal. Primero, porque es mi urgenciólogo de cabecera, aunque de momento no existe tal especialidad; me ha atendido varias veces, le doy bastante la lata (*Risas*). Y segundo, porque es un profesional abnegado, coordinador de los servicios de urgencias de varios hospitales y, durante la pandemia, fue el coordinador técnico y portavoz de la comunidad autónoma de Galicia. Así que va a ser un placer escucharle. Cuando quieras, tuya es la palabra.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEMES (Vázquez Lima): Muchas gracias, señor presidente.

En primer lugar, presidente, vicepresidentes, miembros de la Comisión de Sanidad del Senado, quiero agradecerles esta invitación formal para comparecer aquí en el Senado. Me acompaña también el doctor Jim Connolly, aquí a mi derecha, que es el presidente de la Sociedad Europea de Medicina de Urgencias y Emergencias. Hará una comparecencia en medio de la mía. También es médico especialista en urgencias y emergencias y *consultant*, médico consultor, en el Sistema Nacional de Salud británico.

Sin más, comenzamos si les parece. (*El señor compareciente apoya su intervención con una presentación digital*).

Mi ponencia hablará de estos cinco puntos, que ven ustedes: quiénes somos; la importancia de la atención en urgencias y emergencias; la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias; cómo está la situación en Europa, hablará el doctor Connolly; y los apoyos con que en estos momentos contamos.

¿Quiénes somos? La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias es la única sociedad representativa de los profesionales que nos dedicamos a las urgencias y emergencias, y su misión básicamente es prestar la mejor atención de urgencias y emergencias a nuestros ciudadanos. Creo que esto lo hemos demostrado sobradamente en estos años, lamentablemente. A eso nos dedicamos, a buscar la mejor evidencia y la mejor calidad asistencial para la gente a la que nos debemos.

¿Cuántos trabajamos en urgencias en España? Pues, aproximadamente, unos 25 000 profesionales; es el segundo colectivo sanitario más numeroso de este país. Nuestra sociedad científica es la tercera sociedad por número de socios —tenemos 14 000 socios en estos momentos—, tiene una estructura federal con diecisiete delegaciones autonómicas en todas las comunidades autónomas, con sus propias juntas directivas, y tenemos una amplia cobertura temática y fuerte presencia internacional.

A continuación les muestro algunos datos para que ustedes vean qué hace nuestra sociedad científica: el año pasado hicimos casi 700 cursos de formación, 150 jornadas, con más de 300 talleres. Nuestro congreso nacional en Vigo tuvo 3500 asistentes y, por supuesto, hacemos ciencia.

Tenemos dos revistas, dos cabeceros de revista. La primera, que ven en azul, que se llama *Emergencias*, está en el primer cuartil de su especialidad, es la tercera revista en el mundo en urgencias y emergencias, la primera en castellano, con un factor de impacto 5,32.

Somos activos, por supuesto, en redes sociales, donde tenemos casi 74 000 seguidores; ahí tienen la distribución por las distintas redes. La pandemia nos ha obligado, aunque no es nuestro sitio y no es donde más a gusto nos encontramos, a estar presentes en medios de prensa con unos impactos en el año 2022 de 4350.

Tenemos actividad internacional, somos la única sociedad reconocida en el ámbito europeo en el ámbito de urgencias y emergencias. Formamos parte de la Sociedad Europea de Medicina de Urgencias. Estamos dentro de la Unión Europea de Médicos Especialistas, que reconoce a todas las especialidades existentes en Europa, y formamos parte de la Federación Internacional de Medicina de Urgencias.

Les presento algunos datos sobre actividad internacional, simple y llanamente, para que les suenen. Somos socios estratégicos del Gobierno de España, tenemos un convenio de colaboración con la Aecid, actualmente estamos haciendo programas de formación en Mauritania y Etiopía. Colaboramos en Latinoamérica con la federación latinoamericana, hacemos jornadas internacionales conjuntas con ellos y también en la formación de médicos latinoamericanos, y en las situaciones actuales de crisis, por supuesto, no somos ajenos a ellas, particularmente en la guerra de Ucrania. En estos momentos estamos formando a refugiados sanitarios ucranianos en España, estamos formando a 250 refugiados sanitarios en nuestro país, organizado por nuestra propia sociedad. También formamos a los corresponsales de guerra con un convenio con la Agencia EFE para que sepan actuar en situaciones de emergencias y colaboramos con las instituciones oficiales, con el Gobierno, el Ministerio de Defensa, el Ministerio de Asuntos Exteriores, aportando voluntarios, como hicimos en el terremoto de Haití y actualmente estamos haciendo en Turquía.

Les voy a dar unos datos, aunque yo creo que ustedes son perfectamente conocedores, de cuál es la actividad de los servicios de urgencias y emergencias. Las urgencias de los hospitales suponen la entrada del 60 % de los pacientes que requieren hospitalización, y a veces somos el único dispositivo asistencial disponible, como bien saben. Nuestro compromiso es con el paciente, por eso estamos 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año.

Tenemos un papel clave en la atención de patologías tiempo-dependientes. ¿Cuáles son las patologías de tiempo-dependientes? Las que condicionan la vida del paciente, la hora de oro, el infarto, el ictus, el politraumatismo, la sepsis, la parada cardiorrespiratoria. En determinadas zonas, y les hablo particularmente de la España vaciada, somos el referente único en estas patologías y tenemos un papel relevante en los incidentes de múltiples víctimas en catástrofes, todos recordamos determinados incidentes o accidentes de múltiples víctimas, en Barcelona con los atentados terroristas, en el accidente de tren de Angrois, y ya no quiero remontarme a los atentados terroristas de Madrid en el pasado. De la pandemia casi no les voy a hablar porque seguro que ya están un poco cansados, pero creo que el papel relevante de estos servicios es incuestionable. Atendemos casi 28 millones de urgencias anuales, el 78 % en los hospitales públicos.

El concepto que ven ustedes ahí de presión es el porcentaje de pacientes que ingresan en los hospitales de donde proceden, se lo decía anteriormente, el 64 % de los pacientes que ingresan en los hospitales proceden de los servicios de urgencias y nuestra frecuentación es de 595 por 1000 habitantes. Nuestros servicios de emergencias, para que nos entendamos, los que todos conocen, 061, Samur, Summa, etcétera, atienden casi 6 millones de llamadas; movilizan casi 4 millones de recursos, con 136 incidentes por cada 1000 habitantes, y gestionamos también esto que ven ahí, HEMS, los helicópteros sanitarizados de todas las comunidades autónomas.

¿Y qué profesionales tenemos? Les doy solo los datos de la derecha, que son fáciles de entender. Aproximadamente, de todos los médicos que se dedican a atención especializada, un 19 % son médicos de urgencias; uno de cada diez médicos que trabajan en los hospitales lo hace en el área de urgencias. Quizá piensen: uno de cada diez y 19 %; nosotros consideramos que el médico que está en los servicios de emergencias es también un médico especializado y no está en los hospitales, de ahí que las cifras les puedan parecer dispares aparentemente.

¿Y qué situación tenemos? La situación es de una elevada presión asistencial de sobra conocida. Por supuesto, atendemos los virus respiratorios. Tenemos un problema añadido por la dificultad que tiene la población de acceder en ocasiones a la atención primaria. También nos hemos convertido en el atajo de las listas de espera, como bien saben, y tenemos un problema serio en muchos hospitales con lo que llamamos el drenaje, que es la demora en los ingresos, de ahí las imágenes que ustedes ven a veces en los servicios de pacientes acumulados. Este no es un problema del servicio de urgencias, ese paciente ya está atendido por el servicio, lo que está esperando es el ingreso en el hospital y se ha decidido, por consenso universal, entiendo, que el mejor sitio es que esperen en un pasillo de urgencias. Probablemente tengamos que plantearnos algunas ideas diferentes a esto.

¿Qué problemas tienen nuestros profesionales? Que las plantillas no están correctamente dimensionadas. Les anticipo que el mayor índice de temporalidad en todas las especiales existentes está en los servicios de urgencias y emergencias, que las plantillas están envejecidas —lo verán a continuación en una diapositiva— y que claramente tenemos una falta de relevo generacional para nuestros profesionales, y todo está ligado muy probablemente a una falta de formación reglada y homogénea. En España no existe una especialidad de medicina de urgencias, al no existir nuestros profesionales proceden de distintos

lugares, con lo cual la formación es muy dispar en su origen. Esto no garantiza la mejor calidad y la mejor equidad en la asistencia al ciudadano, y además les quiero añadir que genera que no tengamos de manera continua un contingente de profesionales que vocacionalmente quieran dedicarse a esto. Al no tener MIR no tenemos profesionales que entren en nuestros servicios y que puedan suponer el recambio generacional futuro. ¿Dónde es evidente esto? En los hospitales donde no hay multiespecialidades, en los hospitales pequeños. ¿Y dónde es muy evidente? En los servicios de emergencias, donde el nivel de competencia tiene que ser excelso. Si ustedes sufren un accidente de tráfico en la calle, el médico que va en la UVI móvil a atenderlo tiene que ser, perdóneme la expresión, un tigre o una tigresa, tiene que ser el mejor, porque, si no, ese paciente se morirá.

Quiero que vean este vídeo. *(Se proyecta el vídeo).*

Creo que el vídeo es bastante claro sobre lo que ocurre realmente en España. Les llamo la atención sobre el voluntarismo, luego insistiré. Un sistema para atender a gente que realmente se juega su futuro en esa hora de oro no puede estar basado en una formación unificada en el voluntarismo: tiene que estar reglada. El profesional que atiende a estos pacientes tiene que formarse de manera adecuada y uniforme en cualquier sitio. El paciente que sufre un politraumatismo tiene que ser igualmente atendido en Burela, en la Seu d'Urgell, en Jaén o en Cuenca; y cuando el profesional va a trabajar a ese servicio tiene que tener la formación ya adquirida. Nos estamos jugando la vida de nuestros pacientes, de nuestra gente.

Una especialidad, cualquier especialidad, para que sea creada como tal, debe reunir básicamente estos requisitos que ustedes ven: la existencia de un campo de acción específico —creo que ya lo he citado anteriormente— con una demanda social elevada; la asistencia de un cuerpo doctrinal, y nosotros tenemos nuestro cuerpo doctrinal definido, está en el Plan de estudios europeo, ratificado por el Consejo Europeo de Especialidades Médicas y agrupado también en el programa de formación internacional de urgencias y emergencias; y un programa de formación que nosotros, por supuesto, tenemos desarrollado —insisto—: un currículum de la especialidad de medicina de urgencias. La evidencia de que existe ese currículum es que en España ya existe la especialidad de urgencias y emergencias en el ámbito militar desde el año 2016. Es más, nosotros contribuimos a la redacción de este currículum y trabajamos codo con codo con los urgenciólogos militares.

¿Qué ocurre si no tenemos una especialidad de urgencias? Pues lo que ocurre es que los profesionales que atienden a los pacientes tienen una formación que no es homogénea, es todo lo contrario, depende de la especialidad de la que provengan de partida, y puede ser cualquiera, es decir, no hay ninguna especialidad que delimite el acceso a urgencias; cualquiera, un especialista en radiología mañana mismo puede empezar a trabajar en mi servicio de urgencias, un especialista en reumatología también. Pero, cuando ponga a mi especialista en reumatología a atender un politraumatizado y haya que entubarlo, les puedo asegurar que tiene algo más que miedo, por eso tengo que ordenar mi servicio para que los médicos veteranos le ayuden. Esto no tiene ningún sentido si queremos planificar adecuadamente nuestro sistema sanitario.

Es lo que pongo en el punto dos, ¿en qué se basa la actual calidad? En la autoformación, en la buena voluntad de los médicos veteranos que se han formado por su cuenta, pero no podemos construir un sistema sanitario basado en el voluntarismo, seamos claros. La realidad es que hablamos de muchos problemas de la sanidad española, pero probablemente el problema de los servicios de urgencias y emergencias, dado que nosotros seguimos atendiendo a quien nos debemos, a los ciudadanos, es que se nos olvida en ocasiones y no tenemos un programa, no tenemos una especialidad reconocida en este momento en este país, a pesar de que tenemos los estándares y nuestro currículum perfectamente definido, no tenemos MIR propios, al no tener MIR propios, no podemos garantizar un relevo en los profesionales que actualmente están. Y me dirán, pero es que a lo mejor ustedes no tienen vocaciones. Pues sí, y les puedo pasar a ustedes el estudio, si lo quieren, sin problema ninguno. A un 10 %, aproximadamente, de los alumnos que se presentan al MIR les gustaría vocacionalmente elegir urgencias y emergencias como primera opción, y hasta un 40 % la barajarían entre sus posibilidades. Es decir, tenemos gente que quiere trabajar, estudiar, formarse y trabajar con nosotros.

En cuanto al contexto actual de cómo está la especialidad, hay un grupo de trabajo creado desde el Ministerio de Sanidad con varias comunidades. Este grupo de trabajo ha finalizado un documento sobre cómo debe ser la especialidad de urgencias y emergencias en España, que solo está pendiente de que pase al pleno la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Ese es el paso que tenemos que dar para que esto sea una realidad.

¿Qué conseguimos con la especialidad? Una excelencia formativa asistencial, como le explicaba antes, una mejor planificación, un ahorro en recursos y una alineación internacional. Voy a dedicar una

diapositiva a cada una de estas para que lo entiendan y reiteraré probablemente, y les pido disculpas, algunos de los mensajes que les he transmitido.

La excelencia formativa. Vuelvo a insistir, los médicos que actualmente ejercen en urgencias proceden de especialidades muy diversas. Su formación, por tanto, es heterogénea e irregular, no es una formación homogénea que garantizaría la mejor asistencia al ciudadano y al paciente. Ya ven ahí la ratio de las distintas especialidades que trabajan actualmente en los servicios de urgencias y emergencias. Observen que algunos no tienen ninguna especialidad. El propio informe del ministerio sobre necesidades de especialistas 2022-2035 dice que son los servicios donde tenemos mayor porcentaje de extracomunitarios y de médicos sin especialidad.

La segunda razón por la que es necesaria una especialidad, y ahora me meto en temas ya no tanto formativos como de recursos humanos y temas económicos, es una mejor planificación. El informe Valcárcel no es el primero sino el quinto de necesidades de especialidades 2022-2035 de médicos especialistas, ya los informes anteriores nos anunciaban casi la crónica de una muerte anunciada. La realidad es que hay dos especialidades en España que tendrán un déficit muy serio, y lo están teniendo, de profesionales: una la conocen todos, porque se han hartado de verla, es medicina de familia; la otra es la medicina de urgencias y emergencias, el segundo colectivo más numeroso. Estos datos que ven ahí, en los que pone déficit moderado, se aplica a ambas especialidades. No son datos nuestros, son datos de ese informe. En el año 2035 tendremos un 53 % de mayores de 50 años en nuestros servicios y un 16 % entre 60 y 65. Pero ya les digo que antes, en cinco años, en 2028, el porcentaje será del 44 % de mayores de 50 años. ¿Cómo se resuelve esto? Garantizando un recambio. ¿Cómo se garantiza un recambio? Teniendo, perdón por la expresión, sangre fresca, gente que vocacionalmente quiere dedicarse a las urgencias y emergencias. Eso se llama especialidad.

Solo voy a dar dos pinceladas porque no es mi rama ni mi conocimiento experto: la medicina de familia tiene problemas también y un déficit moderado de profesionales. Es cierto que probablemente las sociedades de familia tengan que plantearse cómo han llegado a esta situación en la vocación. Nosotros no tenemos ese problema. Saben ustedes que en el último MIR casi doscientas plazas de medicina de familia quedaron sin cubrir, deberían hacer, probablemente, un análisis interno de por qué ocurre esto. Pero les digo más, muchos de los que eligen medicina de familia, dado que es la especialidad que oferta más plazas, lo eligen porque no pueden elegir urgencias y emergencias. Se forman, entre comillas, en familia, pero huyen hacia los servicios donde intentan, más o menos, formarse, aunque no adquieren el grado de excelencia en la formación.

Y dirán, ¿por qué me cuenta este señor estas cosas? Entenderán que si no resolvemos el primer problema en los servicios de urgencias y si no tenemos una especialidad y sigue habiendo fuga de médicos de familia para ir a trabajar a urgencias, el agujero de medicina de familia será cada vez mayor, es decir, se nos escapan residentes de familia para trabajar en urgencias, además con una formación inadecuada, y contribuiremos al agujero de esa especialidad. Parece más razonable, ordenemos esto, planifiquemos esto. ¿Cuántos médicos de urgencias necesita el sistema, 500 anuales? ¿Cuántos médicos de familia, 2500? ¿Qué elige el residente vocacionalmente hacer? Démosle esa opción y planifiquemos adecuadamente lo que necesita el sistema.

La tercera razón es un ahorro en recursos. Aquí sí que existe un acuerdo general. Todos, todos sin excepción, pensamos que el médico de urgencias necesita una formación, incluso los que suponen una especialidad primaria. Habrán escuchado hablar ustedes del área de capacitación específica, el paradigma. Lo que les presento aquí tampoco son datos nuestros como sociedad, son datos de la memoria de análisis de impacto normativo del Decreto 589/2022, que regula la formación sanitaria especializada en España, publicado en julio. ¿Qué dice la ley? La Ley de ordenación de profesiones sanitarias dice que para acceder a un área de capacitación específica debe finalizarse primero una especialidad, la que sea, interna, familia, traumatología, cirugía, anestesia, y después se accede al área de capacitación específica. El área de capacitación específica dura dos años y es un programa de formación MIR retribuido y pagado por las comunidades autónomas, es decir, para que nos entendamos, es como formar un R6 o un R7, y le cuesta dinero al sistema.

El tan manido ACE es una continuación en la formación del residente durante dos años más y pagado. Formar un médico de urgencias vía especialidad primaria, que vocacionalmente ha decidido dedicarse a eso, cuesta lo que ven ustedes ahí: aproximadamente, unos 232 000 euros si es una especialidad de cinco años, y unos 180 000 si es una especialidad de cuatro. Formarlo partiendo de otra especialidad con ACE cuesta entre 90 000 y 220 000 euros más por residente. Pero les digo más, con el déficit de médicos que tenemos tendremos un médico de urgencias en siete años, la especialidad que han hecho de base más



el área de capacitación; y, por supuesto, quitaremos recursos y médicos de las especialidades de partida. Esto es, perdónenme la expresión, a lo mejor es un poco fuerte, un fraude para el contribuyente.

Y la cuarta razón es la alineación internacional, y aquí creo que quien mejor puede hablar es el doctor Connolly —gracias, doctor Connolly, por acompañarnos—, que para eso es el presidente de la Sociedad Europea de Medicina de Urgencias y Emergencias. Este mapa que ven es el mapa de cómo está la especialidad de urgencias en el mundo. Como pueden ver, Norteamérica desde hace tiempo la tiene desarrollada, Europa prácticamente en su totalidad desde los años dosmil. A veces hemos dicho que somos una anomalía latinoamericana, no, somos una anomalía española. Les invito a que vean el Cono Sur. Prácticamente todos los países de Latinoamérica, no deja de ser curioso, tienen desarrollada la especialidad de urgencias.

Doctor Connolly, cuando usted quiera. Gracias.

El señor PRESIDENTE DE LA EUROPEAN SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE, EUSEM (Connolly): *(Se reproduce la interpretación simultánea de su intervención).*

*Muchas gracias.*

*Es un honor, presidente, vicepresidentes, senadores, miembros de la comisión; gracias por invitarme a estar aquí para hablar de la medicina de emergencias y urgencias. Es un momento muy importante para la medicina de urgencias y emergencias, sobre todo en España. Esta reunión nos servirá para saber dónde está y hacia dónde pueden ir las urgencias y emergencias, dependiendo de cómo se vean políticamente. Y la razón por la que estoy aquí —a mí no se me paga— es que estoy representando a la Sociedad Europea para la Medicina de Emergencias y Urgencias; soy el presidente, un puesto no retribuido. Van a escuchar estas palabras, emergencias y urgencias, más de una vez porque estoy comprometido con la medicina de urgencias y emergencias y creo que, en términos de especialidad, tiene la posibilidad, de verdad, de tener un impacto en la salud pública.*

*Me van a oír hablar una y otra vez de la seguridad. Les voy a hablar mucho de que la medicina de urgencias y emergencias es la red de seguridad para la gente que no tiene donde ir, es la red de seguridad para el hospital, para todos los especialistas. Hay una palabra que se utiliza mucho al hablar de la medicina de emergencias: disponibilidad. Cuando alguien no puede dar servicio, están las urgencias. Simplificando la diapositiva, al final, la sociedad existe para que la medicina de emergencias y urgencias sea la mejor posible en Europa, y no solo en cada país individualmente; se trata de armonizar, de estandarizar. Es decir, que si tenemos un accidente en Bélgica tengamos el mismo tratamiento que si estuviésemos en Eslovenia. Gran parte de lo que hacemos en la sociedad es intentar estandarizar para alentar esta especialidad. También luchamos por la investigación y todo lo que tiene que ver con el desarrollo de una especialidad médica per se.*

*Esto les puede dar una idea de cómo es de joven la especialidad. Yo empecé cuando comenzó en el Reino Unido y no fue hasta los dos mil cuando se hizo un programa de estudio, cuando UMS hizo la especialidad. Pueden ver, en verde, los países en los que es una especialidad primaria, en los que se acepta como una especialidad en los estudios de medicina; y explicaré después por qué esto es importante. Hay algunos países que, por distintas razones, geopolíticas o históricas, sí que hacen que sea una superespecialidad; lo pueden ver en naranja. Los Países Bajos tienen una posición distinta, tienen un perfil muy específico. Esperamos que estos países también hagan que sea una especialidad primaria. Por lo tanto, ahora tenemos una directiva que existe por distintas razones. No se olviden de que en Europa queremos promover la salud y, de hecho, priorizar la salud y permitir el libre movimiento en Europa, por lo que la especialidad empezó a existir y tuvo su estatus de especialidad con la esperanza de poder seguir avanzando y tener transferencia transfronteriza. Las especialidades pueden ser difíciles, pero una vez que se acepte la especialidad en Europa tenemos la esperanza de que podamos empezar a trabajar de manera transfronteriza.*

*En general, para que la especialidad sea una especialidad bien hecha son necesarios cinco años. Además, como decían, hay un currículum, hay un programa aprobado a nivel europeo y lo que es más importante: hay exámenes. Hay un examen de salida que cada vez es más importante y que esperamos que tenga sus créditos para que pueda ser un examen estándar en toda Europa. Quizás esto sea lo más importante. ¿Por qué? Porque todo el mundo puede hacer el trabajo que yo hago, no hay nada del trabajo que yo pueda hacer que no lo puedan hacer los demás. Un ginecólogo puede hacer traer a la vida a un niño, a un bebé, un cirujano puede abrir un pecho, un neumólogo puede ver pulmones, pero no se trata de eso, se trata de reconocer que se necesita tener a alguien que tenga esa capacidad, esa disponibilidad en profundidad. Y volvemos a la seguridad: alguien que pueda supervisar a aquellos que tienen que dar esos*

cuidados, porque esos cuidados cruzan muchas fronteras. La evidencia dice que hay que ir y mirar. No hay un único documento que diga que se sobrevive mejor si tienes una especialidad como emergencias, pero sí hay mucha evidencia empírica que dice que tiene que haber cambios en el sistema.

En Reino Unido cambiamos totalmente el sistema de trauma. Lo cambiamos y pasamos a un nivel de cuidados senior por la noche 24 horas al día; es decir un médico senior va a liderar el sistema de traumas. Los pacientes van directamente a centros que tienen esa infraestructura, incluso con los juniors haciendo su especialidad, pero con un nivel de supervisión, y, como ven, la supervivencia de los graves mejora un 20 % con este sistema. Un hospital local decidió consolidarlos también en los servicios de emergencias para permitir una subvención senior 24 horas al día y, una vez más, las tasas de ingresos cayeron y también la mortalidad en los pacientes más mayores, que son más complejos.

Podemos ver que hay algunos sitios donde se ha hecho un gran trabajo en la especialidad de emergencias, como en las naciones africanas y en los países de ingresos medios y bajos. Esta es la Universidad de Brown donde se han estudiado pacientes pre y post y vemos cómo la traumatología baja mucho con un senior presente supervisando toda la especialidad.

Hay muchos artículos y documentos —podemos darles todos los que necesitan—, pero hay uno de ellos que estudia todas las evidencias y dice que este es el valor, sí que hay valor financiero en cuanto a eficiencia, eficacia, seguridad y en cuanto a tratamientos al paciente, en general. ¿Por qué? ¿Por qué ahora? El público lo va a pedir cada vez más. Van a buscar servicios de más calidad. Estos son tiempos difíciles en los que acabamos de pasar la COVID, y, obviamente, en los desastres de gran escala el público necesita una respuesta organizada.

El rol de emergencias está bien, pero aquí me gustaría resaltar el mensaje que hay en el medio. Los pacientes que vienen a las urgencias son distintos y difíciles, difíciles porque a menudo tienen muy alto riesgo de tener problemas mayores y a menudo no tienen la información disponible de su historial y la que traen es muy vaga. El médico necesita tener experiencia y ese elemento de supervisión para poder trabajar bien y reconocer lo que hay que reconocer. Pero, lógicamente, calidad y seguridad. Esa es la razón y lo enfatizo: la seguridad para los pacientes, en general; pero no solo para el paciente, seguridad para la sociedad. Tener una estructura que pueda reconocer y mitigar una infección o desastres, es la puerta de entrada para la mayoría de los pacientes, así que las urgencias son parte del seguimiento y de estar alerta en el hospital.

Un paciente entra con problemas múltiples y complejos, puede tener una cadera rota, puede tener una enfermedad renal, cardíaca o demencia, u otros problemas, y tener a alguien formado en todo esto permite tener una visión general y que nos centremos menos en una especialidad única para el paciente. En el Reino Unido a esto lo llamamos acertar a la primera, ser eficaces a la primera, si el paciente con dolor abdominal va al servicio adecuado, no que venga un especialista que no sabe o no ve lo que hay otros servicios, por ejemplo, geriatría o gastrointestinal. Esto es seguridad. Y, además, antes de acabar, la seguridad también es para los médicos. Los médicos que trabajan sin supervisión tienen más riesgo de cometer errores por no saber o por no tener esa seguridad. Es una red de seguridad para mantener a los pacientes y a los médicos seguros. Una supervisión senior, una especialidad con una supervisión senior 24 horas y siete días mejora los resultados en todas las áreas que veamos y también ayuda a formar a los juniors y mejora sus aptitudes, capacidades y su bienestar.

Termino. Estuve ayer en el Congreso de Vigo —que está muy bien organizado— y dejé mi puesto para venir aquí hoy porque es el momento. Hay mucha gente que trabaja en emergencias y que quiere seguir trabajando, y yo creo que si damos esta especialidad se van a energizar todas las urgencias. Hay que ir a por ello y tendrán todo nuestro apoyo. Parece que no es mucho, pero estamos mirando de cerca lo que están haciendo, porque en cualquier cosa que necesiten nosotros vamos a ayudar. Vuelvo a decir que es calidad, seguridad, eficiencia el hecho de que la medicina de urgencias y emergencias sea segura. Muchas gracias por su atención. (Aplausos).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Tiene unos minutos, si desea intervenir, doctor Vázquez Lima.

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEMES (Vázquez Lima): *Thank you, doctor Connolly.* Habla de calidad y seguridad. Ese es el lema de nuestra campaña, si se dan cuenta: *Tu seguridad es nuestra especialidad.* En el año 2022 recabamos los apoyos de casi trescientos ayuntamientos en este país, todos se iluminaron con los colores azul y blanco, que representan la estrella de la vida, nuestro lema. Ahí tienen la imagen del Congreso de

los Diputados. Quiero dar las gracias particularmente a la presidenta del Congreso, Meritxell Batet, que nos ha permitido esta imagen.

Treinta y cinco sociedades científicas en España respaldan la sociedad. Tenemos documentos firmados con todas ellas, entre ellas, destaco algunas: anestesia, radiología, pediatría, y hoy, en un día como hoy, oncología. Creo que me entienden. Como ven, arriba a la izquierda aparece la OMC, la Organización Médica Colegial, la máxima representación de los médicos en España, aprobó en asamblea el apoyo a la especialidad de urgencias y emergencias en España. Su presidente, el doctor Cobo, lo ha repetido reiteradamente. Las asociaciones de pacientes también hemos firmado con más de treinta sociedades de pacientes un apoyo manifiesto al desarrollo por el bien de ellos, por su seguridad y por la calidad en la asistencia. La 72.<sup>a</sup> Asamblea de la OMS, en el año 2019, insta a todos los Gobiernos al desarrollo de programas de formación en urgencias y emergencias. El Defensor del Pueblo, en el informe conjunto del año 2015, *Derechos y Garantías de los Pacientes*, insta al Gobierno a la creación de la especialidad. El Consejo Económico y Social también. Se han aprobado, como saben, muchas mociones y PNL en distintas comunidades. Hay apoyo de organizaciones sindicales, UGT, Comisiones y sindicato médico y distintas fuerzas sociales. Ustedes mismos, hace relativamente poco, apoyaron algunas medidas para garantizar la sanidad pública de este país. Entre esas medidas estaba el desarrollo de la especialidad de urgencias y emergencias, una iniciativa del Grupo Vasco. Les agradezco mucho la palabra celeridad, es una palabra bonita, pero más que celeridad lo que hay que hacer es afrontar y resolver definitivamente una anomalía que tenemos encima de la mesa. Será bueno para la sanidad pública en su conjunto.

Finalizo. Les doy las gracias. He puesto esta diapositiva porque creo que es muy representativa. En el año 2021, casi 300 servicios de urgencias de este país salieron a la entrada de sus servicios. Estábamos en plena pandemia. Pedían formación, pedían garantía para sus servicios. No queremos ir a ningún otro sitio. Queremos seguir trabajando con nuestros pacientes. Nosotros no nos manifestamos, nos manifestamos con ellos. Solo les pido que, por favor, den el respaldo a lo que es una realidad.

Gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doctor Vázquez y doctor Connolly.

Vamos a proceder a dar un turno de portavoces, con una intervención aproximada de cinco minutos, más o menos. Vamos un poco retrasados ya, bastante retrasados. Habrá un turno para los portavoces y, luego, un breve turno también para los ponentes para contestar algunas preguntas que se formulen o las consideraciones que precisen.

Empezamos, como siempre, de menor a mayor. Empezamos por el Grupo Mixto.

Doctor Marín Gascón, tiene la palabra.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Doctor Vázquez Lima, doctor Jim Connolly, gracias por su presencia hoy aquí para informarnos de la grave situación que viven los servicios de urgencias, tanto españoles como europeos. En España se da la gran paradoja, como ustedes han indicado antes, de que no están reconocidos como especialistas y, en cambio, sí lo están en Europa. España junto con Portugal son los dos únicos países que no tienen reconocida a día de hoy la especialidad de urgencias y emergencias, con el grave problema que eso ocasiona a la población.

Refiriéndonos a la situación de España en concreto, el tema del déficit de médicos especialistas que afectan a urgencias y emergencias como atención primaria no es nada nuevo; es algo ya conocido de todos los médicos y es conocido desde los años 2009 y 2010, en que los médicos empezamos a plantear los problemas que con el paso del tiempo iban a venir e iban a afectar a la sanidad española. Pero ¿cuál es el problema? Que tanto el Gobierno central, los distintos Gobiernos centrales, como los Gobiernos autonómicos, no han hecho nada para remediar esa situación y nos enfrentamos a día de hoy con ese grave problema que, repito, afecta, sobre todo, a la atención primaria, que es el primer escalón, el primer peldaño para entrar en la sanidad pública, como, en concreto, a la especialidad de urgencias y emergencias.

Tenemos un grave problema en personal —usted lo ha indicado antes—: los MIR, los médicos que están en formación, muchos de ellos no quieren, no les gusta, la especialidad de Medicina de Familia. Usted ha indicado que en el último MIR hubo doscientas plazas del médicos de familia que se quedaron vacantes, porque prefieren otras especialidades. E incluso aquellos que terminan el MIR, debido a un problema fundamentalmente de salario, se ven abocados a irse al extranjero, donde son muy bien reconocidos con respecto a su país.

Es una paradoja —usted lo ha indicado también— que en España se invierte mucho dinero en formar a un médico y, cuando ya lo tenemos formado, le obligamos a irse fuera a ganarse la vida y nosotros nos



vemos obligados, por desgracia, a contratar médicos de terceros países. Hace ya años que los servicios de urgencias, tanto a nivel privado como a nivel de sanidad pública, estaban ocupados en su mayoría por médicos iberoamericanos o médicos de países del Este con una grave carencia en formación, y fueron innumerables los problemas que hubo en aquella época. Como digo, este problema que afecta a la especialidad no es nada nuevo, viene ya de viejo; lo que pasa es que la COVID ha puesto más de manifiesto ese grave problema.

Por otro lado, los servicios de urgencias cada vez tienen más presión asistencial, entre otras cosas porque cada vez hay más población. Y otro problema es que, en general, los centros de atención primaria cierran la mayoría de las veces por las tardes, con lo cual cualquier persona que en horario de tarde o noche se encuentre mal está abocado a ir a los servicios de urgencias hospitalarias, con el consiguiente colapso que eso puede acarrear. Si los distintos Gobiernos pusieran de manifiesto ese grave problema y dotaran tanto de personal como de medios los centros de atención primaria, a lo mejor el 70 % o el 80 % de la patología médica se podría resolver en los centros de atención primaria quitando presión asistencial a los centros de urgencias.

Por citar algunos datos, vemos que los servicios de urgencias atienden a un 30 % más de pacientes de media e, incluso, en algunas comunidades un 40 % más respecto al año 2019. Esta presión asistencial sigue aumentando cada vez más. Usted lo ha indicado antes, a día de hoy tenemos unos 25 000 hombres y mujeres dedicados a los servicios de urgencias y emergencias, pero que no tienen reconocida su especialidad, con el grave problema que eso conlleva. Ese déficit de formación, que usted ha indicado muy bien antes, en los médicos que se dedican a los servicios de urgencias y emergencias en el caso de las puertas de urgencias del hospital, lo vemos casi continuamente en las distintas noticias y, por desgracia, tengo que comentar lo que ya es sabido de todos, cómo en los últimos días una niña de doce años ha fallecido tras haber acudido en tres ocasiones distintas a un servicio de urgencias hospitalarias. ¿Por qué? Por la falta de formación de esos médicos.

El señor PRESIDENTE: Vaya, terminando, señor Marín.

El señor MARÍN GASCÓN: Termino seguida.

Desde aquí instamos al Gobierno central como a los distintos Gobiernos autonómicos a que solucionen los graves problemas que afectan, en general, a la sanidad española si no queremos llegar a su colapso con la grave situación que provocaría en la población española.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario Democrático, el señor Sánchez tiene la palabra, por un tiempo aproximado de cinco minutos.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: Sí, señor presidente, muchas gracias.

Buenos días. Bienvenidos, señor Vázquez y señor Connolly, doctores, bienvenidos. Como cuestión previa, si me permiten, quiero mandar un saludo, y que así conste en el *Diario de Sesiones* su nombre, a Pascual Piñera, que fue la persona que me convenció de la necesidad de la especialidad de la medicina de urgencias y emergencias. Y tan bien y tan profundamente me convenció que fui yo quien solicitó su comparecencia aquí en el día de hoy, y he hablado en dos comparecencias a sendos ministros, la señora Darías y el señor Illa, de la especialidad, y a la secretaria de Estado. Creo que me convenció con buenos argumentos y cada vez que he podido he sido uno de sus paladines, no de los mejores, pero uno de ellos y la ha defendido. En este sentido, quiero transmitir la necesidad de su creación para poder planificar, como ustedes han dicho, de forma adecuada tanto la atención primaria, que tiene un grave problema, como los servicios de urgencias, que es la falta de planificación.

Si no sabemos el número de médicos que se van a dedicar a hacer medicina de atención primaria y medicina de urgencias con suficiente tiempo de antelación, obviamente, no se pueden planificar, esto es obvio. Ahora mismo, el cupo de médicos para ambas especialidades sale del grupo de médicos del MIR que hacen básicamente medicina de familia. En este sentido, señor Vázquez, le voy a hacer una pregunta. Bajo su punto de vista, ¿qué consecuencias cree usted que tendría para el Sistema Nacional de Salud la no creación de la especialidad? Usted ya ha dicho que somos, junto con Portugal, el único país que actualmente no la reconoce y también ha dicho, y me he quedado con esta frase, que actualmente existe una formación unificada en el voluntariado y se reconoce. Pero esto no puede ser, lo que se necesita es que sea o que esté reglada. Ya existe —también me ha llamado la atención— en el ámbito militar.

Otra de las cuestiones que también me ha llamado la atención es que todos pensamos que el médico de urgencias necesita una especialización. Yo creo que todos, absolutamente todos, y todas pensamos que el médico de urgencias necesita una especialización. Pues qué mejor que crearla. Por tanto, termino, como solo tengo cinco minutos, como empecé, dándoles la bienvenida, dándole las gracias y deseándoles mucha suerte, porque será la suerte de todos.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Sánchez.  
¿Grupo Parlamentario de Izquierda Confederal? (*Pausa*). No están.  
¿Grupo Nacionalista en el Senado? (*Pausa*). Tampoco están.  
Por parte del Grupo Parlamentario Vasco, la señora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias, señor presidente.

Lo primero que quiero hacer es agradecer al doctor Vázquez y también al doctor Connolly, *wellcome and thank you*, su exposición. Yo soy del Grupo Vasco, entonces entenderán que a nosotros no nos tienen que convencer. En la mayor parte de su exposición se ha referido a la necesidad de una especialidad, y nosotros compartimos esa reivindicación desde hace mucho tiempo. Hablaba de celeridad. Ya llevamos mucho tiempo. Se ha hecho el grupo de trabajo, pero creo que vamos tarde. Nunca es tarde si la dicha es buena. Esperemos que sea lo antes posible y que podamos ver que, efectivamente, existe ya la especialidad de urgencias y emergencias. Usted ha hablado de la situación, pero creo que, en general, hay un déficit de profesionales y el déficit de profesionales es general, pero sobre todo en Medicina de Familia y Comunitaria y en Pediatría. Eso también supone que, como usted bien ha dicho, si hay gente que hace la especialidad de familia para luego decantarse por la urgencia habría que replantearse muy bien todo el sistema para que eso no quiera decir que, en vez de 200 plazas de medicina de familia de MIR vacantes haya 400 o 500 en el resto de los años. Quiero decir que cada vez que movemos una pieza es un puzle gigante que creo que hay que estudiarlo de manera holística. No podemos ir solo a una de las partes.

Usted también decía que necesitan garantía de recambio y les pregunto: ¿ustedes creen que la garantía de recambio es suficiente con la especialidad? Porque estamos viendo otras especialidades en las que la especialidad ya existe y que el recambio no se da. Y otra pregunta que tenía es si ustedes ven, además de este problema, que no haya una especialidad; y cuando ustedes han dicho que en cuanto a una mejor planificación suponía, fundamentalmente calidad, seguridad y eficiencia, etcétera, si ven otros problemas específicos en los servicios de urgencias y emergencias. Uno de los problemas que ustedes plantean... Me está mirando el señor Connolly con cara un poco..., creo que no me he explicado bien. (*Denegaciones del señor Connolly*). Lo que quiero preguntar es si, además del problema de que no haya especialidad, lo que genera una serie de inconvenientes, hay otros problemas específicos en los servicios de urgencias y emergencias, sabiendo que cada comunidad autónoma es un mundo y cada servicio también, pero si hay algunos en genérico que creen que nos podrían comentar.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.  
¿Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana? (*Pausa*). No está.  
Por parte del Grupo Popular en el Senado, doctor Raboso.

El señor RABOSO GARCÍA-BAQUERO: Bienvenido, doctor Vázquez. *Please, be very welcome, doctor Connolly, to the Senate of the Kingdom of Spain*. El Partido Popular suscribe sin reserva sus planteamientos. En nuestra opinión, España, en estos momentos, no tiene una capacidad asistencial como puede y debe tener un país como España para hacer frente, por ejemplo, a una catástrofe masiva, como está sucediendo ahora mismo en Turquía o también está sucediendo, por ejemplo, en Ucrania. Resulta un consuelo y al mismo tiempo supone un punto de amargura que tanto en Turquía como en Ucrania tienen reconocida como especialidad primaria la medicina de urgencias y emergencias. En nuestra opinión, el hecho de que no esté establecida, administrada y formada la especialidad de medicina de urgencias y emergencias es una verdadera vergüenza para la medicina de este país. No tiene paliativos. Yo, desde luego, como médico, lo vivo como algo intolerable.

Quiero que sepa usted, como portavoz del Grupo Popular, que el Grupo Popular ha estado muy activo para intentar corregir esta situación. Solo los últimos cuatro meses presentamos una proposición no de ley en Pleno, que fue aceptada; también presentamos una moción en la Comisión de Sanidad solicitando la creación de medicina de urgencias y emergencias, que, en su momento, votaron el resto de los partidos en contra, incluido, por cierto, el Partido Nacionalista Vasco; recientemente, la semana pasada, una proposición

no de ley del Grupo Nacionalista Vasco, que era una copia literal de la que habíamos presentado nosotros en octubre, fue aprobada con la abstención del Grupo Socialista, y tan solo hace 48 horas, en la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid, quiero decir que se presentó otra vez una solicitud instando al Gobierno de la nación para aprobar esta especialidad y se aprobó gracias a los votos a favor del Grupo Popular, la abstención de Vox y los votos en contra de todos los partidos de la izquierda.

Mire, pese a que el Partido Socialista está cosechando una derrota parlamentaria tras otra en este sentido y que, además, esta situación se está agravando políticamente para ellos, porque ya ni siquiera consiguen que sus socios voten contra la creación de esta especialidad, hasta ahora tengo que decir que el resultado ha sido nulo y lo peor es que, además, el Partido Socialista y otros partidos de la izquierda son muy críticos con la situación de los servicios de urgencias sobre todo en las administraciones de las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular. Nosotros nos preguntamos, y quiero ponerle a usted delante la pregunta, qué intereses están bloqueando el acceso a la Comisión de Recursos Humanos del ministerio de la aprobación definitiva de la creación de esta especialidad. Me gustaría saber cuál es su opinión en este sentido. Lo que sí le aseguro es que estos intereses que están bloqueando la creación de su especialidad no son ni los intereses de los profesionales ni los intereses de los españoles, y también le aseguro que el Partido Popular seguirá dándole su apoyo al máximo hasta que consigamos que esta especialidad, esta vergüenza para la medicina española, quede corregida de una vez por todas.

Nada más, muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Raboso.

Por parte del Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Escudero.

El señor ESCUDERO ORTEGA: Muchas gracias, presidente.

Señor Vázquez Lima, señor Connolly, muchas gracias por su presencia hoy aquí. La verdad es que cuando la vida de todos nosotros depende de ustedes no se puede estar más de acuerdo con lo que han expuesto aquí. Desde mi grupo, en el Gobierno en estos momentos, tienen todo nuestro apoyo, todo nuestro ánimo para conseguir lo que lo que ustedes pretenden. No es tampoco un problema de ahora mismo, y no es un problema de ahora mismo porque es un problema que se arrastra desde hace tiempo en este país, donde me imagino que todos tendremos alguna responsabilidad. Usted mismo ha dicho que en el año 2016 se creó la Medicina de Urgencias y Emergencias para el tema militar, entonces había otro Gobierno, sin embargo, aunque ustedes colaboraron en esa cuestión, parece ser que el Gobierno no estimó en esos momentos dar ningún paso adelante. No hace falta que sea más explícito.

Y también me va a permitir usted que no utilice mi intervención para lanzar una especie de juicio sobre la Medicina de Urgencias y Emergencias, como ha hecho otro grupo político. Me parece deleznable que una situación indeseable, una situación que genera un dolor interno al profesional, se pueda traer a colación en esta comisión, en esta comparecencia.

Señor Vázquez, señor Connolly, el Partido Socialista, que gobierna en estos momentos y al que tengo el honor de representar en esta intervención, aprobó en el año 2021 una proposición no de ley donde se inicia el procedimiento para establecer la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, atendiendo, obviamente, a los requisitos legales de participación —uno— de las comunidades autónomas, que son las que tienen las competencias en sanidad; dos, de los colegios profesionales, porque, obviamente, hay que contar con ellos, con su beneplácito y con su participación; y, por supuesto, con la del mundo académico, que es el que tiene que formar en buena medida a los especialistas y, por lo tanto, también tiene algo que decir. Por consiguiente, hay que unir muchas voluntades para desarrollar esta especialidad. Por eso, a lo mejor en 2016 no se quiso abordar esta cuestión, porque es compleja. Pero mi partido sí lo va a hacer. Y, para hacerlo, después de ese real decreto, de esa proposición no de ley, firmamos otro real decreto, el 589/2020, de 2022, de 19 de julio, por el que ya se comienza a regular la formación transversal de las especialidades en ciencias de la salud, el procedimiento y criterios para los nuevos títulos o diplomas en el área de capacitación específica. También lo hemos desarrollado. Y estamos pendientes en ese Consejo Interterritorial de Salud, que es donde, de alguna manera, se tienen que lanzar esas cuestiones, de que las comunidades autónomas tomen esa iniciativa y se pueda hacer. Ahora mismo se necesita en siete comunidades autónomas. Hay cuatro que son las que han dado su visto bueno, en principio. Obviamente, no voy a pronunciar el nombre de las cuatro comunidades autónomas por respeto, pero, indudablemente, esto es una cuestión de país, no de que los partidos políticos vengamos aquí a tirarnos los trastos. Es una cuestión de país, de que todos tomemos conciencia de lo importante. Mi grupo —se lo digo a usted sinceramente, atendiendo al anexo del decreto que desarrolla esa creación— está totalmente entregado para que así sea.

Ahora, en las preguntas que les voy a hacer paso a la segunda opción. Señor Vázquez, no puede ser que el mercantilismo en el que algunos tratan de meter la sanidad —y la sanidad pública, que ha dicho usted que es el 78 % de lo que abarca ahora mismo las urgencias— esté dificultando que los profesionales puedan desarrollar esa especialidad y de que no haya seguridad en la atención por parte de la sanidad pública.

Y también quería saber su opinión sobre si el sistema que tenemos en España de descentralización de nuestra sanidad, que así lo hemos elegido y del que estamos muy orgullosos —y yo creo que tenemos que estarlo—, nos puede estar impidiendo avanzar en esta cuestión en concreto.

Y, a raíz de esta cuestión, le quería preguntar al señor Connolly si no son las autoridades europeas quienes deben marcar una directiva europea de obligada trasposición a la legislación nacional de cada país que aclare, que sienta las bases desde el punto de vista europeo de lo que debe ser algo tan importante como es la Medicina de Urgencias y Emergencias. Usted lo ha dicho, países que sí están, países que no están, que la tenemos desarrollada a diferentes niveles, de diferentes maneras, y, por tanto, le pregunto si no sería conveniente que las autoridades europeas marcaran unas directrices para todo el ámbito europeo de aplicación.

Les reitero que tienen ustedes todo el apoyo y la sinceridad del Grupo Parlamentario Socialista en el Senado. Nosotros lo hacemos desde el realismo y desde la capacidad que tenemos para poder llegar a acuerdos en todos los ámbitos a fin de que esto se desarrolle. Créanme ustedes que esa es la intención de todo mi grupo. Nos sentimos plenamente identificados con su labor y su trayectoria y queremos que así siga siendo. Cuenten ustedes con nosotros. *(Aplausos)*.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Escudero.

A continuación, se abre un breve turno para los dos comparecientes para cerrar el debate y contestar las preguntas que consideren pertinentes.

El señor PRESIDENTE DE LA EUROPEAN SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE, EUSEM (Connolly): *(Se reproduce la interpretación simultánea de su intervención)*.

*Se han dicho muchas cosas, pero, en cuanto a la última cuestión, sobre la directiva europea para dar directrices y sobre una posible trasposición, yo creo que las directrices ya existen. En Europa siempre se deja espacio a la soberanía, pero las directivas están muy encaminadas a intentar conseguir una cierta estandarización y armonización; sobre todo, las directivas que promueven la salud y se proponen eliminar las desigualdades. Sé que ya se ha hecho cierto movimiento, pero no puede haber una directiva que diga «esto tiene que ser así». No podemos dar definiciones de qué es lo que tiene que ser, pero sí hay que otorgar cierta soberanía. Y en la especialidad es más difícil. Es más fácil decir cómo tiene que ser la formación de un médico. Es más difícil por el tiempo que se necesita para definir una especialidad, no solo la de Medicina de Urgencias y Emergencias. No estoy diciendo que no haya que emprender ese camino, porque ese es el futuro a medida que se vaya aceptando más la especialidad en Europa. Entonces, la siguiente fase será cómo se estandariza, cómo se armoniza, la cantidad de años. Eso, por ejemplo, no está estandarizado. Cuál ha de ser el examen final o los puntos de formación. Por tanto, estoy de acuerdo con lo que ha dicho y me parece un paso muy importante para seguir avanzando.*

*Voy a retomar la pregunta de la representante del Grupo vasco en cuanto a si hay otros problemas relacionados con los sistemas de urgencias y emergencias, y la especialidad. Pues yo creo que sí hay distintos problemas. En la medicina de urgencias se necesita un aprendizaje. No siempre las cosas van bien, pero hay una necesidad de aprendizaje por parte de las personas. Antes hablábamos sobre trabajar en un búnker, sin apoyo. Y esto nos lleva a este déficit de formación y de médicos noveles. En el Reino Unido esto es muy popular, la gente lo ve, y en los últimos meses ha sido horrible. Como están diciendo ustedes, cuando entran en el servicio como neurocirujanos, el tiempo es muy valioso porque aprenden mucho de manera supervisada, siendo responsables, y el feedback de la gente que pasa por allí es muy positivo. No todo responde a un problema de déficit de personal ni de los médicos que se van. En el Reino Unido, por ejemplo, no tenemos este problema.*

El señor PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEMES), (Vázquez Lima): Gracias, doctor Connolly, es un placer escucharle.

Creo que va a ser complicado, porque Modesto, a pesar de que sea muy paciente, seguro que me va a cortar el micrófono para que les pueda contestar a todas las preguntas.



Me gustaría darles las gracias a todos los grupos parlamentarios por sus palabras, por haber manifestado su apoyo. Pretendo transmitirles que cuando los médicos de urgencias y emergencias vamos a trabajar, nos ponemos un pijama blanco. Ese pijama blanco no tiene ningún color. El color que pretende, única y exclusivamente, es la formación de sus profesionales. Entiendo perfectamente sus razones para disputar en ocasiones quién ha sido el hacedor de esta gran causa. Yo solo creo en la sanidad pública, y lo he manifestado por activa y por pasiva. Y creo que aprobar la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias es un hito para la sanidad pública y para el bien de nuestros pacientes. Por lo tanto, agradezco las palabras de todos los grupos, pero permítanme que no entre en la confrontación política.

Me preguntaban específicamente por el decreto 589 aprobado en julio. Sí, el decreto establece la regulación de la formación transversal en especialidades en ciencias de la salud, tanto en las nuevas especialidades como en urgencias y emergencias. Es posible y es lógico, ya que tienen ustedes muchas ocupaciones, que no conozcan lo que ha llevado ese grupo. Se creó un grupo, instado por el Ministerio de Sanidad, en el que participan todas las comunidades autónomas. Ese grupo —lo expuse antes— terminó un documento de propuesta de especialidad de urgencias. Ese documento está apoyado por siete comunidades autónomas —tampoco las voy a citar—, más dos más que se ausentaron de la reunión. Ese documento tiene que elevarse al Pleno de la Comisión Nacional de Recursos Humanos para su aprobación. Ese es el punto de partida.

En cuanto a si la descentralización impide avances, yo creo que la descentralización ha sido muy positiva en el ámbito de la sanidad. Probablemente tengamos que unificar criterios en algunas áreas para no comernos los profesionales unos a otros. Sin embargo, todo el aspecto de formación está centralizado en estos momentos. La regulación de la formación reside en el ministerio. Por supuesto que las comunidades tienen que opinar. Por supuesto que la Comisión Nacional de Recursos Humanos tiene que opinar. Por supuesto que las organizaciones colegiales tienen que opinar. Pero yo creo que, al final, hay que tomar una decisión. Y eso es lo que hemos venido a plantear aquí.

Respecto a si los servicios de urgencias tienen problemas, como comentaba la compañera del Grupo Vasco, sí que los tienen, independientemente de la especialidad. No creamos que la especialidad es la panacea. Yo no creo que vaya a resolver los problemas de los servicios de urgencias. Pero sí creo que va a contribuir sobremedida a que tengamos una garantía en la calidad de la asistencia que prestamos y en la equidad, vuelvo a insistir, en hospitales pequeños y en servicios de emergencias. Pero, por supuesto, seguiremos teniendo problemas, como existen en Europa: problemas de sobreaforo en nuestros servicios, de drenaje, etcétera, e intentaremos gestionarlos, no tenga duda.

Con respecto al caso de apendicitis reciente, hay una máxima en medicina —y aquí hay algunos médicos, como comentaba el representante del Grupo Popular, que lo saben—: El último médico siempre es el más listo. Créanme. La patogenia de la enfermedad sigue una serie de requisitos. Cuando alguien inicia un cuadro, es muy difícil hacer el diagnóstico. Y, una vez que ha pasado el cuadro, es muy sencillo evaluar el caso. En medicina no es todo uno más uno igual a dos. Es una ciencia inexacta y es muy fácil verla a toro pasado y muy difícil verla al principio. Lamentamos profundamente —y así lo he hecho en redes— cualquier fallecimiento de un paciente en un servicio de urgencias o en un servicio de urgencias de atención primaria donde inicialmente fue atendido. Creemos que se cometen menos errores cuando los profesionales están correctamente formados. Pero también creemos que culpabilizar sistemáticamente a los profesionales que atienden en las fases iniciales de una enfermedad no es una vía correcta ni adecuada. Y les habla una persona que tiene una cicatriz, una paracólica, en el ombligo, intervenido a los tres años, al que su padre llevó en brazos a un centro de salud. Y no fue diagnosticado de apendicitis porque no tenía signos de apendicitis en ese momento. Y cinco días después acabó operado con una paracólica, sin cierre por planos, porque el cirujano le dijo que ese niño se iba a morir. Y se pasó veinte días en una UCI. Ese niño les está hablando en este momento. Aún ahora agradezco al médico de urgencias que me detectó en aquel momento la apendicitis. Todo es muy fácil una vez pasado el episodio. Todo es muy difícil cuando empiezan los cuadros clínicos.

Yo creo que poco más les puedo añadir. Les vuelvo a ratificar nuestro agradecimiento. Estamos a su disposición para toda la documentación que puedan precisar. Creemos, con modestia, que conocemos bien esa documentación. Creemos, también con modestia, que tenemos el respaldo de nuestros colegas europeos e internacionales. Y lo que nos gustaría, básicamente, es que respetáramos la vocación de los urgenciólogos que están por venir, y que esos urgenciólogos puedan relacionarse de tú a tú —yo me jubilaré dentro de poco— con nuestros colegas europeos.

Muchas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias al doctor Connolly y al doctor Vázquez por esta comparecencia y por la defensa, con cierta vehemencia a veces, de la especialidad de urgencias. Desde luego, hay argumentos. Yo tampoco soy ningún experto ni voy a entrar en eso ahora, pero los grupos se han manifestado y creo que el tema está donde tiene que estar; los tiempos para resolver los problemas se les hacen muy largos a los que más lo necesitan y probablemente muy cortos a los que menos lo necesitan. Esperemos que la cosa acabe bien para todos y que el Sistema Nacional de Salud, el sistema público de salud, mejore en esta prestación. Por supuesto, no es el único déficit que hay, por lo que, probablemente, no con eso vamos a arreglar todos los problemas de la sanidad, ya que seguirá habiendo otros.

Fue un placer escucharles y aquí nos tienen, aunque esperemos que no necesiten venir para utilizarnos más como altavoces. En todo caso, aquí nos tienen para lo que necesiten. Muchas gracias.

Hacemos una pausa mientras despedimos a los doctores. *(Pausa)*.

COMPARECENCIA DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA MENOPAUSIA (AEEM), D. PLUVIO JESÚS CORONADO MARTÍN, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR SOBRE ELABORACIÓN DE LA MENOPAUSIA A PARTIR DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y SU IMPACTO PARA LA VIDA DE LAS MUJERES.

— SOLICITUD DE COMPARECENCIA 715/000786. Autor: COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

El señor PRESIDENTE: Continuamos la sesión.

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el doctor Pluvio Coronado.

El señor PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA MENOPAUSIA, AEEM (Coronado Martín): Muchas gracias, presidente.

En primer lugar, quería agradecer a la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado la invitación a comparecer aquí, así como a todas sus señorías por la atención prestada y la oportunidad que nos dan a la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia de poder contarles la menopausia. Seguramente se preguntarán por qué un hombre está hablando de menopausia. Bueno, no me voy a echar flores, pero fui elegido presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia y creía que debía ser yo el que tenía que representar a todas las mujeres, así que perdónenme, intentaré aproximarme todo lo posible. Yo soy ginecólogo, llevo más de treinta años en la profesión, y, aunque no tengo la regla, sé cómo duele, porque percibo ese dolor en las mujeres.

Les presento a la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, que es una asociación sin ánimo de lucro y que está constituida por más de 800 miembros. La mayoría son ginecólogos, pero hay reumatólogos, médicos internos, matronas, matronos, así como un grupo de mujeres que, como cualquiera, también puede participar. Nuestro objetivo, fundamentalmente, es informar a la mujer, informarle con veracidad; y al profesional, formarle, darle herramientas para que se pueda formar en menopausia y en todo lo que corresponde a la menopausia. Y nuestro objetivo, por el que estamos aquí, es buscar y plantear soluciones que estén relacionadas con la menopausia, así como buscar actuaciones por parte de ustedes, de las instituciones, para fomentar y mejorar, sobre todo, la calidad de nuestras mujeres durante la menopausia.

Supongo que hablamos de menopausia, pero la menopausia solamente es un momento en la vida de una mujer. Es la última regla de la mujer. Y tenemos unos periodos: la mujer nace, es infante, se hace adolescente, es adulta, es madura y a partir de los 45 años empieza con trastornos hormonales. Hablo de 45, pero pueden ser más o pueden ser menos. Eso es lo que llamamos la perimenopausia, porque está alrededor de la menopausia. Cuando lleva más de un año con la menopausia, hablamos de la posmenopausia. Entonces, aunque hablemos de menopausia, nos estamos refiriendo al periodo que luego llamamos el climaterio, que es ese periodo de peri y posmenopausia. En general, la menopausia aparece a los 50 años aproximadamente, variable de mujer a mujer. Y cerramos el periodo hasta los 65 años, que se supone que es la senescencia. Y, a todo eso, le llamamos el climaterio. Es simplemente por sentar un poquito la terminología que puede aparecer aquí.

Les doy algunos datos del INE del mes de enero del año pasado: en España hay más de 24 millones de mujeres, y mujeres mayores de 50 años hay casi 12 millones. La mayoría de esas mujeres van a estar

en la pos o en la perimenopausia, y eso equivale, más o menos, a un tercio de la vida de la mujer. Es importante comentarlo en esta Cámara por el impacto que pueda tener a nivel social.

Les comentaré unos puntos de partida que tenemos aquí preparados. Hay que recordar que no hay una menopausia, hay alrededor de 12 millones de menopausias, porque cada mujer la va a vivir de una manera distinta, evidentemente. Y hay que intentar desmitificar el tabú que supone el nombre menopausia, que todavía sigue estando, no mal considerado, pero sí no bien posicionado. Así como intentar que la sociedad, las propias mujeres, los profesionales —hombres y mujeres—, tengan un concepto de la menopausia un poquito mejor, y, sobre todo, dar a los profesionales sanitarios algunas herramientas, por lo que ahora voy a contar un poco lo que la asociación está preparando.

Para saber cómo estaba la mujer en la menopausia, en 2021 hicimos con Sigma Dos una encuesta nacional representativa de toda la población, en la que se entrevistó a casi 2000 mujeres. No les quiero cansar con datos, pero sí les daré algunos que nos parecen importantes. De las mujeres con perimenopausia, es decir, las que están en transición hacia la menopausia, que es la última regla, el 70 % practicaba ejercicio, lo cual nos agradó, pero el 32 % eran fumadoras, el 30 % tenía sobrepeso y el 15,8, obesidad. Cuando pasamos a la posmenopausia, que es otra fase más avanzada, vemos que siguen fumando, vemos que siguen haciendo ejercicio, pero aumenta el porcentaje de mujeres obesas. Y la obesidad también está asociada y es un factor de riesgo que tenemos que tener en cuenta, no solo para la menopausia, sino para las enfermedades. Si analizamos los síntomas de la menopausia —seguro que muchas y muchos de ustedes, hombres y mujeres, los padecerán—, vemos que los sofocos son uno de los signos principales. Pero es que los síntomas de la menopausia evolucionan, y vimos que cuando la mujer empieza con la menopausia, con esos trastornos hormonales y esa falta de regla, el 70 % tienen, como primer síntoma, sofocos. El segundo síntoma era el insomnio. El tercero, irritabilidad. El cuarto, la falta de energía vital y la disminución del deseo sexual. Puedo seguir: Sequedad de piel, tristeza, decaimiento, sequedad vulvar y vaginal, sudoración nocturna, dolor en las relaciones sexuales, etcétera. Se conocen. Pues bien, estamos hablando de que en la perimenopausia el 75 % de las mujeres van a padecer uno o más de estos síntomas. Si nos vamos a la menopausia, es decir, a las mujeres con posmenopausia, los sofocos bajan, pero se siguen manteniendo otros síntomas, como, por ejemplo, la sequedad vaginal, que es el primero de todos —hay un 60 % de mujeres con sequedad vaginal o vulvar—, seguido de sequedad de la piel, falta de deseo sexual, sofocos, insomnio, falta de energía, sudoración... En este caso, casi nueve de cada diez mujeres tienen estos síntomas. Creo que uno entiende, ya sea hombre o mujer, que esto altera el bienestar de la mujer, su calidad de vida a nivel personal, social, político, institucional, laboral, etcétera.

En conclusión, los síntomas de la menopausia van a cambiar a lo largo del tiempo y, aunque nos focalicemos en los sofocos, que suelen ser los síntomas más prevalentes, los que más alteran la vida de la mujer, les recuerdo que los sofocos no desaparecen, sino que se mantienen incluso cinco o seis años. De hecho, tengo aquí una gráfica —este dossier se lo puedo entregar a ustedes, señorías, porque son estudios, en este caso, es americano— donde se refleja que las mujeres afroamericanas tienen hasta 10 años de sofocos; las mujeres hispanas, 8,9 años; mujeres blancas, no hispanas, sino raza caucásica, que sería más o menos la europea, 6,5 años; las japonesas son las que menos tienen: 4,8 años. El 60 % de estas mujeres podrían ser candidatas a un tratamiento de esos sofocos, pero después veremos los tratamientos porque en la encuesta hemos analizado todo esto. Estos son signos agudos de la menopausia, pero hay problemas crónicos. Así, el hipoestrogenismo, que es la hormona femenina por excelencia, se reduce en todo el cuerpo, en especial, en el hueso, lo que aumenta el riesgo de osteoporosis. La osteoporosis no se nota, pero la fractura sí. Un hueso frágil es un hueso que se rompe y, si analizan la mortalidad de las fracturas, verán que se equipara a las del infarto, con alrededor de un 30 %, sobre todo, por fracturas de cadera —el infarto cada vez se trata antes y mejor—. El estrógeno protege a la mujer y, en cuanto ya no lo tiene, la desprotege y lo que está ocurriendo es que se equipara con el hombre en cuanto a riesgo, de manera que la primera causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres, ahora mismo es el infarto cerebral, el ictus y el infarto de miocardio, por tanto, la enfermedad cardiovascular, que podemos reducir.

Por otro lado, en la época de la menopausia, no es que sea la menopausia la que los crea, pero es cuando vienen los tumores. Entre los 50 y 65 años, aparecen la mayor parte de los tumores, cánceres: el de mama, el primero; el de colon, el segundo; el de pulmón, el tercero; y, el cuarto, el de endometrio. Por tanto, en el estudio de la menopausia también tenemos la labor de proteger y prevenir esos cánceres.

Últimamente, hay estudios que hablan de lo que llamamos la niebla mental. Se achaca mucho a la menopausia que aumenta el riesgo de demencia por el hipoestrogenismo. Esto es muy complejo, pero sí hay lo que llamamos la niebla mental; es decir, la mujer, por esa falta de estrógenos, muchas veces tiene pérdida de memoria, se le olvidan las llaves, se despista. No es que vaya a tener demencia, pero sí tiene esa niebla, que también se puede mejorar.

Todo esto es, más o menos, lo que está alrededor de la menopausia. ¿Y cómo afecta la menopausia a la mujer? En España, en 12 millones de veces distintas porque depende de cada mujer, del tipo de menopausia, de cuándo aparece, del tiempo de hipoestrogenismo, de sus síntomas, de dónde vive, de qué nivel de vida tiene, de qué vida familiar y social hace. Pueden entender que o individualizamos cada caso o es imposible meter esto en una caja. Por eso, necesitamos tres cosas: que la mujer entienda lo que tiene, que el profesional sepa manejar la menopausia y que las instituciones apoyen la creación de centros, acreditaciones o algo que haga que la mujer que acude a ese centro esté tratada correctamente, porque esto es bastante más amplio que la simple palabra menopausia. Para llegar a la mujer, hemos tenido una idea y es que, como creemos que la calidad de vida es básica para cualquier ciudadano, hicimos una *app* para que la mujer pueda calcular su calidad de vida. Lo hicimos sobre la base de lo que llamamos la escala Cervantes, que es una escala de calidad de vida diseñada, exclusivamente, para la mujer española con posmenopausia; o sea, está validada, creada y hecha para la mujer española. Aquí les traigo unas fotos donde pueden ver que tiene un código QR. Si alguna de sus señorías quiere —sería muy interesante—, solo tiene que poner, en la parte de *app* de su móvil, «Mi menopausia» y saldrá una *app*, donde pedirá un registro, un consentimiento, unos datos, se desarrollará una escala y, al final, saldrá una especie de flecha, a modo de indicador, que dice: Buena calidad de vida, media, mala, mejorable. Si una mujer tiene mala calidad de vida, por lo menos, es consciente de que la tiene mala y podría ayudarle a pedir ayuda y el médico que la ve puede corroborarlo. El médico, además, en nuestra página web, puede calcular esa calidad de vida a cualquier paciente que le llegue. Por tanto, podemos saber cómo está una mujer en la menopausia y eso nos va a ayudar a la hora de hacer un tratamiento o no, porque no todas las mujeres en menopausia tienen que tratarse. Esta aplicación tiene, además, una idea importante. Como la aplicación es para toda España, todas las mujeres de España pueden entrar y, como les preguntamos dónde viven, dónde están, podemos sacar mapas como este que les muestro. Yo les puedo decir, ahora, con 2000 mujeres que llevamos registradas, que en el norte de España la calidad de vida es ligeramente superior a la del sur. No lo tengo todavía por comunidades porque necesito más muestra, pero si ustedes participan, habrá más muestra y algún día les podré decir si en Castilla y León, en Castilla-la Mancha, Andalucía o, incluso, en cada provincia está mejor o peor. ¿Por qué queremos saber esto? Porque el conocimiento de la mujer en la menopausia nos va a ayudar a focalizar nuestros esfuerzos en esa zona, y creo que es muy útil tener esa información. Pero hay más. Con estas escalas, yo puedo decir: te pongo una terapia y, a los tres meses, si me la vuelves a hacer y mejora, sé si funciona o no funciona. Pero hay más. Puedo decir: si todo funciona, como es nuestra ilusión, al cabo de cinco o diez años, si la mujer va repitiendo las escalas cada cierto tiempo, quizás con algoritmos matemáticos de inteligencia artificial, podré decir: usted, hoy, está así y, si no hace esto, va a estar peor, o no. Esta es nuestra intención.

¿Cómo intentamos mejorar la calidad de vida en la menopausia? Lo de siempre. Las pastillas de la longevidad son dieta y ejercicio, pero hay una parte en la menopausia que necesitamos también, aparte de no tener tóxicos, y es la psicológica: dormir bien, estar ocupada, no tener estrés, mejorar las relaciones interpersonales, regular las emociones, autoconfianza... Necesitamos una parte psicológica que, aunque a nosotros, los médicos, nos han formado en psicología y en psiquiatría, el principal problema —en el que no voy a entrar aquí porque no es el foro— es el tiempo. Cuanto más tiempo tengamos, lógicamente, más atención podemos dar. ¿Qué podemos dar a la mujer? Tenemos tantas terapias como mujeres puede haber, así como combinaciones. Tenemos tratamientos no hormonales, a los que llamamos naturales, aunque el estrógeno natural es natural también. Sobre estos tratamientos no hormonales, conocerán la soja, extractos de polen, sustancias que alteran el sistema nervioso central, por ejemplo, antidepresivos, que son antisofocos; estamos investigando nuevas moléculas —sobre las que tampoco voy a entrar en disquisición, pero sepan que las hay—; tenemos una molécula que se llama ospemifeno, que es para la atrofia vaginal y funciona muy bien, y la reina es la terapia hormonal, local o sistémica, y ahí tenemos el primer escollo. Si analizan cualquier documentación científica que exista, la terapia hormonal es el tratamiento de elección en los sofocos, es lo que más quita los sofocos, y cualquier tipo de guía clínica dirá que es útil el manejo de los síntomas y signos de la menopausia. Les cuento: Previene las fracturas vertebrales y de cadera por osteoporosis. Reduce el deterioro cognitivo. No mejora el alzhéimer en concreto, pero sí la demencia multiinfarto. Mejora el riesgo cardiovascular, por tanto, el infarto y el ictus. Mejora los síntomas urogenitales y la salud sexual, por tanto, mejora la libido, las relaciones interpersonales... Eso es importante porque la pareja también da calidad de vida. Cuando hablo de pareja, hablo del hombre en relaciones heterosexuales porque también debería participar en esto —ahora hablamos un poco más—. Mejora el sueño; el insomnio es uno de los síntomas más frecuentes y, cuando una mujer no duerme, al día siguiente está irritable, está cansada y, efectivamente, no es igual. Mejora el estado de ánimo, mejora la melancolía, se siente una mujer mejor. Controla la glucemia en las diabéticas. Reduce el riesgo de cáncer de colon y otros



cánceres —si quieren, luego hablamos de la mama, que ahí tienen sus problemas—. Tienen menor riesgo de muerte. En el estudio famoso que denostó la terapia hormonal, cuando analizaron a las mujeres entre los 50 y los 60 años, vieron que reducía el riesgo de muerte por cualquier causa en un 30 %. Además, se demuestra que mejora la calidad de vida. Entonces, hay una serie de beneficios que hacen que las principales sociedades mundiales, como la International Menopause Society, la europea, la norteamericana, la española, todas refieren esta siguiente frase: Los beneficios de la terapia hormonal de la menopausia superan los riesgos en mujeres posmenopáusicas asintomáticas —sanas, que no tengan enfermedades— cuando se inicia la terapia hormonal antes de los diez años de haber empezado la menopausia o antes de los 60 años. Ahí es segura, más tarde puede ser peligrosa. Por eso, hay que conocer muy bien el tratamiento. De hecho, la mayor parte de las sociedades recomiendan el tratamiento, que estiman que debería estar entre un 20 % y un 30 % de la mujer en posmenopausia para tener esos beneficios. Yo tengo aquí unos gráficos, con los que tampoco les voy a cansar —si quieren esta presentación, se la puedo dar para que vean los beneficios y los riesgos de la menopausia—, aunque luego los podemos comentar. Aquí hay un estudio que hemos publicado hace muy poquito —también se lo puedo enseñar—, que les resumo muy rápidamente. Si una mujer tiene mala calidad de vida y no le pongo ningún tratamiento, claramente no le mejoro la calidad de vida; si le pongo tratamientos no hormonales, le mejoro ligeramente la calidad de vida; pero este gráfico que hay aquí es el tratamiento hormonal y es el que mejora significativamente la calidad de vida.

¿Cómo están nuestras mujeres en el estudio Sigma Dos? Les preguntamos si tomaban o no tomaban el tratamiento hormonal. Les cuento. De las mujeres en transición, aquellas mujeres que tenían un 70 % de sofocos, un 70 % de insomnio y un 60 % de sudoraciones y malestar, un 1,6 % toman terapia hormonal; y de las que tenían realmente malestar, un 2,8 %. Me paso a la mujer posmenopáusica, que tenían menos sofocos, más sequedad de piel —¿se acuerdan?—, de ellas, un 2,5 % de las mujeres españolas toman terapia hormonal y un 5,3 % tenían sofocos severos. Si analizamos Europa, este 2,5 % se convierte en un 4 % aproximadamente, o sea, tampoco estamos muy boyantes. Pensamos que estamos perdiendo mucha posibilidad de mejorar calidad de vida con beneficio, porque bien puesta, beneficia. Claro, la pregunta es: ¿todas las mujeres pueden tomar tratamiento hormonal? He dicho sanas, es decir, cuando la mujer no tiene patologías, ¿pero si tuviera? Pues nos hemos adelantado y hemos hecho algo de lo que nos sentimos muy orgullosos: somos la primera sociedad en el mundo que ha creado unos criterios para elegir la terapia hormonal en mujeres con patologías. Lo que hacemos es ver si alguien tiene hipertensión, ha tenido un cáncer, tiene una depresión, una enfermedad intestinal, una hepatopatía o cualquier cosa. Esto está probado científicamente, con evidencia científica. La Cochrane tiene uno de los sistemas de búsqueda bibliográfica y revisión sistemática más famosa del mundo y nos ha ayudado a hacer esto. Hemos creado un código con semáforo: verde, puede tomar la terapia hormonal; amarillo, los riesgos superan a los beneficios; rojo, no se debe poner. Con esto, el médico se puede imaginar la situación: viene una mujer, le hacemos la escala, ¿tiene calidad de vida mala?, ¿puede tomar tratamiento hormonal?, ¿está indicado? Veamos si puede. ¿No puede? No puede. ¿Puede? Lo podemos prescribir. Esto que decimos nosotros lo han avalado veintiuna sociedades mundiales. Ahora mismo, esto está publicado en una de las revistas más prestigiosas que tenemos, la número uno en menopausia, y todo el mundo lo conoce. Por tanto, una de las cosas que pretendemos es expandirlo y potenciarlo porque creemos que es para el bien de la mujer.

En este consenso de científicos, hay una parte que nos duele un poco porque se señalan datos como que 1,6 millones de mujeres españolas sufren peor calidad de vida en la menopausia que en las generaciones anteriores porque antes se tomaba tratamiento hormonal y ahora no. Recordemos que esas generaciones anteriores —mi madre, mi abuela— no son como las de la mujer menopáusica del siglo XXI, sino que ha cambiado. No es que sea ni mejor ni peor, sino que evolucionamos. Una mujer en menopausia, ahora mismo, es una mujer que puede estar en lo más alto de su profesión, de su carrera, de su matrimonio, y puede tener una calidad de vida estupenda y, a veces, la estamos perdiendo. ¿Por qué no se toman el tratamiento hormonal? Porque hay miedo. El principal miedo que se tiene es el cáncer. Te dicen: No me pongas estrógenos porque me va a producir cáncer. Ese es un problema que puede haber y para el que necesitamos ayuda para concienciar, pero en la mayor parte de las veces no. Por tanto, controlar todo esto es lo más importante. Cuando una mujer va al médico y tiene sofocos, solo el 16 % de las mujeres va a salir con una prescripción médica, pero de todas a las que hemos prescrito, el 15 % no va a hacer caso, no se lo van a tomar, porque su concepto es: Yo no me quiero tomar nada porque tomar cosas no está bien. Si tiene dolor de cabeza y no se quiere tomar una aspirina, pues tendrá que aguantarse con el dolor de cabeza. Nosotros pensamos que, si tiene mala calidad de vida, la podemos solucionar y hay una recomendación basada en la evidencia, se le podría poner, sea hormonal o no lo sea. Por supuesto, el cáncer de mama es lo más relevante.

Estamos aquí porque les queremos hacer unas peticiones, y estas sí las voy a leer. Intentar poner en marcha todas las iniciativas que sean necesarias en pos de mejorar la calidad de vida de nuestras mujeres que están en la peri y en la posmenopausia, conforme a la mejor evidencia que haya. Actualizar las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud para el abordaje de la menopausia, basándonos en la calidad de vida y en los documentos que hemos elaborado de tratamiento hormonal. Iniciar los trabajos de actualización de la estrategia en salud sexual y reproductiva y otras estrategias en salud del Sistema Nacional de Salud que pudieran estar relacionadas con la menopausia para incluir avances científicos y médicos sobre la menopausia, en coordinación con las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Otra opción sería promover las acciones que sean necesarias de formación —fundamental—, concienciación —básico— y sensibilización de la población general y profesionales sanitarios en pos de la menopausia. Aquí entra también el hombre porque somos conscientes de que, a veces, no percibe bien esto. De hecho, hicimos un estudio para ver qué sabía el hombre de la menopausia de la mujer. Se pueden imaginar: ni idea. Creo que debemos cambiar eso porque si la pareja, en este caso heterosexual, apoya a la mujer, su calidad de vida va a mejorar, eso está claro. Por eso, queremos impulsar un mejor abordaje integral de la menopausia. Integral porque la menopausia no es la última regla, sino que es todo lo que viene alrededor de la mujer: pareja, trabajo, vida familiar, vida social, vida de amigos, vida personal. Y, por supuesto, mejorar los mecanismos de obtención de evidencia científica y de datos sobre la menopausia y afección de la calidad de vida. Nuestra *app* va en pos de eso. Impulsar esa *app*, mejorarla y potenciarla nos va a dar información muy relevante.

Con esto, he hecho un resumen y no quiero extenderme mucho más porque también cansa.

Gracias por la atención. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Ha sido interesante la intervención del doctor Publio Coronado.

Ahora, damos un turno a los portavoces de cinco minutos, por si quieren hacer alguna pregunta o alguna consideración, y luego tendrá usted un breve turno de cierre.

Empezamos, como siempre, por el Grupo Mixto. Senador Marín, tiene la palabra.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Doctor Coronado Martín, gracias por su comparecencia para informarnos sobre la situación de la menopausia en España.

Si no he entendido mal, usted ha dicho que hay unos 12 millones de mujeres que padecen síntomas relacionados con la menopausia, cada una de ellas con una menopausia distinta. Se estima que tan solo cuatro de cada diez mujeres tratan estos síntomas, que, en muchos de los casos, afectan directamente a su calidad de vida, como usted ha indicado. Según la OMS, dentro de unos años, habrá más de 1000 millones de mujeres con más de 50 años, es decir, más de 1000 millones de mujeres inmersas en la etapa de la menopausia. La edad a la que sobreviene la menopausia puede oscilar, por término medio, entre los 45 y los 53 años. No todas las mujeres presentan los mismos síntomas, con la misma intensidad o durante el mismo tiempo. Tampoco las mujeres tienen la misma percepción y conocimiento de las consecuencias de la menopausia: riesgo cardiovascular o de otras enfermedades, calidad de vida, impacto físico, sexualidad o incluso su tratamiento. El 85 % de las mujeres llega a la menopausia de forma natural, mientras que el 15 % restante lo hace quirúrgicamente, como consecuencia de enfermedades ginecológicas. Son muchos los factores físicos, biológicos y medioambientales los que condicionan la aparición de la menopausia: fecha de la primera regla, número de hijos, factores genéticos, historial ginecológico, obesidad, etcétera. En el 47 % de los casos, la menopausia se produce entre los 46 y los 50 años, mientras que en un 32 % entre los 51 y los 55 años, un 6 % tiene una menopausia precoz, es decir, antes de los 40 años, y un 2 % una menopausia tardía, después de los 55, siendo esta más frecuente entre las mujeres obesas.

Hay que tener en cuenta un dato importante, y es que, pese a la existencia de numerosos tratamientos para la sintomatología propia de la menopausia, un alto porcentaje de mujeres, en torno a un 39 %, dice no haber recibido ninguna o muy escasa información a este respecto. Las mujeres que viven en la ciudad y con un alto nivel de estudios tienen preferencia por el tratamiento hormonal sustitutivo, en torno al 32 %, mientras que las de ámbito rural y con menor nivel de estudios se decantan por la fitoterapia, en torno a un 35 % o, en todo caso, hacen lo que les indica su médico. También hay que señalar que no son pocas las mujeres que, una vez instaurada la menopausia, dejan de visitar al ginecólogo y solo consultan al médico de atención primaria. Entre las enfermedades relacionadas con la menopausia está la pérdida de densidad ósea, es decir, la osteoporosis, aunque no se suelen adoptar medidas preventivas. Solo un 28 % realiza

una actividad física moderada, un 43 % asegura que camina más de media hora diaria y un 28 % no realiza ningún tipo de ejercicio físico.

Usted ha mencionado antes la menopausia como un tabú. Creemos que la menopausia no es una enfermedad como tal, sí son enfermedad las consecuencias de su no tratamiento. La menopausia se debe considerar una fase más en la evolución de la mujer. Pasamos de la menarquia, la edad fértil y la menopausia con arreglo al envejecimiento de cada mujer. Cada mujer debe vivir su menopausia con la mejor calidad de vida y considerarlo una fase más de su desarrollo.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Democrático, no hay nadie.

Por el Grupo de Izquierda Confederal, tampoco hay nadie.

Y del Grupo Nacionalista en el Senado tampoco.

Por el Grupo Vasco, tiene la palabra la señora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias.

Agradezco al doctor Coronado su intervención y sus explicaciones. Muchas veces nos quejamos de que cuando se habla de salud falta perspectiva de género; hoy, evidentemente, no es así.

Yo le quería hacer dos preguntas bastante concretas. Una, me parece muy interesante el tema de la *app* que ha comentado y los datos que van recabando pueden darnos conclusiones muy interesantes, pero una de las cosas que ha dicho es que, dependiendo de las zonas geográficas, se tiene una menopausia —me va a permitir la expresión—, más o menos, feliz. Me gustaría saber si han tenido muestra suficiente como para intuir y empezar a estudiar en más profundidad a qué factores pudiera deberse, porque puede ser desde el clima hasta el nivel de industrialización. Quisiera saber si tienen alguna sospecha para empezar a trabajar en ese tema.

Finalmente, le iba a haber preguntado desde el principio qué nos pediría, pero ya nos ha hecho una lista. Pero, antes de hacernos la lista final, ha dicho que usted pensaba que era importante que las mujeres entendiésemos, que los profesionales conociesen y que las instituciones creasen centros. Me gustaría que concretase a qué se estaba refiriendo exactamente.

Ha hablado al final de acciones de formación, concienciación y sensibilización. Entiendo que a lo que se desconoce es imposible buscarle ningún tipo de arreglo o de solución, pero cuando habla de concienciación, ¿se refiere más a los profesionales, a las mujeres o a la sociedad en general? Hablaba, en concreto, de la terapia hormonal sustitutiva, pero ¿esa concienciación era para que todas digamos qué bien, no me importa ponerme hormonas y para que el médico tenga la conciencia de que puede, con toda tranquilidad, ofertarlas a una mujer?

Sin más, le pido que me concrete un poquito esos dos temas.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señora Ahedo.

Por el Grupo Esquerra, tiene la palabra la señora Cortès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente. Gracias al ponente de esta comparecencia.

Es interesante porque las mujeres llegamos o llegamos a la menopausia y todavía hoy es un tema tabú. Hablar de menopausia no es tabú, pero sí es tabú cuando una mujer llega a este momento de su vida natural, coge un abanico y le dicen: No te abaniques, que se darán cuenta de que... Todavía está pasando. Es pura anécdota, pero las mujeres que aquí nos miramos sabemos que todavía está pasando. O te quitas la chaqueta y dices: qué calor estoy teniendo de golpe y porrazo. Esto pasa, a mí me pasa. Personalmente, yo nunca he tenido un tabú en hablar de ello porque pienso que es la manera de hablar de un estado natural de la mujer en un momento determinado de su vida. ¿Pero qué pasa aquí? Que cuando hablas de la menopausia, hablas también de que la mujer ya tiene que estar aparcada porque, entre comillas, hablamos del concepto vieja; una mujer ya es vieja, y supongo que muchas de las mujeres que están aquí decís: Claro, esa mujer es vieja, ya no sirve para esto, para lo otro... ¡Pues no! Porque aquí estamos mujeres menopáusicas, hacemos muchas cosas y podemos continuar normalmente con nuestra vida y, también, con un sufrimiento para el que no nos ayuda el momento. Pero para eso estamos aquí, para ver cómo avanzar en todo esto.

¿Cómo se puede fomentar la formación de las profesionales y los profesionales sanitarios en la atención a la menopausia? Afortunadamente, también ahora tenemos muchas más ginecólogas que no

teníamos antes y son capaces —sin ánimo de ofender— de entender la situación de las mujeres que pasamos por este momento.

También tendríamos que saber cuál es la situación en materia de derechos y recursos de las mujeres con menopausia en España, cómo pueden ser mejorados esos derechos y recursos y qué iniciativas se podrían poner en práctica. Por ejemplo, yo conozco una iniciativa de la Generalitat de Catalunya, que acordó con los sindicatos de la Función Pública, y aquí también entran trabajadoras de los ámbitos sanitario y docente, para que puedan tener durante el mes una flexibilidad de ocho horas en el trabajo, horas que tienen que ser recuperables. A eso se llegó, pero no a más, aunque esas horas no deberían ser recuperables, porque podemos pensar, por ejemplo, que una mujer no ha podido dormir bien esa noche o no ha dormido. Por tanto, en todas estas cosas, ¿qué iniciativas, derechos, recursos o formación de profesionales se podrían mejorar? ¿Cómo se podría hacer?

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Leyte.

La señora LEYTE COELLO: Gracias, presidente.

Gracias, doctor Coronado, por su comparecencia en esta comisión para darnos información sobre una etapa, un periodo biológico en la vida de una mujer que puede empezar a una edad bastante temprana, más de lo que cree mucha gente, porque hay menopausias de 35 o 40 años, y a partir de esa edad, etapa que, aunque sea un periodo natural, ocasiona una serie de síntomas que ya se han dicho aquí, como los sofocos, que son especialmente molestos, pero también una gran labilidad emocional de soledad, de depresión, de creer que en ese periodo, como decía mi compañera de Esquerra, ya no vales, algo que está instaurado en muchas mujeres, con afectación de las relaciones sexuales, osteoporosis, aumento de peso y todo lo que se ha descrito, incluso el síndrome genitourinario, que es muy molesto y motivo de muchas consultas médicas. Estamos hablando de un periodo que están pasando alrededor de 12 millones de mujeres de la población española.

Soy médico de atención primaria, he estado en una consulta durante treinta años y, desde luego, es cierto que hemos evolucionado mucho. Yo soy médico en Cartelle, un pueblo del interior de Galicia, de Orense, y, francamente, cuando yo llegué lo de la menopausia era algo de lo que ni se hablaba siquiera, si acaso, cada uno en su casa. Yo y otras muchas personas de mi promoción que llegamos a ser médicos de la Seguridad Social —no éramos APD— en la zona rural intentamos mejorar eso, en colaboración con el servicio de Ginecología, que nos ayudó bastante. Y le felicito a usted por tener esta asociación y poner en valor todos esos conocimientos para ayudar a las mujeres a sobrellevar mejor este problema. Me he leído sus guías, tanto la dedicada a mujeres, como a los profesionales, al igual que me ha gustado que tengan la posibilidad de hacer preguntas a las mujeres. Y sin duda la *app* de la que nos ha hablado puede suponer una gran ayuda.

El hipoestrogenismo influye, efectivamente, en enfermedades cardiovasculares, en la obesidad, en la osteoporosis... Son problemas que pasan a otra categoría superior de patologías; ya no son solo sofocos o la labilidad emocional, sino que afectan realmente a la salud y a la calidad de vida de las mujeres. Creo que la terapia hormonal es, sin duda, un apoyo muy importante en aquellos casos en que se pueda administrar. Y también creo que, aunque hemos avanzado mucho en todos estos años, sigue habiendo un desconocimiento importante sobre el tema o una falta de prestación de atención, aunque no haya desconocimiento. Por eso soy muy proclive a que exista una mayor formación de los profesionales sanitarios, pero también mucha mayor información a las mujeres. Sin duda, la asociación que usted representa ayuda, pero también creo que debería haber un mayor esfuerzo por parte de todas las comunidades autónomas en los puntos de atención a la mujer. Ya sé que en Galicia y en otros sitios se está haciendo, pero habría que hacerlo con mayor rigor y cotidianamente, con más asiduidad.

Y como conozco más o menos el tema médico, también me gustaría saber si, aparte de la terapia hormonal, usted piensa que pueden ser positivos los suplementos de calcio y vitamina D, si el tomar soja y otros fitoproductos antes de que se produzca el periodo perimenopáusico podría también ayudar, si son importantes o usted considera que están denostados porque hay mucha gente que está gastando el dinero en eso, lo que sería un inconveniente para muchas mujeres, y si sería necesaria esa información.

En mi grupo político, el Partido Popular, nos ponemos a su disposición en lo que podamos ayudar y colaborar. Sin duda, esta comparecencia ha venido muy bien, porque hoy todos hemos aprendido un poco más.

Muchas gracias. (*Varias señorías golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano*).



El señor PRESIDENTE: Gracias, señora Leyte.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Berenguer.

La señora BERENGUER LLORENS: Buenos días, doctor Coronado, muchas gracias por haber comparecido aquí. No me importa en absoluto que sea usted del sexo masculino; si es una persona formada, preocupada y ocupada por los problemas de las mujeres, bienvenido sea.

Creo que uno de los mayores problemas que tenemos en relación con la menopausia es precisamente la desinformación y el desconocimiento de lo que es, que a estas alturas continúa pasando. Además, creo que ha habido un retroceso desde hará unos veinte años precisamente por el miedo que se instauró —probablemente en aquel momento era lo que se pensaba— respecto al tratamiento hormonal, lo que hizo que muchas mujeres desistieran de acudir al médico a informarse, porque como sabían que no podían tomar hormonas porque podían tener un problema de cáncer, pensaban: Para que me den un sustituto o para que me digan que tome soja, evidentemente, no hace falta y seguiré igual. A ese problema es al que creo que tenemos que estar atentos. A partir de los 50 o 55 años la esperanza de vida es muy larga; nos quedan treinta y tantos años de vida, un tercio de nuestra vida está por llegar, y somos mujeres activas: activas en la sociedad, activas profesionalmente, activas en la política, activas en cualquier etapa de la vida; por tanto, por lo menos merecemos vivir en las mejores condiciones. Nadie se muere de un sofoco; no te mueres de un sofoco, pero es verdad que tienes problemas de insomnio, que tienes sequedad vaginal, y eso influye muy negativamente en la vida sexual, y la vida sexual da seguridad a la mujer y al hombre, a su compañero de vida, que tiene que entender la fase por la que está pasando y dar ese soporte. Me ha gustado, pues, que hablara de la formación que se tiene que dar a los hombres, porque, evidentemente, debemos compaginarlo todo y que no se utilice la muletilla de: Bueno, está irritable, estará menopáusica. Que no se le pregunte algo más porque no lo saben. Por tanto, cualquier tratamiento que en este momento sea en beneficio de esa tercera parte de nuestra vida y que redunde en un mejor estado físico y mental, en evitar el deterioro cognitivo, en evitar los problemas de osteoporosis, bienvenido sea. Y me ha gustado lo de la *app*. Nos ha puesto usted deberes. Hemos pedido que viniera y, como digo, nos ha puesto deberes, pero creo que es importantísimo que la gente participe para poder hacer un estudio más avanzado de lo que realmente sucede. Así pues, tiene a nuestro grupo político, como creo que a la mayoría —prácticamente estaremos todos—, en plena disposición con su asociación. Creo que en todo aquello que sea una evidencia científica todos debemos dar conjuntamente un paso adelante, seamos del sexo que seamos, por ese tercio de vida importantísimo que tenemos las mujeres, que es nuestra vida activa y nuestra vida segura.

Muchas gracias. (*Varias señorías golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Berenguer.

Concluimos con el tiempo que el doctor Coronado necesite, porque vamos muy bien de hora.

El señor PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA MENOPAUSIA, AEEM (Coronado Martín): Muy bien. Gracias, presidente, y gracias, señorías, por el interés que demuestran y por estar apoyando estas iniciativas.

Contestaré por orden a todos los que me han ido preguntando.

Con respecto al Grupo Mixto, al señor Marín, le agradezco esas aportaciones, muy acertadas, porque esos porcentajes son más o menos los mismos que los que yo tengo aquí. Coincido con usted en que la menopausia no es una enfermedad. Es una etapa de la vida de la mujer que todas van a pasar y que hay que llevar con la mayor naturalidad posible, pero, efectivamente, tiene unos síntomas o produce una serie de consecuencias en la mujer que la van a alterar. Y para eso estamos aquí todos, los médicos, ellas mismas, y las instituciones públicas y privadas: para apoyar y beneficiar a nuestras mujeres, porque eso redundará en todos, también en el hombre, ya que tener a tu pareja contenta te hace estar a ti también contento.

En cuanto a la senadora del Grupo Vasco, le doy asimismo las gracias por su aportación. En relación con los datos, ahora tenemos registradas a 2000 mujeres, pero que 2000 mujeres sean representativas de 12 millones no puede ser. Necesitamos una muestra más amplia. He preparado esto para sacar algunos datos, aunque tengo unos pocos más, y no puedo hablar todavía de los factores que están asociados, pero los estamos estudiando. Ahora mismo estamos estudiando factores que se asocien a los sofocos, porque la pregunta que nos hacemos es: ¿por qué unas mujeres sí y otras no? ¿Hay algo que podemos ver? Si ustedes quieren entrar en la *app*, verán que se pregunta dónde vives, qué edad tienes, si bebes alcohol, si fumas, tu peso, si tienes pareja, si tienes relaciones sexuales, si tienes alguna enfermedad, si tomas

alguna medicación, cuáles son los síntomas que notas. Bien, vamos a ir mezclando toda esa información, haremos diferentes grupos, y compararemos unas comunidades con otras. Ahora solo puedo decir que las diferencias de calidad de vida en España son solamente de un par de puntos. Probablemente no encuentre unas diferencias estadísticamente significativas, pero sí va a haber pequeñas en algunos grupos, a lo mejor entre las que viven en ciudades y las que viven en medios rurales, porque también lo preguntamos. Como ven, tenemos que seguir ahondando, y para eso necesitamos que la gente rellene la *app*. Por supuesto, en la *app* no se sabe quién es quién. Cuando yo analizo los datos no sé quién es quién, simplemente analizo datos, no a personas. Como en cualquier *app*, ellas tienen un código que está dentro y se puede rellenar la *app* varias veces, pero solo cada tres meses para evitar que la gente juegue con ella, porque, si no, da datos erróneos. Se calcula que a los tres meses puede haber un cambio en la calidad de vida, pero no antes.

De momento no puedo dar muchos más datos. Ojalá tenga otra comparecencia y les pueda mostrar datos que sean interesantes para ustedes también, para intentar mejorar la calidad de vida de las mujeres en la zona donde vivan. Yo soy de Tomelloso, de Ciudad Real, intento mejorar también esa calidad de vida, y una de las acciones que llevamos a cabo son jornadas de puertas abiertas. Llevamos veinte años en Tomelloso haciendo jornadas de puertas abiertas, no solo hablando de menopausia, sino de salud, y la verdad es que son muy bien acogidas. La AEEM también está haciendo jornadas de puertas abiertas, porque uno de los objetivos es hacer que la mujer comprenda lo que tiene para evitar que no conciba bien lo que le está pasando, sino que sepa lo que le pasa y se pueda ayudar a sí misma. Por eso, cuando hablamos de concienciación me refiero fundamentalmente a que si la mujer sabe lo que le pasa y sabe qué es lo que puede mejorar, acudirá a pedir ayuda y no pensará, como usted ha dicho: Como hay que tomar soja, ya la tomo yo, y paso. Puede ir a un profesional que esté bien acreditado, que sepa de la menopausia. Y ahora ahondo en la siguiente pregunta, sobre centros acreditados. Bien, hace veinte años había unidades de menopausia, que desaparecieron. Nuestra intención es retomarlas como unidades que deben estar, primero, en la atención primaria, porque es la que recibe a la mujer; y cuando haya complejidad prestaremos atención especializada, aunque esas unidades son también especialistas, ¡jojo! Un médico de atención primaria es un médico especialista. Pero vamos a hablar de atención primaria y hospitalaria, para que la mujer vaya a los médicos que conocen el problema y no simplemente le digan: Anda, esto es cosa de pocos días, esto es lo natural; tan natural, que ni te trato. Para evitar ese error, debe haber concienciación del profesional, pero también concienciación de las instituciones, porque si los hospitales, si los sistemas de sanidad no están focalizados en eso, no van a apoyar esas unidades, no van a apoyar que los médicos se formen en ello. Es más, nuestros residentes no tienen una formación específica en menopausia. Yo soy del Hospital Clínico San Carlos y profesor de la Universidad Complutense, y en la universidad enseñamos una clase de menopausia. Se acabó. Los residentes no tienen unidades de menopausia, se encuentran con la mujer menopáusica. Pero si nosotros preguntáramos a una mujer si tiene problemas en las relaciones sexuales, casi todas empezaban a hablar, porque les cuesta mucho comentar su vida íntima, lógicamente; quizás más a un hombre, y eso también lo entiendo. No hablan, pero si les preguntamos y empezamos a tirar, la mujer empieza a expresarse rápidamente porque toma conciencia, y cuando la mujer la toma va a decir: Tengo problemas en mis relaciones sexuales. La siguiente fase es que el hombre también los tiene y que tampoco lo dice. Yo tengo muchos casos en que los dos son pacientes y puedo curar a los dos, puedo mejorar la calidad de vida de la pareja entera.

En cuanto a la relación con la terapia hormonal, el problema es que hay mitos creados que son difíciles de eliminar. Por ejemplo, el cáncer de mama es fundamental. Tampoco quería hablar de muchos gráficos, pero hay un estudio que se hizo en Estados Unidos que fue el que destruyó el tratamiento hormonal porque decía que aumentaban los infartos y también el riesgo de cáncer de mama. Ese estudio se hizo con mujeres americanas, con un porcentaje de obesas que se pueden imaginar: mayor del 60 % —en España estamos hablando de un 30 % de sobrepeso, no de obesas—, con una edad media de 63 años —nosotros en Europa no ponemos eso— y con tratamientos y las dosis que ya no se usan. En ese estudio, si analizan el cáncer de mama, se ve que la mujer que toma tratamiento hormonal combinado de estrógeno y progesterona tiene más cáncer de mama. Pero la mujer que toma estrógenos solos, porque no tiene útero y no hace falta ponerle un tratamiento hormonal, no es que tenga menos, es que además le protege del cáncer de mama. Eso no ha salido en ningún periódico porque no vende, pero nos indica: ¡jojo! A lo mejor el estrógeno no tiene tanta culpa, a lo mejor dar un tratamiento hormonal de tres, cuatro o cinco años no va a crear un cáncer de mama; y, por supuesto, a las de 60 puede ser, pero a las de 50, no. Entonces es cuando empezamos a cambiar los conceptos. Además, ahora se están creando tratamientos hormonales naturales —estrógeno natural, progesterona natural, la misma

del ovario de la mujer— con los que se está viendo que no hay ese aumento de riesgo. Si concienciamos a los médicos de que puede ser posible tratar a la mujer, lógicamente ellos se van a abrir y le van a dar esa posibilidad. Lo siguiente es que la mujer se convenza de que lo puede tomar. Yo tengo muchas mujeres a las que les pongo un tratamiento local estrogénico, que se ha demostrado que incluso en cáncer de mama se puede poner porque la absorción es cero, pero como indica: hormonas, y las instituciones sanitarias nos obligan a poner un prospecto, ahí viene un problema importante.

Y no quería meterme mucho en otro problema, pero creo que hay que decirlo. No sé si sus señorías han oído que existen unos tratamientos para la menopausia inyectados, que se meten bajo la piel. Se llaman *pellets* y se están vendiendo como tratamientos antienvjecimiento. Se están haciendo combinaciones de hormonas que nadie conoce qué tienen: llevan hormonas femeninas, masculinas, e incluso hormonas tiroideas. No tienen prospecto, pero se venden como naturales. Si yo le pongo a una mujer una inyección de andrógenos, la dejo estupenda, pero ¿a qué precio? No sabe el precio, la mujer no es consciente de eso. No sé quién regula esto, pero se están vendiendo en España y valen mucho dinero. Quería que sus señorías lo supieran, porque uno de los apoyos es que se favorezcan las hormonas reguladas y que se bloqueen las hormonas no reguladas que están circulando, que vienen de México, de Brasil... No quería entrar demasiado en esto, pero lo digo para que ustedes lo sepan.

Con respecto a la portavoz del Grupo Esquerra, efectiva y desgraciadamente, todavía se oye decir: vieja, menopáusica. Y eso es lo que queremos eliminar. La mujer en menopausia tiene unas ventajas sobre la mujer que no la tiene: primero, puede tener relaciones sexuales sin problemas; y, segundo, si tiene hijos, a lo mejor estos ya están orientados y no tiene que preocuparse de ellos. Puede vivir una vida plena si, además, como ustedes, señorías, está en el top de la carrera. Con 50 o 55 años están en su punto máximo, tienen que disfrutar de ello. ¿Qué es eso de vieja? Hoy, en el siglo XXI, eso no es ser vieja. Yo tengo 55, o sea, que me meto en el grupo, aunque sea hombre.

Como digo, la formación de profesionales es fundamental. Una mujer necesita que el profesional conozca todo esto, que no considere tan natural la menopausia; es natural, lógicamente, pero que sepa que la puede ayudar sería interesante. ¿Qué iniciativas se podrían llevar a cabo? Nosotros podemos hacer sugerencias, pero las iniciativas salen del Gobierno. Nosotros estamos abiertos a todo lo que pueda mejorar la calidad, sin alterar la vida de otros. Recuerden que una mujer con sofocos se destapa y destapa al marido o a la pareja; entonces, por tener una cosa no voy a quitar otra. Yo creo que hay que unificar, y en consenso se pueden buscar muchas soluciones para ayudar a la mujer y de acuerdo con todo el mundo. En cuanto a la flexibilidad en el trabajo, flexibilidad en la vida, nosotros estamos encantados de que se pueda conseguir.

En relación con mi colega la doctora Leyte, del Grupo Popular, efectivamente, para nosotros la atención primaria es una herramienta básica, por lo que hay que potenciar fundamentalmente la primaria ya que es la puerta de entrada. Además, en la cartera de servicios aparece la prevención de la menopausia. Por tanto, un médico de atención primaria comprometido es fabuloso. Es la manera mejor de prevenir. Entiendo que como médico de atención primaria tienes que prevenir el infarto, la osteoporosis, la menopausia, la diabetes, el Alzheimer, la hipertensión, la obesidad... Es decir, es una carga importante. Por eso, aliviar la carga de primaria hará que la mujer pueda entrar más fácilmente e ir a los centros de especialidades. Hay que romper una lanza a favor de la primaria.

Me preguntaba también si es positivo tomar calcio y vitamina D. Sí o sí. Se ha visto que la vitamina D es antitumoral, mejora el sistema inmunitario y tiene receptores en todo el cuerpo. Perdón, no es una vitamina, es una hormona. Pero aquí no pasa nada. La vitamina D no es una vitamina, es una hormona, por tanto, no da miedo, como tampoco da miedo la insulina y la tiroxina; sin embargo, los estrógenos, sí. Es otro mito que hay que eliminar. En cuanto a tomar soja para prevenir los efectos de la menopausia, no se ha demostrado que merezca la pena. Las circunstancias de las japonesas y las chinas es que están inmersas en soja (*Risas*) porque la toman desde el embarazo de su madre. Están empapadas por su cultura. Recuerden también que la obesidad aumenta el riesgo de sofocos y que en general los asiáticos son más delegados. Entonces, también eso puede influir.

Le agradezco su disposición a ayudarnos, al igual que al Grupo Socialista, que una de las cosas a las que se ha referido, y para mí importante, es la desinformación. Estamos aquí para informar de forma veraz, para que la mujer pueda entrar en nuestra página web, pueda informarse, pueda preguntar, para que no vaya a páginas donde le van a malinformar. La información buena de todos los profesionales, incluidos los políticos, es fundamental para que en la menopausia la calidad de vida de nuestras mujeres vaya hacia adelante.

Muchas gracias. No tengo mucho más que decir. Encantado. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doctor Coronado.

Ha sido un placer escucharle. Desde luego, se nota que es usted profesor en la universidad. Ojalá fueran todos como usted, con la capacidad didáctica que tiene. A mí se me ha pasado el tiempo rapidísimo. Nos tiene a su disposición. En el futuro veremos cómo evoluciona todo esto y estaremos en contacto. Por cierto, tomamos nota —ahora lo hablaremos—, porque la responsabilidad de autorizar es de la Dirección General de la Agencia Española de Medicamentos; pero lo que circula ilegal, circula ilegal, y eso hay que detectarlo. Ahora tomaré nota, y se lo pasaremos al ministerio.

Hacemos un descanso hasta las dieciséis horas.

*Se suspende la sesión a las trece horas y cincuenta y siete minutos.*

*Se reanuda la sesión a las dieciséis horas.*

El señor PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. Buenas tardes, señorías.

COMPARECENCIA DE LA PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL LA NOGUERA, DE BALAGUER (LLEIDA), VOCAL DE LA COORDINADORA SALUT MENTAL TERRES DE LLEIDA, COMISARIA DEL PROYECTO CREATIVIDAD Y SALUD MENTAL, VOCAL DE LA JUNTA DE LA FEDERACIÓN SALUD MENTAL CATALUÑA, MIEMBRO DE LA RED ESTATAL DE MUJERES DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA Y VICEPRESIDENTA DE OBERTAMENT, D.<sup>a</sup> MERCÈ TORRENTALLÉ ROCASPANA, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR SOBRE LA SALUD MENTAL EN GENERAL, EN EL ENTORNO RURAL Y EN LAS MUJERES, SOBRE EL ESTADO ACTUAL DEL TELÉFONO 024 DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, INFANTIL Y JUVENIL, Y SOBRE LAS POLÍTICAS INTERDEPARTAMENTALES, ASÍ COMO PARA PROYECTAR UN VÍDEO DEL DOCUMENTAL MOMO.

— SOLICITUD DE COMPARECENCIA 715/000755. Autor: GONZÁLEZ DIOS, LORENA (GPS)

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Como siempre, intervendrá la compareciente, y luego habrá un turno de cinco minutos, aproximadamente, para los portavoces.

Tiene usted la palabra, doña Mercè.

La señora PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL LA NOGUERA, DE BALAGUER, LLEIDA, VOCAL DE LA COORDINADORA SALUT MENTAL TERRES DE LLEIDA, COMISARIA DEL PROYECTO CREATIVIDAD Y SALUD MENTAL, VOCAL DE LA JUNTA DE LA FEDERACIÓN SALUD MENTAL CATALUÑA, MIEMBRO DE LA RED ESTATAL DE MUJERES DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA Y VICEPRESIDENTA DE OBERTAMENT (Torrentallé Rocaspana): Buenas tardes.

En primer lugar, quiero darles las gracias por su predisposición a escuchar la voz de una persona afectada por trastorno mental, familiar y activista. Vengo con la predisposición de establecer un diálogo constructivo, e intentaré presentarme para que puedan hacer las preguntas con más propiedad.

Soy Mercè Torrentallé Rocaspana, de 63 años de edad, viuda, madre de dos hijos y una hija. Me gusta caminar por la playa y el bosque. Escribo, escucho música y, entre muchas otras cosas, tengo un trastorno de salud mental severo.

En el año 1999 —entonces tenía 40 años— pasé por unos momentos difíciles en mi vida: mucho estrés, muchas dificultades en el trabajo —soy técnica de prevención de riesgos laborales—. Tenía tres hijos en edad adolescente y antecedentes de problemas de salud mental tanto en el entorno paterno como en el materno, y empecé a tener miedo de que mis hijos cayeran en el mundo de las drogas. Y del miedo pasé a la obsesión. Ellos no cayeron en ese mundo complicado, pero yo tuve un brote psicótico en plena calle en un pueblo de 2500 habitantes, con el estigma y la discriminación que eso representa. Me ingresaron en el Hospital Universitario de Santa María, de Lleida, donde durante el ingreso me hicieron contenciones tanto químicas como físicas y se me diagnosticó esquizofrenia paranoide. Cuando salí del hospital estuve largas temporadas con depresiones profundas, sin querer comunicarme con nadie. Tuve suerte con las compañías y el apoyo de gran parte de la familia, pero hubo un acontecimiento que cambió mi vida. Un día mi hija vino del colegio, y estaba muy discriminada porque le decían que sus palabras no tenían criterio ya



que era la hija de la loca del pueblo. Eso, en lugar de hundirme, me hizo reaccionar, y empecé a escribir mi primer libro: *Esquizofrenia, locura o realidad*. Gracias a él descubrí el mundo de las asociaciones, que me ayudó mucho a superar ese momento. Pero no me considero una enfermedad con patas; soy una persona con mis capacidades y debilidades, como todo el mundo, y dedico mi tiempo y mi lucha a mejorar la salud mental de las personas. Soy, en definitiva, una activista desde hace veintitrés años y, como tal, he podido comprobar la evolución que ha tenido el trato de la salud mental. Y les doy las gracias porque ha mejorado mucho en este tiempo.

Según la OMS, la salud es el bienestar físico, psíquico y social. Las personas con problemas mentales acostumbramos a tener dificultades en los tres ámbitos. Físico: dolencias somáticas, agravadas por los efectos secundarios de los medicamentos; muchas veces no están testados con perspectiva de género, y eso afecta a los ciclos vitales de la mujer. Psíquico: las sustancias químicas del cerebro pueden alterarse y afectar a nuestra manera de pensar y actuar. Y social: el estrés y los duelos de la vida nos afectan mucho emocionalmente. Hay tres factores muy importantes a tener en cuenta en estos procesos que quizás por sí solos no sean detonantes activos, pero que si los mezclamos pueden ser muy invalidantes: la herencia genética, la manera de ser de las personas y el factor medioambiental o el estrés. Pondré un ejemplo. Imagínense la instalación eléctrica de su hogar, en la que en un momento determinado enchufan un montón de electrodomésticos; puede haber un cortocircuito y estropearse. En nuestro cerebro pasa más o menos lo mismo. Según nuestra herencia genética, seremos más o menos resistentes, según nuestra manera de ser, tendremos unas habilidades u otras, pero si las sometemos a un estrés, en muchas ocasiones puede que enfermemos. Pero quedarse sin luz momentáneamente no significa quedarse a oscuras para siempre. Para ello tenemos los tratamientos y las terapias, y con ese apoyo muchos de nosotros podemos tener una vida bastante normalizada.

Somos equilibristas, caminamos sobre un fino cable de acero y cualquier cambio de viento nos puede desequilibrar, pero si tenemos bajo nuestros pies una red de apoyo, esta nos puede ayudar a recuperarnos. Y desde el mundo asociativo estamos haciendo eso: estamos trabajando para tener esa red de apoyo y queremos la interrelación de todos los departamentos porque creemos en las políticas interdepartamentales. Todos los factores medioambientales también nos afectan. A veces, cuando hablamos de salud mental solo nos centramos en la sanidad, que es muy importante y que tenemos que mejorar, pero también debemos tener en cuenta todas las políticas interdepartamentales.

En los años sesenta se empezaron a desinstitucionalizar lo que entonces se llamaban manicomios. Se intentaba que las personas estuvieran en sus hogares, pero no se preparó a la sociedad ni a los profesionales que tenían que tratarlas a partir de ese momento ni a sus familias. Entonces surgió el mundo asociativo. Las asociaciones estamos organizadas en asociaciones de familiares, mixtas o de primera persona. Después nacieron las federaciones, que agrupaban a varias asociaciones de ámbito más regional. Y en el año 1983 surgió Confederación Salud Mental España. Todas trabajan para el bienestar de las personas en salud mental y sus familias con la idea de comunidad, teniendo en cuenta las necesidades territoriales, y son ejes de proximidad, contando con los tres pilares: personas afectadas, familiares y profesionales. Y también haciendo incidencia política. Somos entidades sin ánimo de lucro. La confederación y las asociaciones han ido creciendo con el tiempo, y la confederación tiene más de 7000 socios repartidos por todo el territorio. Somos conocedores de primera mano de las problemáticas en salud mental y nos consideramos útiles y necesarios para la implantación de políticas en salud mental.

Durante muchos años se ha legislado sobre nosotros sin contar con nuestra voz, y creemos que esta también es importante. Hemos detectado algunas necesidades asimismo importantes, y les plantearé algunas iniciativas por las que estamos luchando para tener una mejor salud mental en la sociedad.

Entendemos que el estigma es una de las causas principales, porque muchos de nosotros sufrimos más por el estigma y el autoestigma que por la misma enfermedad. Por eso es muy importante una educación emocional, es muy importante luchar contra el estigma y la discriminación en todas las áreas. El estigma provoca en muchas ocasiones aislamiento y soledad, con las consecuencias negativas que ello conlleva. La juventud, sobre todo, muchas veces se refugia en conductas negativas, lo que es muy problemático porque cada vez hay más casos de anorexia, bulimia, trastornos de la personalidad, adicción a los juegos, a las compras compulsivas... Y en muchas ocasiones es el refugio por no querer asumir la propia enfermedad o por tener miedo a contarlo y pedir ayuda en su momento.

En el año 2016 en Cataluña se realizó un estudio sobre el estigma. Un 80 % de las personas con problemas mentales se habían sentido discriminadas en alguna ocasión y más del 55 % de ellas, en bastantes o muchas ocasiones. Por todos estos motivos nació en Cataluña la alianza contra el estigma, Obertament, que desde el año 2012 ha intervenido con miles de estudiantes y profesionales de la comunicación, de la sanidad y de recursos humanos para romper esos prejuicios. Y actualmente nos sentimos orgullosos,

porque hemos contribuido durante estos diez años a la disminución de la percepción contra el estigma. En el año 2021 la población de Cataluña decía en un 81 % que estaba dispuesta a interrelacionarse con personas con problemas de salud mental, frente a un 71 % del año 2012.

Otro de los aspectos que más nos preocupa es la desesperanza. Luchar contra la desesperanza es algo que tenemos que hacer por nosotros y para las generaciones venideras. Tanto los jóvenes como el colectivo de mujeres, principalmente, tienen muchos problemas en este aspecto. No ver un futuro alentador afecta a nuestra salud mental. Damos vueltas y más vueltas a nuestra cabeza y nos volvemos frágiles; y no sabemos muchas veces dónde acudir para resolver los problemas porque se entremezclan los problemas sociales, laborales, económicos y el estigma.

En España actualmente también se practican contenciones, tanto físicas como químicas. No hay registros, pero en las asociaciones nos consta que también muchos jóvenes y adolescentes están sufriendo este tipo de contenciones sin el apoyo y la compañía de sus padres.

Tenemos patologías duales, no solo enfermedad mental con alcoholismo y drogas, sino también con las redes sociales, que han aumentado mucho, y eso produce asimismo mucho aislamiento. Y tenemos una falta importantísima de profesionales en la sanidad. Debemos tener en cuenta que en España la ratio de psicólogos clínicos es de 5 por cada 100 000 habitantes, cuando en la Unión Europea está en 12 profesionales por 100 000 habitantes. Es verdad que hemos aumentado la ratio con 205 plazas, pero no es suficiente. Y lo mismo ocurre con los profesionales de psiquiatría y enfermería. Según la OMS, en el año 2030 la salud mental será la causa de mayor discapacidad en el mundo. Si hoy en día no damos abasto, ¿qué hacer para prepararnos ante la futura realidad?

Venimos de un modelo bioquímico, donde el tratamiento farmacológico era lo fundamental, y muchas veces nos daban sobremedicación para paliar los síntomas, pero en realidad no se trataban los problemas relacionados con el mundo social, que también afectan a la salud mental. Y a veces estamos haciendo políticas de puertas giratorias: vamos al hospital, nos dan el alta, pero no hemos atajado el problema de base y volvemos al hospital. Esto es muy preocupante, porque si no resolvemos los problemas de vivienda, trabajo y alimentación, las necesidades básicas de la vida, se produce una desesperanza vital. Prueba de ello es el gran aumento de autolesiones y suicidios consumados. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en España, durante 2021, han fallecido por suicidio 4003 personas, lo que significa 11 personas cada día, de las que 3 de cada 4 era hombres. Y ello sin contar con los intentos no consumados.

¿Qué estamos haciendo? Se está desarrollando la Estrategia de salud mental, concretamente, con la aprobación del Plan de acción de salud mental 2022-2024, impulsado por el presidente del Gobierno y financiado con 100 millones de euros a cargo de los presupuestos del Estado. Si lo dividimos por la población española, representa 2 euros al año por habitante. Creo que es una cifra muy insuficiente para incluir políticas que estén dirigidas a los jóvenes y adolescentes y a la atención de la prevención de la conducta suicida.

Una de las primeras acciones ha sido la línea de atención a la prevención de la conducta suicida, el teléfono 024, que se puso en marcha el 10 de mayo de 2022 y que ya ha atendido más de 80 000 llamadas con actuaciones básicas, contención emocional, escucha activa, recomendaciones y derivaciones. Una segunda fase se realizará durante este año, 2023, con la participación de las comunidades autónomas y su seguimiento. En definitiva, es una línea telefónica gratuita, confidencial y pública de prevención del suicidio. Actualmente está gestionada por la Cruz Roja. Se trata de una línea telefónica las veinticuatro horas del día y los trescientos sesenta y cinco días del año para personas afectadas y sus familias. A fecha de 31 de diciembre de 2022 se han recibido 79 972 llamadas telefónicas, de las cuales 2987 se han derivado al 112. Asimismo, se han tratado 2129 suicidios en curso o con riesgo inminente.

La Confederación Salud Mental España participa en el Comité de prevención de la conducta suicida, al que se traslada la información y las propuestas para el correcto funcionamiento. En el mundo asociativo también acompañamos en este proceso porque creemos en una sanidad pública, universal, gratuita y de calidad, y sabemos que muchas veces la faena de los políticos no se valora bastante, pero creemos que también políticas de este estilo salvan vidas. Gracias por ayudarnos a salvar vidas. Os pido también que procuremos continuar haciendo este trabajo.

En cuanto a salud mental y mujer, el 75 % de las mujeres con trastorno mental confiesan haber sufrido algún tipo de abuso a lo largo de su vida y dentro de su entorno más próximo. Ser mujer y tener un diagnóstico de salud mental es motivo de una doble o triple discriminación tanto en el ámbito social como en el ámbito laboral, educativo, sanidad, justicia, etcétera. Ni la propia Administración cumple con la ratio que marca la ley de que 1 de cada 50 lugares de trabajo han de estar reservados para personas con discapacidad, y estos parámetros se cumplen mucho menos en el colectivo de mujeres con trastorno mental. Si por suerte consigues trabajo, en muchas ocasiones está muy por debajo de tus capacidades,

con empleos precarios. Así difícilmente podremos cubrir nuestras necesidades básicas y las de nuestras familias.

Si vives en el entorno rural, los servicios de apoyo son escasos. Por ejemplo, en mi comarca actualmente solo tenemos un psiquiatra y no está a jornada completa, sino que está en la capital y atiende a una población de 48 000 habitantes. Además, el transporte público es muy precario. Eso implica que si tienes un ingreso en urgencias, las visitas consecutivas tengan, a veces, una lista de espera de seis meses.

Por estos motivos, y por la condición de muchas mujeres que tendríamos que ser cuidadas, pero nos convertimos en cuidadoras —el rol que, por defecto, nos otorgan socialmente—, es muy difícil que en las primeras etapas del sufrimiento emocional acudamos a pedir ayuda, y cuando lo hacemos es porque ya estamos sobrecargadas. El acompañamiento en cada ciclo vital es muy importante, especialmente con perspectiva de género, desde jóvenes a la edad madura, pasando también por la sexualidad y la reproducción. Los medicamentos psicóticos generalmente no están testados con perspectiva de género. Eso implica unas alteraciones no estudiadas en los ciclos de la mujer; alteraciones menstruales, menopausias anticipadas, dificultades reproductivas, depresiones, también depresiones posparto. La salud perinatal está muy por debajo de las necesidades actuales.

En cuanto a la justicia, en muchas ocasiones no se trata a las personas de la misma forma si eres hombre o mujer o con sexualidad específica. Ante casos como los de custodia de los hijos, separaciones o herencias, hay muchas vulneraciones de derechos que tienen que ver con el atisbo de la perspectiva de género.

¿Qué estamos haciendo? En el año 2017, la Confederación Salud Mental España convocó a 24 mujeres de distintas comunidades autónomas para crear la Red estatal de mujeres con el propósito de formar, apoyar y liderar iniciativas con perspectiva de género en salud mental por todas las comunidades. Estas iniciativas se están replicando ya en comunidades autónomas como Cataluña y Extremadura, y cada día más federaciones quieren apuntarse a este proyecto. En el caso de Cataluña, se empezó en el año 2021 con 7 mujeres; actualmente somos 250. Y uno de los proyectos estrella más considerados en este aspecto son los grupos de formación y grupos de ayuda mutua, GAM, también con perspectiva de género, y algunos de lucha contra la violencia de género. ¿Qué hemos conseguido con los grupos de ayuda mutua? Que mujeres de todas las partes de España se puedan interrelacionar y cambiar así su perspectiva sobre cómo ver la salud mental. Otros proyectos como el JULIA, en Castilla-León —que significa juntas, unidas, libres, independientes y activas—, están dando muchos frutos. En Asturias está la red GENERA, que agrupa a trece federaciones que están liderando el mundo del trabajo en el ámbito de la mujer.

Así podríamos enumerar infinidad de proyectos en los que, en muchas ocasiones, colaboramos codo con codo con las administraciones a todos los niveles y también con el ámbito privado, pero no es suficiente. Necesitamos más apoyos, necesitamos más recursos.

Juventud. Según los estudios de la OMS, 1 de cada 4 personas sufrirá a lo largo de su vida un problema de salud mental. Estas estadísticas son de antes de la pandemia; tras la pandemia, estas estadísticas son todavía más preocupantes. Pero todos, absolutamente todos, conocemos a más de cuatro personas. Por lo tanto, o lo sufrimos nosotros, o lo sufre alguien de nuestro entorno más cercano, y el colectivo más preocupante es el infantojuvenil. En ocasiones es debido, y empeorado, a problemas sociales y la falta de educación emocional, de redes de apoyo que, debido a su corta edad, no han tenido ocasión de tejer. La falta de formación en la gestión de las emociones, el aislamiento debido a la pandemia y los conflictos sociales y medioambientales han creado un clima de inseguridad y falta de perspectivas para un futuro digno. Y una de las consecuencias de esta realidad es que cada vez con más frecuencia son más jóvenes y de menor edad los casos en la edad infantojuvenil, es decir, en jóvenes y adolescentes.

Casos de trastornos alimentarios; *bullying*; trastornos de conducta; adicciones no solo al alcohol o a las drogas, sino ludopatías, a las redes sociales o compras compulsivas; conflictos familiares y generacionales; familias desestructuradas o superocupadas en poder cubrir las necesidades básicas; los maltratos; el alcoholismo fetal; la falta de valores éticos, etcétera, son todo factores que inciden en la salud mental de nuestros jóvenes. La prevención precoz, la detección y correcto acompañamiento y la lucha contra la desesperanza son factores que pueden ayudar a nuestra juventud. Tenemos que educar para tener una buena calidad de vida, con respeto, empatía, asertividad, y promover los hábitos de vida saludables. Hay que fomentar amistad y ocio inclusivo, desechar lo tóxico y tratar de una forma más personalizada la salud mental para ayudar a gestionar ese dolor emocional y buscar perspectivas de futuro. ¿Qué estamos haciendo? Proyectos entre familias, equipos guía, ocio inclusivo, acompañamiento entre iguales, apoyo entre pares, porque también las familias y los cuidadores tienen que cuidarse.

Afrontar los trastornos de salud mental, las patologías duales y de alta complejidad no es nada fácil, pero tenemos que luchar por las generaciones que ya están aquí y las que vengan. Esto es prioritario

si queremos tener un mundo más justo y digno. En el colectivo de personas y asociaciones de salud mental, creemos en la sanidad pública, gratuita, universal, comunitaria y de calidad, pero con ello no es suficiente para abordar un problema tan concreto. Tenemos que aunar esfuerzos, crear redes y políticas interdepartamentales de ámbito comunitario en todos los aspectos, porque la comunidad somos todos; conocernos mejor; colaborar con todos los agentes implicados, también personas afectadas y sus familias y entornos, y con perspectiva de género. Estamos dispuestos a colaborar y nos ponemos a su disposición desde la detección de las necesidades hasta cubrirlas del todo.

Para terminar, les pongo un ejemplo de colaboración con el Departamento de Cultura para la prevención de los problemas de salud mental. Son iniciativas que creo que pueden ayudar. Es parte del proyecto Creatividad y salud mental, que supone la colaboración a través del arte y la cultura para la mejora de la salud mental. Lo que hacemos es proyectar este corto y luego, en el mismo espacio, se hace un debate sobre salud mental. Se produce una interrelación con la sociedad que también creo que es importante en la prevención y la mejora de la salud mental. *(Se proyecta un vídeo).* *(Aplausos).*

Quería pasarles una diapositiva con los enlaces, por si tienen alguna consulta.

El señor PRESIDENTE: Es mejor que nos lo mande después por correo. Gracias.  
Pasamos al turno de portavoces. Señor Marín.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Doña Mercè Torrentallé, bienvenida. Gracias por su comparecencia para hablar sobre salud mental, un grave problema que nos afecta a todos de una u otra manera.

Algunos datos. Uno de los principales problemas de salud mental en España es la precariedad de recursos dentro del ámbito sociosanitario público que ahora, con la pandemia del COVID-19, se ha hecho más visible que nunca. En España, a mediados de 2020 había poco más de 2 millones de personas con un cuadro depresivo, el 5,25 % de la población mayor de quince años de todo el país, según la Encuesta europea de salud. De todas ellas, 230 000 personas sufrían una depresión grave. Por otro lado, un informe de Naciones Unidas publicado en mayo de 2020 sobre políticas de salud mental indicaba que la pandemia de COVID-19 había puesto de manifiesto la necesidad de aumentar urgentemente la inversión en servicios de salud mental si el mundo no se quería arriesgar a que se produjera un aumento drástico de los problemas psíquicos. Por otra parte, España, junto con Portugal, es uno de los países de la OCDE donde más ansiolíticos y antidepresivos se consumen. Según el Consejo General de Psicología, España tiene 4 veces menos profesionales de la psicología en sanidad pública que la media europea, 6 por cada 100 000 habitantes, frente a los 18 por 100 000 en Europa. Esto debe ir acompañado por la ratio psiquiatra-habitante. Igualmente, en atención primaria —puerta de entrada a la atención en salud mental— hay una falta tanto de profesionales como de formación específica en salud mental, que no está permitiendo detectar de manera temprana los trastornos mentales y derivar a los recursos comunitarios existentes. En España hay 9,6 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, muy por detrás de países como Polonia, Finlandia y Bélgica, con 24, 23 y 20 especialistas por cada 100 000 habitantes respectivamente.

España solamente dedica el 5 % del gasto total en sanidad a salud mental y solo hay 2 600 psicólogos clínicos en la sanidad pública; cifras irrisorias para atender a una población donde se prevé un incremento de trastornos mentales en torno a un 15 o 20 % tras la llegada de la COVID-19. En 2009, un informe del Senado ya puso de manifiesto que había 4,3 psicólogos en el Sistema Nacional de Salud por cada 100 000 habitantes. Desde entonces, el número de profesionales y la ratio no ha variado significativamente a lo largo de una década y sigue alejado de la del resto de Europa.

Tengo que comunicarle que en Vox apoyamos y apoyaremos siempre cualquier iniciativa que mejore la salud mental. En concreto, yo mismo, el 9 de abril de 2021, registré una moción en la Comisión de Sanidad para debatir los graves problemas que afectaban a la salud mental. Esa misma moción, registrada en abril de 2021, se debatió en comisión un año después, en concreto, el 21 de abril de 2022. En dicha moción presentábamos diez iniciativas. Se nos tachó de populistas y todas fueron rechazadas.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.  
Tiene la palabra el senador Sánchez López.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: Muchas gracias, presidente.

Doña Mercè, buenas tardes y bienvenida. La he estado escuchando atentamente desde mi despacho, y me ha llamado mucho la atención el ejemplo y el testimonio de vida que usted ha dado al principio.



Sobre todo, me ha impactado cuando usted ha dicho con tanta naturalidad que a su hija le decían la hija de la loca, y que tenía problemas en su entorno, en el colegio. Pero usted, en vez de venirse abajo, dio un paso hacia delante y se dedicó a escribir libros y a dar su testimonio, como está haciendo hoy aquí. Ha hablado de problemas de salud mental en entornos tan difíciles como el rural o el de la mujer, y también del teléfono 024 de prevención del suicidio infantil y juvenil. También nos ha puesto un corto muy chulo, si me permite la expresión. No ceje en su intento.

Muchísimas gracias por venir y, por mi parte, le diré que me ha gustado mucho su intervención.  
Un saludo.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.  
Tiene la palabra la senadora Rivero Segalàs.

La señora RIVERO SEGALÀS: Señor presidente, voy a hablar en nombre de la senadora Ahedo, que me ha pedido, por favor, que la disculpe porque ha tenido que acudir a una reunión inexcusable. Me ha dicho que, por favor, le traslade a la ponente que tomará debida cuenta de su comparecencia y que le agradezca su presencia.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

La señora RIVERO SEGALÀS: Gracias, señor presidente.

*(La señora Rivero Segalàs comienza su intervención en catalán).* Gracias por venir aquí. Usted no es solo una activista, también es una gran persona y una gran luchadora. Cuando a alguien se le agrade puede elegir hacerse pequeño o hacerse grande, y usted eligió hacerse grande —muchas gracias—, como tantos compañeros suyos que la acompañan en esta lucha. La salud mental es un tema de todos y nos concierne a todos. Gracias por su intervención.

Nos conocimos en Esterrí d'Àneu, en mi pueblo, en el marco de unas jornadas por la excelencia, donde se trató el tema de la salud mental en el Pirineo, en un ámbito rural de alta montaña. El título de la ponencia era «Fuera estigmas en salud mental». Quedé absolutamente complacida por los testimonios en primera persona, donde pudimos ver el trabajo que efectúan las asociaciones y, sobre todo, por oír en primera persona testimonios de personas afectadas. Creo que eso es muy importante porque supone empoderamiento. Empoderamiento es una palabra que utilizamos a la ligera muy a menudo, pero la OMS dice que es importantísimo el empoderamiento en los temas de salud. Por ello, le propuse oír su testimonio en el Senado. Intentamos celebrar comparecencia conjunta con la señora Lorena González, pero no pudo ser, por lo que lo hizo ella —se lo quiero agradecer— y por eso está usted hoy aquí.

Pensamos que su testimonio y su trabajo son y van a ser de gran valor y, sin duda, nos va a obligar a poner sobre la mesa un tema del que, durante mucho tiempo, por desgracia, se ha hecho lo posible por obviarlo. Debemos hablar abiertamente de ello. Todos estamos expuestos a problemas de salud mental a lo largo de nuestra vida y es preciso desestigmatizar. Es muy importante que eso lo hagan ustedes con voz propia. Hablamos mucho de salud mental desde la COVID-19, y, ciertamente, la pandemia supuso una parálisis en algunas cosas en las que ya habíamos avanzado. Por ello, Junts considera que a nivel presupuestario —usted ha hecho referencia a ello— hace falta invertir más en salud mental, y somos conscientes de ello. Yo no voy a abundar en cifras, pero pedimos también un fondo compensatorio para la COVID para poder liberar esas políticas que durante esa etapa se dejaron por un tema de prioridades pandémicas.

La jornada donde los conocí fue muy importante por el hecho de poderlo abordar en el entorno en que lo hicimos, en el entorno rural. Usted ha hecho referencia a ello. El acceso a los servicios en el entorno rural es complicado en zonas como la mía, el Pirineo, donde la población es mayoritariamente de mucha edad y, además, está muy dispersa —usted lo ha dicho—. Asimismo, como tenemos ratios pequeños de población, el transporte público no siempre puede llegar a los servicios más próximos. En este sentido, me gustaría que me dijera si le parece importante implementar medidas, como el transporte a la demanda en zonas rurales, o incluso servicios itinerantes que puedan llegar a la persona que necesita los servicios.

El programa Activa't, del que forma parte la Federación de Salud Mental de Cataluña, así como la Generalitat de Catalunya, a las que más tarde se unió la Federació Catalana de Entitats de Salut Mental en 1.ª Persona, es una colaboración entre diferentes administraciones y las federaciones para avanzar en las demandas y las necesidades en salud mental. Usted lo ha explicado todo. Es absolutamente necesario que haya esta complicidad entre las diferentes administraciones —también participan las diputaciones—, pero es importante que lo hagan de la mano de los afectados y de sus familias. Este programa forma parte

de la definición de la cartera de servicios de salud mental y adicciones, que se enmarca en el Plan integral de salud mental del Govern de Catalunya. Se pretende una atención integral, lo que venimos llamando empoderamiento o poniendo a la persona en el centro, y que esta persona pueda tener voz propia y capacidad en el acceso a la información y a la formación; capacidad de elección, toma de decisiones y el trabajo en grupo desde la proximidad. Usted ha hecho referencia a todo ello. Nos ha hecho una exposición muy clara al respecto. A pesar de que creo que no ha dejado muchas lagunas y que sus reclamaciones son compartidas, ya que la tenemos hoy aquí, nos gustaría que profundizara más en este programa y que, además, nos ilustrara con ejemplos más concretos de su trabajo y del trabajo que hacen las asociaciones y las federaciones en casos concretos. También nos gustaría saber cómo abordan la problemática y que pusiera algún ejemplo concreto.

Ha hablado usted del mundo rural y del mundo urbano. No la quiero poner en una dicotomía entre qué es mejor o qué es peor, pero es verdad que el mundo rural por una parte arroja porque hay una proximidad y una familiaridad, pero al mismo tiempo es más fácil que estigmaticen, justamente porque nos conocemos todos. Me gustaría que, si puede, desde su perspectiva, nos contara qué amenazas y qué oportunidades tiene el entorno en este sentido.

Finalmente, y yo creo que ha hecho usted referencia a ello, para quitar estigmas hay que hacer pedagogía, y la pedagogía la tenemos que abordar desde la educación. Yo creo que sería muy importante —usted también ha hecho una pincelada en este sentido cuando ha hablado de jóvenes o de niños— que la educación en salud mental, el respeto y el conocimiento se abordara desde edades muy tempranas, porque nadie respeta aquello que no conoce.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Tiene la palabra la senadora Mirella Cortès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente.

*(La senadora Cortès Gès comienza su intervención en catalán).* Durante los últimos años hemos visto un aumento en la conciencia sobre la importancia de la salud mental, pero todavía queda mucho camino por recorrer para garantizar una atención integral y efectiva a los problemas de la salud mental. Debe ser una prioridad para los gobiernos, ya que los problemas de salud mental no solo afectan a la calidad de vida de las personas, sino que también afectan y tienen un impacto significativo en el bienestar económico y social de la sociedad en su conjunto. Por eso, es fundamental abordar los problemas de salud mental, como estamos haciendo hoy, de manera integrada, involucrando a todos los sectores de la sociedad.

La atención comunitaria es un elemento clave en la gestión de los problemas de salud mental. Los profesionales de la salud mental deben trabajar en colaboración con las comunidades locales para identificar las necesidades y proporcionar servicios accesibles y efectivos. Usted ha hablado del mundo rural, que es muy importante. La atención comunitaria también debe incluir programas de apoyo y de prevención para ayudar a las personas a mantener una buena salud mental y prevenir el desarrollo de problemas de salud mental. Además, los servicios públicos de salud mental también tienen un papel crucial en el abordaje de estos temas. Es esencial que se invierta en servicios públicos de calidad, es importantísimo, con profesionales altamente cualificados, capacitados y accesibles para todas las personas, independientemente de su situación económica.

La educación es otro aspecto importante en la gestión de los problemas de salud mental. Es necesario que se incluya la educación sobre salud mental en los programas escolares para ayudar a las niñas, niños y jóvenes a desarrollar habilidades emocionales, sociales y saludables y prevenir el desarrollo de problemas de salud mental en el futuro. Actualmente ya se están empleando algunos planes, pero todavía estamos muy al principio.

El estado del bienestar también juega un papel fundamental en la gestión de los problemas de salud mental. El acceso a servicios de atención médica y a programas de apoyo económico es esencial para poder garantizar una atención integral a los problemas de salud mental. En Catalunya, el Pacte Nacional de Salut Mental es un acuerdo impulsado por la Generalitat de Catalunya para mejorar la salud mental. Este acuerdo requiere un liderazgo político y una coordinación, como usted ha dicho muy bien, entre todos los departamentos de la Generalitat, interdepartamental, así como también en el tercer sector. El *president* de la Generalitat de Catalunya, Pere Aragonès, encabezó la constitución de la mesa del Pacto Nacional de Salut Mental. El objetivo del *pacte* es garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan las mismas posibilidades que cualquier otro ciudadano o ciudadana, y que el país tenga una prioridad en

la atención de la salud mental. Además, el *president* de la Generalitat ha señalado que este pacto debe ser uno de los más importantes en esta legislatura y de los próximos años.

Los gobiernos se enfrentan a una serie de desafíos importantes en la gestión de los problemas de salud mental en el futuro: la pandemia de la COVID ha exacerbado los problemas de salud mental y se espera que haya un aumento significativo en la demanda de servicios, como ha mencionado anteriormente la compañera. La accesibilidad, ya que muchas personas necesitan poder tener acceso. La financiación, puesto que los servicios de salud mental a menudo están subfinanciados, lo que hace difícil proporcionar tratamientos y terapias de calidad. Otro tema importante es el estigma asociado a los problemas de la salud mental, lo que dificulta a las personas pedir ayuda y recibir tratamientos adecuados. Hay escasez de profesionales capacitados en salud mental, lo que dificulta proporcionar servicios adecuados a todas y a todos los que lo necesitan. Y también que haya una integración con otros servicios de atención médica. Los problemas de salud mental a menudo están relacionados con otros problemas de salud, como la enfermedad física, el abuso de sustancias, y es importante que los servicios de salud mental estén integrados con otros servicios de atención médica.

Tras todo esto, mi pregunta es la siguiente: ¿qué medidas propone la Asociación de Salud Mental La Noguera para abordar la salud mental en el entorno rural? ¿Cómo dicha asociación colabora con otras organizaciones y departamentos gubernamentales para abordar la salud mental en las mujeres, algo de lo que antes hemos hablado? ¿Sabe qué secuelas ha dejado la COVID-19 respecto a la salud mental? ¿Volveremos al estadio anterior o ya estamos de retorno de todo ello?

Y para finalizar, ¿qué iniciativas y proyectos futuros tienen previstos para mejorar la salud mental en la comunidad en general?

Muchas gracias por su exposición y adelante con este proyecto.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular en el Senado, tiene la palabra el senador Aranda.

El señor ARANDA LASSA: Buenas tardes, señor presidente.

Buenas tardes, señora Torrentallé. La verdad es que me he quedado con algunas cuestiones relativas especialmente a la estigmatización de la enfermedad mental en el ámbito rural; el antiguo modelo de asistencia psiquiátrica, y con la importancia de la familia y de las asociaciones. Y también, por supuesto, con la cuestión relativa al déficit de psiquiatras, que en estos momentos está cifrada, aproximadamente, en unos 1500, según reza la página de la Asociación Española de Psiquiatría.

El año pasado debatimos, como han dicho algunas de las personas que me han precedido en el uso de la palabra, una moción que me obligó a estudiar este tema y que mostraba que el 12,5 % de los problemas de salud está representado por problemas de salud mental, y que la pandemia ha puesto en evidencia algunas deficiencias del sistema sanitario, pero, sobre todo, se han magnificado en el ámbito de la salud mental. El 12,5 % de todos los problemas de salud afecta a la salud mental, por encima incluso de la oncología y de las enfermedades cardiovasculares, y entre el 2,5 y el 3 % de la población adulta va a tener un trastorno mental grave, y una de cada cuatro personas sufrirá un trastorno mental a lo largo de su vida.

Todo esto pone encima de la mesa la necesidad de profesionales de la salud mental. Ya se ha hablado con anterioridad de que el número de psiquiatras por cada 100 000 habitantes en España está situado en 9,6, mientras que en Francia llega a 22, y la media se sitúa en 18 en la Unión Europea. Si hablamos de psicólogos, en España se ha dicho que 6 por cada 100 000 habitantes, frente a los 41 de Alemania. Estamos hablando de una cantidad sensiblemente superior, con en una media europea, aproximadamente, de 18 psicólogos por cada 100 000 habitantes.

Hablábamos también de ese déficit de psiquiatras que existe en España y que, en estos momentos, con la convocatoria de plazas MIR, no se logra solucionar por una razón, y es que, en este año, en la convocatoria MIR 2023 de psiquiatría se ha situado en 312, y es la primera vez que sale una convocatoria de psiquiatría infantil y de la adolescencia con 20 plazas. En el PIR, psicólogo interno residente, se han convocado 204 plazas, al igual que en el año 2021, y en el EIR, la enfermera o el enfermero interno residente, se sitúa en 285.

Es decir, ahora mismo nos encontramos con una situación muy importante en el ámbito de la psiquiatría infantil y de la adolescencia; una situación importante relativa a que aproximadamente el 50 % de los trastornos de la salud mental empiezan antes de los 14 años y el 75 % se manifiesta antes de los 18. Todo esto muestra la importancia que en estos momentos requiere esa nueva especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia.

Se ha hablado también acerca de las cifras de suicidio. Concretamente, la cifra que da el INE en el año 2019 se sitúa en 3671 y en el año 2020 en 3941, y específicamente se habla de que se quitan la vida once personas diariamente. El año pasado, concretamente el Día de la Salud Mental, se habló de una inversión en el trienio 2021-2024 de 100 millones, una cifra manifiestamente escasa para una cuestión tan vital como es el suicidio. El 024, que es un teléfono que se ha puesto en marcha, si no recuerdo mal, en el mes de mayo, atiende diariamente a entre 600 y 700 personas, y en los tres primeros meses de funcionamiento se situaba en 34 000 llamadas.

Otro de los temas que nos interesa y nos importa muchísimo es el de las camas de agudos de salud mental, sobre el que la OMS establece 12 camas por cada 100 000 habitantes, y es una cuestión también de suma importancia. Además, sobre una de las cuestiones que hace unas semanas se aprobó en el Senado, la Ley trans, la Asociación Española de la Infancia y de la Adolescencia reza en un comunicado que la ley no solo no protege, sino que pone en riesgo fundamental a los niños para recibir una atención integral, que debe incluir una valoración física y de la salud mental del niño y de su entorno.

No voy a hablar de identidad sexual ni de cuestiones de registro, pero sí que puedo hablar de una persona que se llamaba Éric, que inició su transición a mujer y diecisiete meses después se tiró a las vías del tren. Nunca le había atendido un psicólogo. He consultado un estudio de la revista *The Lancet*, que es la primera investigación en una muestra suficientemente grande para ser representativa, y según este estudio el suicidio o la autolesión supone ni más ni menos que la causa de ingreso hospitalario en el 66 % de los jóvenes con disforia, y que el suicidio es 7,6 veces superior. Son datos que nos preocupan y que, insisto, en esta comisión se han debatido escasamente, solo en una ocasión, concretamente el 21 de abril del año 2022, a instancia de una moción que presentó Vox, que debatimos y que muestra la importancia de la salud mental en esta comisión. Creo que debería ser mucho más debatida y que se deberían dar muchos más recursos a la salud mental porque, desde luego, es la gran pandemia del siglo XXI.

Muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, senador Aranda.

Por parte del Grupo Socialista, tiene la palabra Esther Carmona.

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, señor presidente.

Buenas tardes, señorías. Señora doña Mercè Torrentallé Rocaspana, sea usted bienvenida a esta Cámara, Cámara que, como no puede ser de otra manera, también es la voz de los pacientes y las pacientes.

Recordemos datos escalofriantes: más de 300 millones de personas en todo el mundo viven con un síndrome ansioso-depresivo, una patología cada vez con mayor incidencia, y no cabe duda de que la pandemia COVID-19 ha provocado un aumento de hasta un 47 % en los trastornos de salud mental en menores. Por ello, también que le agradecemos, señora Torrentallé, cómo no, que nos ofrezca la posibilidad de visibilizar una vez más la relevancia de esta importante materia.

Señorías, los trastornos mentales ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de niños y niñas e interfieren significativamente en las actividades de la vida diaria de las personas que los padecen. Además de la prematura mortalidad por autólisis y la discapacidad que muchas veces origina, tienden también a producir un evidente aislamiento social, doloroso y estigmatizado, de quienes padecen estas patologías, agravando aún más si cabe su evolución. Los trastornos de salud mental también aumentan la morbilidad que se deriva por padecer otras tantas patologías, como son los procesos oncológicos en general, enfermedades cardiovasculares, la diabetes o el sida, y el no tratar adecuadamente estos trastornos mentales conlleva peor adherencia, peor cumplimiento de los regímenes terapéuticos y, por ende, peor pronóstico de estas enfermedades.

De ahí, señora Torrentallé, señorías, que la salud mental haya sido, y es, lo recalcamos, un claro objetivo de las políticas públicas del presidente del Gobierno, Pedro Sánchez y, por tanto, forme parte también de su agenda pública para ofrecer una justa y merecida visibilidad de esta materia para poner fin a dichos estigmas que existen en torno a esta esfera vital y para romper los altos muros que han rodeado y silenciado durante tantos años a la salud mental.

La salud mental es una prioridad para esta comisión y para este Gobierno, situándola en el epicentro de acciones concretas, como son la actualización de la estrategia de salud mental, que no se revisaba desde el año 2009, o la aprobación del Plan de acción en salud mental 2021-2024. También la elaboración del código de conducta riesgo de atención a la conducta suicida para continuar avanzando y poder disponer de herramientas que permitan prevenir tales conductas y ayudar a las personas a dejar de sufrir.

Después de escucharla grata y atentamente, señora Torrentallé, me gustaría proponerle, a ser posible, que nos comentase brevemente dos relevantes proyectos, que aquí podemos visualizar, de reconocimiento internacional, como son Obertament y Activa't.



Y ya para finalizar, quisiera expresarle en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, y en mi nombre también, nuestro agradecimiento por su comparecencia en esta comisión, por su gran aportación y su labor continua en esta materia.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señora Carmona.  
Tiene la palabra la señora Torrentallé Rocaspana.

La señora PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL LA NOGUERA, DE BALAGUER, LLEIDA, VOCAL DE LA COORDINADORA SALUT MENTAL TERRES DE LLEIDA, COMISARIA DEL PROYECTO CREATIVIDAD Y SALUD MENTAL, VOCAL DE LA JUNTA DE LA FEDERACIÓN SALUD MENTAL CATALUÑA, MIEMBRO DE LA RED ESTATAL DE MUJERES DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA Y VICEPRESIDENTA DE OBERTAMENT (Torrentallé Rocaspana): Muchas gracias.

En primer lugar, muchas gracias por la escucha que habéis tenido. Ya veo que es un tema que preocupa a todos los partidos políticos en general, y la verdad es que es un hecho recurrente. Como he dicho, agradezco vuestras palabras de antemano y, como tengo poco tiempo, os hablaré de dos o tres proyectos concretos. Uno es el proyecto Obertament, que ya he nombrado antes, que tiene, básicamente, varios puntos de actuación. Uno son las campañas de sensibilización en general y otro una campaña de sensibilización a los medios de comunicación, porque, para luchar contra el estigma, debemos tener a los medios de comunicación como aliados y no como agentes que protagonicen más estigma, por lo que tenemos que empezar a hablar correctamente de salud mental.

Tenemos que entender que en el año 2008 un estudio de la Universidad de Valencia dijo que en el tercer mundo había más de 450 millones de personas que estábamos tomando medicamentos antipsicóticos, y con 450 millones de personas negar que hay alguien violento no se puede hacer, pero decirlo de todo el colectivo en general, no lo podemos permitir. Cuando sale alguna noticia por la televisión no se dice si alguien sufre diabetes, si está cojo o si tiene problemas de vista, pero se recalca si hay alguien con problemas de salud mental, y eso no puede ser.

Entonces, estamos formando a periodistas con charlas y con códigos de buena conducta para que sepan exactamente cuándo se habla de salud mental. Eso también implica a veces a los políticos, porque cuando quieren hablar de salud mental lo etiquetan como alguna enfermedad, como cuando hablan de las políticas esquizofrénicas, y eso no se imaginan el dolor que produce a las personas afectadas, y por ese mismo dolor tenemos que cuidar el lenguaje. Para ello es necesario educación y formación, y en Obertament, y en las asociaciones en general, estamos intentando esto.

Es básico formar a los futuros profesionales. Mi psiquiatra me convenció para que fuera a las universidades a hablar con los futuros psiquiatras y psicólogos. ¿Por qué? Porque decía que ellos pensaban que la primera vez que vieran a una persona con una enfermedad mental la iban a ver bajo ese prisma de prejuicios y en pleno brote, porque no se daban cuenta de que no estamos brotados ni los 365 días del año ni las 24 horas al día, sino que simplemente en algunos momentos de nuestra vida necesitamos apoyos especiales, y para eso tenemos que formar a los profesionales. Muchas veces, cuando las familias están superadas por ese problema, no saben dónde acudir, y por eso nació el proyecto Activa't. En este proyecto tenemos actualmente 15 puntos estratégicos que conocen las prioridades del territorio y son puntos de referencia para que cuando una persona o un familiar tenga una necesidad sepa dónde acudir, y allí le informarán de los servicios que tiene en la localidad y de las posibles salidas laborales, de justicia o de educación que tiene. Estamos formando a personas, pero ¿cómo lo hacemos? Con tres aspectos fundamentales. Uno son los psicoeducativos, colaborando con Sanidad para que la gente sepa, cuando está hablando de una enfermedad mental, de qué está hablando, y conocerse a sí mismo.

Luego tenemos los Prospect, que es empoderamiento para las personas, y se trabaja en las tres líneas: profesionales, familiares y primeras personas. Primero se trabajan por separado y luego se ponen en común para que puedan comunicarse mejor. Este proyecto lo hemos liderado en la federación y somos líderes europeos, porque en el resto de Europa solo se empodera a las familias y se olvidan de las primeras personas. Nosotros creemos en este liderazgo compartido y es en lo que estamos colaborando con Europa. Hemos tenido con el programa Activa't mucho reconocimiento internacional.

Respecto al programa Obertament, hay que destacar, aparte de la línea de la comunicación, que también os comentaba, el Programa What's Up. Este programa consiste en que todas las asignaturas curriculares de los alumnos de tercero y cuarto de ESO, durante un período de tres meses, van a estar relacionadas con problemas de salud mental. Por ejemplo, en gimnasia harán yoga y meditación; en matemáticas, harán encuestas sobre salud mental; en literatura y arte, tratarán de personas con problemas

de salud mental, y también se harán charlas en primera persona. Ahora por la pandemia se hacen vídeos, pero hablarán en primera persona.

Esto, en las escuelas que ya se ha establecido, que son 50, que están valoradas, más otras que están utilizando los materiales, se ha demostrado que ha bajado un alto índice de anorexia, bulimia y *bullying*, y estamos en ello. Estamos en el momento que queremos que entre en la cartera de servicios y se pueda establecer por toda Cataluña. Los materiales están disponibles y estamos en estos momentos colaborando con la confederación española para que puedan extenderlos a todo el territorio. Iniciativas similares se están haciendo por parte de Obertament sobre el tema del estigma en las empresas. Es necesario formar a empresarios para que sepan cómo tratar y cómo tratarse ellos mismos si tienen un problema de salud mental. Estamos desbordados por el gran número de empresas que nos están pidiendo estos servicios.

Por otra parte, estamos dando un sello de calidad a los agentes de sanidad, a los hospitales, etcétera, que están desarrollando también un programa antiestigma. Porque no se trata de la misma manera al paciente si tiene un problema de salud mental por parte del profesional. Además, están muy sobrecargados y necesitan acompañamiento y ayuda, y también necesitan mejorar el trato cuando hablamos de estigma. Por ejemplo, si vas acompañada al psiquiatra de un familiar, generalmente, en lugar de dirigirse a una primera persona se dirige al familiar, como si estuviéramos mermados de nuestras capacidades, y eso no se tiene que hacer así, sino que tenemos que potenciar el trato para la igualdad, y eso es muy importante. Estas son las dos iniciativas más importantes.

En algunas comunidades autónomas, el tema de la mujer rural ya se está tratando con los bibliobuses, que son unas bibliotecas que van en autobús a buscar a la mujer que está en el mundo rural, porque el acceso a los servicios muchas veces es dramáticamente imposible, porque son mujeres mayores que no conducen y los transportes públicos en el mundo rural son muy complicados, y por eso tenemos que implicar también a todo el territorio. En cuanto a salud mental, mujeres y las secuelas de la pandemia, a las mujeres, como he dicho antes, muchas veces nos han otorgado el rol de cuidadoras y no nos han preparado para ello, y cuando tienes que cuidar de tu salud mental y encima, en muchas ocasiones, tienes hijos con problemas de salud mental, es muy complicado.

Por eso es muy importante la labor que estamos haciendo en las asociaciones, porque la sanidad muchas veces desprotege a las familias y no les da los recursos suficientes, y si no sabes cómo tratar a una persona con una enfermedad mental, muchas veces empeoras tu propia salud mental. Cuidar a un cuidador es un aspecto fundamental y muy necesario, por lo que creo que eso también es importante.

Y para el estigma en el mundo rural, una de las cosas que estamos haciendo actualmente son los GAM virtuales, ¿por qué? Porque a veces el GAM presencial es muy importante —cuando hablo de GAM, me refiero a grupos de ayuda mutua—, pero en el mundo rural nos encontramos con que, en el caso de violencias de género, por ejemplo, hablarlo con gente de tu entorno muy cercano es complicado porque conocen a tu padre, conocen a tu hijo, conocen a tu marido, conocen a todo el mundo, y a veces se crea un clima de más sinceridad y se adelanta más con personas de otro territorio que puedan compartirlo *online*. Esto nos lo ha traído la pandemia, antes no existía este grupo o GAM. Tenemos que aprovechar las tecnologías para lo que sea necesario, y creemos que iniciativas como esta pueden ser muy resolutivas y las asociaciones también colaboramos con la formación de estos grupos, con la formación en general.

No sé si me dejo algo en el tintero; sí, lo del pacto interdepartamental. Las asociaciones también colaboramos con el pacto. Estamos muy contentos de que se haya hecho esta iniciativa, que básicamente consiste en que todos los departamentos pongan recursos, no solo financieros sino de todo tipo, para la salud mental y un órgano que los aglutine a todos y los organice, y eso se puede hacer en cualquier otra comunidad. Iniciativas como estas son las que apoyamos porque la sociedad somos todos.

Si me permite, no sé si hay alguna otra pregunta, ¿puedo decir dos frases para terminar?

El señor PRESIDENTE: Adelante.

La señora PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL LA NOGUERA, DE BALAGUER, LLEIDA, VOCAL DE LA COORDINADORA SALUT MENTAL TERRES DE LLEIDA, COMISARIA DEL PROYECTO CREATIVIDAD Y SALUD MENTAL, VOCAL DE LA JUNTA DE LA FEDERACIÓN SALUD MENTAL CATALUÑA, MIEMBRO DE LA RED ESTATAL DE MUJERES DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA Y VICEPRESIDENTA DE OBERTAMENT (Torrentallé Rocaspana): Para despedirme quiero hacer una última reflexión. Soy una mujer sencilla que vengo del mundo rural. Me gusta sentarme a los pies del nogal. No en vano vengo de la comarca de La Noguera, que significa nogal; un árbol de crecimiento lento que es cobijo de muchas aves, de madera fuerte, noble y resistente, y que da flores poco vistosas pero abundantes y que dan frutos con tres capas: una verde y tierna, otra marrón más resistente

que guarda en su interior el fruto de la nuez, muy nutritivo, y que es semilla. Y os pido que seáis nueces, por favor; discretas, sensibles, resistentes, nutritivas y semillas de esperanza para las generaciones futuras.

Muchas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doña Mercedes. Fue un placer escucharla. Estaremos en contacto.

La señora PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL LA NOGUERA, DE BALAGUER, LLEIDA, VOCAL DE LA COORDINADORA SALUT MENTAL TERRES DE LLEIDA, COMISARIA DEL PROYECTO CREATIVIDAD Y SALUD MENTAL, VOCAL DE LA JUNTA DE LA FEDERACIÓN SALUD MENTAL CATALUÑA, MIEMBRO DE LA RED ESTATAL DE MUJERES DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA Y VICEPRESIDENTA DE OBERTAMENT (Torrentallé Rocaspana): Cuando quieran, ya lo saben, estoy a su disposición.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias. (*Pausa*).

COMPARECENCIA CONJUNTA DE LA JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA, D.<sup>a</sup> MARÍA CRISTINA VILLEGAS FERNÁNDEZ, Y DE LA COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA (AADA), D.<sup>a</sup> ÁFRICA LUCA DE TENA, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA INFORMAR SOBRE LA SITUACIÓN Y LAS PERSPECTIVAS DE AFECTADOS DE DERMATITIS ATÓPICA Y PRESENTAR EL ESTUDIO SOBRE «CÓMO ES VIVIR CON EDIM HOY EN ESPAÑA».

— SOLICITUD DE COMPARECENCIA 715/000788. Autor: COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Procedemos a sustanciar la última comparecencia. Doctora Villegas, cuando usted quiera, empezamos.

La señora JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA (Villegas Fernández): Hola, buenas tardes. Mi nombre es Cristina Villegas, soy dermatóloga, y vamos a exponer la innovación inteligente en dermatitis atópica en la situación actual, las experiencias de los pacientes y las recomendaciones de buenas prácticas para el manejo integral de la enfermedad. (*La señora compareciente apoya su intervención con una presentación digital*). El contenido lo hemos reducido a siete puntos. Hablaremos primero de lo que es la dermatitis atópica, el impacto social, clínico, recursos e impacto económico, las barreras de los pacientes y las necesidades no cubiertas, un par de experiencias exitosas de esta enfermedad y, finalmente, las recomendaciones de buenas prácticas para un abordaje integral de la dermatitis.

En primer lugar, les expondremos qué es la dermatitis atópica. La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que no es contagiosa, que va a cursar en brotes y que se va a caracterizar por un prurito, por un picor muy intenso, una piel muy seca y la aparición de eccemas —piensen ustedes que la palabra eccema significa bulle, hierve; es decir, los pacientes tienen esta sensación—, con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Forma parte de lo que conocemos como las enfermedades dermatológicas inmunomediadas, que nombramos con el acrónimo de EDIM, junto a otras que conocerán a lo mejor, como el vitíligo, la alopecia areata, etcétera. Todas ellas se caracterizan por una cosa, porque van a afectar muy negativamente a la calidad de vida de los pacientes. La dermatitis atópica, en concreto, es la enfermedad inflamatoria crónica más prevalente que tenemos en España, y se estima que aproximadamente hay unas 30 000 personas con dermatitis atópica grave en España, aunque les puedo decir que pacientes con moderada y leve hay muchísimos, muchísimos, muchísimos más; es lo que prevalece en las consultas de dermatología, que es a lo que yo me dedico, todos los días. Es más frecuente en la infancia. Se estima, según diferentes series, que hay hasta un 20 % de los niños que tienen esta enfermedad, pero en algunas series incluso se habla de un 30 %, y hasta en un 50 % de estos pacientes se puede cronificar en la edad adulta.

En cuanto al impacto social y clínico que tiene esta enfermedad, yo les diría que lo más importante es que la dermatitis atópica va a afectar de una manera muy, muy negativa a la calidad de vida de los

pacientes, a la vida social, a la vida laboral, no solo de los pacientes sino también de los niños enfermos y de los padres de estos niños. Los pacientes van a vivir pendientes del brote que pueden referir como angustioso fundamentalmente por el picor. Fijense que algo tan fácil como por ejemplo bañarse puede consistir en una terrible prueba de cada día porque la sensación, cuando están con un brote, de tener contacto con el agua en la ducha o en el baño puede ser de ardor, de quemazón, de dolor. Y, por otra parte, la salud mental es algo que nos va a afectar de una manera muy muy, muy, muy directa porque se ha visto que hasta un 20 % de los pacientes que tienen dermatitis atópica pueden presentar depresión, pero es que en los que tienen dermatitis atópica grave puede llegar hasta un 36 %. Es frecuente, además, que estos pacientes tengan otras enfermedades asociadas, por ejemplo, rinitis alérgica, asma bronquial en el caso de los niños, pero también otras EDIM, como la alopecia areata o como el vitiligo y otras enfermedades más serias o graves como la diabetes o, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares.

En cuanto al uso de recursos y el impacto económico, supone una carga económica muy, muy elevada para el Sistema Nacional de Salud, pero también para los propios pacientes —luego les explicaremos por qué— y para las familias de estos pacientes. Los costes de esta dermatitis atópica van a ser directos porque van a tener que ir a urgencias, van a tener que ir a especialistas, van a tener que tratar con morbilidades, van a tener a veces que ser hospitalizados, pero además también por la cantidad de horas de trabajo que van a perder estos pacientes. Como me dedico a la dermatología pediátrica, les puedo decir que para los padres es un verdadero problema porque están día sí, día no, en urgencias porque no les atendemos a lo mejor con la suficiente premura, pierden los niños colegio y ellos horas de trabajo. En la pantalla ven que, para mayor afectación de la enfermedad, desde leve hasta grave, vamos a tener un coste anual promedio que será de unos 1500 euros, pero que puede llegar hasta los 3700 euros al año y por paciente en los casos más graves. Y a todo esto tendríamos que añadir lo que conocemos como gastos de bolsillo. ¿Y qué es esto? Pues miren, cuando vienen los pacientes a la consulta, me traen una bolsa enorme de cremas, emolientes, humectantes, recomendadas por un amigo o por un compañero, que, si no están bien utilizadas y en el momento adecuado, que no es en el brote, que es cuando realmente les pueden producir problemas, no les van a servir absolutamente para nada. Entonces, el gasto va a ser muy, muy elevado.

Y ahora voy a dar paso a África, tenemos la suerte de que esté ella aquí, que es la presidenta de la Asociación para la dermatitis atópica, porque, de verdad, no hay nada mejor que un paciente para expresarnos cómo se siente.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): Muchas gracias.

Gracias, doctora Villegas, por la exposición.

Buenas tardes a todos. Yo soy paciente de dermatitis atópica desde mi nacimiento; ahora, por suerte, estoy estupendamente. Lo suelo avisar porque a menudo si hablo frente a alguien, me imagino que me estará mirando y pensando: esta chica dónde tiene la dermatitis. Por suerte, ahora estoy muy bien, pero hace ocho años tenía el 90 % de mi cuerpo cubierto de eccemas y era muy difícil la vida. Creo que mi función hoy aquí es trasladarles la realidad de estos pacientes que tienen una dermatitis atópica más grave, porque nosotros jugamos con un hándicap; parece una ventaja el hecho de que todo el mundo sabe lo que es la dermatitis, no es una enfermedad rara, lo raro sería que alguno de ustedes no tuviera un familiar, un vecino, un sobrino que tenga dermatitis atópica, pero, por suerte, aunque es un fastidio en cualquiera de sus grados, suele ser leve, a lo mejor en las corvas, en el interior de los codos o, a veces, un poquito alrededor de la boca, pero son más o menos llevables, pero lo que yo les quiero trasladar es la situación que viven los pacientes con una dermatitis atópica muy grave. *(La señora compareciente apoya su intervención con una presentación digital)*. Esto es lo que quería enseñarles, por ejemplo, esto es lo que se ve; estas tres fotos corresponden a una misma paciente, que es una socia de la asociación, y esto es solo de una parte del cuerpo, pero tengo fotos de todo el cuerpo. Es una persona que vive así, que no puede a veces abrir los ojos. Este cuello, este escote que vemos, cuando tienes un brote fuerte lo tienes en todo el cuerpo. Es un dolor, es un escozor... Yo no sé si se han quemado alguna vez en la playa, es como cuando te quemas como un noruego que no sabía que venía a España, pues así. Pero hay veces que estos brotes no se espacian demasiado en el tiempo o duran mucho y vives así el año entero.

Por un lado, está lo que se ve con todo lo que implica y, por otro, está lo que no se ve. En estos tiempos, en los que el COVID nos ha traído tantas cosas malas, pero también ha traído una llamada de atención a la salud mental, me parece muy importante incidir en esto. Estos porcentajes que les estoy mostrando corresponden a una encuesta que hemos realizado en la asociación, trabajando codo con codo con la Academia de Dermatología, que habla del impacto en la calidad de vida de los pacientes, y algunos de esos porcentajes son apabullantes: casi el 90 % de los pacientes no duerme bien, se pueden imaginar.



Yo tengo tres hijos, a mí me ha venido fenomenal para entrenarme. Cuando me decían cómo haces para vivir sin dormir con tres hijos, les contestaba: si llevo toda la vida sin dormir, llevo toda la vida levantándome en mitad de la noche a darme una ducha de agua fría, a rascarme con lo que pueda, darme un paseo y volver a intentar dormir. Pero no es vivir, y esto afecta a tu rendimiento laboral, a los estudios y, sobre todo, también a la autoestima. Quiero reseñar que el 44 % de los pacientes que contestó la encuesta necesitó apoyo psicológico, pero hablamos de pacientes que pudieron tenerlo y costeárselo en la privada. Pero como hay casos de éxito, como en Barcelona, por ejemplo, me gusta trasladarlo porque es importante que en los hospitales —en Barcelona hay una unidad de psicodermatología— esté más integrado en el tratamiento de los pacientes.

Les voy a plantear una pregunta que es bastante fácil porque he puesto una pistilla. Vemos ahí unos dientes, un guante de crin, unas llaves, un capuchón de boli, una pared con gotelé, un cuchillo, ¿qué tienen en común? Efectivamente, todos estos objetos los utilizamos para rascarnos, literal, yo he utilizado cada uno de esos objetos que ven ahí. Tal es el picor que sentimos cuando tenemos un brote que no puedes hacer nada más que rascarte, y te da igual rascarte hasta que sangres, y sangras, y te da igual porque tu cabeza solo la ocupa el picor. Yo a veces cuento esta anécdota; cuando nació mi tercer hijo, Telmo, tendría un mes y lloraba todo el día, ha sido muy llorón; lloraba desconsoladamente y había momentos en los que yo no le podía atender; estaba a su lado y decía: ya voy, ya voy, y me rascaba y me rascaba... Qué hay más salvaje que una madre que no puede cuidar a su hijo porque te pican tanto las manos que no le puedes atender. Ese es el picor que sentimos.

Esta diapositiva parece que se me ha colado, pero con ella les voy a invitar a una fiesta un poco especial para que entiendan un poco lo que sentimos. Vamos a imaginar que doy una fiesta, así, entre semana, a lo loco, y les digo: vénganse todos a mi fiesta que es de disfraces, pero el disfraz se lo voy a poner yo, no se tienen que preocupar por nada. Y cuando llegan a mi casa, que, en este caso, como es imaginario, es una casa enorme, estupenda y ordenada, les doy un disfraz a todos de Spiderman. Es un disfraz increíble, se lo ponen y, bueno, dicen: si este disfraz es la pera, me queda fenomenal, se adapta a mi cuerpo; el mejor disfraz de superhéroe que he tenido en mi vida. Pero lo que no saben es que yo he escondido un mecanismo en el disfraz que va a hacer que a lo mejor a los tres o cuatro minutos empiecen a notar un picor insoportable en el cuello, o que no pueden pisar bien porque tienen la sensación de que se les abren las plantas de los pies, o no pueden cerrar bien las manos —que es lo que nos pasa a nosotros, que se nos hacen tantas grietas, que a veces no puedes cerrar los dedos—, o les van a picar las ingles a morir. Probablemente me dirán: venga, fenomenal, África, gracias, ya he pillado el concepto; vale, me quitas el disfraz. Y yo les voy a decir: no, este disfraz es para siempre y ni hoy ni mañana ni pasado se lo voy a quitar. Si estoy benevolente, igual, les apago el mecanismo, pero esa sensación de estar atrapados en una piel incómoda que les duele, que les tensa, que les arde, la van a tener siempre. Y aunque parezca muy dramático, y, efectivamente, yo intento que sea dramático porque tengo que llamar su atención, es la realidad de los pacientes, de verdad, y es agotador para ellos vivir así.

En nuestra relación con la sanidad nos hemos encontrado con muchas barreras, y esto es lo que en este informe les queremos trasladar. Son muchas, no las voy a trasladar todas, porque, además, nosotros les podemos pasar esta presentación, pero, entre ellas, están reseñadas las que pueden ver en la siguiente diapositiva. Yo destacaría estas necesidades no cubiertas según los pacientes, según nosotros: por un lado, necesitamos que se nos derive más rápidamente al especialista. Hay muchísimas familias que se tiran años en atención primaria. Yo no sé decir por qué, yo traslado la experiencia. Hay veces que ese manejo no es el adecuado y necesitamos que se derive al especialista. Necesitamos que haya un abordaje multidisciplinar de la enfermedad porque, como decía la doctora Villegas, hay muchas morbilidades y, aparte, por esta necesidad de que haya un apoyo psicológico para estos pacientes. Puedo decir que conozco más de uno, dos y tres casos de pacientes que tienen ideas suicidas; es importante, de verdad, atenderles y darles el apoyo psicológico necesario. Por eso, hay que mejorar la atención en salud mental de los pacientes y, luego, mejorar su formación. Parece una tontería, pero de nuevo juega en nuestra contra el tema de la dermatitis. Claro, parece que muchos pacientes ya lo sabemos todo porque es una enfermedad muy común, pero no lo sabemos, es importante formarlos a ellos y a los profesionales sanitarios para que mejoren su empatía y para que estén al día de lo que ocurre. Y, por último, pero no menos importante; mejorar el acceso a los tratamientos. Estamos de enhorabuena los pacientes, tenemos mucha suerte, somos muy afortunados y estamos muy agradecidos porque hay mucha innovación que les está cambiando la vida a muchos de ellos, pero todavía hay mucha inequidad. Hay muchas comunidades donde no pueden acceder a los mismos tratamientos, donde tenemos que pasar por una serie de tratamientos previos que tienen un nivel de toxicidad alto y, sobre todo, no hay una equidad. Y si nos ayudan también a concienciar

a la sociedad para que no se banalice, para que no digan, bueno, si es solo un eccemita, una rojez, pues se lo agradeceremos.

Y, por último, esta imagen —se nota que soy madre, venga a ponerles imágenes— es de un libro de Roald Dahl, una ilustración de Quentin Blake, de *El gran gigante bonachón*. Así es como yo veo la relación entre asociaciones de pacientes y la Administración; en este caso, la Administración, ustedes, serían el gigante. Nosotros, a veces, cuando venimos a hablar con la Administración se nos hace un poco bola, no sabemos muy bien por dónde empezar, es un mundo diferente, es un mundo ajeno a nosotros, con su burocracia, pero quiero imaginar que ese gigante tiene esas orejas enormes que nos van a escuchar... (*Aplausos*). Soy muy sensibloná también, no es para tanto, yo lo sé.

La señora JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA (Villegas Fernández): Yo creo que sí es para tanto y nada mejor que un paciente, como les decía, para expresar cómo se siente viviendo esta enfermedad. Yo creo que, a veces, no somos muy conscientes y eso que dentro de mi vida, de la dermatología —mi especialidad es la dermatología pediátrica y lo que más hago es atopía—, es lo que más me gusta; por eso, la entiendo tan bien y me encanta haber podido compartir con ella esto.

Pero ahora les vamos a contar dos experiencias de éxito, para desdramatizar un poco y, sobre todo, porque queremos buscar ese futuro de cosas que yo creo que funcionan. La primera es el hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y ellos, pues, un poquito viendo todo lo que ha contado ella, la necesidad de este abordaje psicológico, que estos pacientes con dermatitis atópica tienen muchos problemas y muchas dificultades de estigmatización, los niños con el *bullying*, etcétera, pensaron que era una muy buena idea que hubiera un psicólogo clínico en la unidad de dermatología. De hecho, esta es una de las propuestas que yo quiero hacer en mi hospital. Entonces, un psicólogo clínico especializado en dermatología y, en concreto, en dermatitis atópica. Esto ha sido excelente. Ellos nos han contado su experiencia. El dermatólogo se siente apoyado, los pacientes se sienten apoyados, pueden ser sesiones únicas o sesiones grupales, que también ayudan muchísimo, y les va a hacer vivir la enfermedad de mejor manera, con una mejor autopercepción. Y lo más positivo de todo es que si en algún momento hay alguna situación de riesgo real de depresión, estos pacientes van a poder pasar rápidamente a la unidad psiquiátrica y recibir el tratamiento adecuado para evitar los problemas más graves.

Y luego está otro programa, en el que tengo la suerte de participar desde hace doce años en mi hospital, el hospital de La Moraleja. Como teníamos tan poquito tiempo para los pacientes —yo tengo solo diez minutos por paciente para explicar todas las cosas que tengo que explicar a unos padres con un niño con atopía o a un adolescente con atopía o a unos padres que acaban de tener un bebé al que acabo de diagnosticar una dermatitis atópica—, vimos la posibilidad de hacer una escuela de atopía, que verdaderamente funciona muy bien y en la que tenemos una unidad pluridisciplinar. Trabajamos un dermatólogo, que soy yo, un pediatra, un psicólogo infantil, una enfermera, un alergólogo y un payaso. Ven dos imágenes que les he traído, que son de nuestros talleres, porque mientras nosotros hablamos con los papás y les explicamos en qué consiste la enfermedad, que es algo crónico que pueden prevenir, pero que tienen que ser constantes en el tratamiento, que nos tienen que hacer caso, en qué momento nos tienen que hacer caso, qué tratamientos tienen que hacer y qué tratamientos no tienen que hacer; mientras estamos explicando todo esto y encima ven a un grupo de médicos de acuerdo, que es como imposible, pero ven que estamos de acuerdo y que hacemos todos lo mismo, sus niños están haciendo este taller con el payaso, el de no rascado, para dar a los niños herramientas como, por ejemplo, utilizar piedras frías y, en lugar de rascarse, ponerlas sobre la piel o soplar o espráis con agua termal de diferentes casas. Y hacemos a la vez un taller de masajes, porque África sabe muy bien que para mantenerlos la mayor parte del tiempo que podemos en situación de no brote, es fundamental la hidratación diaria y continuada. Y si nosotros a los niños, desde pequeñitos —es un taller que empezamos con cuatro años, cuando ya son independientes, hasta los 10 o 11 años—, les enseñamos que hay que hidratarse todos los días, que se tienen que poner la crema todos los días igual que se lavan los dientes, pues conseguimos unos resultados, y hemos hecho, además, un estudio a medio y largo plazo muy satisfactorio. Los padres comprenden la enfermedad, van menos a urgencias, acceden lo antes posible al especialista y le piden rápidamente al médico de atención primaria que los derive a un dermatólogo para poder tratar al niño. Yo les diría que de todo lo que hago en mi vida profesional es lo más satisfactorio.

Para terminar, pasamos a las recomendaciones del grupo de expertos. Son unas cuantas y voy a intentar incidir nada más en lo más importante. Son las recomendaciones de buenas prácticas que se han votado por este grupo de expertos, como les decía, que van de mayor a menor importancia. La primera, estamos todos de acuerdo, como hemos dicho, es derivar rápidamente desde atención primaria a atención

especializada. Seguimos con la extensión para formar estas unidades multidisciplinares que acabo de contar porque pensamos que, si abordamos esta enfermedad desde el punto de vista pluridisciplinar, estos niños, estos adultos y estos adolescentes van a evolucionar muchísimo mejor. Educar, por tanto, y apoyar a los pacientes y a los familiares. Mejorar el acceso a los medicamentos biológicos y a los nuevos medicamentos de innovación de pequeñas moléculas, que son una gran esperanza. Reducir inequidades en el acceso a la consulta de dermatología —que, como les estoy diciendo, a veces puede ser un año y más—, alergología y, sobre todo, de salud mental. Realizar campañas de educación para que la población conozca esta enfermedad, que es muy desconocida y que, además, se banaliza casi siempre. Favorecer la investigación y el desarrollo. Realizar evaluaciones económicas en las intervenciones. Actualizar las guías de práctica clínica, que muchas veces no están actualizadas. Fomentar la investigación de los biomarcadores que permitan predecir la respuesta a las nuevas terapias y a los nuevos tratamientos. Desarrollar aplicaciones digitales. Incorporar los resultados de los pacientes, que es muy importante en cuanto a sus expectativas; es decir, hacer un empoderamiento de los pacientes. Implementar el cumplimiento de las guías, no solo que las tengamos, sino que se cumplan. Formalizar el proceso de derivación a salud mental, pues el problema es que, a veces, es muy muy muy tardío y reducir listas de espera. Y, finalmente, reducir el gasto de bolsillo que les comentaba por la cantidad de dinero que gastan estos pacientes. —¿verdad, África, con tres niños con dermatitis atópica?—, pues son montones de cremas y de medicamentos que no están financiados. Por tanto, quizá haya que revisar la financiación para estos pacientes de estos medicamentos.

Para acabar, como mensajes clave les diría que la dermatitis atópica es una enfermedad que no podemos banalizar, que tenemos que pensar que afecta a muchísimas personas y que, a veces, las consecuencias de esta enfermedad pueden llegar a ser muy graves; que existen graves deficiencias en el acceso temprano a los especialistas y a los tratamientos, que pueden resultar eficaces y pueden hacer que estas personas tengan una calidad de vida lo mejor posible, una vida lo más normal posible; que los niños puedan ir a la piscina, que puedan ir al colegio, que no sufran *bullying*. En fin, creo que esto es muy muy importante. Y es necesaria una acción conjunta, pero de todos nosotros; de los médicos de atención primaria, de los dermatólogos especialistas, en concreto, en dermatitis atópica, de las autoridades sanitarias, de los profesionales, de los responsables políticos, porque no debemos olvidar esta enfermedad y tenemos que ir dando pasos concretos para que podamos aliviar la situación de estos pacientes.

Muchas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Pasamos al turno de portavoces. Señor Marín.

El señor MARÍN GASCÓN: Gracias, presidente.

Doctora Villegas, doña África Luca de Tena, bienvenidas y gracias por su comparecencia para hablar de la dermatitis atópica; un problema que sufren muchos pacientes, adultos y niños, y, en ocasiones, en secreto. La dermatitis atópica, ya lo han dicho, es una enfermedad crónica y muy heterogénea, que se caracteriza fundamentalmente por prurito intenso y lesiones inflamatorias de la piel, cursa con brotes o exacerbaciones y, además, se asocia a otras manifestaciones clínicas como la sequedad cutánea y erosiones. Las infecciones de la piel, así como el estrés, la ansiedad y la depresión son complicaciones muy características en las personas que sufren esta enfermedad. Al igual que otras enfermedades crónicas inflamatorias, la dermatitis atópica es una enfermedad inmunomediada, que implica una compleja interacción entre nuestro sistema inmune y las citoquinas inflamatorias. Según datos de la Asociación de afectados por la dermatitis atópica, entre el 1 % y el 3 % de la población española adulta padece dermatitis atópica en sus diferentes grados de severidad. Aproximadamente, unos 30 000 adultos en España presentan la forma más grave, con importantes síntomas y brotes continuos que desembocan en una enfermedad invalidante. Existen tres grados de dermatitis atópica, como bien saben; leve, moderada y grave, y aunque existen tratamientos para el control de los síntomas y/o la remisión de la enfermedad, en realidad, estos tratamientos sistémicos no siempre son suficientes para el tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica de moderada a grave.

La dermatitis atópica constituye un importante problema de salud pública sobre el que los pacientes demandan una mayor atención por parte de las autoridades sanitarias. Esta patología se relaciona con un alto consumo de recursos y una elevada carga económica para los sistemas de salud, los afectados y sus familias, cuyo impacto es mayor cuanto más grave sea la enfermedad, situándose este coste, aproximadamente, en 4545 euros anuales por paciente.

Una cosa, no han hablado de los tratamientos. En mi caso concreto me interesan, sobre todo, los tratamientos biológicos. Dentro de estos fármacos, el único que parece ser que está reconocido actualmente es Dupilumab, si no me equivoco, que es la única terapia biológica con indicación, como digo, que está

autorizada y que actúa inhibiendo las interleuquinas 4 y 13, aunque está pendiente de comercialización en nuestro país. Es decir, si no me equivoco, aunque esté autorizado, no está comercializado.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): Sí, y hay otros tratamientos. Lo contará mejor la doctora Villegas, pero ya hay más tratamientos, ya empiezan a llegar más opciones terapéuticas.

El señor MARÍN GASCÓN: Ahí voy. ¿Podrían explicar un poco más la situación actual de los tratamientos biológicos?

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Por parte del Grupo Parlamentario Democrático, de Ciudadanos, tiene la palabra el señor Sánchez.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: Presidente, muchas gracias.

Señora Villegas, la verdad es que ha sido muy clarificador todo lo que nos ha explicado. Y muchas gracias por su testimonio, señora Luca de Tena. La verdad es que ha sido impresionante y solo tengo que decirles que sigan adelante, mucho ánimo y mucha suerte; a mí, por lo menos, me ha gustado mucho.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Alarcó.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Buenas tardes, señor presidente.

Buenas tardes. En primer lugar, quiero decir a la compañera y doctora María Cristina Villegas y a la señora África Luca de Tena que aquí son bienvenidas, estamos aquí para eso, las vamos a escuchar, no dejamos de ser ciudadanos normales, somos administradores y representantes temporales de ustedes, pero esta Casa es de todos, con lo cual, bienvenidas. Es importante esa unión de la sociedad civil —llamada civil, porque yo no he dejado de ser civil tampoco—, los profesionales —soy profesional de la sanidad, soy cirujano— y la política, esa política que dicen que está desprestigiada y que nadie quiere. Y es muy bueno que sea aquí, en esta Cámara, con este instrumento democrático que nos hemos dado todos los españoles, que tiene la mala fama de no servir para nada, pero, entre otras cosas, como la gestión de la sanidad está transferida y esta es una Cámara territorial, es muy oportuno traerlo aquí.

Debo decir también que las emociones hay que dejarlas salir y me parece perfecto. Eso vale más y, sobre todo, cuando uno es paciente porque todos somos potencialmente pacientes de cualquier cosa. Por mi profesión uno tiene la tendencia a decir, de entrada, que compro este tema, no tiene que convencerme ni a mí ni al partido al que pertenezco porque ya estamos dentro, esto ya es nuestro; primero, porque directamente estamos medianamente implicados, somos muchos profesionales sanitarios los que estamos aquí, de mi agrupación política y también de otros partidos, no hago diferenciaciones; y, segundo, porque es de sentido común y, sobre todo, evidencia científica.

Yo quería compartir con ustedes alguna reflexión para ver lo que opinan. La piel es el órgano más grande que tenemos en nuestro cuerpo y parece que no lo es. Es un órgano vivo, independiente, que expresa casi todo lo que tienen otros órganos, que está en contacto con miles y miles y miles de antígenos de cuerpos extraños, el ambiente, el sol, etcétera, con lo cual, va a ser siempre muy muy castigada. Llevo muchos años en la docencia, pero yo nunca he usado, lo reconozco, el término enfermedad dermatológica inmunomediada, aunque todo es inmunomediado. Yo creo que hoy, y es una de las conclusiones, deberíamos hacer a todos un genoma, todos los ciudadanos de este país europeo necesitan tener un genoma hecho como carné de identidad. Yo creo que en menos de cuatro o cinco años lo debemos tener. Es difícil, como ustedes saben, porque hay que archivarlo, mantenerlo, pero hay que tenerlo porque esta enfermedad dermatológica concreta es una expresión de muchísimas cosas generalizadas, como ocurre casi siempre. Como es autoinmune, como muchísimas patologías —la enfermedad de Crohn y muchas más, cientos, miles—, hay que buscar el origen y gastar todo lo que sea necesario para prevenir en vez de curar. El cambio de paradigma definitivo que necesitamos en la sanidad de nuestro país, que es muy buena —está pasando un momento muy malo, pero es muy buena y tenemos que sentirnos orgullosos de ella—, es introducir este tipo de concepto nuevo para que seamos más equitativos y vayamos realmente al problema, porque nosotros tenemos una gran sanidad, una gran sanidad basada no en la prevención, sino en la curación, y en el caso quirúrgico muchísimo más. Lo que hay que hacer es invertir más en los conceptos de prevención.



Se han dicho varias cosas que yo quería compartir con ustedes. Después ustedes, si les apetece, me contestan o no. En cuanto a los protocolos y actualizaciones, claro que no tiene ningún sentido que no tengamos una cartera de servicios universal pactada en todo el país. No tiene ningún sentido, y eso del principio constitucional de 17 autonomías —yo creo en ellas— y dos ciudades autónomas no tiene nada que ver con que tengamos 17 sanidades distintas, con 17 carteras de servicios distintas que quitan equidad y eficacia.

Con lo cual, totalmente de acuerdo. Y vaya por delante que yo le solicito, en nombre de mi grupo, que nos haga llegar el *powerpoint* que ha presentado, porque nos va a venir bien y no lo tenemos. Además, no tengo ningún reparo en utilizarlo para la docencia, algo que no practico todos los días porque tengo que compartir el tiempo con las tareas de aquí.

Después hay algo que también quería compartir. Por un lado, está la genómica, por otro lado, una cartera de servicios, uniforme, equitativa y pactada, y, por otro, un dato que considero importante, lo del psicólogo. Nosotros hemos propuesto a este Gobierno la creación de una estrategia nacional de reconstrucción psicológica para todos, y, evidentemente, para los pacientes; si no lo hacemos, confundimos el camino y gastamos muchísimo dinero de todos ineficazmente. Esto también lo quería compartir con ustedes porque estamos detrás de ello. Ahora bien, psicólogos no hay.

El señor PRESIDENTE: Debe ir terminando.

El señor ALARCÓ HERNÁNDEZ: Termino, señor presidente. Tiene razón. No sabía qué tiempo me iba a dar usted, así que es problema mío.

Decía que no hay psicólogos, aunque es verdad que este año han salido más plazas en el MIR. Algo importante, querida compañera dermatóloga, es que este año casi todos los números uno del MIR han elegido dermatología, y eso tiene doble lectura.

En definitiva, sí, por favor, a la divulgación científica y a la lucha contra la pseudociencia. Tenemos que luchar todos en contra del doctor Google, que no lo conoce nadie pero lo consulta todo el mundo, aunque sea falso, y contra los tiktok, que también son falsos y que transmiten —en dermatología, sobre todo— cosas que no deberían transmitir.

Muchas gracias. Muy amables por estar aquí.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra, por parte del Grupo Socialista, el senador Escarda.

El señor ESCARDA ESCARDA: Buenas tardes.

Agradezco, sin duda alguna, como todos los miembros de la comisión, la exposición, las explicaciones aquí dadas por la doctora Villegas Fernández y doña África Luca de Tena, responsable de comunicación de la Asociación de afectados, fundamental. Y me ha parecido idónea la sensibilización sobre este tema. En mi caso, tengo una aproximación como médico de familia.

Esta tarde ha sido importante porque todos lo hemos podido conocer de primera mano, y también sensibilizarnos, como ciudadanos y senadores, representantes políticos, con los siguientes aspectos —resumiendo mucho—: cómo un médico entrenado puede salvar más fácilmente una vida humana; cómo una mujer perimenopáusica puede sufrir mucho y necesita de mucha información sobre su tratamiento; cómo una mujer que ha sufrido y sufre un brote psicótico no tiene que ser estigmatizada. Como decía el doctor Alarcó y como se ha dicho anteriormente, hay una estrategia de salud mental en marcha y todos los esfuerzos en ese sentido son pocos. Y, por último, hemos aprendido que el picor es un síntoma que puede llevar a la depresión o incluso al suicidio. Como muy bien se ha expuesto aquí, es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que puede durar toda la vida, es recidivante y acompaña en forma de brotes que ocasionan mucho malestar, sobre todo, en la modalidad severa; también se ha dicho que, en este caso, puede afectar a 30 000 adultos. Porque siempre se tiende a identificar con la infancia, pero, indudablemente, es un problema que afecta durante toda la vida, como ya he dicho. En general, este picor, este incómodo y sufriente picor, con tantas consecuencias y repercusiones emocionales, cutáneas y estéticas, socialmente se suele considerar un problema banal, a pesar de que afecta a un sector nada desdeñable. Empieza en la infancia, sigue en la adolescencia y generalmente reaparece en la edad adulta —afortunadamente, no en todos los casos—, pero al final afecta a una de cada diez personas adultas, como nos muestran los datos. Dado que el diagnóstico es exclusivamente clínico, es decir, no hay pruebas complementarias que lo confirmen y requiere de la agudeza del pediatra o del médico de familia, que es la puerta de entrada del sistema, para precisarlo, para tratarlo, para derivarlo, para atenderlo —probablemente sea necesario en todos los casos—, si hay una sensibilización y unas buenas prácticas, como aquí se ha puesto de

manifiesto, por parte de los médicos de familia y de los pediatras extrahospitalarios, indudablemente, siempre será más fácil. Es importante hacer ese tratamiento personalizado, idóneo. Ya se ha comentado aquí alguno, desde la terapia UVA a los nuevos tratamientos, que, afortunadamente, van apareciendo y se van desarrollando.

Enhorabuena por esa escuela multidisciplinar de atopias. Gracias por esa difusión de las buenas prácticas. Y, aunque ya se ha señalado, me gustaría saber cómo es realmente esa comunicación, que es tan importante, entre primaria y especializada; sin duda, un tema que tenemos que desarrollar. En cuanto a qué casos se detectan, si se tratan y no se derivan, ¿hay datos? Suponemos que son bastantes, pero hasta qué punto puede decirse que eso se trata poco. Y, subrayando las buenas prácticas, indudablemente —y ya con esto acabo—, hay mucha tarea todavía por delante.

Gracias por esta presentación y por esta sensibilización.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Ahora tienen el tiempo que necesitan para cerrar el debate.

La señora JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA (Villegas Fernández): En cuanto a los tratamientos para la dermatitis atópica, cabe decir que se dividen en dos grandes grupos. Por un lado, está la prevención de la enfermedad, que es en lo que más insistimos nosotros, en que la piel esté bien hidratada y bien protegida. El frío, por ejemplo, es un efecto desencadenante fundamental, también lo es el estrés, etcétera. Por tanto, la primera parte es la prevención y luego están los tratamientos. La primera barrera serían los que usamos de forma más habitual, los corticoides, o los inhibidores de la calcineurina. Estamos hablando de tratamientos locales, los más habituales. Asociamos antihistamínicos para reducir el picor, aunque la histamina es uno de los factores que produce picor, y, por tanto, no es tan importante. Y luego ya pasaríamos a otros tratamientos, como corticoides orales, metotrexato, ciclosporina, PUVA, micofenolato... Se pueden utilizar muchísimos más. Estos serían los clásicos y ahora tenemos los nuevos. Dentro de los nuevos están los biológicos, y, entre ellos, el que se utiliza es el dupilumab, pero para que un paciente pueda utilizar este medicamento ha tenido que pasar por todo lo que yo acabo de contar, absolutamente por todo. Es como una escalera de tratamientos para que, al final, se apruebe la utilización de ese medicamento. Estamos hablando de la Seguridad Social. En la medicina privada no se puede prescribir porque es carísimo. Aunque uno fuera millonario, es tanto el dinero que cuesta que sería muy difícil que el paciente se lo pudiera costear; además, es un medicamento que debe ser utilizado durante al menos un par de años y a veces hasta más tiempo. Por eso no se contempla, aunque es muy reconocido. El problema es que está indicado para mayores de 6 años, por lo que los niños pequeños, que es la población que yo más veo, no lo pueden utilizar. No obstante, ahora vengo de un congreso sobre dermatología pediátrica y al parecer hay varios ensayos en los que se está utilizando este medicamento con muy buenas perspectivas.

Además del dupilumab, hay otro, que es el tralokinumab, que también se está utilizando en los casos que no responden al dupilumab, pero no es la panacea y tiene efectos secundarios. Y luego está el mundo de los inhibidores de la JAK quinasa. Tenemos dos con muchísimo éxito, uno es el baricitinib y otro el upadacitinib. Uno de ellos se utiliza en la alopecia areata —estos niños o adultos que pierden todo el pelo de la cabeza y del cuerpo— con muy buenos resultados. Es un tratamiento oral, pero estamos en estadios muy iniciales, y se usa también para la dermatitis atópica. El baricitinib, que también se utiliza en la dermatitis atópica, es un tratamiento oral, pero su uso es muy restringido y solo si los demás medicamentos no han funcionado. Por tanto, todavía nos queda mucho camino por recorrer, pero tenemos muchas esperanzas y la ilusión de que pueda llegar a todos los pacientes que lo necesiten.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): Yo les contaré lo que nos trasladan los pacientes. Dependiendo de la región, a lo mejor el dermatólogo no tiene la capacidad de escoger ese tratamiento, el que considere más adecuado para el paciente. O, incluso, si un paciente no ha respondido bien a equis tratamiento, a lo mejor, dependiendo de esa comunidad, no puede recetar equis tratamiento, aunque considere que es el más adecuado. Aparte de lo que ha comentado la doctora Villegas de que, por ejemplo, para que lleguemos a ese dupilumab, que la verdad es que está dando unos resultados estupendos, antes tenemos que tratar a los pacientes con ciclosporina, que no está indicado para niños; y a los niños se les hace pasar por la ciclosporina, con el nivel de toxicidad tan alto que tiene —muchos de ustedes lo sabrán porque son médicos— y la fecha de caducidad que tiene. Yo tomé ciclosporina, y además tuve suerte porque a mí me funcionó, me fue muy bien. Pero no puede perdurar en el tiempo.

La señora JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA (Villegas Fernández): Efectivamente, el problema que tiene la ciclosporina es el tiempo. Las enfermedades inmunomediadas, las IMID están dentro de un grupo que abarcaría todas las enfermedades inmunomediadas en las que entraría la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa. Las IMID son las enfermedades dermatológicas inmunomediadas, pero no sabemos cuál es la causa. Cuando yo lo explico en la facultad tengo que decir: etiología desconocida. No sabemos por qué. Sabemos cuáles son los factores desencadenantes. Cada vez sabemos más, pero no sabemos la causa.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): En mi caso, cuando dejé la ciclosporina me hizo efecto rebote. Yo lo explico así: es como si toda mi vida hubiera sido manca, de repente me dan ciclosporina y, como me va muy bien, es como tener dos brazos. Yo, como si fuera una trastornada, iba a la doctora todas las semanas y le decía: No me bajes la dosis, por favor, no me bajes la dosis. Y ella me decía: Te la tengo que bajar, porque hay que ir retirándolo. Y yo le pedía: No, por favor, una semana más. Porque, claro, yo, de repente, me volvía a mirar al espejo, volvía a salir, me puse a trabajar de cara al público... Es que era diferente mi vida. Pero me dijo: Hay que quitarlo. Y yo crucé los dedos para que funcionara, pero cuando me lo quitaron me volvió todo y con efecto rebote. Sabiendo eso, para los pacientes es muy frustrante pensar que tienen que pasar por este proceso, que, además, les va a afectar al hígado, a los riñones, a la tensión...

La señora JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA (Villegas Fernández): Estamos utilizando muchas combinaciones de fármacos. En el congreso de dermatología pediátrica, que ha sido hace dos semanas en Alicante, se decía respecto de los nuevos tratamientos que muchas veces se trataba de asociar, por ejemplo, un inhibidor de la JAK con un corticoide. Y la verdad es que los resultados eran excelentes, con los efectos secundarios que todos los medicamentos pueden tener. Pero, claro, cuando al paciente le das a elegir, lógicamente, como en el caso de África, te dice que sí, que lo quiere probar, que quiere tener la posibilidad de conocer cómo es vivir sin esta sensación.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): Después de haber probado, como decía el señor Alarcó, baños de leche de burra a medianoche porque ya no sabes ni qué probar... Por supuesto que los pacientes están muy dispuestos a probar cosas.

A colación de lo que ha comentado usted sobre la especialidad de dermatología y los números uno del MIR, le diré que hace dos días hablé con el jefe de dermatología de La Paz, el doctor Pedro Herranz, en referencia a un residente suyo que me había ayudado a mí con una cosa. Le dije: Oye, qué encantador este chico, qué gusto y qué suerte. Y me dijo: Es el número uno del MIR y estoy desesperado porque, como en esta Sanidad no le podemos ofrecer un contrato de más allá de dos meses, se me va a ir a la privada. Lógico, porque tiene que vivir. Le dije que iba a venir al Senado el miércoles y me pidió que, por favor, lo dijera. Así que estoy cumpliendo.

La señora JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA (Villegas Fernández): Pero el problema no es que se vayan a la privada, lo digo porque yo no encuentro dermatólogos porque no hay. El problema es que se marchan a Alemania, a Francia, a Estados Unidos.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): Claro, es una fuga de talentos.

La señora JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA (Villegas Fernández): Sí, y es una pena que esto nos esté pasando.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): Bueno, no se puede arreglar todo aquí, pero yo meto la cuña porque todo viene bien.

La señora JEFA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA (Villegas Fernández): ¿Alguna otra pregunta que quede por contestar? (*Denegaciones*).

Quiero darles las gracias por su atención y decirles que queda muchísimo camino por recorrer, pero con el entusiasmo de África y con el entusiasmo de todos los compañeros con los que tengo la suerte de

trabajar, y con su colaboración, por supuesto, yo creo que poco a poco conseguiremos salir adelante y lograr mejoras para esta enfermedad.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): En la asociación les tendemos la mano para que colaboren en lo que puedan. Si esta noche meditando con la almohada de repente se les ocurre una propuesta, estaremos encantados de escucharla. Tenemos las orejas igual de grandes que el gigante. Así que gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Yo quiero dar las gracias a las dos, a la doctora Villegas y a África. Antes de su comparecencia, si pensaba en la dermatitis atópica y, aun sabiendo que hay gente que está muy mal, lo veía como una cosa menor; y ahora, desde luego, me voy impresionado. Nunca me habían explicado una enfermedad con tanto realismo. A partir de ahora, cuando vea a una persona rascarse, me voy a acordar de África.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): Lo siento, te lo he fastidiado.

El señor PRESIDENTE: No, pero me voy a acordar. Y es bueno saber que hay gente que lo pasa mal, que sufre. También me va a servir para cuando tenga algún picor, minimizarlo, porque pensaré: comparado con lo que me explicaban allí no es nada.

En definitiva, nosotros no somos el Gobierno —la gente a veces lo confunde—, somos el Senado, igual que la otra Cámara es el Congreso, y hacemos propuestas al Gobierno, que es el que toma las decisiones.

La señora COFUNDADORA Y RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR DERMATITIS ATÓPICA, AADA (Luca de Tena): Uno propone y Dios dispone.

El señor PRESIDENTE: Efectivamente. Pero yo creo que hoy quedamos todos un poco o bastante más sensibilizados con este problema, que podría pasar más o menos desapercibido; pero lo tendremos en cuenta y no sé si acabará materializándose en alguna iniciativa. En todo caso, a ver si con nuestros contactos procuramos sensibilizar al Gobierno, aunque no lo hagamos tan bien como tú.

Por tanto, muchas gracias. Ahora haremos una foto de familia como con todos los demás comparecientes. Se levanta la sesión.

*Eran las dieciocho horas y diecisiete minutos.*