

**LA SITUACIÓ DE LA SALUT MENTAL  
I LA PSICOLOGIA EN EUROPA, ESPANYA  
I EL PAÍS VALENCIÀ. UNA ACTUALITZACIÓ  
DES DE L'ANY 2000 FINS EL 2013**  
***THE STATE OF MENTAL HEALTH  
AND PSYCHOLOGY IN EUROPE, SPAIN  
AND VALENCIA. AN UPDATE  
FROM 2000 UNTIL 2013***

*Roger Muñoz i Navarro,<sup>\*\*</sup> Lorena Giménez-Manrique,<sup>\*\*</sup>  
Jordi Salavert,<sup>\*\*</sup> Jordi Mompó,<sup>\*\*</sup> Jesus Garcia-Pitarch,<sup>\*\*</sup>  
Andrea de Pereda,<sup>\*\*\*</sup> Isabel Bertomeu<sup>\*\*\*\*</sup> i Guillermo Mateu<sup>\*</sup>*

---

**Resum**

L'objectiu d'aquest treball és realitzar una revisió de la literatura que mostre la situació de la salut mental a Europa, posant l'accent en els costos socials i econòmics dels trastorns mentals. Així també, es procedeix a comparar la situació dels psicòlegs clínics en el sistema sanitari públic a Espanya i al País Valencià amb altres països europeus. Es va realitzar una revisió bibliogràfica en les bases de dades de Pubmed i Web of Science des de l'any 2000 fins a l'actualitat. Segons l'OMS els costos socials i econòmics són considerables i es requereix invertir en l'augment de recursos per a fer front a aques-

\* Burgundy School of Business, França.

\*\* Universitat de València.

\*\*\* Gabinet Psicopedagògic Municipal de Burjassot.

\*\*\*\* Residència Ntra. Sra Desamparados, València.

Correspondència: Roger Muñoz Navarro. Facultat de Psicologia. Av. de Blasco Ibáñez, 21. 46010-València (Espanya). Adreça electrònica: <Roger.munoz@uv.es>. Burgundy School of Business, 29 rue Sambin - BP 50608 -21006 DIJON (France). Adreça electrònica: <Roger.Munoz-Navarro@escdijon.eu>.

ta situació. El Regne Unit va iniciar un projecte l'any 2007 per a facilitar l'accés a les teràpies psicològiques augmentant el nombre de professionals, mentre que a Espanya i al País Valencià, les condicions dels professionals de la Psicologia clínica dista molt de la necessària per a satisfer la demanda. Recentment a Espanya s'estan prenent mesures per a millorar aquesta situació. Es recomana com a conclusió reforçar i potenciar els recursos humans dels serveis públics sanitaris per a poder fer-li front, concretament amb professionals de la Psicologia clínica.

*Paraules clau: Salut mental, recursos humans, psicòlegs clínics, càrrega econòmica, tractament psicològic.*

### **Abstract**

*The aim of this paper is to review the literature displaying the state of mental health in Europe, with emphasis on the social and economic costs of mental disorders. Moreover, we proceed to compare the situation of clinical psychologists in the public health system in Spain and Valencia with other European countries. We conducted a literature review in the databases such PubMed and Web of Science from 2000 to the present. According to WHO, the social and economic costs are considerable and requires increased investment in resources to deal with this situation. The United Kingdom started a project in 2007 to provide access to psychological therapies by increasing the number of professionals, while in Spain and Valencia, the conditions of clinical psychologists is far from sufficient to meet the demand. Recently in Spain is being taken measures to improve this situation. As a conclusion, it is recommended to reinforce and strengthen human resources for health utilities to cope this weak situation, specifically with clinical psychologists.*

Key words: Mental health, human resources, clinical psychologists, financial burden, psychological treatment.

## **Introducció**

En el present treball es pretén en primer lloc fer una revisió de la literatura que mostre quina és la càrrega social i econòmica dels trastorns mentals a Europa, Espanya i el País Valencià. En segon lloc es pretén estudiar i actualitzar la situació dels professionals de la Psicologia clínica en el sistema sanitari públic espanyol i en concret a el País Valencià, i comparar-ho amb altres països europeus. Es va realitzar una revisió en les bases de dades de Pubmed i Web of Science trobant una gran quantitat d'informació de revistes especialitzades de

diferents disciplines procedents de l'epidemiologia, economia, medicina, Psicologia clínica i fins i tot d'organismes oficials internacionals de salut pública com l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i ministeris europeus. La metodologia emprada per a la selecció de la informació obtinguda en les bases de dades va ser la següent. Per al primer objectiu de plasmar la càrrega econòmica i social dels trastorns mentals, fer referència als organismes oficials internacionals que ofereixen informació epidemiològica i econòmica sobre aquest tema. També, aquella documentació que haja influït en decisions polítiques europees i per tant, en els seus sistemes sanitaris públics. En segon lloc, per a actualitzar la situació dels professionals de la Psicologia clínica en els sistemes sanitaris públics espanyol i del País Valencià, aquella documentació d'organismes nacionals de prestigi dins de la Psicologia clínica a Espanya, tals com a societats científiques o col·legis oficials. Al seu torn, es va seleccionar per a aquest treball la informació rellevant que aportés alguns exemples europeus que amb solucions concretes. Després de la revisió realitzada podem afirmar que els problemes de salut mental ocasionen una gran càrrega econòmica i social a la població europea, espanyola i del País Valencià. Així també, existeixen solucions a l'abast.

### **Revisió del *Projecte Atlas* de l'OMS**

A l'inici del nou mil·lenni, l'OMS va publicar mitjançant el «*Projecte Atlas, Informe sobre la salut en el món 2001. Salut mental, nous coneixements, noves esperances*» (WHO, 2000; WHO, 2001), que els trastorns mentals s'estaven convertint en la principal càrrega econòmica de tots els països i que aquests són causants d'un gran malestar i sofriment per a aquells que ho pateixen. Els especialistes en la matèria van reconèixer que les solucions estan a l'abast de tots. Per tant, cal reaccionar i accelerar els processos que permeten la seua execució. El *Projecte Atlas* (WHO, 2001) va oferir un panorama clar dels recursos existents i de les necessitats bàsiques en països de tot el món, així com una referència per a vigilar les modificacions al llarg del temps. A nivell mundial, va contribuir al fet que el món fou més conscient del grau exacte d'escassetat de recursos en salut mental i va impulsar les iniciatives internacionals per a incrementar aqueixos recursos (WHO, 2005). A nivell nacional, les anàlisis van identificar les àrees que havien de rebre atenció urgent per part dels responsables de les polítiques i els plans d'atenció de salut de cada país. El projecte va establir també objectius realistes en permetre la comparació entre països i va motivar a intervenir en pro d'una millora dels recursos en aquest camp.

A continuació, es donaran a conèixer de forma concisa la informació extreta de l'informe que va realitzar OMS, publicat en el «*Projecte Atlas 2001, Informe sobre la salut en el món 2001. Salut mental, nous coneixements, noves esperan-*

ces» (WHO, 2001), on trobem dades de 185 països, que representen el 99,3% de la població mundial. Tant les dades que van aparèixer com les conclusions que s'extrauen, demostren la gran necessitat existent de sensibilitzar al lector sobre el pes de les malalties mentals a principi de segle, que seguim tenint actualment i tindrem en un futur. Enumerem les principals idees del *Projecte Atlas*:

1.- *La depressió i altres trastorns mentals seran els responsables de la major càrrega social i econòmica en 2020.* L'OMS advertia que els trastorns mentals són responsables d'una proporció considerable de les discapacitats i de la càrrega de morbiditat. En la taula 1 trobem les següents dades on observem el nombre anual de persones que pateix alguna malaltia mental.

TAULA 1  
*Nombre de persones per malaltia mental (WHO, 2001)*

<b>Tipus de trastorn mental</b>	<b>Nombre de persones</b>
Depressió	150.000.000
Esquizofrènia	25.000.000
Epilèpsia	38.000.000
Addiccions	90.000.000
Suïcidis anuals	1.000.000

Ja en dades de l'any 2002, se li adjudicaven als trastorns psiquiàtrics el 13% dels anys de vida ajustats per discapacitat, al VIH/SIDA un 6% i a les lesions auto-infligides el 3,3%. Aquestes xifres s'acompanyen d'una càrrega creixent que implica un cost enorme en termes de sofriment humà, discapacitat i misèria.

2.- *La resposta dels sectors de salut de tots els països és, ara com ara, insuficient davant la necessitat existent.* Els recursos destinats a aquest àmbit són insuficients. La proporció de salut mental respecte al total del pressupost de salut per nivell d'ingressos de tots els països no està ajustada. Països d'alts ingressos solament inverteixen prop d'un 6,9% del seu pressupost total de sanitat a salut mental mentre que països de baixos ingressos no inverteixen més d'un 1,5%. Aquest fet evidencia el mínim grau de consciència de l'impacte d'aquestes malalties per a tots els governs.

En la literatura es descriu la càrrega econòmica com la suma de despeses directes i indirectes, concebudes com a tractament i intervenció, en el primer cas, i pèrdua de productivitat per incapacitat laboral i dies laborables perduts, en

el segon. La mitjana d'inversió de tots els països és del 2% del total enfront d'un 13% de càrrega econòmica dels trastorns mentals. Es a dir, el rati d'inversió no arriba ni al 1/6 de d'inversió necessària per a cobrir les despeses directes e indirectes. Es constata com ja hem dit amb anterioritat, que els recursos actuals i la resposta dels sectors de salut en matèria de salut mental, en quasi tots els països del món, són insuficients davant la magnitud del problema.

Per tant, la gran conclusió que va mostrar el *Projecte Atlas 2001* és que, ajustant-nos a les dades basades en l'evidència sobre la gran càrrega econòmica i social que suposen els trastorns mentals i l'escassetat de recursos, calia conscienciar a tots els països perquè actuen enfront d'aquesta greu situació.

3.- *Els nombres de recursos humans de professionals de salut mental són insuficients.* L'OMS va informar del nombre de professionals sanitaris i els va comparar amb les mitjanes mundials i els seus continents respectius. Parlem de psiquiatres, infermeres psiquiàtriques, neuròlegs i neurocirurgians, psicòlegs de l'àrea de la salut i treballadors socials de l'àrea de la salut.

En la taula 2 podem observar com la mitjana europea de psiquiatres és major que la mitjana mundial (9 enfront de 3,96 respectivament). En canvi, la mitjana europea de psicòlegs de l'àrea de la salut és menor que la meitat de la mitjana mundial (3 enfront de 6,43 respectivament). La idea general que s'extrau és que tots els nombres de recursos humans són bastant escassos atenent a la realitat social (WHO, 2001).

TAULA 2  
*Mitjanes de professionals sanitaris per habitants (WHO, 2001)*

<b>Professional sanitari</b>	<b>Mitjana mundial</b>	<b>Mitjana europea</b>
Psiquiatres	3,96	9
Infermeres psiquiàtriques	12,63	27,5
Psicòlegs de l'àrea de la salut	6,43	3
Treballadors socials de l'àrea de la salut	8,64	6,23

\* Les mitjanes estan preses per cada 100.000.

Va ser el *Projecte Atlas* del 2005 (WHO, 2005), el que va traure a la llum una actualització de les dades que ja s'havien arreglat amb anterioritat sobre l'atenció en salut mental en el món. Aquest treball ens permet fer extraccions de dades de la mitjana europea, d'altres països de la Unió Europea i de la resta del món sobre els nombres de professionals sanitaris i realitzar comparacions amb les dades que es disposaven en el moment de la situació espanyola. S'ha decidit

prendre a Alemanya com a comparatiu ja que, igual que a Espanya, eren països d'alts ingressos de la Unió Europea l'any 2000. En aquest sentit, Alemanya destina un elevat nombre de recursos als seus sistemes sanitaris públics i mostra tenir una major consciència sobre la problemàtica de la salut mental. Les dades es mostren a continuació en la taula 3.

TAULA 3

*Mitjanes de professionals sanitaris entre Espanya, Alemanya i Europa (WHO, 2005)*

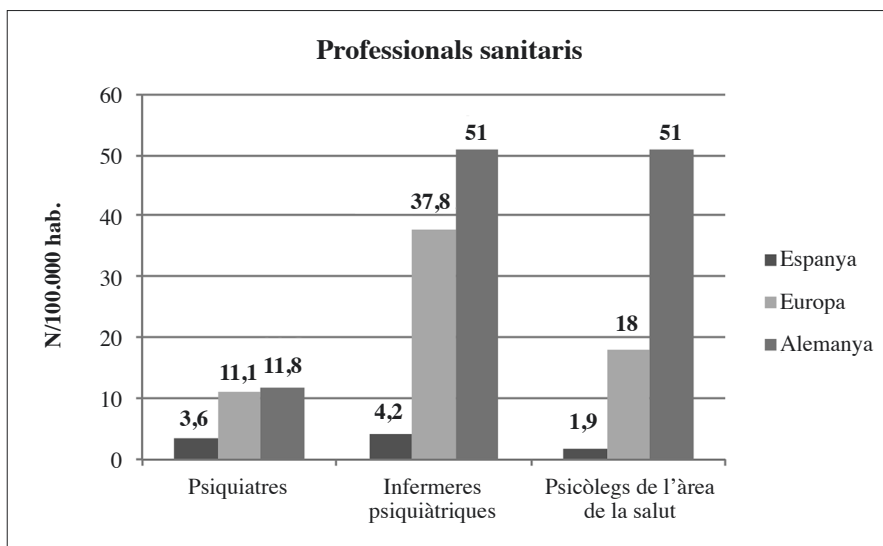
Professional sanitari	Espanya	Europa	Alemanya
Psiquiatres	3,6	11,1	11,8
Infermeres psiquiàtriques	4,2	37,8	51
Psicòlegs de l'àrea de la salut	1,9	18	51
Treballadors socials de l'àrea de la salut	—	2,35	377

\* Les mitjanes estan preses per cada 100.000.

Amb la finalitat d'apreciar les dades d'una forma més intuïtiva, la Gràfica 1 arreplega les dades exposades en la taula 3. Les diferències entre Espanya i Europa i Alemanya són molt pronunciades. En el cas d'Espanya, les dades aconseguixen cotes molt per sota que en el cas alemany o la mitjana europea. Tenint en compte que l'OMS va anunciar que tots els països, fins i tot els que destinen recursos més elevats com Alemanya, haurien d'augmentar les seues files de recursos humans per a poder afrontar la situació, deduíem que Espanya hauria de realitzar encara més esforços.

Com es contempla en la taula 3, segons les dades recollides per l'OMS l'any 2005, Espanya disposa de 3,6 psiquiatres per cada 100.000 habitants enfront de 11,1 que correspon a la mitjana europea. Alemanya en aquest cas, en disposar d'11,8 se situa d'acord amb aquesta mitjana. Espanya està, en canvi, molt per sota. Quant a les infermeres, Espanya té 4,2 enfront del 37,8 de mitjana europea, la qual cosa està excessivament per sota. Alemanya, per contra, supera la mitjana amb 51 infermeres per cada 100.000 habitants. Quan observem les dades dels psicòlegs de l'àrea de la salut la situació encara està més injuriada amb 1,9 enfront de la mitjana de 18/100.000 habitants. Alemanya disposa de 51 psicòlegs/100.000 habitants, molt per sobre de la mitjana europea.

FIGURA 1  
 Mitjanes de professionals sanitaris entre Espanya, Alemanya i Europa

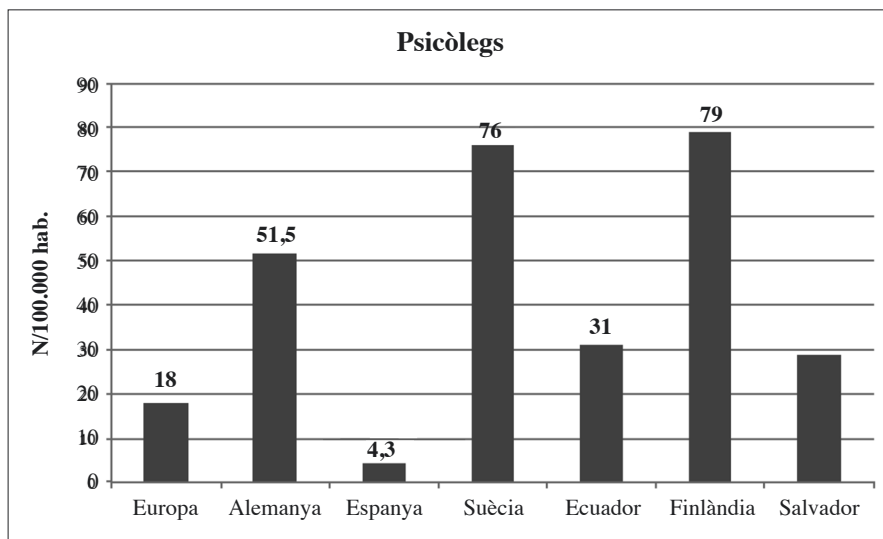


\* Les mitjanes estan preses per cada 100.000 habitants (WHO, 2005).

L'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria va anunciar després de conèixer les dades del *Projecte Atlas-2005* de l'OMS, que les fonts utilitzades per a realitzar aquesta recerca procedien de registres referents a l'any 1996. Per tant, van realitzar l'estudi «*Observatori de salut mental: anàlisi dels recursos de salut mental a Espanya*» (Sánchez et al., 2005), amb dades procedents de l'any 2003. Ací podem comprovar com en 1996, on Espanya disposava de 1,9 psicòlegs/100.000 habitants, es va passar a 4,3 psicòlegs/100.000 habitants en 2003. En 7 anys només es van augmentar 2,4 psicòlegs, la qual cosa segueix mostrant-se com a insuficient enfront de la demanda existent.

Com podem observar en la figura 2, el nombre de psicòlegs per habitant és molt baix no solament comparant-ho amb països d'alts ingressos sinó també amb altres països en vies de desenvolupament (com Equador o El Salvador). Ja hem nomenat la mitjana europea de 18 psicòlegs per cada 100.000 habitants, Espanya amb només amb 4,3 i Alemanya amb 51,5. Ara veiem com Finlàndia comptava amb 79 o Suècia amb 76 psicòlegs per cada 100.000 habitants i d'altra banda Equador i el Salvador que tenien 31 i 29 psicòlegs per cada 100.000 habitants, respectivament, en els seus sistemes sanitaris nacionals (WHO, 2005). Tot açò segueix mostrant com a Espanya hi havia una absència clara de consciència de la figura de la professional del psicòleg dins del sistema sanitari públic.

FIGURA 2  
Mitjanes de psicòlegs en diferents països



\* Les mitjanes estan preses per cada 100.000 habitants (WHO, 2005).

4.- *Existeixen teràpies eficaces a l'abast de tots els països.* L'OMS va afirmar que existeixen teràpies eficaces que poden ser aplicades en tots els països. Aquestes teràpies són assequibles i produirien una disminució de la càrrega tant econòmica com social. Existeixen fàrmacs moderns capaços d'alleujar símptomes i reduir la gravetat dels problemes que ocasionen els trastorns mentals. No obstant açò, existeix una abundant evidència empírica sobre el positiu impacte de la implementació de tractaments psicològics. Concretament, aquests ofereixen millors resultats a llarg termini enfront de la farmacoteràpia, a més de reduir els efectes secundaris que aquests produeixen (WHO, 2001). També incideix en la importància de la rehabilitació i reinserció social necessària per a l'adaptació del malalt al seu entorn i en la prevenció, que és on més insisteix en la necessitat d'actuar. L'evidència també mostra que la teràpia cognitiu-conductual i les intervencions de tall sistèmica-familiar ajuden a prevenir els trastorns mentals de xiquets i adolescents, de manera que permet la detecció prematura d'aquests problemes i la seua intervenció és més eficaç per la menor gravetat d'aquests (WHO, 2005).

Un dels punts més rellevants que destaquem del *Projecte Atlas* és que, donada l'existència de tractaments efectius per a la gran majoria d'aquestes malalties, de produir-se una inversió en despeses directes en matèria de salut mental,



s'estalviaria una part significativa de la càrrega de despeses indirectes. Invertir en promoció i prevenció de la salut mental a nivell social i en tractaments eficaços a nivell sanitari comportaria un estalvi econòmic en matèria sanitària i en augment de productivitat laboral. Per tant, recomanem seguir aquestes indicacions perquè tots els països intervinguin i afronten els reptes que suposa la salut mental de la població.

## **Resposta europea al *Projecte Atles* de l'OMS**

Després d'aquestes recomanacions, del 12 al 15 de Gener de l'any 2005, es va celebrar a Hèlsinki, Finlàndia, la *Conferència Ministerial de l'Organització Mundial de la Salut per a Salut Mental*, on es reconeixia que la salut mental és fonamental per a la qualitat de vida i productivitat de les persones, les famílies, la comunitat i els països. Es va acceptar que era de prioritat absoluta actuar per a afrontar els reptes actuals en salut mental i proporcionar solucions basades en l'evidència.

En aquesta conferència es va elaborar la «*Declaració Europea de Salut Mental*» i es va presentar un «*Pla d'Acció en Salut Mental per a Europa*». Els Ministres de Salut de la Regió Europea de l'OMS es van comprometre a reconèixer la necessitat de l'adopció en cada país de polítiques integrals de salut mental basades en l'evidència, exposades en anteriors resolucions i en l'*Informe Mundial de la Salut de l'OMS del 2001* i van acceptar executar aquest *Pla d'Acció de Salut Mental* en el termini de 5 a 10 anys.

Alguns dels punts que desitgem remarcar de tot l'acordat, que convidem a revisar en el seu document oficial per a major informació (WHO, 2005), és que van posar l'accent en reforçar els nombres de recursos humans en salut mental mitjançant especialistes, proveir l'accés a la medicació psicotròpica i intervencions psicoterapèutiques en l'Atenció Primària de salut per als problemes mentals lleus, així com en serveis especialitzats per als trastorns de caràcter sever.

## **Resposta de l'estat espanyol**

El govern de l'estat espanyol va reaccionar davant aquestes recomanacions que promovien una millora dels recursos humans en salut mental. Durant l'any 2006, el Ministeri de Sanitat i Consum va realitzar la «*Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut*» (MSC, 2007). Aquesta estratègia formava part del «*Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud*». Va representar un esforç consensuat entre el Ministeri de Sanitat i Consum, les Societats Científiques, les Associacions de Pacients i les Comunitats Autònomes per a aconseguir

una millor atenció de les persones amb trastorns mentals, basada en l'excel·lència clínica i en condicions d'igualtat en tot el territori.

El procés es va iniciar en el 2004, on el Ministeri de Sanitat i Consum motivat per seguir les recomanacions de les OMS i donada la situació de la desesperant situació dels serveis sanitaris de salut mental del nostre sistema de salut, va convocar a totes les associacions implicades per a que reflexionaren sobre si tals canvis podrien requerir el desenvolupament d'un nou marc o estratègia d'actuació per tal d'abordar-los.

L'estratègia es va aprovar pel *Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut* l'11 de Desembre de 2006, seguint les recomanacions de l'OMS i la *Declaració d'Hèlsinki 2005*. Aquesta versió oferia una visió en matèria de directrius que promovia el govern espanyol per a intervenir en salut mental. Per tant, conèixer-la ens situa en el punt de partida després de la *Declaració d'Hèlsinki* i el *Pla d'Acció de Salut Mental*, la posició en la qual es troben els recursos en salut mental i, més concretament, els professionals de la Psicologia de l'àrea de la salut. Aquesta versió ha sigut actualitzada amb una versió que comprenia els anys 2009-2013 (MSC, 2011).

Tant l'*Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut 2006-2009* i l'*Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut 2009-2013* coincideixen amb les idees concretes del *Projecte Atlas* de l'OMS, que anteriorment hem citat, i que són les que es van aprovar en la *Declaració d'Hèlsinki 2005*:

- El problema social al que ens enfrontem és de gran envergadura. Exigeix solució mitjançant les estratègies recomanades ja que ocasionaran un gran benefici a la societat, donada la reducció del seu cost.
- S'han de realitzar canvis en l'estructura dels serveis sanitaris. L'equip multidisciplinari és el marc de referència. L'augment de serveis de Psicologia, és una de les seues recomanacions.
- Potenciar la formació del personal de salut mental, psiquiatres, psicòlegs clínics i infermeres de l'àrea de salut mental. No fa cap referència a les places P.I.R. ni millores d'accés.

Malgrat les recomanacions que detalla la normativa aprovada pel *Ministeri de Sanitat i Consum* en la seua *Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut*, podem pensar que no s'estan prenent les mesures necessàries. Quant al que respecta a augmentar els nombres de recursos humans i potenciar els grups multidisciplinaris observem que solament en la versió més actual es fa esment al nombre de psiquiatres però no parla d'altres professionals com els psicòlegs clínics o infermeria.

Actualment, l'única forma que un psicòleg accedisca al sistema públic de salut és mitjançant l'obtenció del títol de Psicòleg Especialista en Psicologia Clínica, del que sabem que només prop d'uns 8.000 psicòlegs en tota Espanya

disposen d'ell. Les places que s'ofereixen cada any per a l'accés a places de formació sanitària especialitzada de Psicòleg Especialista mitjançant la via de Psicòleg Intern Resident (P.I.R) és el de major ràtio. L'any 2011-2012 es van oferir 136 places, un ràtio de 22,9 sol·licitants per plaça. En la convocatòria 2012-2013 van ser 141 places, amb un ràtio 26,1 i la més recent del 2013-2014 serà de 128 places amb un ràtio de 30,1 (MS, 2013). Aquesta realitat mostra que és insuficient poder atendre la demanda de tractaments psicològics que requereix la societat espanyola. Com observem, malauradament, en aquest últim any ha baixat el nombre de places oferides.

*L'Observatori de Salut Mental de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria* porta des del 2005 oferint un registre de quin és el nombre aproximat de psicòlegs clínics en la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut (SNS), a més d'altres professionals. L'any 2005 disposàvem de 4,3 psicòlegs per cada 100.000 habitants, la qual cosa suposava un nombre de prop d'uns 1.890 psicòlegs clínics (Sánchez, 2005). Més recentment s'ha actualitzat la relació amb dades del 2010 i podem comptar amb una ràtio de 4,42 psicòlegs amb prop de 2120 psicòlegs clínics (Estévez, 2011). És obvi que aquests serveis es caracteritzen per la saturació assistencial i que siga escàs el temps que es pot dedicar als pacients en els dispositius assistencials sanitaris públics. A més, segons alguns autors afirmen, és complicat oferir un bon sistema de formació als residents donada l'absència de propis psicòlegs en les Unitats de Psiquiatria que puguem exercir labors de supervisió (Virués et al., 2003).

Sabent que la mitjana europea és de 18 psicòlegs per cada 100.000 habitants seria necessària una incorporació a les files del Sistema Nacional de Salut (SNS) d'uns 8.100 psicòlegs. La Comissió de Sanitat, Política Social i Consum va aprovar en el 2010 *«l'Informe de la ponència d'estudi de les necessitats de recursos humans en el SNS»* (BGCGS, 2010). En ell es reconeixia que es necessitaven almenys 7.200 psicòlegs en el nostre Sistema de Sanitat i que calia augmentar les places de formació d'especialistes. Més encara, arribar a una mitjana com la d'Alemanya, la qual és elevada en comparació de la mitjana espanyola i la mitjana europea, però no suficient segons l'OMS, suposaria la inserció de prop de 20.610 psicòlegs en el SNS.

Com ja hem comentat, s'han presentat 128 places P.I.R. l'any 2013 i s'ha produït un augment d'unes 80 places en els últims 15 anys. En la convocatòria 2005/2006 es van convocar 89 places, així que en 13 anys (de 1993 a 2006) s'ha produït un augment de 38 places, una mitjana de 2,92 a l'any. Si arrodonim a 3, seguint aquest ritme s'arribaria a 200 places anuals l'any 2043. Si dobleguem aqueixa mitjana (6 places d'augment anual), aqueixa xifra s'aconseguiria l'any 2024. Açò no solucionaria el necessari augment de la presència de psicòlegs en el SNS a un nombre raonable ni en els pròxims 30 anys, ni tan sol contractant a la resta de 8.000 psicòlegs clínics. Segons la nostra opinió, l'estat espanyol no ha pres aquesta situació amb la serietat que mereix.

## Situació del País Valencià

La Generalitat Valenciana va formular ja l'any 2001 el *Pla Director de Salut Mental i Assistència Psiquiàtrica de la Comunitat Valenciana*, on realitzaven la següent estimació de les necessitats de professionals per als anys següents i recomanaven un augment de tots ells:

TAULA 4  
*Previsions de mitjanes de professionals sanitaris al País Valencià (PDSM, 2001)*

Professional sanitari	Salut mental adults	Salut mental infanto-juvenil
Psiquiatres	7	2
Infermeres psiquiàtriques	6	0,5
Psicòlegs de l'àrea de la salut	6,5	1
Treballadors de l'àrea de la salut	2,5	0,5

\* Les mitjanes estan preses per cada 100.000.

Malgrat aquestes previsions i a pesar que en el 2005 es van seguir proposant en el *Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2005-2009* aquestes recomanacions, l'any 2008 la societat valenciana podia comptar amb només 2,4 psicòlegs per cada 100.000 habitants. Es va augmentar un nombre de 27 psicòlegs en 7 anys arribant a un total de 108 psicòlegs. Actualment, sota les dades oferides per l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria, a el País Valencià comptem amb 154 psicòlegs amb un ràtio semblant de 2,6 psicòlegs per cada 100.000 habitants (Sánchez, 2005; Estévez, 2011). Cal dir que en aquests mateixos estudis es mostra com el País Valencià està en última posició en nombre de psiquiatres i infermeres que ofereixen Atenció a la salut mental de totes les comunitats de l'estat espanyol.

D'acord amb açò, l'*Informe dels Serveis Sanitaris de la Comunitats Autònomes* realitzat l'any 2008, el qual és el *V Informe de la Federació d'Associacions en Defensa de la Salut Pública* (FADSP, 2008) va informar que el País Valencià està en l'últim o dels últims llocs en matèria de finançament a tota la sanitat pública, alguna cosa que ve succeint des de l'any 2004. En els últims informes d'anys posteriors de l'any 2012 o 2013 es mostra seguim sent la comunitat que menys inverteix en Sanitat Pública.

Malgrat ser la comunitat autònoma que menys destina a la sanitat pública en matèria de finançament, som la comunitat en tercera posició en despesa farmacèutica per càpita amb una despesa de 308,74 euros (FADSP, 2008). Açò implica que la gran majoria d'inversió econòmica destinada al *Servei Nacional de*

*Salut de la Comunitat Valenciana* no és destinada a la derivació d'especialistes i professionals sanitaris sinó a la prescripció farmacèutica, la qual cosa dibuixa a la sanitat valenciana com preminentment declinada a la farmacoteràpia. Al mateix que en les prèvies revisions, els autors coincidim que caldria repensar la direcció presa per les administracions sanitàries i fomentar la presència de psicòlegs clínics al sistema sanitari valencià, per tal d'aprofitar recursos econòmics i humans.

## **Resposta del Regne Unit**

A partir de la guia elaborada pel *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), basada en una revisió exhaustiva sobre l'evidència dels tractaments sobre l'ansietat i la depressió i en la qual es conclou que la Teràpia Cognitiu-Comportamental és tan efectiva com els fàrmacs, *The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group*, des de la Facultat d'Economia de Londres, va publicar el *Depression Report* (Bell, Clark, Knapp, Meacher, i Priebe, 2006). En aquest informe es va posar de manifest la necessitat d'implementar la guia creada pel NICE, a més d'aportar dades econòmiques en terme monetaris sobre l'estalvi que ocasionaria oferir un servei de psicoteràpia d'alta qualitat a totes les persones que patien aquest tipus de malaltia.

Segons les seues estimacions, la població que patia o patirà aquests trastorns no és reduïda: 1 de cada 6 persones serà diagnosticada de depressió o ansietat crònica i tan sols 1 de cada 4 d'aquestes persones diagnosticades rebrà algun tipus de tractament. A més, aquests trastorns incapaciten per a l'exercici laboral pel que perceben algun tipus d'ajuda econòmica. La prestació per incapacitat laboral era de 750 lliures, el mateix cost que li suposaria al govern britànic oferir tractament psicològic. Per tant, van iniciar el projecte denominat «*Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*», de 7 anys de durada, amb l'objectiu d'inserir 10.000 terapeutes en el Sistema Sanitari. D'aquests 10.000, 5.000 serien psicòlegs clínics i la resta psicoterapeutes.

L'any 2007 van realitzar un estudi pilot en dos centres d'Atenció Primària de les poblacions de Doncaster i New Ham (Londres) on es van aplicar tractaments psicològics de baixa intensitat per a trastorns d'ansietat i depressió lleus i moderats. Es va observar unes taxes de recuperació del 76% per a la depressió i 74% per a l'ansietat i es van aconseguir grandàries de l'efecte d'1,41 i de l'1,3, respectivament (Clark, Layard, Smithies, Richards, Suckling, i Wright, 2009). Actualment s'han publicat articles que avaluen la viabilitat del projecte, apareixent fins i tot el primer treball de la relació del cost-efectivitat del Projecte IAPT (Radhakrishnan, Hammond, Jones, Watson, McMillan-Shields, i La Fortune, 2012). Aquests autors afirmen que el tractament segueix sent igual

que efectiu que quan es van realitzar els estudis publicats en el 2009. En quant al cost s'ha observat en els resultats que, a pesar que el cost per sessió excedia les estimacions prèvies, estàs solament van ser marginals. Per tant es complien les expectatives prèvies del *Depression Report* donant suport a la cost-eficàcia d'aplicar tractaments psicològics en els centres d'Atenció Primària del Sistema Nacional Britànic.

## Salut mental i costos econòmics

Alguns treballs recents mostren que aquesta tendència segueix sent la mateixa. L'any 2011 es va publicar un estudi amb una mostra de 514 milions de persones d'Europa que va arribar a la conclusió que un 38% d'europaus patien un trastorn mental (Wittchen, 2010). Tan sols la depressió genera un cost a la Unió Europea de 118 bilions d'euros, dels quals, s'estima que el 61% s'assigna als costos indirectes, compresos per les baixes en productivitat i dies laborables perduts. El 39% restant correspondria als costos directes, dels quals són 19% per a costos ambulatoris i el 9% en hospitalitzacions i el 8% a tractament farmacològic (Valladares, Dilla, i Sagristà, 2008).

Altres estudis relacionant el cost econòmic dels trastorns mentals a Espanya han confirmat la mateixes estimacions que a Europa. Sobocki i col·laboradors (2006) van mostrar que produïa un cost de vora 5.005 milions d'euros anuals. En aquest cas, correspondria un 71% als costos indirectes mentre que un 29% recauria en els costos directes. Un estudi realitzat a Catalunya molt més recent afirmen que els costos indirectes arribaven fins a un 78,8%, relacionat directament amb la incapacitat laboral temporal o permanent. Quant als costos directes, un 13,7% del 21,2% restant és destinat al tractament farmacològic (Salvador-Carulla, et al., 2011). Rovira, i col·laboradors (2007) van realitzar un altre estudi a Catalunya però centrant-se en el trastorn d'ansietat generalitzada. De nou, el 75% recau sobre els costos indirectes.

D'altra banda, s'han dut a terme algun estudi sobre els dies de treball perduts i la seua relació amb el tipus de trastorn mental. Muñoz, i col·laboradors (2007) van mostrar que la depressió encapçala la llista amb 25,5 dies perduts. Li seguia el trastorn de pànic amb 20, l'agorafòbia amb 18, l'estrès post-traumàtic amb 14 i l'ansietat generalitzada amb 9,5 dies perduts. Si sumim tots els trastorns d'ansietat, aquests superen abundantment els dies de pèrdua que ocasiona la depressió per més del doble. Podem deduir perquè el cost econòmic que generen els trastorns mentals és tan accentuat i remarquem el pes que recau dels problemes de salut mental sobre els costos indirectes.

Ja hem comentat anteriorment que els costos directes a Espanya solen destinar-se al tractament farmacològic. Sicras Mainar A. i col·laboradors (2007)

van estudiar aquesta relació i van observar que quasi la totalitat de les despeses directes són els destinats a la prescripció farmacèutica, arribant a ser el 62% del 72,8% d'aquests costos. Açò implica que la sanitat espanyola està tractant els problemes de salut mental quasi enterament amb farmacoteràpia. Com ja hem comentat anteriorment, tractar els trastorns mentals exclusivament amb fàrmacs no resol del tot la problemàtica i les guies clíniques internacionals recomanen l'ús de tractaments psicològics com a primera elecció.

Cal esmentar que altres països com Estats Units, Austràlia o Noruega han seguit el camí del *Projecte IAPT* del Regne Unit amb els mateixos resultats positius. A Estats Units s'ha implantat recentment el Programa CALM (*Coordinated Anxiety Learning and Management*). Aquest programa proporciona teràpies psicològiques basades en l'evidència en centres d'Atenció Primària per als 4 tipus de trastorns d'ansietat més comuns, el trastorn de pànic, el trastorn d'ansietat generalitzada, trastorn d'ansietat social i el trastorn d'estrès post-traumàtic. Aquest programa ha permès la implementació d'una modalitat de tractament d'elecció entre la teràpia cognitiu-conductual, la teràpia farmacològica o la combinació d'ambdues amb molt bons resultats. Es va observar que els pacients tractats van mostrar una gran millorança en símptomes d'ansietat i depressió, discapacitat funcional i qualitat de vida en els següents 18 mesos després del tractament (Roy-Byrne, Craske, Sullivan, Rose, Edlund, Lang, ... & Stein, 2010). Resultats semblants s'han pogut extraure de la implantació de programes adaptats a Austràlia (Pirkis, Harris, Hall, & Ftanou, 2011) o Noruega (Aakhus, Granlund, Odgaard-Jensen, Wensing, Oxman, & Flottorp, 2014). Després de recerques sobre l'efectivitat dels tractaments psicològics en Atenció Primària aplicats per psicòlegs, els sistemes públics de sanitat d'aquests països estan rebent finançament en la contractació de psicòlegs per a seguir propiciant els bons resultats en cost-eficàcia. Un augment en l'efectivitat del tractament i millora de la salut dels pacients enfront d'un estalvi en costos directes i indirectes.

## **Conclusions i recomanacions**

Totes aquestes dades mostrades ens serveixen per extraure diverses conclusions. En primer lloc, ens serveix per a donar una impressió de l'impacte a Europa, a Espanya i també a el País Valencià sobre la depressió i altres trastorns mentals i com les despeses indirectes es porten la pitjor part. En segon lloc, quant a despeses sanitàries, es palpa l'excessiva despesa farmacològica que suporten les malalties mentals i l'absència d'inversió econòmica en teràpies psicològiques basades en l'evidència.

Després d'exposar l'eficàcia dels programes que aporten tractaments psicològics en els sistemes sanitaris del Regne Unit (Richards & Suckling, 2009)

així com en altres països com Estats Units, Austràlia o Noruega, la recomanació seria facilitar l'accés a les teràpies psicològiques a aquests pacients per dues raons. En primer lloc, en ser més efectives que la farmacoteràpia per si sola, es reduirien els problemes de salut mental amb major eficàcia i ajudaria a utilitzar amb major èxit els recursos econòmics que es destinen a les despeses directes. D'altra banda, les persones en situació de baixa laboral per problemes d'ansietat o depressió es veurien beneficiades de rebre tractaments psicològics basats en l'evidència. Podrien retornar amb major brevetat als seus llocs laborals, reduint el cost indirectes patits per les pèrdues de productivitat, permetent una millor adaptació a la seua vida quotidiana, un major benestar i una millor salut.

A causa de les idees principals anteriorment comentades, els autors d'aquest article creiem que la inclusió d'aquest tipus de pràctiques en el sistema sanitari ha de ser una realitat tangible a curt i mig termini. Els recursos dels quals disposem per a implementar un increment de professionals psicològics són suficients i apostem fermament en la necessitat d'un canvi en la voluntat de la classe política i la resta d'institucions lligades a la salut i a l'educació. Com hem intentat reflectir en aquest treball, aquesta iniciativa compta amb el beneplàcit comptable d'una anàlisi cost benefici i seria fàcilment aplicable al cas espanyol i al del País Valencià. Per tant, la principal conclusió d'aquest treball és la crítica cap a l'escassa presència de psicòlegs en el sistema de salut espanyol i del País Valencià. Recomanem que es produeixi en els pròxims anys un augment de psicòlegs en el SNS, un augment de les places PIR i estudi d'altres vies possibles a l'abast.

Afortunadament, hi han diverses accions que van cap eixa línia. El *Consell General de Col·legis Oficials de Psicòlegs*, juntament amb *Psicofundación* han llançat molt recentment un projecte de replica del *Projecte IAPT* del Regne Unit (Cano-Vindel, 2011a). Aquest projecte pretén evidenciar que aplicar tractaments psicològics basats en l'evidència en centres d'Atenció Primària del sistema públic proporcionarà un millor tractament dels desordres emocionals (Cano-Vindel, 2011b). Un recent estudi ha mostrat que ha hagut un augment significatiu en les consultes d'Atenció Primària des d'abans de l'inici de la crisi als últims anys (Gili, Roca, Basu, McKee, i Stuckler, 2013). El diagnòstic i tractament per a aquests desordres emocionals no sol ser l'apropiat, la qual cosa genera un malbaratament dels recursos existents i major costos indirectes. El «Projecte PsicAP-Psicologia en Atenció Primària» compta actualment amb quatre centres aprovats, un d'ells en la ciutat de València. Açò permetria reduir costos i millorar la qualitat de vida de la ciutadania, la qual, en aquests moments, necessita més que mai dels serveis que ofereixen els psicòlegs. Sens dubte, desitgem que aquest estudi obtinga bons resultats, però sobretot que les administracions públiques de l'estat espanyol i del País Valencià segueixquen amb la línia d'altres governs, finançant els tractaments basats en l'evidència



per als desordenes emocionals. Esperem que permeta seguir conscienciant de la necessitat d'augmentar el nombre de psicòlegs clínics en el sistema sanitari públic, una tasca d'alta prioritat que tenim encara pendent.

## Referències

- Aakhus, E., Granlund, I., Odgaard-Jensen, J., Wensing, M., Oxman, A. D., & Flottorp, S. A. (2014). Tailored interventions to implement recommendations for elderly patients with depression in primary care: a study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Trials*, *15*(1), 16.
- Bell, S., Clark, D. M., Knapp, M., Meacher, M., & Priebe, S. (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*. London: LSE.
- Cano-Vindel, A. (2011a). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, *17*(1).
- Cano Vindel, A. (2011b). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. una actualización. *Ansiedad y Estrés*, *17*.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour research and therapy*, *47*(11), 910-920.
- Federaciones de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública. Informe 2008 sobre los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas (2008).
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, *23*(1), 103-108.
- Jiménez Estévez, J. F. (2011). El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en... *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *31*(112).
- Informe de la ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo. *Boletín General de las Cortes Generales del Senado* (Junio, 2010) nº 483.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2006-2009.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2011). Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.

- Muñoz, M. D. C. L., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and workdays lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Ginebra.
- Pirkis, J., Harris, M., Hall, W., & Ftanou, M. (2011). Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule initiative: summative evaluation. Melbourne: Centre for Health Policy, Programs and Economics.
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2012). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour research and therapy*.
- Richards, D. A., & Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: Phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(4), 377-396.
- Rovira, J., Albarracín, G., Salvador-Carulla, L., & Rejas, J. (2007). P. 4. a. 013 Cost of illness of generalized anxiety disorder: a perspective from the primary health-care setting (The ANCORA study). *European Neuropsychopharmacology*, 17, S507-S508.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., ... & Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *Jama*, 303(19), 1921-1928.
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Fernández, A., Alberti, C., Sabes-Figuera, R., Molina, C., & Knapp, M. (2011). Costs of depression in Catalonia (Spain). *Journal of affective disorders*, 132(1), 130-138.
- Sánchez, S. I. (2005) (coord.). El Observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1-85.
- Sicras Mainar, A., Rejas Gutiérrez, J., Navarro Artieda, R., Serrat Tarrés, J., Blanca Tamayo, M., & Díaz Cerezo, S. (2007). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 306-313.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The journal of mental health policy and economics*, 9(2), 87-98.
- Valladares, A., Dilla, T. i Sacristán, J. A., (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Esp. Psiquiatr*, 36(0).

- Virués Ortega, J., Santolaya Ochando, F., García Cueto, E., i Buela-Casal, G. (2003). Estado actual de la formación PIR: actividad clínica y docente de residentes y tutores. *Papeles del Psicólogo*, 85, 37-47.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- World Health Organization (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization.
- World Health Organization (2001). Atlas of mental health resources in the world 2001.
- World Health Organization (2001). The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope.
- World Health Organization. Dept. of Mental Health, & Substance Abuse. (2005). Mental health atlas 2005. World Health Organization.
- World Health Organization (2005). Mental Health-Facing the Challenges, Building Solutions: *Report from the WHO European Ministerial Conference*. World Health Organization.

