



TRANSCRIPCIÓ EN BRUT

Aquesta transcripció està pendent de verificació i correcció. Pot contenir, doncs, errades de fidelitat i incorreccions lingüístiques i no es pot considerar com una publicació oficial

Fitxer 05CESMA1

XV legislatura · cinquè període · sèrie C · número ****

Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions

Sessió 5, divendres 10 d'abril de 2026

Presidència de la I. Sra. Najat Driouech Ben Moussa

Sessió 5 de la CESMA

La sessió de la Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions (CESMA) s'obre a ****. Presideix Najat Driouech Ben Moussa, acompanyada de la vicepresidenta, Sara Jaurrieta Guarner, i de la secretària, Ariadna Urroz Segura. Assisteix la Mesa la lletrada Anna Casas i Gregorio.

Hi són presents Rosa Jové i Montañola, pel G. P. de Junts; M. Belén Pajares Ribas, pel G. P. del Partit Popular de Catalunya; María Elisa García Fuster, pel G. P. de VOX en Cataluña; David Cid Colomer, pel G. P. Comuns, i Xavier Pellicer Pareja, pel G. P. de la Candidatura d'Unitat Popular - Defensem la Terra [membres comissió].

[Assisteix] a aquesta sessió [assistents].

ORDRE DEL DIA DE LA CONVOCATÒRIA

1. Compareixença d'una representació del Sindicat de Llogateres de Catalunya davant la Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions (tram. 357-01179/15).
2. Compareixença d'una representació de Creu Roja a Catalunya davant la Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions (tram. 357-01180/15).

3. Compareixença d'una representació del Departament de Ciències Polítiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra davant la Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions (tram. 357-01181/15).
4. Compareixença de Margarita León Borja, doctora en política social per la London School of Economics, davant la Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions (tram. 357-01259/15).
5. Compareixença de Jordi Cid Colom, investigador en salut mental, davant la Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions (tram. 357-01260/15).

La presidenta

Moltes gràcies a tots i totes. Benvinguts, benvingudes. Comencem aquesta nova sessió de la Comissió de Salut Mental i Addiccions. Avui tenim un ordre del dia també interessant, com la resta de sessions que hem anat tenint.

Compareixença d'una representació del Sindicat de Llogateres de Catalunya (decaiguda)

357-01179/15

I ara començaríem pel primer punt de l'ordre del dia, que és la compareixença d'una representació...

Compareixença d'una representació de Creu Roja a Catalunya

357-01180/15

No, perdoneu, la compareixença d'una representació de Creu Roja Catalunya davant d'aquesta Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions, que és el punt número 2, perquè el punt número 1, que és el que teníem previst, era la compareixença d'una representació del Sindicat de Llogateres de Catalunya, finalment ens ha comunicat que avui no podien ser-hi, així que només farem, diguem-ne, la resta dels punts de l'ordre del dia. I li donaríem la paraula a la Bárbara

Loreto, en representació de la Creu Roja Catalunya, i a la qual, evidentment, ja li avancem les gràcies per la participació en aquesta comissió. Bárbara, quan vulguis.

Bárbara Loreto Díaz Santis (coordinadora de Creu Roja Catalunya)

Molt bon dia a totes i a tots. En primer lloc, volia agrair-vos la invitació a la Comissió de Salut Mental i Addiccions en nom de la Creu Roja. I ja que ens permet, d'alguna manera, des de la nostra experiència, poder donar a conèixer i centrar-nos una mica, no?, en la relació que existeix entre el que és el sensellarisme, la salut mental i les addiccions.

I, per una altra, a través nostre poder donar una mica de veu també a totes aquelles persones, precisament, que es troben en una situació de sensellarisme, amb un trastorn mental greu i amb un consum de substàncies, no? És una manera també de poder tenir-les presents, tot i que sigui de manera indirecta a través dels professionals que les podem acompanyar en aquest procés de la seva vida.

En aquest sentit, m'agradaria poder establir certes premisses conceptuals abans de fer les propostes que nosaltres considerem com a possibles millores en l'abordatge d'aquest repte que representen el sensellarisme, la salut mental i les addiccions, perquè tinguem totes la mateixa base, totes tinguem la mateixa base de què és el que aquí estem plantejant com a institució.

En primer lloc, entendre que el sensellarisme, ho entenem en un concepte ampli, no només com aquelles persones que es troben en una situació de carrer. Sabem que la categoria d'Ethos no només contempla la situació de carrer, sinó que tenim quatre tipologies que aborden el tema del sensellarisme, que són l'habitatge insegur, l'habitatge inadequat i també quan no hi ha o quan les persones es troben sense habitatge. És a dir, aquelles persones que es troben en un allotjament temporal, en un allotjament d'emergència i que, per tant, realment no tenen un habitatge malgrat tinguin un lloc on pernoctar de manera temporal.

En aquest sentit, nosaltres considerem i la nostra experiència ens dona l'evidència, prou evidència, per determinar que l'habitatge no és només un espai físic on pernoctar, sinó que està molt vinculat al propi desenvolupament de la persona, a la dignitat de la persona, i considerem que és un determinant estructural de la salut.

És a dir, el tenir un habitatge de manera estable, garantit d'alguna manera té una relació directa amb les condicions de salut i principalment de salut mental d'una persona. Per tant, hi ha una estreta vinculació entre el sensellarisme, la concurrència dels trastorns de salut mental i el consum problemàtic de substàncies.

Si ens n'anem a l'informe per a l'abordatge del sensellarisme a Catalunya, que va ser preparat per la Comissió d'Experts d'Innovació i Transformació, encarregat pel Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, ens donen una sèrie de dades i aquí ja trobem el primer problema per a l'abordatge d'aquesta problemàtica, que és, precisament, l'existència de dades contrastades en relació amb quantes persones tenim en situació de sensellarisme a Catalunya.

Hi ha una sèrie d'enquestes. L'Institut Nacional d'Estadística ens diu que persones que fan servir serveis destinats a persones sense llar o a persones que es troben en una situació de sensellarisme a Catalunya serien al voltant d'unes 4.700.

Però clar, si ens n'anem no només a persones en situació de sensellarisme que en cap cas o en cap moment han estat ateses per cap servei ni públic ni privat ni facilitat per entitats socials i si abordem, a més, totes aquelles categories contemplades en l'Ethos, ens podríem anar al voltant de 39.000 persones en situació de sensellarisme a Catalunya.

O sigui, estem parlant d'una problemàtica que té un abast important i que, a part d'això, continua sent una xifra una mica negra en la qual no tenim una dada contrastada com per poder saber si són aquestes quaranta mil, 39.000 o més, o si són més, no ho podem saber. Per tant, un dels primers esforços que s'hauria de fer en aquesta temàtica, precisament, és poder tenir aquestes dades contrastades.

A partir d'aquí, la recerca internacional i també la nostra pròpia experiència ens determina que entre el seixanta-set i el setanta-sis per cent de les persones que es troben en una situació de sensellarisme presenten algun tipus de trastorn mental. Per tant, la relació que existeix entre la salut mental i la pèrdua de l'habitatge nosaltres considerem que és bidireccional.

Què volem dir amb això? Vol dir que la manca d'habitatge sens dubte pot deteriorar la salut mental i, per una altra part, si una persona pateix un trastorn mental, és

possible que tingui moltes dificultats per poder mantenir un habitatge segur i estable. I, per tant, la relació és bidireccional.

Per una altra banda, la vida al carrer incrementa sens dubte també el risc de l'inici o bé la cronificació en l'abús de substàncies. Som conscients totes les persones que treballem en el sector social i com a persones que vivim en una comunitat que les persones sense llar presenten una vulnerabilitat molt més elevada, bàsicament per factors estructurals, de salut i clínics. Tenen una vulnerabilitat molt més augmentada en relació amb el consum de tòxics.

El cinquanta per cent de les persones que es troben en una situació de sense llar que tenen un trastorn mental greu presenten també un trastorn per ús de substàncies. Per tant, estem parlant que una de cada dos persones que es troba en una situació de sensellarisme, que tenen un trastorn mental greu, son addictes.

Les condicions de la vida al carrer, l'estrès crònic en què es troben aquestes persones, l'exposició a una violència extrema, l'aïllament social, la precarietat extrema, la malnutrició i totes aquestes situacions, evidentment, afavoreixen el consum de determinades substàncies. Per una part, per poder anestesiar tot aquest malestar psicològic, per una altra part, per facilitar el son en condicions extremes, també per reduir l'ansietat o símptomes traumàtics de la pròpia vida del que suposa la vida al carrer.

Per una altra banda, l'exclusió social, l'estigmatització d'aquestes persones, els prejudicis fan que les persones no es puguin adreçar de manera normalitzada i ordinària als serveis socials i als serveis sanitaris. No ho fan perquè hi ha tota una manca de xarxa en aquest sentit.

Tot això agreuja, evidentment, el trastorn de la salut mental, potencia el desenvolupament o bé la cronificació del trastorn per abús de substàncies i, per tant, l'entorn del carrer també actua com un facilitador, ja que incrementa la disponibilitat de substàncies, perquè el tràfic, diguem-ne, de tot tipus de drogues està a l'abast del carrer. I, per últim, la normalització de l'ús d'aquestes substàncies també perquè en la xarxa comunitària en la qual s'estan desenvolupant i en la qual estan vivint el consum està normalitzat.

La interrelació que existeix entre el que és la salut mental i les addiccions també diem que és bidireccional. Com dèiem, la salut mental i l'habitatge tenen una relació bidireccional. La salut mental i l'addicció també té una relació bidireccional. Per una part, determinats trastorns mentals augmenten la vulnerabilitat al consum com una forma d'automedicació –ansietat, depressió, malestar emocional– i, per una altra, el consum continuat de determinades substàncies podria desencadenar o agreujar o cronificar trastorns psiquiàtrics.

Per tant, això què és el que ens genera? Ens genera quadres clínics de major complexitat, amb pitjor pronòstic, un major risc de recaiguda i dificultats, evidentment, en l'adherència terapèutica d'aquestes persones.

Totes aquestes circumstàncies ens comporten, necessàriament, un abordatge integral, coordinat i simultani, tant pels ens socials com també per tota la part sanitària. No es pot... El model d'acompanyament intensiu i continu que ha de viure una persona que es troba en situació de carrer, amb un trastorn mental greu, amb un consum actiu és evident que requereix un model d'acompanyament socio sanitari –la part social és molt important–, socio sanitari, educatiu, intensiu. I, a partir d'aquí, podem obtenir determinats resultats en l'acompanyament que fem d'aquestes persones.

Per una altra banda, hi ha un altre factor molt important també, que és que també hi ha evidència científica que el sensellarisme condueix a un envelliment prematur. Una persona sense llar té una esperança de vida entre vint i quaranta anys menys que una persona que no s'ha trobat en una situació de sensellarisme.

Evidentment, això comporta un deteriorament de la salut física de la persona i, evidentment, un deteriorament de la seva salut mental. Això comporta una elevada càrrega de malalties cròniques, fragilitat física, un deteriorament cognitiu, una multimorbiditat, així com també un increment de les caigudes recurrents.

És a dir, la situació de carrer, com hem dit, són persones que es troben en una situació d'extrema violència, d'inclemències climàtiques, una malnutrició, un ús de consums i, per tant, tot això són factors condicionants de la salut d'aquesta persona. Aquesta exposició prolongada a situacions d'estrès intens, violència, temperatures

extremes, la malnutrició, tot això contribueix a que aquest procés comporti un risc molt elevat de mortalitat prematura.

Després tenim un altre fet, també contrastat, i en el qual existeix bastanta evidència científica i també la nostra experiència ens diu el mateix, que l'alcohol continua essent una substància d'inici més prevalent entre les persones que accedeixen al tractament per consum de drogues.

Aquesta tendència, en què la càrrega de morbiditat associada al consum problemàtic de l'alcohol i la seva normalització social facilita un inici precoç en el consum de l'alcohol i sovint que està infradetectat. L'alcohol, per tant, es posiciona com la porta d'entrada habitual a trajectòries de consum més complexes i sovint associades amb comorbiditats mèdiques i socials molt significatives.

Per tant, tots aquests components podríem dir que estem en presència d'una situació multicausal sens dubte, però que comporta una sèrie de conseqüències també tant per a la pròpia persona, agreujada per una crisi de l'habitatge a Catalunya, agreujada perquè no tenim intervencions integrades des de l'àmbit social i des de l'àmbit sanitari, que fa que aquestes situacions es cronifiquin. I en l'augment derivat, precisament, de la crisi de l'habitatge de les persones que es troben en una situació de sensellarisme, entesa com aquestes quatre categories de sensellarisme, fa que la problemàtica a abordar ara mateix requereixi de «medides» urgents i immediates.

En aquest context que hem definit ara és on nosaltres fem una sèrie de propostes de millora o que creiem que ens podrien permetre abordar tot aquest fenomen multicausal en el qual ens trobem. I hem intentat poder classificar aquestes propostes de millora en propostes de caràcter preventiu. És a dir, jo crec que hi ha una sèrie d'accions que es poden portar a terme per evitar la situació de carrer de determinades persones, també es poden adoptar mesures que ens permetin detectar de manera precoç determinats trastorns mentals perquè no arribin a una situació més agreujada, com també la detecció precoç de l'inici en substàncies, bàsicament en drogues, no?

A partir d'aquí, entenem també que, independentment que sigui, com li diem ordinàriament, l'alcohol és una droga normalitzada, però al final no deixa de ser una droga, i, per tant, a l'alcohol posar-li aquesta especial atenció, sobretot en el jovent,

entenent bàsicament que és aquesta porta d'entrada normalitzada, infradetectada i que té un inici precoç absolut en les nostres comunitats actuals.

Bé, dins de les mesures preventives, creiem que la salut mental i les addiccions, que vindria a ser el tema d'estudi d'aquesta comissió, està molt vinculada a la crisi de l'habitatge. Per tant, una de les mesures preventives és l'accés a l'habitatge, és poder garantir l'accés a l'habitatge.

I aquí ens trobem ja... ens n'aniríem a un altre tema, no?, si abordàvem la crisi. Però aquí tenim, evidentment, augmentar el parc d'habitatge social, el poder facilitar tota una sèrie d'ajuts vinculats al lloguer i que aquests ajuts efectivament arribin a la ciutadania, com també poder trobar fórmules transitòries entre el que és un habitatge temporal fins a un habitatge més definitiu. Per tant, considerem que aquesta és una de les primeres mesures.

I aquí tenim un model, que a Catalunya s'han iniciat certes propostes vinculades amb el *housing first*. No sé si ho heu escoltat mencionar. És un model que el que proposa és, com el

Fitxer 05CESMA2

seu nom indica, primer l'accés a l'habitatge no condicionat i que a partir d'aquí és el primer pas que comporta tot un inici d'acompanyament socioeducatiu intensiu que permeti que la persona pugui transitar de la situació de sensellarisme, amb salut mental greu i addiccions cap a una millora tant en la seva situació social com en la seva situació de gestió de la malaltia mental i de la seva addicció.

El *housing first*, hi ha diversos models. Aquí tenim moltes formes de *housing first* en el que podríem habilitar. Hi ha experiències al Canadà, als Estats Units, a Dinamarca, en què s'han iniciat proves en relació amb aquesta metodologia i realment els resultats que s'han obtingut són realment indicadors que les persones inicien allí una baixa taxa de reincidència, disminueix el consum i realment s'inicia tot un procés de recuperació i rehabilitació de la persona.

Una altra «medida» preventiva seria, precisament, el adoptar accions de prevenció per a aquest diagnòstic precoç, de dues situacions. Per una banda, la part social, és

a dir, de les situacions possibles de sensellarisme. Quan tenim persones sobrevivents de violències masclistes, que veiem que tenen un risc de pèrdua d'habitatge imminent, doncs, evitar que aquesta persona pugui arribar a una situació efectiva de carrer i poder donar una solució social a aquesta situació. I per una altra banda, la detecció precoç també de malalties mentals, de trastorns mentals, com també del consum que pot comportar una addicció futura.

En relació amb les mesures d'atenció i seguiment, crec que hi ha també certes mesures que es poden adoptar d'una manera intermitja fins a arribar a un model de *housing first*, que seria el que ens agradaria, no? Com a mínim, des de la nostra experiència, ens agradaria poder arribar a un model de *housing first*, però considerem que hi ha també passos entremitjos, no?, que podria ser el poder comptar amb recursos socio-sanitaris especialitzats en l'atenció de persones en situació de sensellarisme, amb trastorn mental greu i addicció que ara mateix pràcticament no en tenim cap a tot Catalunya. A la ciutat de Barcelona comptem amb un màxim de cinquanta places, que poden atendre persones que es troben en situació de carrer amb consums actius.

La resta de persones no tenen cap recurs on poder presentar i on poder pernoctar i on poden tenir un lloc segur. Perquè la condició per poder accedir a aquest recurs és, precisament, l'abstinència, que una persona amb un trastorn mental greu i amb un consum actiu, doncs, és una condició impossible. I, per tant, creiem que, en aquest sentit, també es podrien augmentar aquest tipus de recursos per poder iniciar aquest acompanyament social, educatiu i sanitari que acompanyi aquesta persona a la seva recuperació.

També tenim el poder accedir de manera efectiva a determinades prestacions econòmiques, per exemple, a persones majors de seixanta-cinc anys que, pel sol fet, per exemple, de no tenir un empadronament –aquí podríem obrir un altre debat sobre també el poder accedir al padró–, també condiciona l'accés a drets de les persones en situació de sensellarisme, amb trastorn mental greu i addiccions, perquè la majoria dels ajuntaments a Catalunya no empadronen sense un domicili fix. I, a partir d'aquí, aquestes persones no poden tenir accés a una sèrie d'altres drets, entre ells, l'atenció sanitària que requereixen.

Creiem, a més, per no estendre'm més i poder donar pas també a les preguntes, que em sembla que podrien ser també molt interessants per poder continuar aquest debat. Creiem, per una altra banda, que la implementació de les polítiques públiques... Tenim, per una banda, una normativa que està en tramitació en aquest Parlament, que és la normativa sobre les persones sense llar, sobre les persones que es troben en situació de sense llar i que aquí es reconeixen una sèrie de garanties perquè aquestes persones puguin accedir a determinats drets.

Tenim una estratègia, un marc d'acció per a l'abordatge del sensellarisme en què es contenen certes mencions a les persones que es troben en situació de sensellarisme, amb un trastorn mental greu, amb una situació d'addicció i, per tant, creiem que el desplegament d'aquesta estratègia també és urgent, amb les mesures que en ell es proposen i que podria d'alguna manera iniciar la part de la prevenció i també la part de l'atenció i el seguiment que requereixen aquestes persones.

I per últim, també, la definició d'aquestes polítiques públiques que garanteixen aquest model integrat d'atenció social, sanitària i educativa que ens permeti realment una recuperació i rehabilitació de les persones que es troben en aquesta situació.

Moltíssimes gràcies per la vostra atenció i ara restem a la vostra disposició, tant jo com Àlex, que és el coordinador del *Servicio* de Reducció de Danys de Lluís Companys, que gestiona la Creu Roja. I estem a la vostra disposició.

Moltíssimes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies. Ara sí que ja seria el torn dels grups parlamentaris. Per als que és la primera vegada que ens acompanyeu avui, no us estranyeu si de la Mesa ens traslladem, però és que fem aquest doble barret. Així que, en primer lloc, tindria la paraula el Grup Parlamentari de Junts per Catalunya i la diputada Ariadna Urroz té un temps màxim de tres minuts.

Ariadna Urroz Segura

Gràcies, presidenta. Aquesta intervenció per part del Grup de Junts per Catalunya l'havia de fer la meua companya, la diputada Rosa Jové, que és la portaveu en aquesta comissió i que és l'experta en salut mental que tenim al grup, però avui no

ens ha pogut acompanyar. Així que jo intentaré, en la bona mesura, intentar donar veu a les seves paraules.

En primer lloc, agrair-vos molt, a Creu Roja, la vostra compareixença que ens heu fet avui en aquesta comissió, però sobretot tota la feina que feu i que avui ens heu pogut exposar detalladament en matèria de sensellarisme, addiccions i salut mental que, evidentment, com heu dit, són tres termes que van interrelacionats completament.

Compartim que l'habitatge no és només un espai físic on poder pernoctar i dormir, que afecta directament la salut de les persones. Jo crec que això és indiscutible per part de tothom. Crec que si li preguntem... o avui mateix a Catalunya el principal problema que té tota la societat és l'habitatge. Quant això, a més a més, ho sumem amb addiccions i amb problemes de salut mental, evidentment, aquesta encara és una complicació molt més gran.

Des de Junts per Catalunya també volem recollir el guant de totes les propostes que avui ens fèieu en aquesta comissió. Parlàveu de mesures preventives, però també de mesures d'atenció i seguiment i, per tant, des d'aquí estudiar també tot el que ens heu comentat avui. Tenint clar que en l'abordatge d'aquesta matèria cal aquesta triple vessant que vosaltres també comentàveu, que és una vessant social, però també una vessant sanitària i una vessant educativa. I, per tant, que necessàriament s'han de treballar les tres per poder abordar aquest problema.

Comentàveu també la mancança de dades contrastades en matèria de sensellarisme. Nosaltres també compartim la necessitat de poder-les tenir per poder-ho abordar també amb moltes més garanties. I, en aquest sentit, sí que us volia preguntar, en la vostra experiència, com afecta el biaix de gènere i també d'edat de les persones sense llar que ateneu? Com ho viviu? Si podeu una mica aprofundir en aquest tema jo us ho agrairia molt.

I també parlàveu de l'estigma. I, en aquest sentit, també des de Junts per Catalunya una mica preguntar-vos com podem ajudar-vos o com podem entre tots com a societat poder treballar per combatre aquest estigma que, evidentment, en casos d'addiccions i salut mental, i en matèria d'habitatge, com dèiem abans, s'agreuja encara més.

Per tant, una mica aquestes són les tres preguntes que volíem adreçar-vos. I, de nou, agrair-vos molt la compareixença d'avui i posar-nos a disposició.

Gràcies.

La vicepresidenta

Moltes gràcies, diputada. Ara té la paraula el Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana de Catalunya, té la paraula la senyora Najat Driouech Ben Moussa.

Najat Driouech Ben Moussa

Moltíssimes gràcies, vicepresidenta. En primer lloc, també donar-vos les gràcies per aquesta intervenció i aquestes valuoses aportacions o propostes que ens heu fet al final de la vostra intervenció.

Nosaltres, des d'Esquerra Republicana, compartim pràcticament tota la vostra intervenció i també ens convida una mica a reflexionar tots plegats i plegades que, realment, com a societat a qui li estem donant l'esquena, no?

Vostès ens han dit que hi ha manca de dades. Creiem que hem de poder millorar aquesta manca de dades, perquè sense dades reals és difícil poder planificar qualsevol tipus d'actuació. I, per això, la pregunta que els hi volíem adreçar és com podem millorar aquesta, diguem-ne, capacitat de generar dades reals, territorials i, si és possible, també, com ha dit la companya que m'ha precedit, segregades per sexe, edat, etcètera.

L'altre tema que també creiem que és important, vostès han situat la manca de seguiment que fa... el fet de viure sense tenir un domicili fix fa que et vas movent, fa que et desconnectis de molts serveis i, en especial, dels serveis socials, i això fa que no hi hagi un acompanyament, un seguiment, etcètera. La nostra pregunta és com podríem millorar aquesta situació, que de cop i volta deixis de tenir un referent i que, segurament, per poder reconduir la situació necessites aquest referent estable.

Vostès també han dit, i ens preocupa, que l'alcohol és un dels elements que més preocupa, sobretot a la franja jove, perquè genera una addicció ràpida, però també silenciosa. Ens agradaria saber quines propostes ens donaríeu més enllà de la que heu dit per poder fer aquesta prevenció, sensibilització i educació prèvia perquè acabem també visualitzant que l'alcohol també pot ser motiu d'addicció.

També vostès ens han parlat de com el seixanta-set per cent, si no estic equivocada, que és el que m'he apuntat, de les persones que tenen salut mental i que es troben al carrer, el motiu és per l'habitatge, si no ho he entès malament. A nosaltres ens agradaria saber, i vostès ho han apuntat molt bé, que potser s'hauria de fer un treball previ, no?, que si sabem que una família serà desnonada, com podem treballar aquest acompanyament previ.

A mi m'agradaria saber com es treballa això o com tenim en compte la infància, la infància de moltes famílies que cada cop més es veuen obligades a quedar-se sense un habitatge i que, en molts casos, els infants acaben estant amb familiars i la mare i el pare, en algun cas, sense llar o dormint en un cotxe. M'agradaria si ens poguessin, per exemple, detallar aquest tema, amb la perspectiva d'infància en aquest sentit.

Moltíssimes gràcies.

La vicepresidenta

Gràcies, diputada. Ara és el torn del Grup Parlamentari del Partit Popular, té la paraula la diputada senyora Belén Pajares Ribas.

M. Belén Pajares Ribas

Moltes gràcies, senyora vicepresidenta. Bon dia a tothom. Jo vull agrair la compareixença de la Creu Roja i, a més a més, les seves explicacions, que, de fet, són fruit de la seva experiència i del treball que desenvolupen dia a dia.

Unes explicacions molt concretes, la veritat, i molt detallades, que, a més, jo anava apuntant coses per preguntar, però vostè mateixa m'anava responent sobre una situació que, la veritat, és que és com una roda, és un peix que es mossega la cua. El sensellarisme, salut mental i addiccions acaba sent una roda que és complicat, entenc, que és molt complicat sortir d'això.

Una de les coses que jo volia preguntar-li és o era la xifra real de persones. Vostè ens ha parlat d'unes 39.000, de les que estan detectades, que era al voltant de 4.700, la detecció ha estat només d'un primer contacte o hi ha seguiment d'aquestes persones? Per poder anar veient si s'incrementa o si, d'alguna manera, l'esperança

és que baixi. Ja entenc que no... que és complicat. Però veure una mica si hi ha, si es fa un seguiment dels casos i si vostès ho saben.

Una altra de les preguntes era el tema del consum de tòxics. Entenc que... Vostè mateixa ja ho ha explicat, l'alcohol és el més fàcil d'adquirir, per tant, entenc que serà el número u dels consums tòxics.

I després una altra pregunta que també tenia apuntada és, quan entra en el sistema sanitari, que entenc que és complicat, no tan sols per un tema d'empadronament, sinó per un tema de la pròpia situació conflictiva, quina és la resposta? Queden, o sigui, es queden en el sistema d'alguna manera? Marxen? Volen seguir? Una mica des del punt de vista de la seva experiència.

M'ha semblat escoltar que parlaven d'automedicació. I m'agradaria que en això també ens aportés alguna cosa més. Perquè, avui en dia, també és complicat accedir a determinats medicaments. Per tant, potser aquí parlem, a lo millor, de receptes falses o d'algun tipus de mercat per poder accedir a determinades substàncies? Perquè ja entenc que no parlem potser de Gelocatils, per dir alguna cosa, val?, sinó d'alguna cosa més.

I després, de les propostes de millora, doncs... Bé, ja me les he apuntat totes.

Fitxer 05CESMA3

I m'agradaria saber també l'edat mitjana. L'edat mitjana de les persones. Si hi ha hagut, si veien que hi ha algun moviment en els trams. Si cada vegada, jo penso, la meva opinió, eh?, que potser ens trobem amb la franja més jove, que comencen a entrar en el sensellarisme, però també la de les persones grans. O sigui, que potser estem en els dos extrems. Pregunto, eh?, des de la meva ignorància.

Gràcies, senyora presidenta.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, diputada. Ara seria el torn del Grup Parlamentari de Socialistes i Units per Avançar i tindria la paraula la diputada Sara Jaurrieta.

Sara Jaurrieta Guarner

Gràcies, presidenta. Bé, molt bon dia. I, en primer lloc, vull agrair a la compareixent d'avui de Creu Roja, la senyora Bárbara Loreto, la seva intervenció. Molt interessant, la veritat. Jo volia centrar-me, sobretot, en l'apartat de propostes que feia. Aquí es tracta d'abordar, entenc jo, també les desigualtats socials, no? I, per tant, suposo que també dins del sensellarisme, doncs, hi ha l'element de les desigualtats socials.

Llavors, de les dues coses que he anotat, la primera, sobre el diagnòstic precoç, que crec que aquí hi ha una xarxa que s'hauria de reforçar. Però aquesta xarxa en si existeix, perquè hi ha des dels CAS, el CAP. Vull dir que podríem emetre alguna detecció precoç per... I es tractaria de reforçar aquesta estructura. Una detecció precoç per actuar abans de temps, no?

Jo em volia centrar en la proposta que feia de model *housing first*. Aquesta és una idea que va sortir en l'anterior sessió també i, per tant, es va tocar aquest tema. Vostè feia referència a Canadà, allà ens deien Finlàndia o així. Per tant, entenc que això forma part dels països nòrdics, països on els impostos tenen una recaptació major que aquí, no?, que aquí estem per sota de la mitjana de la Unió Europea i, per tant, des del nostre punt de vista, hauríem de poder avançar una miqueta més en l'esforç fiscal aquí per poder fer front a reptes com aquest. Però així com en l'altre element l'estructura existeix, això està per construir, no? O sigui, tot lo del *housing first* aquí hi ha molt camí per recórrer i hi han bases per poder créixer en això.

Jo li volia preguntar si té coneixement de com està articulat i com es podria desenvolupar això. És a dir, la qüestió de la construcció dels habitatges, de la gestió. Això, pel coneixement que vostè té, és una qüestió només de l'Administració Pública, participa el govern local o també el regional, autonòmic, federal o a nivell del govern central? Col·laboren d'alguna forma també entitats, entitats del tercer sector o entitats que treballen i, per tant... És a dir, tota la qüestió dels recursos amb què es podria fer això, una mica com es podria fer, donar passes endavant en això o fent algunes proves pilots.

I en parlava com un element de trànsit entre l'habitatge definitiu i la manca més primordial. Quins resultats hi ha sobre això? És a dir, realment hi ha un percentatge, ni que sigui un deu per cent, que després pot obtenir, arrel de viure amb aquest grau

d'independència i amb una llar, de donar el salt i compartir en un futur habitatge amb altres persones en el mercat privat, això contribueix a trobar feina?

Bé, sens dubte, és un tema absolutament interessant. I de la mateixa forma que s'estan donant passes endavant amb el tema de l'habitatge en diferents nivells, crec que també específic en tema sensellarisme s'ha de posar, sens dubte, sobre la taula.

Moltes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, diputada. Ara ja entrariem en el bloc d'intervenció dels experts que ens acompanyen. I, llavors, començaríem, en primer lloc, per Barcelona Salut Mental i li donariem la paraula a la senyora Agustina Ureña Hidalgo.

Agustina Ureña Hidalgo (en representació de BCN Salut Mental)

Molt bé, moltes gràcies. Bé, primer de tot, agrair-vos l'excel·lent exposició que heu fet, diguéssim, d'aquesta situació que jo crec que l'heu dibuixat amb tota la seva complexitat, no? El sensellarisme, però lligat amb el trastorn mental, amb les addiccions i amb aquesta visió també de diferents modalitats de mal habitatge o sense habitatge, no?

I, per tant, és difícil fer preguntes perquè, a més a més, heu fet l'exposició i heu presentat, d'alguna manera, propostes, no? Però m'agradaria saber la vostra opinió, perquè heu fet referència a la necessitat d'un abordatge integral, de continuïtat, amb aquesta dimensió social, sanitària, educativa. Però tot això es produeix en un context on funcionem amb xarxes molt separades i moltes vegades poc connectades.

Hi ha la xarxa de salut mental amb la xarxa de toxicomanies, jo crec que hem avançat molt, però encara queda molta feina per fer, no? I tot el sistema sanitari amb tot el sistema de serveis socials també hi ha molta connexió, però també a vegades la dificultat és bastant gran. I després hi han totes les entitats més del tercer sector, etcètera.

Què podríem fer perquè realment poguéssim garantir una atenció articulada amb un pla de treball únic, amb continuïtat, més enllà que la persona canviï de servei, el seu pla de treball l'hauria d'acompanyar en tot aquest procés, no? No cada vegada punt de partida zero i tornem a començar un altre cop. Perquè anem afegint complexitat

a una situació ja complexa i de molta vulnerabilitat. Res, voldria saber la vostra opinió.

Moltes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies. Ara seria el torn, en representació del Consorci de Salut i Social de Catalunya, de la senyora Rosalia Serra i Calm.

Rosalia Serra Calm (en representació del Consorci de Salut i Social de Catalunya)

Hola, bon dia a totes i a tots. Primer de tot, gràcies a la Creu Roja per l'exposició que ens heu fet, en especial a la Bárbara per tot el context i propostes que ens has presentat avui, també a l'Alejandro per acompanyar-nos.

Del context, jo volia destacar un missatge que ja has donat, però que jo crec que és important remarcar-ho, que l'habitatge forma part dels determinants socials de la salut, que, com sabem tots, representen un vuitanta per cent dels factors que influeixen en la salut de les persones, per la qual cosa, juntament, a l'igual que amb educació, renda, ocupació, formen part d'aquests determinants socials de la salut, per la qual cosa és important prioritzar i abordar-ho, especialment en aquests col·lectius que ens ocupen en la comissió d'aquí, que són les persones amb problemàtiques de salut mental i també amb addiccions. Això, pel que fa al context, creia interessant que s'havia de remarcar el fet que és un vuitanta per cent, mentre que el sistema sanitari ocupa el vint per cent, no?

Llavors, quant a les propostes, ja s'ha preguntat, però jo també volia fer incís en aquest model de *housing first*, explicar-nos una miqueta més bibliografia, experiències nacionals i internacionals al respecte. Una mica com ho podem operativitzar aquí a Catalunya i posar-ho en marxa.

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Serra. Ara li donaríem la paraula, en representació de l'Associació Encaix, a la senyora Victoria Monell.

Victoria Monell Renart (en representació de l'Associació Encaix)

Bon dia. Moltes gràcies. Afegir-me als agraïments per l'exposició i les propostes que han fet. Jo volia, per una banda, reforçar alguns dels temes que heu anomenat i que ja van sortir també a l'anterior sessió, que és aquesta necessitat de dades contrastades. Estem totalment d'acord amb què, bé, ho anem fent de manera individual, però no hi ha aquestes dades. Per tant, reforçar aquesta necessitat.

Per altra banda, també reforçar aquestes necessitats de suport als habitatges, no és només necessitat d'habitatge, que també, sinó també aquests suports, tant amb la mirada preventiva, com deia, perquè la persona pugui mantenir-se al domicili, com sinó també per poder mantenir-s'hi.

I després també volia reforçar la necessitat, i ho ha comentat ara la Tina, de fer aquesta integració de xarxes, no? Ens trobem amb exemples concrets com que a la Taula d'emergències determinades persones que tenen un trastorn mental i tenen una mesura de suport a la capacitat jurídica no hi poden accedir. Llavors, és aquesta necessitat, reforçar aquesta necessitat d'aquestes integracions.

Llavors, volia demana-los si tenien més detall de dos temes que ha comentat, que és aquestes rigideses de criteris, com el que ha comentat, no?, que una persona si no està en situació d'abstinència no pot accedir a determinats recursos. O al revés, en un recurs de salut mental, si la persona té un mínim consum ja també està exclosa, no? Llavors, si tenen a veure més detall d'aquests criteris que s'haurien de revisar.

I un segon punt va en referència també a l'empadronament, que si també tenen més detall de les implicacions del fet de no tenir empadronament, quines conseqüències més concretes té en les vides de les persones.

I, per últim, volia fer una pregunta, si tenen dades de persones que en el procés de desinstitucionalització psiquiàtrica, no?, que estaven en una unitat de llarga estada, i que en el procés de desinstitucionalització es promou que visquin a la comunitat, si tenen dades de quantes d'aquestes persones acaben al carrer.

Moltes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Monell. Ara seria el torn del Fòrum de Salut Mental i tindria la paraula el senyor Enric Arqués Martí.

Enric Arqués Martí (en representació de Fòrum de Salut Mental i Addiccions)

Moltes gràcies, presidenta. Moltes gràcies per l'aportació. M'ha semblat molt interessant, ho coneixia, però ha estat molt ben explicat el concepte ampli de sense llar. I aquí sí que hi ha una cosa metodològica que m'interessaria, no qüestiono la xifra, sinó com s'arriba a la xifra, perquè realment pot ser un tema interessant per al futur.

També em queda clar, ja ho sabia, però ho ha explicat molt bé, que és una interrelació, interacció d'altíssima complexitat. He tingut una imatge que a vegades ho fem tot bidireccional amb un plànol, igual és en tres dimensions, no?, salut mental, addiccions, sense llar, determinants socials.

De totes maneres, també ha quedat clar, s'ha d'abordar de manera integral. I la meva pregunta i la meva reflexió pregunta és que amb l'estructura tecnicoadministrativa actual és pràcticament impossible. És a dir, que, en realitat, si pensem en barreres i en facilitadors, aquestes situacions complexes –n'hi ha d'altres, eh?– és molt difícil.

Per exemple, només una pregunta que algú em contestarà, l'únic recurs socio sanitari existent a la ciutat de Barcelona, de qui depèn, qui el finança, és fix? Quan és socio sanitari, és socio sanitari? Posa diners Salut, ajuntament? Com es fan aquestes coses?

Perquè em temo que són excepcions. M'explico? Són coses extraordinàries d'alguna manera. La qual cosa assenyala que la manera d'estructurar la intervenció pública pot formar part del problema de les barreres, o almenys és una reflexió per a situacions complexes.

Després també quants pisos hi ha ara per a atenció als sense llar a Catalunya? Tenen la xifra? I amb *housing first*... Perquè *housing first*, al final, era abans s'esperava que la gent es fes abstinent i llavors: ...«puede usted ir al piso». Igual que, això ja no és tant així, fa molts anys «no, no, si tens una addicció no pots venir al servei». No, no, sent de Salut mental. Això s'està... Que és una manera de barrera que teníem nosaltres.

Que és un follón i vosaltres ho sabeu i jo també ho sé. Estem a Hàbitat3, estem en pisos d'aquest estil i no és senzill. Els consums actius ni... en fi. Però és una barrera. I aquí sí que es va fer un esforç tècnic, professional de dir: «Escolta'm, no posem, no siguem part del problema», perquè no podem esperar que algú deixi les drogues i després ja li donarem un pis. Si li donem un pis, igual té algun incentiu per intentar deixar les drogues.

És molt interessant aquesta cosa que també podria ser, és clar, tècnicament és més fàcil canviar les coses. Bé, no ho sé, també té les seves dificultats. I suposo que algú amb alguna situació conflictiva que també passa a vegades deu dir: «I com ho fem això?» Però potser aquestes barreres a l'Administració es podrien plantejar, perquè, efectivament...

Ja està, bé, tenia alguna cosa més, però, d'alguna manera, si aquestes barreres de l'estructura administrativa, política, operativa, doncs, serà molt difícil abordar.

Bé, últim, Hàbitat3, que estem presents *varios* de les directives, que va néixer per donar *hogar*, que no és un sostre, és un *hogar*, que és diferent. Així ho deien els *triestinos*, que un dels eixos de la recuperació clara era el *hogar*. Hòstia, ens està costant molt la prioritització d'aquests col·lectius a l'activitat, estem construint i fent... Estem molt contents que existeixi, d'haver col·laborat, però està costant que hi hagi una acció de discriminació positiva cap a aquests col·lectius. Perquè té tanta necessitat la gent d'un pis assequible, d'un pis..., que ens està costant. Això em comença a preocupar.

Fitxer 05CESMA4

Perquè no sé si la gent ens donarà suport a accions de discriminació positiva per a la gent sense llar. No sé si m'explico.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyor Arqués. Ara tindria la paraula, en representació de la Federació Salut Mental de Catalunya, la senyora Marta Poll.

Marta Poll (en representació de la Federació Salut Mental de Catalunya)

Hola, moltes gràcies. M'afegeixo als agraïments. M'ha resultat molt interessant. I m'ha resultat molt interessant com heu conceptualitzat el sensellarisme, no? Perquè en l'imaginari públic, segurament, la idea és una i vosaltres ens heu plantejat un escenari molt diferent i que també aporta reflexions en aquest sentit.

Fa uns dies comentàvem, en el marc d'un espai de treball que tenim conjunt, si era un fenomen més urbà que rural, no? És clar, si l'entendem des d'aquesta dimensió que vosaltres heu plantejat, la meua pregunta era aquesta, no?, com ho situaríeu? Si realment tenim reptes a aquest nivell també en tot el territori o si realment és un fenomen que possiblement té un component més urbà?

L'altra cosa que us volia preguntar, ja us han fet moltes preguntes de les que tenia apuntades, no les repetiré, però sí que us volia preguntar... el tema del *housing first*, és que fa tants anys que sentim parlar d'això, no? Jo recordo que fa una pila d'anys que semblava que era una cosa molt innovadora, que ens havia de donar com molt bones respostes a la complexitat, no?, que en salut mental treballem amb complexitat.

Llavors, realment vosaltres heu plantejat que s'ha desplegat molt poc a Catalunya, si ho he entès bé. Volia saber exactament quins límits són els que ens estem trobant per poder desplegar una iniciativa que en altres països s'ha anat desenvolupant d'una forma com molt més sostinguda en el temps, no?

L'altra cosa que us volia preguntar era el mateix, en el sentit, heu dit que aquesta tipologia de recursos socio-sanitaris és indispensable i que en tenim poquíssims també. Bé, una mica també quines dificultats estem trobant per poder desplegar totes aquestes iniciatives que és evident, no? que està contrastat que tenen bons resultats.

I l'última cosa que us volia comentar és si la llei de sensellarisme que s'ha d'aprovar, creieu que recull totes aquestes propostes de millora que heu assenyalat? Si té limitacions aquesta llei? Si realment és una aposta que ens pot permetre avançar en totes aquestes propostes que vosaltres ens heu traslladat? I quines són aquelles qüestions que creieu que o imprescindibles que s'implementin de manera més urgent, vinculades a l'aposta que tenim en el marc de la llei, eh?

Moltes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Poll. Ara, en nom o en representació de La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials, tindria la paraula la senyora Pepa Romero Aznar.

Pepa Romero Aznar (en representació de La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials)

Hola, bon dia. Me sumo també als agraïments de la vostra presentació i, d'alguna manera, per fer-nos palès el que està passant, aquesta realitat. No em repetiré perquè els companys ja han fet bastantes aportacions, no?

Amb el tema de l'abordatge integral, què en penseu vosaltres de com pot influir l'aprovació de l'agència d'atenció social i sanitària? Com pot influir, no? Que pogués ser també un dels pilars dintre dels seus eixos d'actuació, de com poden, d'alguna manera, intervindre justament per a això, per a aquesta atenció integrada.

Perquè normalment aquestes persones quan entren en el sistema, perquè en un moment o altre entren, però després quan marxen desapareixen del sistema. Amb la qual cosa, crec que s'ha de buscar alguna fórmula, tot i que no tinguin un lloc fix, per poder-los fer aquest seguiment i que ells puguin tenir l'oportunitat també de poder tenir un major accés, no? Perquè normalment són persones que quan accedeixen, depenent sistema de salut o sistema social, normalment són «rechassats», no?, vull dir, són exclosos.

I lligant una mica amb això, també, com creieu que podem abordar l'estigma no tan sols en la societat, sinó dels propis professionals també? I aquí em quedaria. Si contesteu tota la resta, ja estaria per acabada.

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Romero. Ara tindria la paraula, en representació de la Federació Catalana de Drogodependències, la senyora Àngels Culteras Mestre.

Àngels Guiteras Mestres (en representació de la Federació Catalana de Drogodependències)

Guiteras, Guiteras. Que jo sé que costa lo meu, però no passa res, no passa res. Bé, doncs, moltes gràcies per la vostra intervenció, Bárbara, i com a Creu Roja. O sigui, ha estat fantàstica. Crec que no és fàcil i en un espai curt de temps has pogut reflectir d'una manera important què està passant i quina és la situació. I complementa molt també el que ens van estar explicant en la sessió anterior, que també era sobre habitatge. I les companyes, doncs, també hi havia moltes de les propostes, bé, que la majoria estan compartides amb les que vosaltres, com a Creu Roja, feu.

En un tema importantíssim, que no ens desanimem, estem aquí un cop cada quan ens toca en aquesta comissió, perquè encara que som pocs, tot això queda gravat, eh? I llavors, bé, és una mica aquest picar pedra que les entitats socials també, conjuntament amb el paper que fan els polítics, doncs, anem avançant cap a millorar la situació. La companya em deia que «no us assusteu». No, estem ja ...curados de espanto..., nosaltres.

Bé, jo alguns comentaris i després també una pregunta a fer-vos com a Creu Roja. Bé, el comentari, com a Federació Catalana de Drogues, a nosaltres ens agrada... consum de substàncies, consum de tòxics... no, escolta, parlem de drogues. L'alcohol és una droga. I, per tant, doncs, les drogues tenen unes característiques que són que totes produeixen dependència psicològica i totes, algunes d'elles, perdó, poden produir dependència també física.

Fem aquesta burxada, perquè, com sabeu, aquest model d'intervenció, que heu explicat d'una manera, de veritat, molt clara, és el que portem també des de la Federació Catalana de Drogodependències dia a dia, any a any, des de fa quaranta-cinc anys explicant, construint, intentant donar resposta a aquestes situacions que vosaltres esteu també explicant les persones que tenen problemes amb les drogodependències i que, a més a més, problemes de salut mental, problemes de sense sostre, etcètera, etcètera.

Per tant, com que aquest model comparteix perfectament amb el model de la Federació Catalana de Drogues i és un model, també com deia la companya de La Unió, dins del que pot fer el tema de la integració social i sanitària. I a mi el que em preocupa més és què és el que no es pot fer, lo que podríem no fer, que no anés

cap endavant aquest model, sinó que encara poguéssim anar cap endarrere. Tot i les dificultats, ens ha costat molt arribar fins aquí i, a vegades, doncs, aquesta manca de coordinació, hem de millorar, si una xarxa única, si no, si tal, bé.

Esperem que puguem posar sobre la taula que aquest és el model, no?, aquest model biopsicosocial, educatiu, tu també deies, comunitari i que no pot tenir només un únic enfocament. Per exemple, un enfocament sanitarista. Això, per una banda.

Les dades. Compartir també altres preguntes que us han fet i que crec que també són importants, tot i que hi ha una dada que és, per exemple, la ciutat de Barcelona, ens deien, 1.900, Arrels diu 1.900 que dormen al carrer i que tal. Escolta, hi ha, tu deies, cinquanta places per tal, tal, tal. Doncs, escolta, fàcil de poder millorar una mica amb els indicadors, fàcil de poder millorar una mica.

Es deia també en la sessió anterior la necessitat d'aquest acompanyament i la necessitat que això també estigui en cartera de serveis. Sí? En aquest sentit, després et faig la pregunta, però nosaltres veiem també des de les entitats de la federació i no sé si vosaltres com a Creu Roja, que teniu experiència en drogodependències, teniu experiència amb la gestió del SAIER també, amb serveis d'acollida, immigrants i refugiats, bé, i esteu aportant moltíssim com a societat civil organitzada, no? No sé si esteu veient en aquests moments, nosaltres sí que ho estem detectant, passos endarrere –passos endarrere–, amb manca de reconeixement, amb manca d'enfortir més i millor aquesta col·laboració públic social, públic d'iniciativa social, *non profit*. O sigui, si veieu més dificultats i més una tecnocràcia amb relació a com s'estan portant les polítiques públiques. Si això ho noteu o no, noteu, doncs, al contrari, un camp més ...mejor abonado. Perquè nosaltres sí que estem preocupats amb aquest tema. Això per una banda.

I, com a exemple, i la pregunta és aquesta que he fet ara, però com a exemple és, parlaves de l'empadronament, no?, o parlaven de l'empadronament. Doncs, és clar, diu: «No, és que ara no empadronem». Llocs on s'empadronava, «ara no empadronem». És clar, tu vas allà, dius: «escolti, però, aviam, com pot ser això, no?» Es clar, te diuen: «és que hi ha ...el efecto llamada». Llavors, jo dic: «Sí, és que hi ha ...el efecto llamada, el efecto competencial y el efecto... no tenir pressupost.»

...Efecto llamada..., te diuen: «no, és que venen de fora». És clar, ho farem nosaltres i vindran de fora. Efecte competencial, «és que a mi no em toca». I tot i que a mi no em toca, jo poso això, eh?, un SAIER. «A mi no em toca, eh?» ...Efecto competencial. I després te diuen: «És que és ...el efecto... no tenir pressupost». És que no tinc pressupost, no hi ha més pressupost, no tinc diners. Llavors, aquests efectes, efectes, efectes, però, és clar, la persona l'efecte és el que estem atenent dia a dia des de les nostres entitats.

Llavors, no creieu vosaltres, com a Creu Roja, que hi ha un pas enradere amb aquest reconeixement i amb aquest treballar més plegats per anar millor i per anar, sobretot, prioritzant les persones que més ho necessiten?

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Culteras. És que ho tinc escrit així.

Àngels Guiteras Mestres (en representació de la Federació Catalana de Drogodependències)

No et preocupis, no et preocupis.

La presidenta

Rectificarem l'error.

Àngels Guiteras Mestres (en representació de la Federació Catalana de Drogodependències)

Tota la vida porto: Guiteras, «g», «u», «i». I tota la vida dient el mateix.

La presidenta

Perfecte. Escolteu, tinc aquí també el senyor Edgar Viñals Rojas en.... Perdoni, és que no el veia entre els experts. Doncs, llavors, li donàriem la paraula, en representació de la Federació VEUS, al senyor Edgar Viñals Rojas.

Edgar Viñals Rojas (en representació de la Federació VEUS)

Sí, disculpi'm, he arribat uns minuts tard i m'han fet seure aquí. Bé, agrair de nou. Reforçar la pregunta sobre els criteris excloents, discriminatoris en els serveis pel fet

de consumir. Voldríem saber el vostre parer, la vostra valoració jurídica sobre aquesta definició de criteris excloents i com caldria resoldre-ho.

Heu fet menció també a –bé, vull agrair la manera d'exposar-ho–, les motivacions o les raons de per què les persones tenen consums actius i heu fet referència a la possibilitat de resistir les condicions de vida, de poder conciliar el son, de poder fer front a l'estrès crònic, als processos de malestar molt intens. Heu parlat d'un suport intens. Sabem que la majoria de persones que viuen al carrer han sigut víctimes d'agressions, de violències molt extremes.

La pregunta és, en aquest suport intens, com consideren... quin paper han de tenir processos d'intervenció orientats a reparar, a fer front a aquests quadres d'estrès posttraumàtic complex? Quin és el paper que han de tenir les intervencions en aquesta línia?

Moltes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies. I ara sí que donaríem també el torn de nou als compareixents per poder respondre a les diferents preguntes que hem plantejat tant els experts com els diputats i diputades. Així que la senyora Bárbara Loreto Díaz Santis tindrà un temps màxim de deu minuts per poder respondre a les preguntes.

Bárbara Loreto Díaz Santis (coordinadora de Creu Roja Catalunya)

Bé, en deu minuts faré el que pugui. Però, bé, primer de tot, agrair-vos l'interès i, evidentment, tot el reforç, que moltes de les persones expertes han pogut reforçar certes idees en relació amb aquesta problemàtica, i també, evidentment, les preguntes.

Jo intentaré donar una resposta una mica elaborada, incloent tots els diferents punts que aquí s'han plantejat. I donaré la paraula a l'Àlex, que és una persona més... que té l'experiència de l'atenció de primera mà de les persones de què estem parlant, perquè pugui donar certs detalls sobre temes que s'han plantejat aquí relacionats amb l'estigma, amb el gènere, amb el tema de quan podem accedir els criteris aquests excloents com afecten en tot el procés d'atenció, seguiment i recuperació de les persones.

I també una mica de com afrontem, d'alguna manera, aquest procés de recuperació quan les persones viuen en aquestes situacions d'un estrès permanent, de situacions de violència extrema, important, reiterada i continuada, perquè la situació al carrer representa una situació d'inseguretat en la qual estan sotmesos constantment a situacions de violència extrema i, per tant, com ho podem afrontar quan nosaltres fem aquesta atenció. I també les situacions climàtiques extremes també, fred extrem, vent, bé, els Ventcat.

I que d'alguna manera, recordant això,

Fitxer 05CESMA5

aquestes situacions de recent emergència que estem tenint també visibilitzen totes aquestes situacions, perquè, de cop, ens adonem que necessitem obrir determinats recursos, perquè, ostres, és clar, és que tenim 4.000 persones al carrer que no tenen aquest lloc on poder recollir-se d'un Ventcat, per exemple, una cosa tant..., que no podem estar al carrer. Però, és clar, és que tenim més de 5.000 persones vivint al carrer, a la ciutat de Barcelona, a l'àrea metropolitana. *(Veus de fons.)* Detectada, és clar.

En el tema de les dades, sí que volia jo fer un incís en el tema de les dades. Quan parlem de les dades, les dades que jo he donat aquí són dades molt sectoritzades. No són dades globals. No hi ha una recollida integral amb una mirada. Què hauríem de tenir o com podem ajudar a tenir aquestes dades? Jo crec que hi ha una part important de comptar. Primer, entendre que aquesta és una problemàtica incerta a la nostra comunitat i, per tant, la intervenció comunitària és basal també per poder fer front a aquesta problemàtica, i no estem preparats per fer intervenció comunitària. Durant molt de temps, aquí, quan preguntaven, moltes de les preguntes són: «Què podem fer davant d'aquesta problemàtica? Quines barreres existeixen?»

La primera barrera és una barrera estructural. Una barrera social estructural. No només política, sinó que d'absolutament tota la població en general. Perquè la població en general no hem treballat de manera continuada les respostes comunitàries als fenòmens socials que tenim davant. Per tant, hem perdut la resposta comunitària, que jo crec que les nostres societats anteriors sí que

reforçaven la resposta comunitària. Nosaltres ens n'hem anat cap a una societat més tancada i individualista, que no dona respostes integrades ni respostes comunitàries.

També m'agradaria destacar que, en el tema que si és una problemàtica que es doni més en les ciutats o en l'aspecte rural, les dades només comptabilitzen les ciutats de més de 20.000 habitants. Per tant, no tenim cap dada en relació amb el context rural. No és que no existeixi; és que no en tenim cap dada. Perquè ja ni existeixen com a registre. Només es registra amb relació a les ciutats de més de 20.000 habitants. Per tant, aquí tenim tota una situació invisibilitzada i, és clar, al no haver-hi dades, jo, com a Creu Roja, tenim l'experiència de parlar amb autoritats que ens diguin: «No, jo no tinc situacions de sensellarisme al meu municipi. Per tant, no he d'habilitar cap tipus de servei.» Però nosaltres sí que estem atenent persones en situació de sensellarisme en aquell municipi. Per tant, és: «Ja, però nosaltres sí que les hem detectat.»

I també ens trobem amb persones que es troben en una situació de carrer per més de cinc o sis anys, que mai han estat ateses ni detectades per ningú i han estat al carrer durant cinc o sis anys. Per tant, aquí és evident que tenim una situació altament invisibilitzada en la que cal fer més i hi ha eines, prou eines, per poder fer ho. I, per tant, vinculada al tema del canvi social i estructural que necessitem per a l'abordatge d'aquesta problemàtica social, està molt vinculat també a la voluntat política. Què necessitem? Voluntat política. Però voluntat política de tothom. La voluntat política no és només dels polítics. Totes les persones som ens polítics. Per tant, totes les persones hem de posar aquesta prioritat.

Després tenim un altre gran tema, que és amb relació al que em preguntaves, de què pensem, que si hi ha un retrocés en les aliances publicoprivades. Entenem per publicoprivades la privada del sector social, no? Jo crec que aquí tenim una situació endèmica de no reconeixement del tercer sector. I aquí tenim una llei, també, que s'està tramitant al Parlament i que estem tots intentant que pugui tenir una aprovació ràpida en què es reconegui quin és el paper que té el tercer sector social en l'atenció de les persones i de les problemàtiques socials.

I necessitem urgentment, amb aquesta mirada comunitària, interseccionada i integrada, que no és el mateix que una resposta transversal. Donar respostes

transversals no significa donar respostes integrades i, per als fenòmens complexos que estem tenint ara a nivell social, que aquest és un. No tenim només aquest. En tenim molts més i els travessen diferents factors i barreres d'exclusió. Aquí ja no hem parlat res de l'origen, però si volguéssim obrim la porta a l'origen i ja se'ns desborda la problemàtica, no? No hem parlat específicament del gènere. Un altre component que també podria travessar tota aquesta situació i obrir-nos una sèrie de portes. La identitat sexual. Tenim una sèrie de condicions, factors socials, que no estem valorant de manera interseccionada i que, per tant, no ens permet donar una resposta que realment atengui la problemàtica social.

Per tant, com a Creu Roja, què necessitem? Necessitem una mirada transversal, una resposta integrada i interseccionada, amb tots aquests factors que estem parlant, i necessitem el reconeixement del tercer sector social com un actor clau comunitari en les respostes a aquestes problemàtiques. I necessitem que això es reforci, com una aliança. I això requereix voluntat. Requereix pressupost? Sí. Però és que si fem una anàlisi de cost-eficiència, que tampoc em donava temps en els quinze minuts, perquè ho he pensat també, però en cost-eficiència el Housing First –aquesta és una dada que us donaré, perquè no podré estendre'm més–, la dada demostra que, amb aquesta inversió que es pot fer en habitatge, la devolució que tenim en el cost-benefici per l'activació dels recursos d'emergència, és tan alta que, al final, sembla que estalviaríem.

Però, és clar, n'hem de ser conscients. Hem de fer aquests estudis econòmics. També necessitem inversió en aquests estudis que demostrin que realment, si invertim, la inversió social representa un estalvi en les polítiques d'atenció a les problemàtiques socials que tenim a dia d'avui. El que passa és que tenim respostes integrades. Què em sembla l'agència integral? Tenim moltes esperances, però què necessitem? Darrere de l'agència, requerim polítiques públiques que reforcin les respostes transversals, integrades i interseccionades, que realment es creguin en aquesta aliança públicoprivada social.

Però bé, necessitem que... Jo tampoc voldria donar una visió negativa de tot, perquè crec que hem avançat. Crec que hem de recuperar coses també, com aquestes intervencions comunitàries de què parlàvem, i crec que el capital social a Catalunya

existeix. Per tant, necessitem els espais per poder treballar d'aquesta manera integrada i interseccionada. I, Àlex, si vols complementar...

Alejandro Fernández Carli (coordinador ARD Lluís Companys Creu Roja)

Jo volia començar una mica explicant que Bárbara representa d'alguna manera els programes de tota Catalunya. Jo només represento un servei d'atenció amb el que tinc l'experiència, que evidentment és amb molta humilitat ho dic, però també és veritat que és un model d'intervenció que toca tres vessants molt importants. Que els professionals que treballen en aquests serveis, d'alguna manera estan especialitzats en salut mental, estan especialitzats en sensellarisme i estan especialitzats en ús de substàncies i, sobretot, per les vies que comporten més risc per a la salut de les persones que atenem, que sobretot són la via injectada i la via fumada.

Per tant, quan parlem del tema d'estigma, jo crec que hi ha moltes coses que hem de pensar com a model de societat i com a model de ciutat també. Com atenem i com ens apropem a les situacions de persones que estan en una situació de major vulnerabilitat. I, en aquest sentit, jo crec que el que jo detecto amb l'atenció sobre el tema de l'estigma i el tema del gènere, evidentment qualsevol cosa que com a societat rebutgem per nosaltres mateixos: la pobresa, tenir una problemàtica de consum de substàncies, patir una situació de vulnerabilitat, evidentment, moltes vegades les posem en les persones que veiem que estan en aquesta situació.

I aquest estigma està molt present. Jo crec que és molt important la formació dels professionals del sector sanitari i del sector social a l'hora d'apropar-se a aquest col·lectiu concretament, perquè comporta aquest col·lectiu molts anys de discriminació, d'estigma, tant sigui per l'ús de substàncies... Estem parlant de persones que no fan un ús de substàncies per una qüestió recreativa, sinó que d'alguna manera són persones que tenen un ús de substàncies amb una problemàtica que a vegades està molt vinculada amb el seu procés de socialització, el seu procés d'autoestima i el seu procés de construcció de la pròpia identitat.

I, per tant, jo crec que a això és molt important donar-li una mica de valor a l'hora de fer una intervenció, però també és veritat que aquestes persones comporten un estigma triple, que a vegades també és més complicat amb el tema del gènere, que,

evidentment, si socialment tenim un problema amb el tema de l'accés, moltes vegades, que tenen les dones a molts recursos o a molts serveis o a llocs dins de la societat, imaginem-nos que aquestes dones no només tenen el tema de ser consumidores de drogues, que d'alguna manera estan incapacitades per ser mares i a vegades pateixen una mica el tema de la situació que els ha provocat aquesta problemàtica d'abús de substàncies. Però també és veritat que comporten la problemàtica de l'estigma de la pobresa i també comporten moltes vegades l'estigma de la salut mental, que evidentment està present a tota la societat, però en aquest sector ho pateixen molt més. I, per tant, jo crec que és important pensar polítiques específiques per a l'atenció d'aquest col·lectiu, que, d'alguna manera, té tres vessants diferents i tres problemàtiques diferents.

Jo, amb el tema del gènere i l'estigma, també cada vegada més ens trobem persones del col·lectiu LGTBIQ+ amb problemàtiques d'ús de substàncies, amb problemàtiques de vulnerabilitat social i, d'alguna manera, també aquest col·lectiu té una altra problemàtica també d'estigma dins de la societat. I, per tant, crec que tenim molts reptes en aquest sentit.

I després volia fer algun aclariment amb el tema de l'ús de substàncies, jo afegiria, a més de alcohol, el tema d'antidepressius i somnífers, que també està molt present en la societat en general, però també en aquest col·lectiu moltes vegades és una eina per sobreviure al carrer dins d'unes condicions amb problemàtiques per dormir, per descansar correctament, amb moltes situacions de violència o amb molt patiment, que a vegades aquest tipus de drogues legals també afavoreixen el poder gestionar aquest tipus de situacions.

I volia afegir alguna coseta més. El tema de... Ara m'ha... Em sembla que és un tema... Els centres de reducció de danys jo crec que comporten un tema d'un apropament a una part de la societat amb moltes problemàtiques i que jo crec que ho han fet molt bé amb l'experiència de molts anys i que tenim molta expertesa. Però també és veritat que als serveis socials hi ha una mancança de recursos. Hi ha una mancança de recursos. Quan jo vaig començar a treballar fa catorze anys, una persona podia accedir a una plaça de CPA, un lloc per dormir en un espai comú. Podia arribar, apropant-se per la seva iniciativa. En tres nits, tenia la plaça. Ara, una

persona, per poder accedir a una plaça de CPA, de centre de primera acollida, ha d'estar un any i mig. Sis mesos al carrer per ser detectada i, d'alguna manera, reconeguda com a persona que viu a Barcelona i, després, la detecció. Tenir una persona de referent a nivell de serveis socials, sensellarisme. El que ara SOASS [#13:00] SIS-C set i quatre mesos d'espera de derivació.

És a dir, estem cronificant en any i mig qualsevol persona que es trobi o arribi al carrer. I no parlo de problemàtiques de consum de substàncies o de salut mental. Qualsevol persona que arribi al carrer: un any i mig d'espera per poder tenir un accés a un CPA. O sigui que jo crec que aquest és un dels reptes més importants, que és el tema de la cronificació de les persones que arriben al carrer. Perquè una persona que arriba al carrer, com més temps és el carrer, més problemàtiques tindrà de futur. I per poder sortir també. [#13:35]

La presidenta

Moltíssimes gràcies als dos compareixents. També recordar que, si ho creieu oportú, teniu també la possibilitat de fer-nos arribar per escrit qualsevol aportació o proposta que creieu que seria interessant que els grups parlamentaris puguem incorporar com a conclusions, que evidentment en aquesta comissió l'objectiu final és que puguem presentar un informe de conclusions i de ben segur –crec que parlo en nom de totes les companyes diputades i crec que també en nom dels experts– que qualsevol aportació serà molt benvinguda, valorada i intentarem que també s'incorpori en les conclusions.

Moltíssimes gràcies. Si us sembla, suspenem la sessió un minut per poder acomiadar els compareixents i també donar la benvinguda a la propera taula.

Gràcies.

(Pausa llarga.)

Fitxer 05CESMA6

Bé, tornem a reprendre la sessió, si us sembla. I així ja començaríem amb la següent taula, que és la darrera d'aquest matí.

**Compareixença d'una representació del Departament de Ciències
Polítiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra**

357-01181/15

I començaríem, en primer lloc, per la senyora o, millor dit, la doctora Margarita León Borja, que avui ens acompanya en representació del Departament de Ciències Polítiques i Socials de la Universitat Autònoma de Barcelona i la qual, evidentment, estem contents que avui ens acompanyi i comparteixi amb nosaltres tot aquest coneixement que tant necessitem en aquesta comissió. Així que, Margarita, quan vulguis.

Margarita León Borja (doctora en política social, catedràtica de Ciència Política i directora de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP) des del 2025)

Moltes gràcies. Un plaer. La veritat és que he de dir que jo no soc cap experta en salut mental, i així ho vaig traslladar a la presidenta l'altre dia per telèfon, perquè hi ha molta gent que en sap molt més que jo. O sigui que el que faré serà donar la visió més general de temes de salut mental en el conjunt de polítiques d'estat del benestar i de gestió de polítiques públiques. I després faré un comentari més enfocat al tema de la importància dels pactes i de la feina de les comissions parlamentàries per abordar problemes que són complexos i que tenen un recorregut molt llarg. Però això, crec que anirem de lo particular a lo general i després tornem a lo particular. És una mica estrany, però crec que, pel que he sentit abans, funcionarà així. O sigui que jo tinc quinze minuts i no m'allargaré massa. Si em permeteu, passaré al castellà perquè m'és més fàcil. Després, per descomptat, que podem tornar al català.

Yo, pensando un poco cómo orientar la intervención en estos quince minutos, con esta idea de que la salud mental es un tema muy específico, pero a la vez es el síntoma de un problema mucho más estructural, creo que es interesante hablar de los dos grandes paradigmas que estructuran los cambios de rumbo de los estados de bienestar en los estados actuales, en las sociedades contemporáneas. Uno es el de... Seguramente en las dos están más que familiarizados, pero no lo diré muy brevemente. Uno es el de la inversión social y el otro es el de las de las capacidades, de les *capabilities* de Martha Nussbaum y Amartya Sen.

La inversión social, la idea es muy básica. Es tener una orientación de estado de bienestar que no esté orientada hacia el consumo, hacia la intervención cuando los riesgos ya aparecen, sino que esté orientada hacia la intervención preventiva. Es así de fácil y así de complejo a la vez, porque es mucho más fácil decirlo que hacerlo. Pero es pasar de un lenguaje del gasto, de «tanto nos cuesta abordar un problema», al lenguaje de la inversión: «Si no intervenimos, estos son los costes asociados» a, por ejemplo, la cronificación de los problemas sociales en general.

Se dice rápido, pero realmente conseguir que el estado del bienestar en su conjunto se oriente en una dirección de prevención –de ex ante, no de ex post– es complejísima; es muy difícil. Y es tan difícil que al final lo que acabamos haciendo es mantener ese esqueleto

Fitxer 05CESMA7

clásico de estado de bienestar, ese esqueleto de estado de bienestar clásico que interviene cuando los riesgos ya se han producido. Trata de, digamos, amortiguar el impacto de los riesgos una vez que los riesgos ya han aparecido, y lo que hacemos son intervenciones un poco más quirúrgicas porque estas son mucho más fáciles, ¿no? Es decir, es mucho más fácil hacer políticas que creemos que son políticas de salud mental y las llamamos políticas de salud mental que tratar de averiguar cómo la infraestructura del modelo social y económico que tenemos interviene en la problemática de la salud mental. Esto es más difícil, pero creo que no hay que perderlo de vista.

Incluso, sí, una comisión como ésta necesita ir al detalle de los problemas, ¿no? Por lo que he escuchado esta mañana, necesita ir al detalle de aquellas personas y entidades que trabajan diariamente sobre los problemas de salud mental. Esta reorientación es necesaria porque el estado de bienestar clásico, digamos, diseñado para una época que ya no existe, nos sale clarísimo, es muy costoso. Cuando se dice «necesitamos más recursos», no necesariamente es que necesitemos más recursos; es que necesitamos reorientar los recursos. Por ejemplo, el coste de las bajas laborales por problemas asociados a la salud mental es costosísimo para la Seguridad Social, y esto es un síntoma de un problema que no abordamos, ¿no? Y

es, digamos, una manera clásica de abordar el problema cuando el problema ya lo tenemos, en muchos casos, en un punto de no retorno, ¿no? Es el fracaso de la política preventiva. No en todos los casos, pero en un porcentaje alto las bajas laborales son el fracaso de una de una política preventiva.

El internamiento en instituciones es otro ejemplo clarísimo; es costosísimo, es lo más costoso. Institucionalizar a unas personas es lo más costoso desde el punto de vista exclusivamente económico, pero también desde el punto de vista humano y social. O sea, las personas que son cuidadas en instituciones..., generalmente es un tipo de cuidado que aboca a la vulnerabilidad, y es lo contrario a una política preventiva. Se ha hablado antes..., he escuchado referencias a la desinstitucionalización. El paradigma de la desinstitucionalización lo que intenta es evitar la tutela directa por parte de la Administración, porque es una tutela que muchas veces lleva a la vulnerabilidad, al abuso, al daño de las personas. O sea que no estamos hablando de algo que realmente necesitemos recursos adicionales. Eso es un poco un mensaje, ¿no?, esto ya es muy costoso, desde todos los puntos de vista, pero también desde el económico. O sea que, a la hora de intervenir, me parece que esto es una... El lenguaje de la inversión creo que es un lenguaje eficaz porque quizá es más fácil encontrar el consenso que cuando hablamos desde, por ejemplo, el principio de la justicia social, que puede haber diferencias en los distintos partidos políticos en cuanto a la relevancia que otorgan a la justicia social.

O sea que esta lógica de la intervención cuando el riesgo ya ha alcanzado un punto de no retorno lo vemos en los sistemas de protección a la infancia vulnerable, en general; lo vemos en el sistema de atención a la dependencia, en general; del sistema de atención a las a las víctimas de violencia e incluso en el sistema nacional de salud. Yo haría una comisión parlamentaria exclusivamente alrededor de la problemática de las listas de espera y el coste de funcionar, de que todos estos sistemas funcionen bajo la lógica de la lista de espera, es decir, de la demora. Antes ha hablado el compañero de Cruz Roja de las consecuencias de la cronificación de los problemas. Cuando alguien acude a un sistema de atención, sea el que sea, y necesita uno, dos, tres años para que realmente se aborde el problema, quiere decir que esto..., se interviene muy tarde y se interviene muy mal. Y, en cambio, los sistemas entran en círculos viciosos, digamos. Escapar de ahí es como..., es muy

difícil. O vemos la foto más general de las consecuencias que tiene funcionar administrativamente bajo la lógica de la demora. Creo que sería muy importante. Además, esto pasa en un momento en el que se supone que tenemos, digamos, unas herramientas tecnológicas que precisamente tendrían que acelerar, no demorar.

Antes ha dicho la compañera de Cruz Roja que había un problema de voluntad política. Yo creo que, en algo tan técnico como las listas de espera, hay un problema de voluntad política importante. Es decir, que no estamos tratando las causas, en muchos sentidos, sino que estamos gestionando los síntomas, ¿no? Y creo que hay que moverse, no perder de vista esta necesidad de actuar con el microscopio sobre los problemas muy concretos, pero a la vez tener el gran angular de en qué medida el paraguas bajo el cual nos movemos es un paraguas que impide intervenciones eficaces y justas desde esta perspectiva.

El otro gran paradigma es el de la autonomía, como decía. Y este me parece importante mencionarlo porque hay un dilema: cuando se interviene de manera tan reactiva hay un dilema que está muy presente, me parece, en todos los sistemas de atención, que es el dilema entre la protección y la autonomía. Cuanto más extrema es la situación, es decir, cuanto más se ha llegado a un nivel de no retorno o un nivel de máxima vulnerabilidad, más difícil es proteger desde la lógica de la autonomía. Y, en realidad, la autonomía es un derecho que tenemos todas y todos, ¿no?, es decir, el derecho a poder decidir sobre nuestra vida es un derecho que tenemos todos. Y, en cambio, cuando estamos atendiendo a personas con mucho nivel de vulnerabilidad, lo que hacemos es proteger, pero muchas veces a costa de respetar la autonomía, la voluntad de las personas, que las personas puedan tener las riendas de su propio destino, ¿no? Precisamente, el paradigma de la desinstitucionalización parte de ahí, parte de intentar proteger desde el marco de los derechos, no desde un marco puramente asistencialista, que es el que tenemos cuando solamente trabajamos la perspectiva desde la protección. O sea que creo que no hay posibilidad de abordar el problema de la salud mental sin autonomía, y me parece importante destacarlo.

Yo recuerdo una vez una trabajadora social, que estábamos discutiendo la autonomía en el marco de niños y niñas que están en servicios de atención a menores, y ella me dijo algo que se me quedó, me dijo: «Bueno, cuando necesitamos rescatar a un cayuco que se está hundiendo, a las personas que rescatas no les preguntas si quieren ir a un barco grande, a un barco pequeño, si prefieren comer antes y qué quieren hacer. Lo que haces es las coges y las llevas a un lugar seguro.» Claro, cuando actuamos desde la lógica de la emergencia es muy difícil introducir derechos, muy difícil.

Y eso me lleva al siguiente punto que quería mencionar, que es la actuación en contexto permanente de crisis y de emergencia, que creo que es en el que nos hemos instalado. Creo que en el estado de bienestar, sobre todo cuando hablamos de vulnerabilidad social y cuando hablamos de pobreza, nos hemos instalado en el paradigma, en realidad, de la emergencia, de la actuación de la emergencia. Y el lenguaje de la emergencia es un lenguaje eficaz porque es una llamada a la acción, ¿no? Es decir, un parlamento puede tener unos niveles altísimos de polarización y, en cambio, cuando existe la necesidad de consensuar una actuación puntual por una emergencia, una causa sobrevenida, es mucho más fácil encontrar ese consenso. Pero no deja de ser un consenso puntual, ¿no? Y, además, es posible que ese consenso, a ese nivel, lo que está es evitando un consenso quizá más complejo, que es el que necesita pues el gran angular que decía antes o las luces largas o entender, digamos, el largo recorrido de las problemáticas y de los problemas sociales. La infraestructura de la emergencia es una infraestructura siempre frágil; en parte porque es muy costosa, como decía antes, pero por definición es una infraestructura frágil, y no nos permite ir más allá de un puro dique de contención.

Creo que..., y esto se ha dicho esta mañana, pero, obviamente, cada vez que hablamos de salud mental tenemos que hablar de desigualdad social. Pero, con esta lógica de la emergencia, es muy difícil hablar de desigualdad social. Hablamos solamente de vulnerabilidad; no hablamos de la raíz de la vulnerabilidad, que es la desigualdad social. Y aquí hay como dos..., hay dos opciones, ¿no?, quiero decir cuando tratamos abordar la desigualdad. Uno es el modelo más asistencialista, que es el que nos permite actuar pero que no es transformador, nunca es transformador.

El modelo asistencialista opera bajo la lógica de la asistencia, ¿no?, de ayudar a quien necesita ayuda, pero sin darle poder, ¿no? Quiero decir, tiene poco dilema político, desde mi punto de vista, el modelo asistencialista. Y otro, que es el modelo quizá más atrevido –para mí, políticamente, mucho más interesante–, que es un modelo realmente transformador, que es un modelo transformador.

Se hablaba esta mañana de la invisibilidad del tercer sector. La Taula del Tercer Sector en Cataluña representa un dos por ciento del PIB, es decir, es inmenso. Hay una cantidad enorme de entidades dedicadas a resolver todo tipo de problemas, relacionados entre ellos, por supuesto, ¿no? ¿Cómo puede ser esa invisibilidad? Bueno, porque, a pesar de que hay intentos por parte del tercer sector superloables y me parece que muy meritorios de innovar en las intervenciones, no dejan de actuar en un modelo que sigue siendo un modelo muy asistencialista. Es decir, es un modelo de delegación. No podemos resolver el acceso de las personas a, por ejemplo, la solicitud de manera ágil y fácil del ingreso mínimo vital o de la renta *garantida*: tenemos a las entidades que ayudan a las personas a acceder. ¿Dónde está el estado de bienestar en toda la población irregular, por ejemplo, que, según estimaciones, pues está, en España en su conjunto, cerca del millón de personas? En manos, cien por cien, del tercer sector, ¿no? Quiero decir que habría que interrogar, además de valorar una actividad tan esencial para la atención a las personas como la que hace la del tercer sector; creo que habría que politizar, o interrogar al menos, las barreras que existen, y que son barreras políticas, para que no sea una cuestión de delegación ni de externalización, sino para que se conviertan en actores principales en ese diseño del estado de bienestar del que hablaba al principio, ¿no?

Creo que otro –cinco minutos– tema que nos lleva a ese gran angular que decía al principio, pero que es un tema quizá difícil de abordar políticamente, pero que nos invitaría a tratar o a pensar en el problema de la salud mental fuera del ámbito de la salud mental, en políticas que no son políticas, específicamente, de salud mental, sería toda la reflexión en torno al modelo, digamos, de progreso en el que estamos, ¿no? Y esto parece como muy ambiguo, pero creo que la Cataluña de los 8 millones o la España de los 50 millones, tendríamos que interrogarnos por cuánta cohesión social alberga, ¿no? Si es un modelo de crecimiento económico que está muy

asentado en la precariedad, en la precariedad laboral, como es el caso, es un modelo que el efecto secundario de ese crecimiento es la falta de cohesión social, es el aumento de la desigualdad, de la vulnerabilidad y de la gran precariedad en la vida de todas aquellas personas, que son muchas, alrededor del veinte por ciento de la sociedad, que aportan con su trabajo, pero que eso no les es suficiente para tener una vida digna, ¿no? Es decir, que la pregunta de cuánta desigualdad somos capaces de tolerar creo que es una pregunta que hay que hacérsela aquí y hay que hacérsela fuera de aquí. Y, curiosamente, es un discurso que,

Fitxer 05CESMA8

quizá porque políticamente pueda estar contaminado, bueno, es incómodo de hacer, ¿no? Pero la pregunta de que hay un vínculo muy estrecho entre la precariedad y la salud mental y que tenemos un modelo que genera mucha precariedad creo que conviene hacérsela. Es un modelo que aumenta mucho las brechas entre quienes están bien y quienes están mal. Esas brechas, en todos los ámbitos socio-económicos, digamos, las observamos –en el ámbito laboral, en el ámbito de ingresos, de empleo, etcétera–, y hay quienes tienen más oportunidades y hay quienes cada vez lo tienen más difícil para alcanzar las oportunidades de los que están, digamos, al otro lado de la línea, y que, además, el estado de bienestar no llega. España es el país con la tasa de trabajadores pobres más alta de toda Europa. Es decir, son personas que acceden al mercado laboral y que eso no les garantiza unas condiciones dignas de vida,

Creo que esto entronca con algo que es muy importante y que se ha mencionado en la intervención anterior, que es la dimensión comunitaria, ¿no?, la dimensión territorial. Porque cada vez los problemas sociales más extremos no tienen expresión, digamos, de una manera..., no se reparten de manera equitativa en el territorio, ¿no?, sino que tienen concentraciones muy específicas. Entonces, esto nos llama a intervenciones que también tienen que ser intervenciones focalizadas en ese sentido, pero, sobre todo nos llaman a entender la importancia de la dimensión sobre todo comunitaria en la intervención en cualquier tipo de política – social, sanitaria, educativa o lo que sea, ¿no?

El último punto –y acabo–, que es el de la responsabilidad parlamentaria. A mí me parece fundamental que haya temas que son temas tan graves que necesiten un compromiso de país, y creo que el pacto en este sentido es muy importante, en ese sentido. Yo he dicho varias veces que, en un momento político en el que aumenta la incapacidad para entenderse entre distintas formaciones políticas, el lugar en el que se tienen que discutir las cosas son las comisiones parlamentarias, mucho más, digamos, que en los espacios más performativos de la política. Pero, a la vez, hay un problema, y es, digamos, que tengamos pactos que se queden en declaraciones de intenciones o a lo mejor en el desarrollo más normativo y que no acaben de tener una traducción en acciones concretas. Entonces, yo creo que aquí, además de tener este nivel más normativo, iría a tratar de intervenir sobre la gobernanza de los sistemas, no solamente del sistema de salud, insisto, ¿no? Porque, bueno, tenemos todavía... Las personas no viven en compartimentos administrativos, pero las políticas públicas funcionan de manera supercompartimentada. Ya lo sé, lo dejo aquí.

Muchas gracias.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, doctora León. La veritat és que jo crec que tots hem estat molt atents perquè era molt necessària una intervenció amb aquesta perspectiva més de política social. I jo li agafo el guant i la utilitzaré, si a vostè li sembla bé...

Margarita León Borja (doctora en política social, catedràtica de Ciència Política i directora de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques des del 2025)

Encantada. (*L'oradora riu.*)

La presidenta

...per a altres comissions, com la de l'àmbit social, la Comissió de Drets Socials i Inclusió, la Comissió d'Infància –ja ho parlaré amb la resta de portaveus–, perquè crec que seria interessant que aquest debat i aquesta reflexió també es puguin situar en un altre àmbit. Dit això, passariem ja a la següent intervenció, que avui ens acompanya també el senyor Ferran Muntané Isart, polític i investigador en

determinants socials de la salut del Departament de Ciències Polítiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra. També tindrà un temps màxim de quinze minuts.

(L'exposició va acompanyada d'una presentació de xarts, que es pot consultar a l'Arxiu del Parlament.)

Ferran Muntané Isart (polític i investigador en determinants socials de la salut, Departament de Ciències Polítiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra)

Moltes gràcies, presidenta. Bon dia. Jo vinc del Grup de Recerca de Desigualtats en Salut, que forma part del Public Policy Center, un centre de recerca del Departament de Polítiques de la Universitat Pompeu Fabra. Som un grup amb una llarga, llarguíssima trajectòria en l'estudi dels determinants socials de la salut i les desigualtats en salut. La meua intervenció es fonamentarà en dècades d'evidència acumulada en salut pública, epidemiologia social i, sobretot, en el treball que han fet de manera molt generosa i amb un grandíssim compromís algunes de les persones que han liderat aquesta trajectòria, com és el professor Joan Benach, de la Universitat Pompeu Fabra; com són el professor Carles Montaner, de la Universitat de Toronto, el Pablo Ruisoto, de la Universitat Pública de Navarra; tots aquells companys i companyes amb qui vam compartir espai a la Comissió d'Estudi de l'Impacte de la Precarietat Laboral a la Salut Mental del Ministeri de Treball i Economia Social, i també, i no m'ho vull deixar, moltíssims investigadors i investigadores que de manera anònima, molt sovint precària, posen el seu temps per estudiar i intentar transformar doncs les condicions de vida de les persones, no? Dit això, el meu objectiu és clar en aquesta intervenció: voldria evitar aproximacions reduccionistes quan parlem de salut mental i addiccions, intentar ser útil per orientar les intervencions a les polítiques públiques, identificar algunes de les vies d'intervenció més importants per combatre els problemes que ens ocupen en aquesta comissió. I voldria dir molt breument, no?, que ens trobem en una situació de crisi de salut mental, no?, i això a vegades sembla pura retòrica. No és retòrica. El mateix pacte nacional de salut mental estima, a través de dades de l'OMS, que el tretze per cent de la població catalana, 1 milió de persones, estan afectades per algun trastorn mental, i, amb dades del Departament de Salut, que el vint-i-quatre per cent de les persones majors de quinze anys declara tenir malestar emocional.

Tot això sense comptar amb el degoteig constant de persones, moltes de joves, que es suïciden cada dia al nostre país.

I voldria lligar-ho, abans de començar, amb una reflexió de Gabor Maté, que deia: «Bona part del que passa per normal a la nostra societat no és ni sa ni natural. El principal impediment per fomentar un món més sa, fins i tot per corregir el que està malament, és la idea esbiaixada de normalitat que predomina en la nostra cultura.» No podem normalitzar la situació de salut mental, i de mala salut mental, sobretot, del nostre país.

Però voldria començar amb una idea àmpliament demostrada en l'àmbit de la salut pública, que no és menor, i és que la salut mental i les addiccions no són principalment problemes individuals, sinó que són fenòmens profundament socials. La recerca, en aquest sentit, és clara, claríssima: les condicions amb les que vivim –treball, habitatge, educació, entorn social– tenen un pes determinant en la salut mental de les persones. De fet, la mateixa OMS assenyala que els determinants socials expliquen la major part dels resultats en salut per sobre de factors genètics o estrictament sanitaris o clínics.

Però, què són els determinants socials de la salut? Suposo que per això també ens han convidat a comparèixer. Molt breument, són les condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen, envelleixen, així com la distribució del poder i dels recursos. Per exemple, no?, parlem de condicions d'ocupació i treball, de la capacitat d'accedir a un habitatge digne, l'entorn educatiu i familiar i, més en general, el grau d'autonomia real que tenen les persones –com deia la Marga, no?– per decidir sobre la seva pròpia vida. És a dir, no és només l'absència de restriccions formals, sinó l'accés a condicions materials de dignitat.

Una altra idea que m'agradaria introduir de manera breu és el gradient social de la salut, en aquest cas mental. És pràcticament una llei –i mira que en tenim poques en ciències socials– que es compleix, no?, que és que la salut mental no es distribueix de manera aleatòria a la societat: segueix un patró molt clar. Parlem de gradient perquè no hi ha només dos grups, no parlem d'exclusos i la resta de la societat com a persones amb problemes de salut mental, no?; parlem de que aquí trobem una escala en la que a cada esglaió social la salut mental empitjora

progressivament. Com més avall estàs en termes de classe social, de nivell educatiu, nivell d'ingressos, accés a l'habitatge, més probabilitats de tenir mala salut mental. És a dir, és un patró que travessa tota la societat.

Voldria també emfatitzar el model de la salut mental com a continu, no?, perquè parlem sovint de trastorns, de situacions de mala salut mental en els extrems, que, evidentment, són preocupants, evidentment ens han d'ocupar, però la salut en general, i la salut mental en particular, funciona com un continu en el que tenim un nombre enorme de persones en situacions de patiment més o menys intens, problemes de salut mental en una dimensió inferior i, al final d'aquest continu, els trastorns mentals. Per exemple, és una de les coses que hem intentat introduir en aquest informe del Ministeri de Sanitat que va sortir l'any passat: «Treball i salut mental: un full de ruta per a les administracions sanitàries per al conjunt de l'Estat».

També dir que aquest patró està estretament relacionat amb una altra idea fonamental, que és, com deia, que la salut mental no és una categoria dicotòmica, no és tenir o no tenir un trastorn; és un continu, no hi ha una frontera clara entre estar bé i estar malament. Totes les persones, com deia, ens situem en diferents punts d'un espectre de benestar i malestar psicològic. I això és clau, en matèria de polítiques públiques, perquè els determinants socials no només expliquen els trastorns més greus, sinó tot el gradient de malestar psicològic de la població. Per tant, no estem parlant només d'una minoria amb diagnòstic clínic, sinó de com se sent i com viu el conjunt de la societat. Per tant, una de les coses que ens ha d'ocupar no és només aquesta franja esquerra del trastorn mental; clar que ens ha d'ocupar, però hem d'intentar desplaçar aquesta corba, perquè les persones que estan en situació de malestar moltes vegades no reben cap tipus d'assistència o estan en unes condicions socials, econòmiques, habitacionals que també ens haurien d'ocupar des de les institucions.

Alguns exemples, molt breument, sobre com es manifesten aquest gradient i els determinants socials de la salut. En primer lloc, aquí podem veure aquest gradient per gènere, no? Prevalença bruta de trastorns mentals: 8,9 per cent dels homes *versus* 18,4 per cent de les dones. Estrès negatiu: 14,2 per cent dels homes *versus* 22,2 per cent de les dones. I consum de drogues psicotròpiques: 9,3 *versus* 18,1 per

cent. Per tant, en aquestes expressions de mala salut mental tenim un gradient, un clar gradient per gènere. Si introduíssim altres expressions de mala salut mental, per exemple, incloguéssim el consum d'alcohol, però, sobretot, incloguéssim el suïcidi, veuríem una relació inversa: els homes, en aquest cas, es veuen més afectats. Però també aquest gradient s'expressa per classe social. Els trastorns mentals –l'estrès negatiu, el consum de psicofàrmacs– s'associen significativament amb la classe social en forma d'aquest gradient que deia, de manera que pitjor classe social, pitjor també és el resultat de salut mental.

Un altre exemple. I aquesta és una publicació científica de fa dos anys, en la que vam estimar el risc de depressió atribuïble a una situació de precarietat laboral per al conjunt de l'Estat espanyol. Del més de mig milió de casos de depressió entre la població activa espanyola, un terç el podem atribuir a la precarietat laboral i a l'atur, i, d'aquest terç, la meitat, a la precarietat laboral, i l'altre meitat, a l'atur. És a dir, si aquestes persones tinguessin accés a un treball digne, podríem evitar 170.000 casos de depressió, amb els costos humans, socials, econòmics que tenen, no? I aquesta gràfica, aquest estudi ens ensenya també que les dones es veuen més afectades per la precarietat laboral i l'atur en termes de depressió, que hi ha aquest gradient per classe social ocupacional, com deia, i que no només és una qüestió de tenir feina, tenir o no tenir feina. Quan surten les dades de l'atur, no? –s'han creat tants llocs de treball–, imaginin-se que tinguéssim dades de manera sistemàtica per dir: bé, i en quines condicions s'han creat aquests llocs de treball? Quantes persones tenen capacitat per exercir els seus drets?

Fitxer 05CESMA9

Quin és el salari que tenen aquestes persones? Més en general, diria que la salut mental no és només una qüestió individual o clínica, sinó que depèn de com organitzem la societat i, en aquest cas, el mercat de treball.

Passant a les addiccions, el mateix marc dels determinants socials ens és útil per parlar d'addiccions, perquè no són només una qüestió de substàncies, o de consum de substàncies, de decisions individuals, de predisposició genètica; són sobretot respostes al malestar socialment produït. Molt sovint són respostes a situacions

d'estrès crònic o estratègies d'afrontament en contextos d'incertesa i de patiment intens. I sabem que les persones en posicions socials de major explotació, dominació i exclusió social tenen més risc de desenvolupar addiccions i que les desigualtats socials s'associen amb patrons de consum més nocius. Tot i així, encara massa sovint abordem la salut mental des d'una perspectiva biomèdica, o fins i tot neurobiològica, que tendeix a situar les causes, l'origen dels problemes dins de l'individu o fins i tot dins del cervell de cada individu, invisibilitzant les causes socials. Aquesta aproximació és i s'ha demostrat parcial i sovint estigmatitzadora i despolititzadora. Ens descriu el com, però no per què uns consumeixen més que uns altres i per què uns desenvolupen més addicció que uns altres. Per tant, l'addicció no es pot entendre sense considerar el context d'oportunitats, les regulacions i els interessos econòmics –i d'això en parlaré ara– que configuren el consum.

Justament, com deia al fil d'aquest últim factor, voldria abordar-ne un altre breument, un altre element clau que sovint és oblidat, no?: els determinants comercials de la salut, una derivada dels determinants socials, que el que estableixen és que no només importen les condicions en que les persones viuen, sinó també qui produeix i promou productes addictius. I aquests determinants comercials inclouen, per exemple, la disponibilitat i accessibilitat de substàncies –alcohol, joc, cànnabis, qualsevol substància amb capacitat o amb potencial addictiu–, les estratègies de màrqueting i la regulació o la manca de regulació. Per tant, les addiccions no són només un problema individual; una altra vegada, són un problema de desigualtat, de lògiques de mercat i de regulació o manca d'aquesta.

Tot això ens porta a una conclusió fonamental per evitar enfocaments reduccionistes, no?: si la salut mental i les addiccions depenen en gran mesura de com organitzem la nostra societat, no es poden abordar només des del sistema sanitari. Calen més professionals? Calen més professionals, i molt que calen, però no n'hi ha prou si no actuem sobre les causes socials. Perquè, de nou, els problemes de salut mental no es poden reduir a desequilibris químics, a predisposició genètica o a responsabilitat individual; són el resultat d'interaccions complexes entre condicions socials, experiències vitals i processos biològics.

Si no acceptem aquesta realitat, la realitat amb la que ens trobem és d'hipermedicalització. Estem dopant les persones perquè tinguin més capacitat per aguantar condicions que no s'haurien d'aguantar i que no estem preparats per aguantar. Espanya, el país del món que més ansiolítics hipnòtics consumeix, i hem duplicat el consum d'antidepressius des del 2014. Aquesta aproximació, a més a més, aboca les persones a sentir-se que tenen un problema, elles, que estan trencades. El que està trencat és el sistema que les empeny a aquest malestar.

I si creiem en tota aquesta evidència, les implicacions són clares. M'agradaria esbossar quatre línies prioritàries d'intervenció. La primera, una aproximació que va fer una certa fortuna i que hauríem de recuperar, ens l'hauríem de creure, que és la salut en totes les polítiques. És a dir, parlar de salut mental, física, en aquest cas salut mental i addiccions, quan parlem de treball, quan parlem d'habitatge, quan parlem d'educació, quan parlem de protecció social, són també polítiques de salut mental.

En segon lloc, reduir les desigualtats socials. La mateixa OMS ho diu, no? Les desigualtats en salut són injustes i evitables. Un psicòleg, per molt bo o bona que sigui, no pot resoldre l'angoixa que li genera a una persona estar en una situació d'exclusió residencial, no tenir un habitatge digne, estar atrapat per necessitat a una feina precària, a una feina on és víctima d'assetjament sexual, assetjament laboral, amb un salari de misèria. I tampoc li correspon al psicòleg; això els hi correspon a vostès, sobretot, diputats i diputades, no? Perquè és com si intentéssim evitar que s'enfonsés un vaixell, no?, traient aigua del vaixell, i no anem a veure on està la fuita i com podem resoldre aquest problema perquè el vaixell no s'enfonsi, perquè el vaixell s'està enfonsant.

En tercer lloc, la regulació dels determinants comercials de la salut. Perquè, en aquest cas, quan no regulem màrqueting –estratègies d'autèntica manipulació en molts casos–, és el mercat el que regula la salut.

I, en últim lloc, reequilibrar la recerca. Tenim molta inversió en biomedicina, sempre insuficient, però en tenim molta dedicada la biomedicina, molt necessària, però molt poca en determinants socials de la salut. I aquí el que els hi voldria dir és que comptin amb l'acadèmia, que comptin amb les universitats per abordar aquests reptes. Tenim

una quantitat de talent desaprofitat a les universitats, en molts casos també precari, que ens hauria d'averkonyir. I, sobretot, comptin amb les ciències socials per abordar problemes com aquest, que tenen causes eminentment socials.

I amb això acabo. Permetin-me acabar amb una idea. Quan parlem de salut mental i addiccions, encara massa sovint vivim en una dissonància cognitiva. Sabem que la salut mental, les addiccions tenen causes socials, però continuem abordant-les principalment com si fossin problemes individuals d'origen neurobiològic. Si volem abordar de debò la crisi de salut mental, hem de parlar de com viu la gent, de les seves condicions de treball, de les seves condicions habitacionals, de la seva seguretat vital, perquè no podem resoldre un problema social amb solucions exclusivament clíniques. I la bona notícia és que les condicions socials que generen mala salut mental es poden transformar, i això, en última instància, és una qüestió de voluntat i també de capacitat política.

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyor Ferran Muntané, i també gràcies per ajustar-se al temps. Ara passaríem ja a la darrera compareixença d'aquest matí. I li donarem la benvinguda, i la paraula, evidentment, al compareixent Jordi Cid Colom, investigador en salut mental, davant d'aquesta comissió. Crec que el matí està sent molt profitós. Li donem la paraula per quinze minuts màxim també.

Jordi Cid Colom (investigador en salut mental)

Bon dia. Moltes gràcies per convidar-me a aquesta Comissió d'Estudi sobre la Salut Mental i les Addiccions. I moltes gràcies als companys que han parlat abans, perquè jo ho faré des d'una perspectiva, diguéssim..., des de dins del sistema de salut i de la salut mental.

Llavors, com he pensat aquesta compareixença ha estat intentar identificar quins elements de determinants socials, complexitat i situacions emergents ens poden, en aquests moments, ajudar en la planificació de l'atenció a la salut mental. I recuperaré idees que han expressat els companys i les companyes, perquè tenim una dificultat real per incorporar els determinants de la salut a la planificació de l'atenció a la salut

mental, d'acord? No és gens ni mica fàcil. Són dos ciències que es parlen, però segurament no treballen conjuntament. I ho faré al revés dels meus companys i companyes. Com que sé que tinc poc temps, el que he fet és..., he resumit les idees claus que els hi vull transmetre i que crec que són importants per a aquesta comissió, diguéssim, d'estudi.

Un. Hem d'incorporar els determinants de la salut en la planificació de l'assistència de la salut mental, incloent-hi el sistema de pagament. Si tenim aquest gradient social diferenciat, l'hem d'incloure en com passar d'un model de repartir despesa a un model de com fem una nova inversió, que deien els meus companys i companyes.

Segon, necessitem una millora del sistema integrat d'informació sanitària en salut mental i addiccions que permeti elaborar indicadors, no només d'assistència, sinó d'impacte de l'assistència i de quin és l'impacte d'aquests determinants de la salut, generals, que estan fora del sistema –treball, precarietat, atur– i que ens ajudi a entendre les diferències que obtenim en resultats en salut mental a nivell del territori català, que no és igual d'homogeni, com ens pensem, quan parlem de recerca. L'altre és un pacte de país per a la millora del benestar emocional de la població infantil i juvenil, evitant la patologització del malestar. Lo que ens deia el company de: és el sistema de salut que dona resposta a aquest malestar emocional, i el sistema de salut està orientat a donar resposta als trastorns mentals. Llavors, ens trobem una psicopatologització de la vida quotidiana, on, en aquest cas, sobretot les famílies i el sistema educatiu reclamen al sistema de salut que els ajudem a resoldre aquests problemes, on, en aquest moment, nosaltres no tenim suficients eines, sinó que tenim sobretot la incorporació d'atenció o intervencions amb serveis socials, amb serveis educatius i també amb temes de justícia o d'infància.

L'altra idea clau que els volia compartir és que necessitem desplegar l'Agència Integrada Social i Sanitària i necessitem entendre i saber quin és el model d'atenció social i sanitària per a la salut mental que l'agència, diguéssim, vol posar en marxa. Els hi posaré alguns exemples.

L'altra és que tenim en aquest moment un canvi sociopolític i legal molt important. En aquest moment, Espanya ha signat la Convenció internacional de drets de les persones amb discapacitat, i això implica un canvi normatiu del respecte a lo que és

el dret de les persones i a la seva capacitat jurídica, que té un impacte brutal en l'assistència, en aquest cas, de la salut mental. Sabem que s'està, diguéssim, refent el Codi civil català, i s'hauran també de modificar lleis i normatives vigents que ens han d'ajudar als professionals de la salut mental a tenir un marc de seguretat i d'aplicació de l'assistència basat en aquests drets i que no xoqui amb la Convenció de drets humans.

I, per últim, la idea clau que els volia transmetre té a veure amb el mercat laboral. Hi ha un programa de l'OMS que és els «Agents de suport entre iguals», que vol dir incorporació de persones amb experiència pròpia capacitades amb un curs de formació que es puguin incorporar com a rol professional remunerat, o sigui, amb un contracte laboral i amb unes condicions dignes laborals, a donar aquest suport a entitats del tercer sector i a lo que són els proveïdors del Siscat. En aquest moment és tremendament necessari trobar una compatibilitat entre, molts cops, el sistema de pensions i prestacions d'incapacitat permanent que tenen, que és lo que els ajuda a subsistir, amb aquest model, diguéssim, de transformació cap a una persona que té un treball digne i pot tenir un projecte de vida digne. No tenim un model de compatibilitat: és tot o res. Han de renunciar a aquesta pensió, han de renunciar a la incapacitat per poder incorporar-se al mercat laboral, amb la qual cosa creiem que és necessari realment que hi hagi algun sistema de suport regulat legalment per mantenir les dos condicions i donar aquesta segona oportunitat a aquestes persones que tenen un impacte de la seva malaltia mental i tenen una incapacitat permanent.

Llavors, ara, d'una manera breu, intentaré explicar els arguments que fan que els hi presenti aquestes idees claus. I com que sé que em quedaré curt, la idea és que després, en les preguntes, els hi pugui contestar. D'acord? Jo he treballat els determinants socials de la salut mental com a investigador des de dins del sistema de salut i de l'atenció a la salut mental i, sobretot, des del paradigma, diguéssim, d'intentar identificar la disponibilitat de recursos i la seva accessibilitat. He treballat durant molts anys amb lo que són els atlas de salut mental; intentar identificar quins són els recursos disponibles per a aquesta atenció a la salut mental. Ho hem fet a través d'una metodologia científica que ens ajuda a donar una sèrie d'etiquetes i codis de comparació a nivell internacional en funció de la població que té aquests recursos, en funció de si són hospitals de dia,

Fitxer 05CESMA10

hospitalització general, si són atenció a la comunitària o atenció domiciliària a la població de referència i en funció dels professionals que hi treballen, la cartera de serveis i l'impacte que tenen aquests professionals, o sigui, l'impacte a nivell de salut.

Hi he estat treballant durant molts anys i els hi volia explicar per què crec que s'ha de fer aquest pacte amb relació a la salut mental infantil i juvenil. El primer atlas de salut mental el va fer el doctor Lluís Salvador-Carulla amb els companys de Sant Joan de Déu l'any 2010. I va poder fer un atlas integral de salut mental on no només identificava els recursos de salut mental, sinó també els recursos disponibles des de la perspectiva del servei de justícia, del Departament d'Educació i els serveis socials, o sigui, va poder fer un atlas integral. Nosaltres, l'any 2018, vam poder fer aquest atlas de salut mental infantil per a tota la salut mental, i ens vam quedar, com a conseqüència de la pandèmia, sense poder fer les entrevistes de lo que és els serveis educatius i els serveis socials, amb la qual cosa només tenim una fotografia de lo que es l'atlas de salut mental des de la perspectiva de salut.

Llavors, en aquell moment vam observar... –teníem dos punts de tall, teníem el 2010, el 2016 i el 2018–, el que vam observar és que teníem un enfortiment real de lo que són els serveis d'atenció a la salut mental infantil i juvenil quan ho comparàvem al 2016 i al 2018: teníem cinquanta-dos CSMIJs, teníem diferents programes assistencials, el programa de col·laboració en salut mental a l'atenció primària, que està desplegat a tots els CSMIJs. I teníem que la cartera de serveis del CSMIJ s'havia especialitzat en donar tractament o intervenció a aquelles persones que més ho necessitaven, no?, persones que, per exemple, estaven amb serveis de justícia. Treballen molt bé amb el programa de «Salut i escola», etcètera. O sigui que el que vam observar és que teníem uns serveis disponibles per donar atenció en aquell moment a la població de referència.

Però vam observar dues coses importants, d'acord?: que hi havia una variabilitat de la incidència de la prevalença dels trastorns mentals a tot Catalunya –no era homogènia–, amb la qual cosa la planificació d'aquests serveis no pot ser homogeni, s'ha de modificar; i també les intervencions, o sigui, quan miràvem quina

freqüentació de visites feien a aquests centres de salut mental infantojuvenil, hi havia diferències sobretot en base a aquests diferents programes que estaven desplegats perquè era una cartera de serveis extensa. En aquell moment vam fer una proposta, eh?, que està a les conclusions, en la que s'havia de revisar la cartera de serveis dels centres salut mental infantil i juvenil per justament veure si eren suficients o eren òptims els serveis que hi havia.

Què ha passat? Que en aquell moment va haver-hi una pandèmia i s'ha incrementat la pressió sobre els centres de salut mental infantil i juvenil i no hem pogut identificar realment què és el que ha passat amb els serveis educatius, amb les escoles, si s'han pogut fer..., quins programes de prevenció s'han pogut fer, quin tipus d'escola de pares s'ha pogut fer, etcètera, amb la qual cosa considerem que aquest element fa que haguem de revisar aquests temes dels centres de salut mental infantil i juvenil. I els fem aquesta proposta de que no pot ser que el sistema sanitari, en aquest moment, hagi de resoldre temes de malestar emocional quan estem preparats per intervenir en trastorns mentals més greus. D'acord? Aquesta és la primera proposta.

La segona és com incorporem els determinants socials de la salut dins del sistema de pagament de la salut mental. En aquest moment –dades reals de l'any 2024–, el 32,8 per cent de la població atesa a nivell de salut mental, tant d'adults com d'infantil, a Catalunya tenen un nivell socioeconòmic baix. Són dades, diguéssim, de l'Aquas en aquest moment. Quin impacte té aquest coneixement i aquesta distribució diferencial en l'assignació de pressupost a nivell de salut mental? En aquest moment no tenim cap mena d'impacte, perquè s'hauria de modificar el sistema de pagament. Hauria d'haver-hi algun tipus de sistema de pagament de tipus capitatiu i sistemes d'incentius en base a contraprestació per resultats. O sigui que tenim un sistema de pagament que no pot incorporar aquests determinants de la salut perquè, fonamentalment, va per pressupost. No em voldria allargar més.

Complexitat en salut mental, d'acord? Al tema de la complexitat de salut mental vam viure un canvi de paradigma. Abans parlàvem del trastorn mental greu, i dèiem: una persona, eh?, que tenia una sèrie de diagnòstics, amb una evolució de més de dos anys i amb un impacte a la seva vida, d'acord? El paradigma de l'atenció a la complexitat va canviar i ens van dir: «Heu d'incorporar els determinants socials de

la salut, indicadors socials. Les persones, com utilitzen els serveis, si se'n desvinculen, si són híperfreqüentadors perquè no tenen accés a altres serveis educatius, socials, etcètera.» I el que varem fer és proposar una definició de lo que és la persona amb complexitat de salut mental. Però, clar, ara veurem les dificultats que tenim per saber quin és el gruix de persones amb complexitat de salut mental que tenen aquests determinants socials de la salut per intervenir, no només des de la perspectiva de salut mental, sinó d'intervenir la futura agència integral social i sanitària. Si no sabem aquests determinants de la salut, no sabem com podrem planificar els serveis, amb la qual cosa ens trobem amb un model on l'agència futura ha de tenir en compte aquests aspectes per poder incorporar l'atenció a la salut mental, d'acord?

Què en sabem? Vostès saben que, en la salut en general, tota persona, i en aquest moment ho tenim als sistemes d'informació de l'atenció primària..., jo, com a ciutadà, tinc un risc atribuït, que pot ser que no tinc cap patologia mental, o puc tenir un risc baix, un risc moderat, un risc alt o alta complexitat de lo que són les patologies orgàniques o les comorbiditats orgàniques. O sigui que els metges i infermeres d'aquest país tenen una alerta que els diu «aquesta persona pot ser de complexitat orgànica», i poden fer accions poblacionals i preventives amb aquestes poblacions. En salut mental això no ho tenim. L'any 2016 es va fer un estudi, que és la piràmide d'estratificació de risc poblacional atribuïble als trastorns mentals, per poder ser incorporat dins dels sistemes d'informació i tenir aquest suport a la presa de decisions. És del 2016 i no s'ha incorporat en aquests moments als sistemes, diguéssim, d'informació. Què vol dir? Que per fer una planificació de l'atenció integrada social i sanitària d'aquesta complexitat no tenim dades ni suports a la presa de decisions.

Què és el que sabem? Perdonin, els havia fet unes diapositives més curtes, d'acord?, i hi havia posat la dada. El cinquanta-tres per cent de les persones tractades en els centres de salut mental d'aquest país té un indicador de diagnòstic de complexitat de salut mental, i un trenta-sis per cent en els centres de salut mental infantojuvenil. Però, quants d'aquests diagnòstics seran persones amb complexitat de salut mental? Derivaran cap amunt? No ho sabem. Quantes d'aquestes persones necessitaran una atenció integral social i sanitària? Com ho podem saber? Per

dades de la dependència o per dades del grau de la discapacitat en salut mental. No tenim dades en aquest moment de quantes persones estan ateses a la salut mental, tenen aquests graus de disminució o de dependència que poden fer que utilitzin serveis socials, amb la qual cosa, si no sabem quins serveis socials poden utilitzar, com podrem desplegar l'atenció integral social i sanitària? I no vull passar a explicar l'exemple del tema de la institucionalització, d'acord? O sigui que tenim una dificultat important per poder desplegar aquesta complexitat social i sanitària.

En breu, quin model, llavors, hem d'aplicar si no sabem aquesta població diana? Des de Girona, i com a investigador, hem fet diferents propostes d'intentar treballar amb lo que són les rutes de complexitat de salut mental, d'atenció integrada social i sanitària, que l'únic que busquen aquestes rutes –i les hem avaluat– és seure en una mateixa reunió el professional d'atenció primària, de salut mental i de serveis socials per fer una valoració conjunta del cas i un pla de treball en base a la perspectiva o expectativa de que aquelles persones tenien aquestes necessitats, d'acord? I la segona que hem posat en marxa i hem modelitzat és, amb aquestes persones que estan desvinculades del sistema, intentar equips de proximitat, equips assertius comunitaris que els ajudin en el seu suport comunitari. I per a aquelles persones que estan completament desvinculades amb determinants socials necessitem espais de baixa exigència on aquestes persones puguin ser ateses sense l'exigència d'un sistema sanitari i conjuntament un sistema social i el sistema sanitari implementant, d'acord?

I per acabar, perquè no em vull estendre més en el temps, explicar-los que no disposem d'un sistema d'informació per fer l'atenció integrada social i sanitària; l'hauré, diguéssim, de treballar, perquè aquests equips assistencials, si no tenen una mateixa història per identificar les intervencions..., serà molt difícil tenir indicadors i la previsió.

I dos temes emergents, que acabaré en menys d'un minut. El primer és la Convenció internacional de drets de les persones amb discapacitat es va aprovar, Espanya la va ratificar. Catalunya ha signat amb l'Organització Mundial de la Salut el programa Quality Rights, que intenta adaptar aquesta Convenció internacional de drets de les persones amb discapacitat a l'entorn sanitari català. I hi ha una sèrie d'aspectes que

s'hauran de regular i que m'agradaria, diguéssim, emfatitzar. Un és: necessitem saber com serà aquesta figura de l'assistent dins del model català, necessitem clarament poder-lo desplegar. Hem de veure com el Codi civil ho recull. I dos, dos aspectes molt importants amb relació als internaments involuntaris i a les contencions mecàniques. Les contencions mecàniques i lo que serien els ingressos involuntaris van en contra, diguéssim, de la Convenció de drets humans i haurem de veure quins són els escenaris que nosaltres necessitem incorporar dins el sistema per complir aquests elements de drets.

I un aspecte fonamental. Molts cops, el codi deontològic dels professionals fa que el risc a tercers i el risc propi siguin una intervenció obligatòria, d'acord? Aquesta intervenció obligatòria pot anar en contra del dret de les persones a decidir. Llavors, necessitem escenaris on els professionals sanitaris puguem treballar de manera clara quan hi ha situacions d'urgència on poden haver-hi moments on la persona hagi de prendre decisions i sigui difícil que pugui prendre decisions en base a les seves preferències, d'acord?

I, per acabar, quin és el principal problema que hem tingut quan hem fet una recerca per veure com podíem fer aquest itinerari d'inserció laboral de la persona amb experiència pròpia que hem capacitat amb un curs formatiu, eh?, perquè es pugui incorporar al mercat laboral. A banda de l'èxit de l'estudi i de la intervenció, el principal problema és el que els hi deia abans, és: necessitem un marc de referència que permeti aquesta compatibilitat de pensions i prestacions d'incapacitat, perquè el setanta per cent de les persones que es van formar va decidir no accedir al mercat laboral a nivell de contractació perquè perdien la seva prestació, d'acord? Llavors, hem de trobar una manera per poder-ho fer. I amb això acabo.

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyor Cid. Ara donaríem ja la paraula als grups parlamentaris, també per un temps de tres minuts generosos, perquè puguin fer la seva intervenció. I, en representació del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya, tindria la paraula la diputada Ariadna Urroz.

Ariadna Urroz Segura

Gràcies, presidenta. En tres minuts deuen comprendre que és una mica difícil poder sintetitzar i adreçar-los preguntes a tots, però intentaré fer-ho en la mesura del que bonament pugui. Agrair-los molt les compareixences.

En primer lloc, adreçar-me a la doctora Margarita León. Ens ha semblat molt interessant la seva exposició avui quan comentava que la salut mental és un símptoma d'un problema estructural a la nostra societat –ho compartim–, amb la lògica aquesta també de que –vivim en emergència– no ens permet poder abordar-ho. O parlem només de vulnerabilitat, enlloc de poder abordar realment les causes, com és la desigualtat social, que acaben provocant això. Hi estem absolutament d'acord.

Coincidim en que cal passar a aquesta política més de prevenció. Crec que també és una idea que surt no només a la comissió d'avui, a la compareixença d'ara, sinó també en la compareixença anterior, sinó que, al llarg de totes les compareixences que hem anat celebrant en aquesta cambra, aquesta idea d'apostar per les polítiques de prevenció crec que és una cosa que surt sempre i que tots els partits polítics també hi estem absolutament d'acord i determinats, no? Cal passar, com deia vostè mateixa, d'aquest paradigma que tenim ara i reorientar-lo, passant, evidentment, de la despesa a la inversió, d'aquest *ex ante* en lloc de l'*ex post* –absolutament d'acord–, per intentar evitar cronificar aquests problemes socials que ara mateix tenim i que n'hem parlat avui al llarg d'aquesta comissió.

En aquest sentit, m'agradaria adreçar-li..., perquè crec que s'ha quedat sense temps quan estava abordant justament la part de responsabilitat parlamentària, i, al final, aquí és el que a nosaltres ens mou, i, per tant, els deures que hem de tenir cap a nosaltres. Llavors, li agrairia si podria aprofundir una mica més en el que abans s'ha quedat una mica a mitges de poder acabar d'explicar.

Passant al senyor Ferran Muntané, que també comentava, no?, que ens trobem en aquesta situació de crisi en salut mental, que correm el risc de normalitzar-la, no?, que és el major risc que podem cometre. També ha sortit una mica la idea a la compareixença anterior que els problemes de salut mental i addiccions són problemes socials; que, per tant, hem de parlar necessàriament dels determinants socials

Fitxer 05CESMA11

en matèria de salut, perquè és el que condiona al final el resultat de salut de les persones. També absolutament d'acord en això, perquè és un patró que ens travessa a tota la societat sencera. I en aquest sentit –i també crec que m'hi he referit a l'anterior exposició que he fet–, que, evidentment, cal fer un abordatge no només des d'una vessant sanitària, sinó que cal fer un abordatge absolutament integral, des d'una vessant social, sanitària i també educativa. I, per tant, crec que aquí també tota la cambra estem d'acord en que cal abordar-ho així.

A l'exposició de les dades que ha fet, sí que hi estava recollit el biaix de gènere entre homes i dones, que m'ha semblat molt interessant. I jo aquí volia aprofitar per preguntar-li si també té les dades per edats, perquè també un dels termes que vostè ha comentat que des de Junts per Catalunya ens preocupa molt és en l'àmbit juvenil. Ha parlat breument de suïcidi juvenil sense entrar-hi. Si té un temps de poder contestar després, en el torn de rèpliques, li agrairia si ho pogués fer, perquè és un tema absolutament cabdal com estan els infants i joves d'aquest país. També potser arran de la pandèmia, que no sé si vostè també m'ho confirmarà, és que s'ha vist agreujat, o almenys són problemes que estan damunt de la taula i que abans no hi eren. I, per tant, si pogués abordar com impacta en els joves en els estudis que vostès tenen també els ho agrairia molt.

I recollir el quant, sobretot, de poder comptar amb vostès, amb l'acadèmia, com vostè també reivindicava, a l'hora de poder abordar aquests problemes de salut mental com estem fent avui.

I al senyor Jordi Cid –m'he quedat sense temps per a la intervenció– agrair-li molt la seva exposició, amb la presentació, que era molt completa, que espero que també ens puguin fer arribar per poder-la estudiar en profunditat. I també una mica amb el que comentava ara de la insistència per part del nostre grup parlamentari de posar el focus en infants i joves, que vostè també ho marcava com una d'aquestes idees claus que cal que abordem.

Llavors, simplement, res, posar-nos a disposició des del Grup de Junts per Catalunya i agrair-los de nou les compareixences.

Gràcies.

La vicepresidenta

Moltes gràcies, diputada. Ara passariem el torn al Grup d'Esquerra Republicana. Té la paraula la diputada Najat Driouech Ben Moussa. Perdona per la interpretació. Gràcies.

Najat Driouech Ben Moussa

Moltíssimes gràcies, vicepresidenta. Jo, en primer lloc, voldria fer un agraïment sincer als tres compareixents, no només per, diguem-ne, aquest esforç de síntesi, que sabem que no és fàcil, amb aquests quinze minuts, sinó per... Penso que cal destacar també la qualitat de les explicacions. Perquè, realment, des d'una perspectiva social, com deia la doctora León..., i comparteixo al cent per cent, evidentment, eh?, totes les intervencions. Potser ens cal, no?, fer aquesta mirada de no només l'atenció quan ja és l'emergència, sinó com ens podem anticipar, no?, i com podem treballar de manera més sistemàtica, més pedagògica, tota la part que té a veure més amb la prevenció, no?

I per això jo els hi volia llançar diferents preguntes, si me les poguessin respondre... I una molt específica, que crec que és la més important i és per la qual començaré, perquè, al final, nosaltres aquí hem d'elaborar unes conclusions. Nosaltres no som expertes; som diputades de diferents grups parlamentaris. A algunes ens interessa i ens ocupa el tema, i intentem, amb tota la humilitat, aprendre, formar-nos i intentar aproximar-nos al màxim a la realitat i a la necessitat, i com podem donar resposta des de l'àmbit més parlamentari. I, per això, el que és important són les seves intervencions, les seves aportacions i les seves propostes. I, per això, la pregunta que jo els hi faig, i que voldria que me la responguessin cadascú de vosaltres des del vostre àmbit: quines propostes creieu que hem d'incorporar en aquestes conclusions? M'agradaria si poguéssim dir mínim tres. I, d'aquestes tres, quina hauria de ser la primera de cada vessant?

L'altra, crec que... Mentre anaven parlant, a una li van venint coses al cap, i jo crec que des de l'àmbit social –i ho diu una treballadora social molt convençuda– generalment no ens han pres gaire «en sèrio». I per això tenim l'estat també una mica del benestar com està; no estem igual que a salut. I, clar, jo crec que aquí també m'agradaria fer una pregunta al senyor Muntané, que comparteixo que ens

cal aquesta recerca en clau social. I, evidentment, aquesta recerca, com la podem aplicar? I voldria, si és possible, que ens poguéss fer alguna proposta en l'àmbit de la recerca, no?

A la senyora León. Vostè ha parlat de que ja estem ja a la part, diguem-ne, més greu, no?, que és la part més assistencial, no? Anem atenent l'emergència quan arriba, en el moment que arriba i quan pugem. Com podríem revertir aquesta situació? Com podem passar d'atendre l'emergència a fer una bona atenció integral i estructurada des de la política social, però amb aquesta mirada i aquest barret de, evidentment, salut mental i addiccions?

I en el darrer lloc, el senyor Cid ha situat, i crec que és molt necessària, no?, aquesta dimensió de que cal una mirada més transversal. Vostè ha dit: social, sanitària, educativa, laboral i justícia, no? I m'agradaria que..., si seria possible que ens poguéss respondre com podem fer això, quina proposta vostè té perquè realment aquesta intervenció integral i transversal poguéss ser efectiva i eficient.

Moltíssimes gràcies als tres. I segur que ens tornarem a veure en algun altre espai en aquest Parlament.

La vicepresidenta

Moltes gràcies, diputada. Ara és el torn del Partit Popular. Té la paraula la senyora Belén Pajares Ribas.

M. Belén Pajares Ribas

Gràcies, senyora vicepresidenta. De manera molt breu, perquè he de marxar. No em podré quedar al segon torn. Però, en tot cas, el visionaré després, perquè tenim l'oportunitat –queda tot gravat i és públic.

Jo sí que els hi vull agrair, per això, abans de marxar, les seves compareixences, les seves explicacions, que, com han dit altres portaveus, doncs han estat molt i molt interessants.

Moltes gràcies.

La presidenta

Gràcies, diputada Pajares. Ara ja seria el torn del darrer grup parlamentari avui present, que és el Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar, i té la paraula la diputada Sara Jaurrieta.

Sara Jaurrieta Guarner

Gràcies, presidenta. Bé, molt bon dia de nou. Vull agrair les tres intervencions que han tingut lloc aquest matí. La veritat és que molt interessants les tres.

Jo, una mica la intervenció que feia abans, no? Hem parlat de determinants socials. Per tant, les desigualtats socials existents. I, per tant, com abordar tot el tema de la fiscalitat, abordar aquesta reducció de les desigualtats és un tema clau per moltes raons, i avui ha sortit també molt palès, a més, tota la qüestió en la salut mental, no? La senyora León parlava de les llistes d'espera i, per tant, un accés que sens dubte ha de millorar. De voluntat política i de recursos, eh? Recordem que el sistema de salut no arriba al sis per cent del PIB, no?, i com a objectiu que s'ha marcat el Govern d'arribar al set per cent del PIB. I, per tant, una primera proposta amb els pressupostos 2026, que permetrien arribar a 3.500 milions d'euros a Sanitat i un nou model de finançament que, amb 4.800 milions d'euros més per a Catalunya, s'ha de poder doncs avançar en temes que queden pendants, i entre ells doncs és aquest de les llistes d'espera.

Jo li volia preguntar, sobretot, un tema que, a més, no ha sortit i que, a més, a mi em preocupa, no? És el tema de l'empatia, eh?, el tema de l'empatia. Amb els discursos d'odi, que s'estan estenent, no?, en l'extrema dreta, com podem també des del poder públic, com podem també des de les institucions augmentar aquesta empatia... Presidenta, em falta el temps. Bé, vull dir, que ho sàpigues. *(Veus de fons.)* Ah, d'acord, perfecte! Ah, d'acord. Com podem avançar a tenir empatia cap a lo diferent en el nostre entorn? Cap a la pobresa, cap a l'immigrant, cap a les persones amb problemes de salut mental, cap a la discapacitat, en definitiva, cap al diferent, no? I penso que, possiblement, aquí estem fent un pas enrere. I m'agradaria també una mica doncs abordar això.

El senyor Muntané feia referència a la discriminació de gènere en temes de salut mental, no? Jo li volia preguntar quina causa poden pensar que pot haver-hi en que hi hagi doncs més pitjor salut mental en les dones i en els tres conceptes que vostè

ens ensenyava. Perquè jo pensava: la doble jornada laboral, no?, que encara anem molt enrere en la corresponsabilitat domèstica a casa, que, realment, amb la càrrega en el mercat de treball es veu absolutament determinant, no? Però això també afecta, entenc, el tema de la salut mental? Si han pogut esbrinar sobre això.

Després, el tema de les franges joves, que també s'havia preguntat abans. El tema de les xarxes socials en la gent jove, que ha anat a més i que segurament es percep en aquesta pitjor salut mental, també té un factor social darrere, amb el tema de les xarxes socials i els joves?

I, per últim, també el senyor Cid. Jo he estat ponent relatora de la llei de l'agència d'atenció integrada social i sanitària, no?, i, per tant, ha citat diverses vegades aquesta llei. I penso que serà un pas endavant quan es pugui desplegar, perquè donarà aquesta cobertura legal, no?, al poder compartir la informació entre social i sanitari que permetrà fer una actuació més preventiva.

Molt interessant la visió des de dintre sobre el sistema de pagament, que deia que ho veu difícil. Però molt interessant que sigui des de dintre que es facin aquestes propostes, sabent com funciona. I per on pensa que es podria avançar en això?

Moltes gràcies.

La presidenta

Gràcies, diputada. Ara passaríem al torn dels experts, i li donaríem la paraula en primer lloc al senyor... Sí, a la senyora Agustina Ureña Hidalgo, en representació de Barcelona Salut Mental.

Agustina Ureña Hidalgo (representant de BCN Salut Mental)

Molt bé. En primer lloc, agrair als tres la claredat i la concreció i sobretot la complementarietat de les tres exposicions, perquè han set ben diferents, jo crec, no?, però que es complementaven. Jo tinc tres preguntes, però que tenen un fil conductor que és una mica..., van orientades a que ens ajudeu a veure de quina manera podem desenredar alguns temes, no?

Per a la senyora León. M'ha encantat la seva exposició i, realment, necessitaria com rellegir-la, perquè ha estat com una inundació de conceptes, tots ells molt interessants. Almenys m'he quedat amb un; no sé per què, però un m'ha cridat

especialment l'atenció, i és aquest concepte de revertir la idea de despesa en la idea d'inversió social, que l'he trobat molt interessant, no?, com una manera d'economitzar, de rendibilitzar, no?, i que lliga una mica amb coses que hem parlat en la presentació d'abans de Creu Roja també, no?, de, tot i sabent que hi han recursos o serveis que estalvien i que van bé, què fa que no hi hagi manera de poder-ho posar en marxa, no? Si ens podria donar un consell per com, des d'aquesta comissió, podríem fer força també per anar canviant aquesta lògica. Perquè, també, tots aquests processos en els que estem ficats d'excessiva burocratització, de processos com molt laberíntics per arribar a les coses, i moltes vegades també que les decisions polítiques s'enreden, no?, perquè els partits tenen les seves prioritats i els seus litigis, i fa que a vegades les decisions costin molt de prendre, no? Sí? Ens podria donar llum sobre això?

Al senyor Muntané. Aquesta relació que ha fet també, no?, de la importància de la recerca. Li demanaria com podríem fer, també, diguéssim, perquè la recerca impacti en les decisions polítiques i que, en conseqüència, puguin tenir incidència també a l'hora de fer les partides pressupostàries, és a dir, que els pressupostos vagin lligats a necessitats objectivades que vagin acompanyades també d'evidència de que realment és en allò que hem d'invertir. I també com podríem fer per fer-ho al revés, no?, que, diguéssim, des d'una comissió d'estudis o des del Parlament es puguin fer encàrrecs també a les universitats, no?, per dir: «Estudieu-me això, a veure què hauríem de fer, què podríem fer.»

I, per últim, a l'amic Jordi Cid. M'ha agradat molt tot lo que has presentat, com sempre. Però aquest tema, per exemple, que has plantejat, no?, de com estem donant resposta al malestar emocional, que és una cosa que està impactant molt en els professionals, els equips, els serveis, les xarxes i tal. Des d'un model que està pensat per a l'atenció al trastorn mental, o sigui, està orientat al trastorn i hem de donar

Fitxer 05CESMA12

una resposta al malestar emocional, no?, i això està tensionant molt el sistema, com desenredem això, no? Perquè entremig tenim tot el que hem parlat aquest matí dels

condicionants socials, sanitaris, la incapacitat o la poca capacitat de donar respostes comunitàries tenint en compte la dimensió social, és a dir, com ho desenredem això?

I moltes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies. Ara seria el torn de..., en representació del Consorci de Salut i Social de Catalunya, i tindria la paraula la senyora Rosalia Serra Calm.

Rosalia Serra (representant, Consorci de Salut i Social de Catalunya)

Molt bé. Hola! Gràcies als tres compareixents per la qualitat de la vostra exposició. M'ha agradat molt, senyora León, el concepte de reactivitat que has comentat, perquè just ahir vam celebrar al Consorci una jornada d'atenció primària en el qual, com a lema, teníem la transformació de l'atenció primària, aquest model de transformació que comentaves tu que és necessari. Llavors aquí posàvem palès la necessitat, la reactivitat del sistema i com, de manera proactiva, les entitats estan..., presentaven experiències de com canviar el model. Llavors, ¿com podem passar d'aquesta proactivitat individual que cada entitat es busca una mica amb la vida de com passar d'aquest model reactiu a proactiu a passar a aquest model transformador a nivell de país, no només a nivell individual de cada entitat i de cada persona, sinó com a model de transformació en clau de país?

Pel senyor Muntané, sí que m'ha agradat molt perquè es desenvolupa molt la idea que hem comentat al principi de la sessió dels determinants socials, la importància i l'impacte que tenen aquests tant en la salut mental com en les addiccions, amb els estudis que ens has presentat i les dades que ho demostren. I pel que fa a les línies d'intervenció, que hagués comentat el concepte de salut en totes les polítiques, que és un lema que ja s'arrossega de fa molt temps i tots estem molt sensibilitzats en això, i estem i tenim clar que ha de ser així.

I també has comentat el tema de reduir els determinants socials. Llavors jo volia preguntar si a nivell de la vostra entitat, si heu treballat o teniu recollit estratègies que s'hagin treballat a nivell nacional com internacional per reduir aquests determinants socials i també estratègies en salut en totes les polítiques per si ens podries explicar alguna d'elles.

I el Jordi, Jordi, felicitar-te per la intervenció. Just abans deies: «No sé què explicaré», has fet molt bé. Jo crec que has fet un molt bon repàs de com del sistema sanitari, que els temes que s'han d'abordar. Per la meva part no en tinc cap pregunta a fer-te. Segur que els meus companys sí, per la qual cosa fins aquí la meva intervenció.

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Serra. I ara seria el torn l'Associació ENCAIX i té la paraula la senyora Victòria Monell.

Victòria Monell (representant, Associació ENCAIX)

Moltes gràcies. Jo sempre dono les gràcies als compareixents, però aquesta vegada els haig de confessar que ens ha, almenys a mi, m'ha fet pensar des d'un altre lloc i és una cosa que agraeixo moltíssim, perquè estem tan posats en el fer, en les necessitats i una mirada diferent i sobretot des de la vessant de la universitat, crec que a mi m'ha quedat amb la sensació de no puc fer preguntes d'això, perquè necessito baixar una mica la fitxa, reflexionar una mica per veure com podem reorientar les nostres mirades, tant des de la comissió com des de les entitats, etcètera. Però agrair-vos molt de veritat.

Sí que hi ha dos temes que mirant ja com més coses pràctiques que es podrien preguntar, una seria tant pels dos, pel senyor Muntané com la senyora León, que és, des de la seva mirada, nosaltres estem tant en el dia a dia que a vegades no veiem el que s'hauria de veure. Vostès tenen algun tema detectat de dir: Ostres, com a universitat, si ens ho demaneu, podríem començar a abordar això, perquè creiem que tindria un impacte en la societat. Això és una pregunta.

La segona, més pel senyor Muntané, i és en referència al tema molt necessari que ha comentat del tema de la regulació, no? Llavors, amb la mateixa idea, hi ha algun tema que vostè consideri: «Ostres, comencem a regular aquest tema»? Nosaltres, des de l'aplicació pràctica, veiem temes que cal regular, no? Veiem problemes amb l'atenció que veiem, no?, amb el tema de les xarxes, amb el tema de la ludopatia i de l'accés tan fàcil que hi ha, etcètera. Però ¿vostès tenen detectat algun en concret

que potser seria més urgent de..., no sé si urgent, fàcil o que considerés necessari prioritzar?

I, per últim, al Jordi, felicitar-lo. Agrair-li el focus que posa, que ha posat d'aquesta mirada integral i des de la mirada dels drets, posant la necessària mirada al canvi que hem de fer, que ens està dient l'article 12 de la Convenció i el projecte de llei que tenim. I si tingués la capacitat de dir: Jo mano, jo tinc els recursos i jo tiro des de dins, quin primer pas faria perquè tot aquest repte que tenim dels drets es comencessin a veure canvis?

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Monell. Ara seria el torn del Fòrum de Salut Mental hi té la paraula també el senyor Enric Arqués Martí.

Enric Arqués (representant, Fòrum Salut Mental)

Faré molt curt, perquè em deien que ens enrotllem molt. Intentaré fer-ho curt. Jo, gràcies. Em compliqueu la vida, ja és la segona o tercera vegada que em passa. Això passa un divendres i un comença a donar-li voltes al que heu dit perquè és molt interessant, massa interessant, però bé. Perquè clar, el gran problema és com es compatibilitza, Margarita, macro, meso i micro amb la gent. Molt m'ha recordat aquella peli de..., ai, aquella cançó de Silvio Rodríguez que deia «La fábula de los tres hermanos», que hi havia un que mirava al llarg, un al terra i l'altre... Que el mirava als dos llocs acabava «con la mirada extraviada», crec que deia i em passa.

De totes maneres, aquesta és la dificultat i l'interès, per mi, que han tingut les vostres aportacions, que us ho agraeixo molt. Nosaltres estem en el dia a dia, és veritat, en el micro, per passar-lo més al macro.

Jo volia fer unes preguntes més generals als tres per no enrotllar-me. Jo crec que el consens polític actual –és molt interessant que al Parlament es parli d'això– és amb l'assistència, amb l'assistència, el consens –una altra cosa és que pot–. No hi ha cap intervenció de ganes ni de consens polític amb l'*ex ante*, amb allò preventiu. No n'hi ha cap. És a dir, que potser sí que caldrà un debat sobre aquest consens. Hi ha un debat sobre l'assistència, com arribar, etcètera. Què opineu? O fins i tot

assistencialisme, perquè ja pagamos no se sabe qué. O sigui, ja no... En el pitjor dels casos, no?

I una cosa que també us vull preguntar jo, que tinc la sensació, almenys... M'ha agradat molt la vostra intervenció, perquè em recordava unos tiempos más mozos, estic una mica melancòlic últimament, quan es discutia la política assistencial des d'una perspectiva també política. Allò: No, no, ahora l'assistència porta a la ciencia y la ciencia es unas ciencias, no las ciencias. I allò altre, el model transformador, com ajudar que la intervenció..., esto es política. I està qüestionada fa molt temps la visió de la salut mental des de la psiquiatria crítica, la psicologia crítica, des de la idea... En fi, seria molt interessant que estigués Rotelli i alguna gent de Trieste que allò era un discurs normal, parlar d'això. Ara no, ara no. Si tu dius, home, anem «al tanto» en fer només... M'ha vingut també al cap un dibuix que vaig veure que era una carretera que tenia..., no tenia..., plovia i no hi havia barreres i a baix si et caus, jo te curo. Ambulàncies per a dalt i a més hi ha gent que va amb cotxe, tu vas descalç, l'altre no és. Això és la vida. Lo de abajo, sí.

I tinc la impressió de que està molt difícil de portar al davant aquest debat, inclús el debat, perquè hi ha els que proposem models de drets de recuperació i reflexió crítica no somos científicos. I, per tant, les ciències socials no tindreu fàcil diners per a la recerca, crec jo, perquè no hi ha consens, perquè això inquieta, inquieta i perquè no és senzill.

I de determinants comercials, que a mi m'interessa cada vegada més, doncs ja t'ho hem preguntat. Jo t'ho reitero. Jo crec que els determinants comercials han afectat la salut mental els últims deu anys d'una manera ferotge. Bé, ho deixo aquí.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyor Arqués. Ara té..., en representació de la Federació Salut Mental de Catalunya, té la paraula la senyora Marta Poll.

Marta Poll (Federació Salut Mental de Catalunya)

Bé, moltes gràcies. Jo també volia agrair les aportacions que ens heu plantejat. Com deia la Victòria, a mi, m'ha fet pensar en moltes coses. Jo vinc d'una entitat que treballem cada dia amb persones que amb experiència directa amb salut mental,

amb persones de l'entorn de cura i moltes de les coses que dèieu, no?, com aquesta idea de que estem operant amb un model molt assistencialista, que és molt reactiu, que dona resposta a l'emergència, que no promou l'autonomia, que fins i tot el que fa és generar més desigualtat sovint, no? El que dèieu, no?, sovint amb llistes d'espera llargues, persones que tarden a ser ateses, atencions dilatades en el temps, curtes, amb recursos limitats, no? I en l'àmbit social, que tenim moltíssimes mancances, això ho veiem dia a dia, però en l'àmbit sanitari també. Llavors això m'ha fet pensar molt converses quotidianes que tenim en el nostre dia a dia amb persones, amb ciutadans que estan patint això, no?

Sí que us volia preguntar si hi haurien alguns instruments concrets, alguna idea concreta que ens permetés reorientar aquest estat del benestar cap a un model més preventiu i que actuï abans que la vulnerabilitat es consolidi. Ja sé que és difícil perquè, com deien abans els companys, això és d'una enorme complexitat. Fa molts anys que estem lluitant contra això.

L'altra qüestió que dèieu, aquesta idea de salut mental en totes les polítiques, és un tema que fa molt de temps que estem plantejant i que tenim un pacte nacional de salut mental que està treballant en aquesta línia, però que també fer-ho efectiu és molt complex, no? Encara tenim un model que pivota excessivament en l'atenció sanitària, on hi ha un lideratge molt clar des de l'àmbit sanitari, que jo no dic que no hi hagi de ser, però on veiem molt poc lideratge des d'altres àmbits. Necessitem aquests lideratges més compartits. No sé si teniu alguna idea de com això ens podria fer més efectiu.

I l'última cosa que volia –no diré coses que ja s'han dit, eh?– comentar és que tenim un sistema molt rígid on hi ha... La innovació és possible i hi ha moltes entitats i institucions que estan fent coses molt innovadores, però quan arribem a la política pública, en l'encaix de la política pública, fracassen, perquè tenim una política pública rígida. Hi ha alguna solució per això?

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Poll. Ara seria el torn de l'associació..., de la Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials, i té la paraula la senyora Pepa Romero Aznar.

Pepa Romero (representant, La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials)

Hola, bon dia. Bé, normalment em sumo als agraïments, però crec que avui és per dir que és un privilegi estar aquí, perquè realment, com deien els companys, les coses, a vegades, tenim la tendència d'una única mirada, no? I el fet d'aquesta sessió una mica més disruptiva, jo crec que ens permet tindre més d'una mirada.

Amb tot el tema de salut i social, jo crec que també ens hem d'anar, d'alguna manera, adaptant, acostumar-nos a parlar que la salut ho és tot. No podem estar dient la salut a nivell sanitari, la salut a nivell social, la salut d'una persona és global i és tot. I ens hem d'anar acostumant, d'alguna manera, que, quan parlem de salut, ho estem integrant tot, tot els determinants que això comporta que una persona pugui tenir una bona salut.

Volia comentar a la senyora León, estic d'acord que estem en aquests models molt assistencials i que realment posem energia en l'emergència, en aquella emergència que està calenta i que hem de donar resposta ràpida i, sobretot, depèn de quin és el tema per evitar que inclús surti en els mitjans de comunicació, no? Però no deixa de ser que aquesta emergència el que reflexa és que el sistema no funciona. Amb la qual cosa, hem de posar mesures i hem d'anar cap a aquest model transformador.

Com deien els meus companys, des de les entitats, des de diferents territoris, s'està treballant amb molts models transformadors, que transformen, que són innovadors, no? Llavors a mi m'agradaria saber si que l'agència ho està intentant aglutinar aquests projectes pilots, però se'ns escapen moltes coses. Vull dir, s'estan fent moltes coses que sembla com si anem a doble ritme, no? Les entitats que estan patint la situació actual van a un ritme. Les polítiques públiques van a un altre i, d'alguna manera, aquí hauríem d'intentar encaixar-ho.

Ens ha fet una aportació de que hi ha moltes coses que potser sí que valdria la pena, primer, treballar-les amb les comissions. Jo penso que això també ho hem d'agafar com a deure, no? Però no sé si ens poguessis donar una mica de llum a veure com podem agrupar aquestes transformacions de les diferents entitats que, d'alguna

Fitxer 05CESMA13

manera, ens ajuden a avançar. Estan ajudant a avançar i estan donant resposta a la ciutadania.

Senyor Muntané, estem d'acord i hem de lluitar en que les coses no es normalitzin perquè quan es normalitzen perdem, perdem humanitat, perdem sensibilitat i estem normalitzant coses molt greus, des del punt de vista de que mentre a mi no em toqui, tiro endavant, no?, amb la qual cosa és un problema que això, és un problema general de país i de societat. Llavors només reforçar el que has comentat i el que has ensenyat i crec que hem d'agafar la mà de la proposta que ens has fet de poder utilitzar les universitats, perquè sí que les tenim en compte, inclús a vegades, quan parlem de segons quins temes, ens enfoquem a la universitat, sobretot en temes de formació. No diguem a les universitats, al que és el pregrau, manquen moltes coses, però també ens hem de tindre més present que el que és el post i la continuïtat també ens podeu aportar moltíssim, amb la qual cosa és un tema que nosaltres com a Unió, també ho agafem, d'acord?

Així també comentar que dies abans de les prestacions que, a vegades, hi ha les dificultats, però moltes vegades la gent a nivell del que és la part laboral, rebutja, rebutja treballs que poden ajudar a la dignitat, perquè només que puguis tindre un treball, moltes vegades les ajudes, les perds, amb la qual cosa visc millor amb l'ajuda, perquè si no ho perdo. I això fa d'alguna manera que la gent també perdi aquesta dignitat de progressar, d'acord?

Jordi, com sempre, gràcies per les teves aportacions. És ben veritat que aquest marc de referència, una mica lligat amb el tema de la part laboral, distorsiona el fet de perdre les pensions, el fet de les prestacions i tal, no? Amb la qual cosa, estic d'acord en que cal un marc, un marc de referència amb el que comentes i penso que és una cosa important i urgent a fer. I no sé, tu que estàs una mica també més en línia, sí que m'agradaria saber si tens dades de com està anant tot el tema del benestar aquest emocional, del RBEC, dels equips guia, perquè estem posant recursos, però no sé si realment tenim uns bons, uns bons resultats.

I per finalitzar, una pregunta que us faig als tres és: Com veuríeu de tirar endavant una possible llei de salut mental i addiccions?

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies. Ara seria el torn de la Federació Catalana de Drogodependències i tindria la paraula la senyora Àngels Guiteras Mestres.

Àngels Guiteras (Federació Catalana de Drogodependències)

Gràcies, presidenta. Bé, bé, moltes gràcies per les intervencions i per l'esforç, també de poder compartir aquest espai amb vosaltres. Jo repeteixo que, com que estan gravades, les tornarem nosaltres també a... Bé, les tenim com una eina, una eina també per recuperar moltes de les coses que ens heu aportat. Gràcies.

Bé, bé, tot el tema aquest que comentaves, Margarita, de l'assistencialisme i que també ho relaciones amb el que fem nosaltres, les entitats socials, cap a on ens aboquen i, és clar, quan estem parlant de determinants socials, no?, costa molt de vincular-ho amb ciència, entès com que aquesta predominança que hi ha ara de que tot és important, de l'ús científic, i nosaltres, des de la Federació Catalana de Drogodependències, que estem coincidint amb aquests models que s'estan exposant aquí en aquesta comissió, però que en realitat el que hi ha, el que hi ha des d'una altra perspectiva que té bastant pes i poder, doncs, és que això de les drogodependències i de les drogues i tot això és una «enfermedad mental crónica y recidivante» y sobre todo, si puede ser atendida des dels hospitals, doncs allí es farà molt bona feina, no? Aquesta tendència també hospitalocèntrica i a valorar una sèrie de..., bé, una línia de treball. Això és el que hi ha i l'altre tema és el que estem explicant i esteu dia a dia.

Una pregunta en aquest sentit, també quan et refereixes al tercer sector social i el paper de les entitats i el pes i dius que: Com pot ser aquesta invisibilitat? És una pregunta que tu fas, no? Jo també me la faig i això també donaria perquè ho treballéssim. I la pregunta seria en el teu..., des de la vostra perspectiva –una mica per tots tres, si la voleu contestar–, quins interessos creieu que hi ha darrere d'aquesta invisibilitat? Quins interessos hi ha darrere d'aquesta invisibilitat? Quan no ha estat ni considerat el sector social essencial quan hi ha hagut un covid, per exemple, quan ens ha costat moltíssim tenir una cadira en el CTESC, en el Consell de Treball Econòmic i Social com a tal, quan aquest reconeixement que tu creus que

–i jo també, evidentment– hauríem de tenir, doncs hi ha tants obstacles per poder ser reconeguts com un agent social de primer ordre, quan és un sector que no només actua per emergència. És un sector que innovem, que transformem, que aportem i sobretot, que ha sobrevisquem..., estem sobrevivint avui. «Malsobreviviendo» com podem.

Bé, m'han agradat moltes de les coses que heu dit també, que ja han comentat els companys. Una pregunta concreta també seria: Com veieu...? Nosaltres estem treballant amb les universitats, les universitats també amb el sector, però com veieu, per exemple, tot aquest tema de la importància d'avançar amb sistemes predictius perquè puguem prioritzar millor, més i millor, els pressupostos cap a les necessitats socials de determinats territoris? Com veiem...? Nosaltres ens estem avançant amb tot això, però després veiem la dificultat política que els mateixos municipis ho apliquin. O sigui, per tant, com podríem avançar en aquest tema dels models predictius? I també com veieu el paper de la IA, de la intel·ligència artificial, si ens pot ajudar amb aquest millorar tot el que estem fent al voltant del que estem avui també comentant aquí.

Gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, senyora Guiteras. I ara tindria la paraula, en representació de la Federació VEUS, el senyor Edgar Viñals Rojas.

Edgar Viñals (Federació VEUS)

Bé, moltes gràcies. Resulta sorprenent que els hi suposi tant d'interessant tot el que avui heu parlat quan porten molts anys mirant cap a altres bandes en molts temes. Resulta espectacularment sospitosos que parlin de que Espanya és el major consumidor d'hipnosedants i d'ansiolítics i que això no sigui una preocupació quan fa anys que els hi repetim que això ha de ser una prioritat i fa anys que miren cap a altres bandes. Serà perquè els determinants comercials de la salut omplen els pressupostos i fan viables moltes de les organitzacions que avui estan aquí. Per tant, que enfoquem els determinants comercials de la salut és un imperatiu ètic i que no ens podem permetre com a societat, perquè hem de protegir la salut de la ciutadania.

Veureu, qui us parla ha hagut d'escoltar que la seva vida havia d'estar altament medicalitzada per poder ser funcional. I qui us parla ha hagut de comprovar com el sistema no està preparat encara per abordar els determinants comercials de la salut. Sabem del pes i del poder que té la indústria farmacèutica, també pels partits polítics, pels seus finançaments. Sabem que hem pogut afrontar altres bombolles com la corrupció política, les immobiliàries. Ens posem endavant de la immobiliària, però necessitem que ens digueu com podem començar a regular i com podem començar a transformar un sistema que és altament viciat per un agent que sempre està a l'ombra, que mai, mai apareix, però que té el control, de la recerca de la formació i que no permet que certs temes puguin ser tractats.

I com fer-ho sense prendre mal? A mi m'han amenaçat, m'han amenaçat de mort també. Com fer-ho sense prendre mal? No sé, no sé com fer-ho, però sí que crec que els determinants comercials en la salut mental passen per fer transparents els finançaments de les organitzacions dels propis partits polítics també de veure com és de llarga la mà del finançament de la indústria farmacèutica, que faci que continuem mirant a altres bandes i que, insisteixo, som el país del món que més consum d'hipnosedants, ansiolítics tenim i aquí ningú fa res des de fa molts i molts i molts i molts anys, perquè aquesta dada fa molts anys que circula i continua sortint, però continuem sense fer res. Per tant, la pregunta és: Com podem començar a abordar els determinants comercials de la salut en el sector de la salut mental i les addiccions?

Gràcies.

La presidenta

Bé, acabada aquesta intervenció, jo crec que com a presidenta em toca fer també un aclariment. Crec que el senyor..., l'últim intervingent, el senyor Edgar Viñals, dir que els partits polítics crec que no és l'espai per dir que els partits polítics es financen per les farmacèutiques i que tot això, entenc que està regulat. Però bé que hi han altres espais per poder-ho, evidentment, fer i crec que aquest és un espai de salut mental i addiccions, una comissió d'estudi i hauríem d'intentar que, entre tots, responem a aquest objectiu i a aquesta finalitat.

Dit això, li donaríem la paraula als compareixents, perquè ens poguessin també respondre tantes preguntes que els hi hem plantejat i, com hem dit abans, li donaríem la paraula, en primer lloc, a la senyora Margarita León Borjas..., Borja, perdó, per un temps màxim de deu minuts.

Margarita León Borja (doctora en política social, catedràtica de Ciència Política i directora de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques)

D'acord. Moltes gràcies. Abans de tot, jo hauré de marxar perquè tinc una altra reunió o sigui que no podré escoltar els meus companys. Però bé, agrair sobretot perquè el privilegi és nostre, jo crec. O sigui que tant de bo aquests espais de diàleg, perquè crec que realment són molt importants.

Yo me acuerdo de una..., hace tres años publiqué un libro que se llamaba Pacto social, el estado del bienestar y desigualdad, que fue un esfuerzo, un esfuerzo importante por salir de lo que hacemos en el ámbito académico y tratar, con un lenguaje un poquito más accesible, más divulgativo, pues transferir –eso que ahora se llama mucho transferir– conocimiento de la universidad hacia afuera, ¿no? Esto lo intentamos. A veces no sale, a veces no nos sale, pero yo recuerdo en uno de los lugares en los que presente libro que alguien me dijo: «Lo has explicado todo muy bien. Entendemos muy bien cuáles son todos los problemas, pero ahora, ¿qué hacemos?» ¿no? Pues el «ahora, ¿qué hacemos?», yo, lo siento, pero, pero no puedo ayudar mucho, porque, claro, cada uno habla desde donde..., desde su lugar, ¿no?

Yo he dicho al principio que no era ninguna experta en salud mental, o sea realmente el conocimiento de la intervención no lo tengo. Entonces ¿esto quiere decir que no sirve para nada? Espero que no, porque lo que sí que sirve, creo, es para no perder de vista que, además de actuar sobre problemas que son problemas muy complejos, muy concretos y muy urgentes, necesitamos tener una cierta dirección de viaje, ¿no? Y eso es lo que yo trato de aportar.

Creo que no debemos de perder de vista cuál es la dirección del viaje, porque las políticas públicas no son una sucesión de políticas. No sumamos esta intervención más esta intervención más esta intervención, esta iniciativa más esta iniciativa, este mecanismo, esta política... El todo, digamos, va mucho más allá de la suma de las

partes, ¿no? Y esto nos lleva necesariamente, creo, hacia reivindicaciones políticas, porque el estado de bienestar, fundamentalmente, es un proyecto político. Estados autoritarios tienen políticas de intervención. Claro que las tienen. Tienen muchas políticas sociales, pero no lo llamamos estados de bienestar, porque no hay un proyecto político detrás.

Por lo tanto, creo que ahora lo que necesitamos es recuperar ese proyecto, porque se nos ha perdido un poco por el camino, ¿no? Y en todo lo que son estudios sobre estado de bienestar, política social comparada, un poco hay una sensación un poco de nostalgia. Porque ese compromiso, que fue muy evidente en los momentos de construcción del estado del bienestar, que fue el momento de la posguerra en Europa, esos consensos políticos que fueron posibles entonces ahora son difíciles de ver. Son difíciles de ver. Los hemos perdido un poco por el camino.

Y, en ese sentido, claro, hay dos cosas, ¿no? Una es que es la pregunta de si necesitamos una segunda guerra mundial para reaccionar, o sea como de grande tiene que ser la crisis para que realmente sea un revulsivo para la acción. Durante la covid, de esto se volvía a hablar, ¿no? ¿Es esta emergencia lo suficientemente

Fitxer 05CESMA14

grave como para darnos cuenta de que el transatlántico hay que cambiarlo de orientación? Y parecía durante un tiempo que sí, por ejemplo, en los sistemas de atención a las personas mayores, en las residencias de mayores, parecía que había esta idea de, bueno, verdaderamente, el modelo ha hecho crisis y ahora lo único que cabe es una reforma que no sea una reforma de intervenciones puntuales, sino que sea una reforma paradigmática. Y cuando hablo paradigmática hablo los cimientos que rigen el cómo funciona o cuál es la razón de ser de esos sistemas.

Yo creo ha pasado la covid, han venido tres crisis y por desgracia creo que no estamos en un momento en que políticamente podamos asumir el cambio de paradigma, pero creo que hay que insistir. En el proyecto político, creo que hay que insistir y hay que insistir desde muchos niveles, porque podemos decir para eso están los políticos. Obviamente, no. Obviamente, no. Incluso y esto es una cosa que a mi quizá me llama la atención: Cuando yo digo que el modelo fundamentalmente

sigue siendo un modelo asistencialista, no solamente me refiero a la arquitectura de cómo funciona el sistema en su totalidad, sino que muchas veces esta manera de actuar asistencialista, digamos de alguna manera, está asimilada por parte de quien funciona, quien trabaja dentro del sistema.

Sin entrar en temas de salud mental, pero con casos de pobreza, por ejemplo, cuando hubo un proyecto europeo con siete países, un proyecto de cuatro años, digamos ambicioso, en el que elaboren muchos grupos de discusión con personas en distintas situaciones de mucha vulnerabilidad social. Y yo me di cuenta que los grupos que hicimos aquí en Cataluña, una de las cosas que salía con mucha frecuencia es que las personas percibían a las trabajadoras sociales como *gate keepers*, un poco. Es decir, que esa idea de la estigmatización contra la que hay que trabajar a nivel social, creo que también hay que trabajarla a nivel profesional. O sea, creo que los profesionales del sector, muchas veces parte de una cierta idea preconcebida de la estigmatización, ¿no? «Tú estás ahí, pero esto a lo mejor esto te lo puedo dar, pero esto ya no. Yo te estoy dando esto, no me cuestiones si esto es lo que a ti te conviene o no te conviene, porque...» Es decir, cuando decía al principio que el principio de la agencia es muy importante, esa agencia viene vetada a veces por la gente que trabaja con colectivos vulnerables, ¿no? O sea que creo que hay que trabajar a muchos niveles, pero eso no significa que el nivel más a pie de tierra no tenga que hacerse las grandes preguntas. Creo que tiene que hacerse las grandes preguntas, porque solamente haciéndose las grandes preguntas, uno llega a entender cuál es la capacidad transformadora, ¿no?

Claro, entonces decía, va a ver una frustración, porque todo eso de cuáles son los consejos concretos, cuáles son las intervenciones concretas, pues realmente yo no soy quién las... Creo que sería... No sé, me estaría atribuyendo una función que realmente no es la mía, ¿no? pero sí que creo que buena parte del problema, cuando hablábamos de la invisibilidad, de la marginalidad de la problemática, de todas las entidades y las políticas que rodean a esta problemática es que hay mucha residualidad dentro. O sea, todavía lo consideramos como un ámbito que está a los márgenes del estado de bienestar y, de alguna manera, o conseguimos ponerlo en el centro o no lo conseguiremos. Todavía cuando preguntas por ahí: ¿Qué es el estado de bienestar? La gente sigue diciendo que son las pensiones. Claro que no,

¿no? Es mucho más allá de las pensiones. ¿Por qué sigue siendo Servicios sociales una cuarta pata residual del estado del bienestar? Pues no, hay que conseguir que Servicios Sociales deje de ser una cuarta pata, porque tiene tanta importancia en cómo es gestiona, en general, todos los riesgos sociales, ¿no?, toda la cotidianidad que necesitamos darle esa centralidad.

Nos hemos... O hemos pasado de un paradigma de la austeridad durante muchísimos años, también muy hostigado, yo creo, por cierto, por ideales neoliberales que han calado mucho más allá de lo que pensamos que tendrían que calar. Pero a mí no me gusta hablar de neoliberalismo, porque es un término muy desgastado, pero en realidad el neoliberalismo es este énfasis en lo individual, ¿no?, en que sí, son atenciones personalizadas, pero en realidad, lo que no hay es estructura detrás de todos estos problemas y no, hay que reivindicar que claro que hay estructura.

La pregunta sobre políticamente cómo hacemos, es un momento muy complejo. Cuando hablaba de la época de la postguerra, de los grandes consensos, yo muchas veces digo que en realidad ni siquiera el estado del bienestar fue un proyecto solamente progresista, ¿no? Cuando tú miras el desarrollo, la expansión del estado de bienestar en Europa, pues resulta que acuerdos entre la democracia cristiana, los partidos conservadores, los partidos de izquierda, es decir, que tampoco fue tan revolucionario. La clave fue la capacidad del acuerdo común, la capacidad del acuerdo común.

¿Dónde se encuentra eso ahora? Creo que se tiene que encontrar fuera del ruido y el ruido es enorme, ¿no? Si cada vez que la extrema derecha entra, con sus discursos del odio, nos pensamos que es a nivel al que hay que combatir, creo que nos equivocamos. Creo que es una batalla perdida. Cuanto más podamos intervenir en las condiciones materiales de la vida de la gente, creo que más fácil es realmente llegar a soluciones.

No me queda tiempo. Necesitamos como un par de días.

Moltes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies, doctora León, però jo estic segura que ens tornarem a veure en aquest Parlament, en altres espais, com li he dit. Ara li donaríem la paraula al senyor Ferran Muntané també, per un temps màxim de deu minuts.

Ferran Muntané Isart (polític i investigador en determinants socials de la salut, Departament de Ciències Polítiques i Socials)

Moltes gràcies, presidenta. Necessitaríem dos i tres dies cadascun per respondre. Bé, intentaré fer-ho d'una manera el més ordenada possible. Es preguntava pel tema del suïcidi juvenil, la primera causa de mortalitat entre els joves a Catalunya. I no és perquè siguin joves i perquè siguin joves són vulnerables. Aquesta aproximació, a vegades perversa, de la vulnerabilitat. És perquè, per ser joves, viuen en un context de precarietat molt accentuat, no? I sabem ara que els joves, la nostra generació, la meva generació, viurem pitjor que els nostres pares. Com no ha de generar això patiment? Com no ha de generar això ansietats, depressions? A nosaltres ens va prometre que si estudiàvem, fèiem carreres, això, arribaríem a la lluna, no? I res més lluny de la realitat.

Però no només joves, també, i he mencionat només alguns exemples. He posat el gènere, la classe social i després una anàlisi més concret de precarietat, però també quan parlem de gradient social, parlem de persones migrants, parlem de persones en situació de discapacitat. O sigui, d'una manera simplificada, imaginin-se posant en un gradient tots els grups socials pel rol que els assignem a la nostra societat. Quan més avall estàs en l'escala, pitjor són els resultats de salut i també veiem l'exposició a risc de suïcidi, ansietats, depressions, etcètera.

El tema de la bretxa de gènere, a què es pot deure? Es deu, primer, justament a això, al rol que tenen les dones a la nostra societat respecte dels homes, en la majoria d'àmbits laboral, i no només en els remunerats, sinó també en el no remunerat, que deia el tema de la doble jornada. Evidentment, les dones han entrat al mercat laboral remunerat en els últims trenta, quaranta anys de manera massiva, però encara segueixen arrossegant la càrrega de la responsabilitat principal davant les cures. Això genera moltíssima tensió. Genera, doncs, moltíssimes desigualtats, també en la posició que s'ocupa en el mercat de treball remunerat, no? Que el fill, l'àvia o qui sigui es posa malalt, ha caigut, qui s'absenta del lloc de treball per defecte

sol ser la dona. Qui s'agafa la baixa de maternitat més llarga o l'única que se l'agafa, la dona. Llavors hi ha un fenomen que coneixem –està més que documentat– de discriminació estadística. Llavors, qui promociona les feines acostumen a ser els homes. Són els que no fallen, perquè no tenen la responsabilitat principal de cures, no? I ens podríem estendre molt i molt en aquest tema.

També se'm preguntava per les xarxes socials. Les xarxes socials són tot un tema. No és el meu tema. Però clar és que estan –i això lliga amb el tema dels determinants comercials justament, no?, estan dissenyades per generar addicció, perquè viuen de l'*engagement*. El temps que passem en pantalla vol dir atenció, exposició a publicitat de tot tipus. Això genera diners. Per tant, aquestes empreses, el que tenen són incentius per generar addicció i ara posem el crit al cel quan es vol regular l'accés. Una altra cosa és si una proposta o una altra és la més efectiva, si vulnera o no vulnera altres drets. Aquest és un altre tema, però que s'haurà d'entrar i molt fort amb el tema de la regulació de les xarxes socials és evident. Els efectes que veiem en el desenvolupament dels nens i nenes i ara ja joves i que comencen a entrar a la universitat, és claríssim, no?

També se'm demanava per intervencions d'èxit, per reduir les desigualtats. No és redescobrir la roda, en realitat. O sigui, polítiques de plena ocupació, això se'n parlava als seixanta, als cinquanta, als setantes. Polítiques de plena ocupació, perquè veiem, per exemple, que allà on hi ha taxes d'atur més baixes, hi ha menor prevalença de determinats problemes de salut mental pràcticament totes.

Polítiques de lluita contra la desprecarització, per una banda laboral i per l'altra, habitacional, dos de les grans crisis que tenim avui en dia. No sé si tenen present que fa dos anys vam publicar l'informe PRESME, de precarietat laboral i salut mental, pel Ministeri de Treball i Economia Social. Allà tenim una bateria de més de trenta mesures concretíssimes des de l'àmbit del mercat de treball i del sistema sanitari, per la banda laboral, per lluitar contra la precarietat i els seus efectes en la salut mental. Aquest llibre està disponible *online* i després va donar lloc també a aquest informe més curt del Ministeri de Sanitat també, amb un munt de recomanacions. També connectant a nivell que deia abans el company, no?, macro, meso, micro. Hi ha intervencions a tots els nivells, no? Podria fer aquí una

enumeració. El que puc fer és compartir-los els documents i els animo a que li facin una ullada.

És clar, determinants comercials de la salut en general, tot i que tenen menys trajectòria o han rebut menys atenció, s'han fet moltes coses, sobretot en tabac, algunes menys alcohol, i ara es comencen a fer coses, els últims anys, per exemple, amb el joc. Torno, no? Hem tornat a posar el crit al cel amb el tema de les xarxes, perquè encara no estem reconeixent o no hi ha un consens social suficientment robust per entendre les dinàmiques perverses de no només les xarxes socials, sinó múltiples plataformes, no?

Els deia, per què no...? Per què és tan difícil entrar pels determinants socials de la salut? És clar que parlem de treball, parlem d'habitatge, parlem de redistribució de la riquesa, parlem de reformes fiscals. Clar és que hem d'entendre que la salut és eminentment política, si l'entendem des dels determinants socials de la salut. I, per tant, és conflictiva. O sigui, hi ha algú que hi té a perdre. Hi ha molts més que hi tenen a guanyar, evidentment, però això genera conflicte i, per tant, arribar a consensos no és tan fàcil.

I de fet, justament es discuteix molt de l'assistencial, però no es discuteix tant dels determinants socials de la salut. Es discuteix tota l'estona els determinants socials de la salut. El que passa és que no se sap que s'està parlant de determinants socials de la salut. S'aproven o no s'aproven uns pressupostos o aquest es finança o no es finança... No ho veig, no hi veig. Es finança o no es finança aquesta iniciativa? Entre altres coses, també estem parlant de determinants socials de la salut en molts casos. I una de les coses que es pot fer, i lligant-ho amb el tema de la salut en totes les polítiques, no?, justament el que es pot fer és incorporar avaluacions de salut en general o, si es vol, de salut mental en algunes intervencions o de manera el més sistemàtica possible, no?, però si es fa polítiques

Fitxer 05CESMA15

socials, fan polítiques d'habitatge, fan polítiques de mercat de treball, que també s'incorporin avaluacions de salut. Quin efecte tindrà això en la salut?

Sobre la diputada d'Esquerra, em demanava tres propostes. Jo he apuntat tres propostes, però he fet una mica de trampa, perquè la tercera és una triple proposta, però, clar, la primera és que, quan redactin l'informe d'aquesta comissió, que tinguin els determinants socials de la salut, no com un complement, no. No és una quota, no és responsabilitat social corporativa, això. Si parlem de salut mental, els determinants socials de la salut han d'estar al centre.

En un segon lloc, polítiques de precarització laboral i habitacional. Aquesta és doble, de fet. Els deia que poden consultar l'informe PRESME amb desenes i desenes de propostes, entre les que es troben: la reducció de la jornada laboral, això té beneficis per al conjunt de la població i, sobretot, per a les dones, que són les que tenen, les que dediquen més temps al treball en el seu conjunt, remunerat i no remunerat, no?; desenvolupament d'un sistema públic de cures universal, de qualitat, hi trobaran tot el llistat i en tenen per una estona; i la tercera seria en matèria de recerca, justament. I aquesta és la triple proposta, perquè no és fàcil, perquè jo després he de tornar a la universitat i, si parlo de recerca, he de mirar de no deixar-me res, no?

Però, primer, com pot ser que tinguem la major part dels doctorands, que no són estudiants, o sigui, ens hem de treure del cap aquesta lògica dels doctorands que estan allà estudiant. No estan estudiant, estan produint recerca i estan en un nivell inferior al dels professors titulats i, evidentment, té un component formatiu molt important, però estan produint recerca per al conjunt de la nostra societat i tenim a la majoria dels doctorands sense beques. I els que tenim becats, amb beques de misèria. I quan s'acaba el tercer any de la beca, a l'atur, comptant que el quart any de la tesi doctoral la faran des de l'atur, com és el que passa a la majoria de vegades perquè en tres anys no n'hi ha prou.

Segona, no?, la..., i diria, per deformació del meu àmbit, que és la mesura sistemàtica de la precarietat laboral. Això ho tenim treballadíssim. Tenim les mesures de precarietat laboral dissenyades, validades psicomètricament, per veure com la precarietat laboral afecta la salut mental, per tant, exactament quins són els components que hem de tocar en matèria de dret del treball per evitar que això desencadeni en problemes de salut mental. Fem estudis publicats a les millors revistes científiques. Els suecs ens agafen el nostre model, la nostra escala de

precarietat laboral, els turcs, els anglesos, els alemanys... I aquí no som capaços de mesurar sistemàticament la precarietat laboral al nostre país. És recollir dades, eh? I sé que val diners i tot això també té la seva complicació, però la feina tècnica està feta.

I en últim lloc, i amb això acabo: Com connectem acadèmia o universitats i intervencions? Justament ara, en aquests moments jo treballo aquí darrere, al campus de la Ciutadella. S'està construint tot aquest parc de recerca a l'antic Mercat del Peix. Entre altres coses, hi ha l'Àgora UPF. L'Àgora UPF, l'esperit de l'Àgora UPF és connectar acadèmia i intervencions. És veure com podem aprofitar tot aquest coneixement científic per abordar problemes concrets. I, per aquestes coses, entre altres coses, el que falten són recursos i el que falten són espais perquè acadèmia i representants polítics, comissions de treball, ens puguem asseure i puguem elaborar propostes conjuntes, perquè si no, el que passa és que qui té temps i qui té recursos per fer això són les empreses o algunes empreses que preparen projectes de llei, que fan *lobbying* a Brusel·les, que fan *lobbying* a Madrid, que fan *lobbying* a Barcelona. I nosaltres, els que ens dediquem a estudiar-ho ja per mera vocació no tenim temps de fer res més que pescar quatre duros per fer recerca en temes que considerem que són rellevants.

Ho deixo aquí.

La presidenta

Moltíssimes gràcies. No es veu aquí el temps, però jo controlo. No sé per què ha deixat de funcionar. I ara sí que li donaríem la paraula al darrer compareixent, el senyor Jordi Cid, també per un temps màxim de deu minuts.

Jordi Cid Colom (investigador en salut mental)

Molt bé. Intentaré ser breu i no allargar-me massa en aquest aspecte. Aviam, hi ha un element que per mi és cabdal des de la perspectiva no només de la recerca, sinó des de la perspectiva, diguéssim, de mesurar l'impacte de la feina que fem i de com podem planificar, diguéssim, l'atenció a la salut mental i addiccions, que és disposar de dades fiables. O sigui, nosaltres tenim un sistema que recull moltíssimes dades a nivell assistencial i que també pot recollir dades a nivell de determinants socials de la salut. Però què passa? Que cadascú ho fa a la seva manera. Cada sistema

d'informació recull aquesta informació, diguéssim, amb variables que després no són compatibles i que no podem fer estudis. Per això, sempre la meva obsessió –i els que em coneixen– és disposar de dades fiables i la millor dada per poder incorporar, no?

Ara pensava: Quina és la mesura de precarietat laboral que hauríem de disposar per a totes aquelles persones que tenen un problema de salut mental i que estan treballant? Són treballs, diguéssim, a temps parcial que no els donen per tenir un projecte de vida i necessiten una complementarietat de pensions o d'altres sistemes de suport? Aquesta dada, que ens indica el nivell d'autonomia, ens indica el nivell d'inserció laboral i social, no la tenim, amb la qual cosa no podem calcular indicadors que ajuntin l'eficàcia de les nostres intervencions –que segur que ho són– amb aquestes intervencions més que de dir: Òndia, tinc..., és una persona que realment les nostres intervencions han ajudat a que pugui accedir a aquest projecte de vida i realment pugui tenir una vida digna i sense cap mena de dificultat i amb els suports necessaris per ser una persona autònoma, no?

Llavors crec que és molt important que no som un país que ens agradi registrar la informació i no som un país que ens costa molt avaluar l'impacte de les nostres intervencions. Jo crec que és un dels elements on l'acadèmia ens pot ajudar –els que portem diferents barrets–, però també la sistematització de quina és la informació rellevant per tenir aquesta informació i per poder planificar no només l'assistència en salut mental, sinó en general. Llavors crec que és molt important aquesta cultura, diguéssim, de registre la informació.

I això implica consens. I és una de les coses que hi ha cops que ens perdem amb aquest consens. Hi ha informació clau a l'hora per entendre, per exemple, com hem de desenvolupar una agència social i sanitària, no? Si no tenim quantes persones tenen una discapacitat, quantes persones tenen una dependència en un territori determinat, com podrem fer intervencions socials i sanitàries? Com sabem quantes persones tenen dificultats socials i estan...? És que, a més a més, hi ha estudis que ens diuen que l'estat de salut i els determinants socials tenen a veure amb el codi postal. Llavors el codi postal és més predictor que qualsevol altra cosa. I no som capaços d'incorporar aquestes dades i fer planificacions i poder dissenyar

intervencions concretes. Jo crec que és un dels elements importants. Els hi puc passar, diguéssim, literatura amb relació a quins indicadors hauríem de ser capaços de recollir i per arribar a aquesta amb aquest consens, no?

Llavors, amb relació al tema de l'atenció integrada, social i sanitària, crec que tenim una oportunitat d'or que no podem perdre. Primer, hem de fer aquesta estratificació per risc a nivell poblacional. Hem de conèixer l'impacte dels determinants socials, que són distribuïts de manera heterogènia. No és el mateix ciutat de Barcelona i depèn de quins barris que entorns rurals. Hem de fer un esforç per entendre la ruralitat i l'impacte. Sabem que hi ha persones que tenen més de trenta-cinc minuts per arribar al seu centre de salut mental de referència o, fins i tot, quaranta-cinc minuts per arribar a l'hospitalització, però tenen a set minuts un centre d'assistència d'atenció primària, una àrea bàsica de salut. I potser hem de començar a com fem temes assistencials, els anem portant cap a la proximitat.

I sabem també que som un país on tenim una salut mental molt poc desplegat el que és l'atenció domiciliària. Un dels eixos de l'atenció integrada, social i sanitària és l'atenció domiciliària. En salut mental tenim molt poc desplegat aquest model de com s'ha de fer aquesta atenció al domicili i comunitària, facilitant la integració. I tot això s'ha de fer no només posant recursos, sinó avaluant l'impacte d'aquests recursos. Jo sempre que vaig a fòrums intento dir: Si no volem l'impacte d'aquests recursos no només en salut, sinó en els seus determinants socials, doncs no serem capaços de fer allò que esperem tots, que és el bé comú, no? Llavors per mi és molt important aquests elements d'avaluació.

Em parlaven de mesures concretes i específiques, no? S'ha d'incorporar a una metodologia, diguéssim, que si volem fer una atenció integrada de la governança, no? Ha d'haver-hi una governança on hi ha segurament els ens locals, hi haurà els diferents departaments de la Generalitat de Catalunya, etcètera, i s'han de posar d'acord en quins projectes volen tirar endavant amb aquesta agència social i sanitària. I després operativitzar. La idea és com posem educació, justícia, serveis socials, salut en un mateix calaix. Primer, intentant identificar quines necessitats tenim i, a partir d'aquí, poder operativitzar accions concretes per poder intervenir.

I aquesta metodologia, que és gestió, això és gestió pura i dura, per què no l'incorporem dins de l'administració pública com una manera normalitzada? Com...? A banda, no fem un tema que és molt senzill: és introduir la cultura analítica dels costos. Saber què costa i saber la productivitat. Però quan parlem de salut mental, uf, ens espantem per aquests elements de la precarització. Jo crec que aquests aspectes s'han d'anar incorporant de mica en mica.

Hi ha moltes evidències. Ho comentàvem dins de... Es comentava que hi ha moltes evidències en el territori, però no hi ha evidències comunes que ens ajudin a identificar quines són les millors pràctiques: les que hem d'apostar perquè són realment cost-efectives o perquè aporten valor a aquest territori. Llavors el que fem és ens barallem per quina mesura hem de posar, no? Fiquem una mesura que està validada, posem-la en marxa, avaluem-la, mirem el *feedback* i si les coses s'han de modificar, es canvien. Llavors aquesta cultura és la que penso que s'ha d'incorporar.

I igualment amb el sistema de pagament. Nosaltres tenim informació... IDESCAT té molta informació disponible sobre com estan distribuïdes les persones que viuen soles, índexs d'atur, índexs socioeconòmics... Per què no ho incorporem i som capaços de creuar dades de l'administració pública per planificar millor els serveis sanitaris, socials i les necessitats? D'acord, jo crec que és una de les coses que ens és molt difícil de fer i la recerca pot ajudar, no? Igual pots posar on hi ha... Llavors si ho mires a la recerca i ho mires des d'una mirada crítica, que saps que no et podrà aquell element de: Si jo soc assistencial, tiraré cap al meu proveïdor, no? Hem de buscar aquesta mirada més neutra.

Quines coses específiques faria, quan em deien amb això del tema dels drets? Hi ha una cosa que podem fer, que és molt senzilla. Porto dotze anys sentint: Contencions mecàniques, zero. Doncs comencem a treballar perquè, un, anem a identificar contencions mecàniques hi ha; anem a identificar quins sistemes de mesura; anem a identificar quina formació tenen els professionals. Anem a identificar quines situacions som incapaços dins del sistema sanitari, que no inclou només salut mental, sinó vull parlar de la gent gran i d'entorns residencials que fa aquestes contencions mecàniques, i comencem a formar els professionals. Fem un pacte amb les famílies i amb les persones i comencem a treballar d'una altra manera. Però què

implica això? Treballar de manera diferent, sortir d'aquella comoditat i d'aquesta inèrcia que estem molt acostumats. Llavors podem fer això de les contencions mecàniques. També els hi vull dir: Això implicarà segurament un tema d'infraestructures a nivell hospitalari i a nivell residencial. Si posem en marxa habitacions de la calma, això vol dir infraestructura. Llavors això també s'ha de poder preveure.

I per acabar, dos apunts més amb relació al tema del malestar emocional com el desenredem. Mireu, crec que la salut mental que hem après, que allà on hi ha la demanda de l'assistència vol dir que tenim els focus de les persones que estan en risc. A les escoles i als instituts hem de fer coses diferents. La Jane [# 00:14:49] del 2013 ens deia: «Heu d'identificar aquelles persones que tenen un risc de tenir un trastorn mental o un trastorn d'aprenentatge. No s'ha de derivar, s'ha d'intervenir-hi

Fitxer 05CESMA16

dins de la pròpia escola amb professionals formats». Això vol dir, segurament, incorporar psicòlegs, psicopedagogs i altres professionals? Sí, però a banda d'aquestes intervencions, s'han d'avaluar. S'han d'incorporar a la família. Segurament el model de família i el model de com ensenyar els nostres fills ha canviat. El model de referència ha canviat, els valors han canviat. Hem d'ajudar a aquests pares, que potser tenen problemes de conciliació, que tenen problemes i dificultats per arribar a final de mes i que tenen una xarxa de suport social, etcètera, que els estan ajudant. Hem de ser capaços de treballar en els entorns allà on passen les coses.

Si tots pensem que ho hem de derivar a l'atenció primària o a salut mental, ens estem equivocant perquè estem aplicant aquest model assistencialista. Llavors hem d'intervenir a les escoles. Els hi vaig passar informes de Jane [# 00:00:50] de l'any 2013 que identificava els programes de formació que s'han de fer, com s'han d'avaluar, etcètera. Això s'hauria d'incorporar i crec que és un tema realment urgent.

I per acabar, si us plau, llei de salut mental i addiccions, sí, sí, sí, però amb coses concretes. Un, cap persona pot estar vivint en una llarga hospitalària de salut mental. Dos, com incorporem la política? És a dir, tots els canvis polítics que s'han de fer i

legislatius de drets humans a l'assistència, tenint una cobertura clara de què és el que poden fer els professionals, què esperen les persones amb experiència pròpia i què esperen els nostres conciutadans amb relació a allò que estem fent. Allò que estem fent aporta valor o no aporta valor. És clar que hem de fer una llei de salut mental, però ser inclusiva, d'acord?

Hem de tenir una mirada per a les persones que viuen soles. Hem de tenir una mirada per les persones que no estan en el sistema sanitari ni al sistema social, que estan completament desvinculades i que els detectem amb equips mòbils de proximitat dient: Com pot ser que aquesta persona hi sigui? Llavors necessitem realment que hi hagi una llei que protegeixi les persones, però que els garanteixi una intervenció per tenir una bona qualitat de vida i un projecte de vida, i que puguin ser ciutadans de ple dret, com diu la convenció.

Moltes gràcies.

La presidenta

Moltíssimes gràcies als tres compareixents. Moltíssimes gràcies també als experts que ens acompanyen, a la directora general també, evidentment. I ens veiem el proper mes, amb un nou ordre del dia i segurament una mica més reduït per aprofitar tots plegats.

Moltíssimes gràcies i aixequem la sessió.

La sessió s'aixeca a...