



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2025

XV LEGISLATURA

Núm. 320

Pág. 1

## SANIDAD

**PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MODESTO POSE MESURA,  
VICEPRESIDENTE PRIMERO**

Sesión núm. 24

celebrada el martes 6 de mayo de 2025

Página

### ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparecencias para informar sobre el objeto de la Subcomisión para Mejorar la Protección, la Promoción y la Atención Integral de la Salud Mental (número de expediente 154/000002):

- De la presidenta en funciones de la Sociedad Española de Psicología Clínica ANPIR (Armesto Luque). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000333) ..... 2
- Del señor Penadés Rubio, psicólogo clínico del Hospital Clínic de Barcelona. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000334) ..... 9
- Conjunta del decano del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (Mattioli Jacobs) y del vicesecretario del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (Ballescà Ruiz). Por acuerdo de la Comisión de Sanidad. (Número de expediente 219/000335) ..... 17

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 2

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

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

— **DE LA PRESIDENTA EN FUNCIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA ANPIR (ARRESTO LUQUE). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000333).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Vamos a dar comienzo a esta subcomisión creada con el objeto de recibir a comparecientes.

Comparece en primer lugar doña Laura Armesto Luque, presidenta de la Sociedad Española de Psicología Clínica, ANPIR. Sin más preámbulos, tiene la palabra.

La señora **PRESIDENTA EN FUNCIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA ANPIR** (Armesto Luque): Buenos días, señorías.

En primer lugar, me gustaría agradecerles la invitación que se nos ha hecho a esta subcomisión. Nos parece muy importante poder estar aquí para poder arrojar algo de luz sobre el complejo asunto de la psicología clínica y la salud mental. Quisiera hablarles hoy de algo fundamental para la sanidad pública: cómo garantizar que todos los ciudadanos y ciudadanas puedan acceder a una atención psicológica segura, eficaz y de calidad en España. Les hablo en representación de la Sociedad Española de Psicología Clínica, una asociación científica que reúne a más de 2300 especialistas y residentes, casi todos formados y trabajando dentro del propio Sistema Nacional de Salud. Nuestra organización defiende, entre otros, un principio muy sencillo: que la atención psicológica pública debe ofrecer la misma calidad, rigor y garantías que cualquier otra especialidad sanitaria.

Para entender la importancia de esto es imprescindible conocer qué es la psicología clínica y quiénes son los psicólogos especialistas en psicología clínica. La psicología clínica es la disciplina que abarca la investigación, la explicación, la comprensión, la prevención, la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales y relacionales que inciden en la salud y en la enfermedad de las personas, desde una concepción integral y multideterminada de la salud y la enfermedad humana. Para ello, se vale de procedimientos científicos.

En España, la psicología clínica como profesión regulada nació ligada a un momento histórico, la construcción de nuestra democracia y la creación de un Sistema Nacional de Salud público, universal y basado en derechos. Desde entonces, el psicólogo especialista en psicología clínica se forma mediante un sistema sanitario selectivo muy exigente que es equivalente al mir de los médicos —mucho más conocido—; el nuestro se llama pir. Es una especialidad creada en 1998. Hoy ya está más que consolidada y está regulada por ley, entre otras, por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. El título de especialista en Psicología Clínica es una especialización sanitaria clínica exactamente igual que la especialidad de Psiquiatría, la de Medicina Familiar y Comunitaria, la Ginecología, la Dermatología, la Neurología y tantas otras.

El camino formativo para ser hoy día psicólogo especialista en Psicología Clínica en España es el siguiente: tras obtener la licenciatura —o ya hoy un grado—, el psicólogo debe superar un examen nacional muy competitivo y luego realizar cuatro años de residencia clínica a tiempo completo, formándose dentro del propio Sistema Nacional de Salud, en contacto directo con pacientes en hospitales, centros de salud mental, unidades de agudos, hospitales de día, rehabilitación, adicciones y cuidados paliativos. En este proceso reciben constante formación teórica y práctica, supervisión de su quehacer profesional y están sujetos a evaluaciones.

Quisiera señalar que el proceso de formación como especialista vía residencia no es ni el producto del corporativismo, ni un lujo, ni en absoluto una trama burocrática, sino que es el mínimo exigible en formación para considerar que se tiene un profesional con la capacitación y la experiencia suficientes como para prestar atención sanitaria de forma autónoma en nuestro Sistema Nacional de Salud. Es el estándar mínimo exigible que se requiere desde la óptica del derecho de los pacientes y los usuarios y usuarias a recibir una atención de calidad y con garantías. Los psicólogos clínicos trabajamos en todos los niveles del sistema sanitario: en soporte a atención primaria, en centros de salud mental, en hospitales de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 3

día, en unidades de hospitalización de agudos, en servicios de rehabilitación psicosocial, en unidades de adicción y en servicios de interconsulta y enlace hospitalario. Atendemos a pacientes infantojuveniles y también a adultos con todo tipo de trastornos mentales o problemas de salud, desde ansiedad y depresión hasta trastornos psicóticos graves, adicciones severas o enfermedades crónicas e incapacitantes o situaciones de final de vida en cuidados paliativos. Sin los psicólogos clínicos, muchos de estos pacientes —algunos de los más vulnerables del sistema sanitario— no recibirían la atención psicológica especializada que necesitan.

La formación que se tiene durante el pir no se limita a intervenciones en consultas; incluye el diagnóstico integral, la intervención en crisis, la planificación de tratamientos comunitarios, también ciertas prácticas en gestión y, muy especialmente, el trabajo en red con otros dispositivos sanitarios y sociales. Durante la residencia pir, los psicólogos aprenden a coordinarse eficazmente con médicos de familia, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales. Saben cuándo derivar a otros dispositivos, cómo hacerlo adecuadamente y cómo garantizar la continuidad asistencial, asegurando que cada persona reciba el tratamiento más adecuado en cada momento. Este enfoque de trabajo en red es esencial para evitar la fragmentación de la atención y dar una respuesta verdaderamente integral y humana a las necesidades de los ciudadanos.

Hoy en día existe una presión creciente para cubrir las necesidades en salud mental a cualquier precio. Hay un asunto en el que no podré profundizar hoy, que es que no todo malestar emocional supone un trastorno mental para el que esté indicado un tratamiento, ni psicológico ni farmacológico, pero la urgencia que se percibe en la necesidad de atención a la salud mental tiene que ver con esa confusión entre malestar y trastorno mental. Sin embargo, sí señalaría una realidad que no podemos perder de vista: la necesidad de más profesionales para mejorar la calidad de la atención que se presta en el sector público —con programas de tratamiento más intensivos, consultas más frecuentes o menos listas de espera— no es mayor más urgente en psicología clínica que en el resto de las especialidades sanitarias; no faltan más psicólogos clínicos de lo que faltan hoy día neurólogos, dermatólogos, médicos de familia, matronas o tantas otras especialidades. Por este motivo, no podemos entender ni aceptar que se plantee por parte de algunos colectivos de la psicología que sustituir la formación pir por figuras profesionales sin la misma capacitación clínica sea una propuesta realista de mejora de la atención psicológica, cuando lo que supondría en realidad sería un riesgo serio para la calidad, la equidad y la seguridad de la atención.

Los riesgos de introducir otras figuras de la psicología sin la formación mínima en el Sistema Nacional de Salud son muy claros. El primero de ellos es la inequidad asistencial. Permitir que profesionales menos formados atiendan a los pacientes más vulnerables puede generar un fenómeno conocido como la ley de cuidados inversos: aquellos que más ayuda necesitan, porque son personas con trastornos más graves o están en situación de vulnerabilidad social o económica, son quienes reciben la atención de peor calidad o en menor intensidad.

Otro de los riesgos es la fragmentación del sistema. Si los profesionales no están formados para coordinarse ni para entender el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la atención se dispersa y pierde eficacia.

Otro de los riesgos es la patologización de la vida cotidiana. Hay riesgo de etiquetar como trastornos mentales sufrimientos que son reacciones normales a problemas sociales, laborales o personales. En muchos casos, la solución no es únicamente clínica, sino que también pasa por resolver las condiciones de vida que generan sufrimiento. Para explicar esto puedo poner un ejemplo que será fácil de entender para todos, ya que sé que no estoy en un entorno eminentemente clínico. Durante la pandemia causada por el COVID-19 y en los meses posteriores, a nivel general, la mayoría de las personas se sentían mal, nos sentíamos mal, estábamos más tristes, más nerviosas, asustadas, con sentimientos de pánico, terror al futuro, dificultad para realizar nuestras tareas, para concentrarnos, problemas para dormir e incluso quizá alteraciones en el apetito. Sin embargo, esto era un malestar relacionado con la situación que estábamos viviendo y en la inmensa mayoría de los casos fue algo que se resolvió de forma espontánea cuando cambiaron las circunstancias o con los activos de salud propios de cada persona como: recurrir a los seres queridos, al deporte, a los propios recursos de afrontamiento, a los hábitos saludables. De todas las personas que desarrollaron síntomas o malestar en ese momento, un porcentaje muy ínfimo de casos persistió en el tiempo y esas sí requirieron después algún tratamiento para ello. Si hubiéramos intervenido masivamente y de forma precoz sobre este malestar —que, insisto, no es patológico— podríamos habernos encontrado con varias cosas. En el mejor de los casos, no habría pasado nada malo, pero habríamos hecho un gasto sanitario en algo que no es eficaz, ya que no hubiera tenido ningún beneficio

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 4

—ya he dicho que estas personas se recuperaron de forma espontánea. En el peor de los casos, este tipo de intervenciones pueden causar iatrogenia, crear más dependencia en las personas de los sistemas sanitarios y hacer que se inhiba que las personas recurran a los activos propios de salud para resolver, como ya he dicho, sus problemas y no trastornos mentales. Sí que es verdad que a veces el malestar evoluciona, se convierte en un problema psicológico o un trastorno mental de entidad clínica que tiene interferencia en el funcionamiento de esa persona. En estos casos tenemos que atenderlo adecuadamente. Pero, para distinguir cuándo es necesario tratar y cuándo hay que intervenir socialmente, se requiere una formación clínica sólida y rigurosa como la que ofrece el pir.

Otro de los riesgos de estas propuestas es que sería dar soluciones precipitadas a problemas que son estructurales. La necesidad de atención a los problemas de salud mental requiere basarse en una planificación estratégica que debiera guiarse por un estudio de necesidades de la población, cosa que a fecha de hoy aún no tenemos en el sector de la salud mental. Y hay algo aún más importante, aceptar que las personas sin la formación clínica adecuada atiendan problemas de salud mental sería asumir que la salud mental merece una atención de segunda categoría respecto a la salud física. Sería decir en la práctica que una persona con esquizofrenia, con una adicción grave, una depresión, una persona en cuidados paliativos, tiene menos derecho a un tratamiento especializado y de calidad que alguien con diabetes, cáncer o una enfermedad cardíaca. La solución está clara y avalada por estudios recientes. Necesitamos reforzar el número de psicólogos clínicos en el sistema sanitario. Actualmente, a falta de datos oficiales y a falta de mejor funcionamiento del Registro de Profesionales Sanitarios, estimamos que en España hay entre cinco y siete psicólogos clínicos por cada cien mil habitantes, con gran diversidad entre comunidades autónomas y también entre entornos urbanos y rurales. Aproximadamente hay unos tres mil quinientos especialistas en psicología clínica que están en activo en el Sistema Nacional de Salud, mientras que estimamos que hay cerca de seis mil especialistas en edad laboral por debajo de 65 años. Entonces, muchos de estos profesionales que están en el sector privado no se están atrayendo y reteniendo en el sector sanitario público y eso supone una pérdida del talento humano en el que se ha invertido en su formación. Nuestras estimaciones establecen que la cifra ideal sería de unos veinte especialistas por cada cien mil personas, lo que implica casi triplicar el número actual de especialistas para atender adecuadamente a la población.

Para ello, es imprescindible, en primer lugar, consolidar y ampliar el sistema pir como vía de acceso a la psicología clínica. En esta línea, nosotros tenemos la propuesta de ampliar un año la residencia para poder profundizar en conocimientos y ámbitos más específicos como la psicoterapia, la neuropsicología, la intervención en adicciones o la patología dual. Y, por otro lado, también estamos a la espera de la creación de la especialidad en psicología clínica infantojuvenil, de forma homóloga a cómo se ha regulado este ámbito recientemente para la psiquiatría. Sería también fundamental asegurar que la atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud la prestan especialistas con formación clínica sanitaria completa. Para esto es muy importante planificar el crecimiento de las plazas pir de forma realista y sostenible, como ya se está haciendo con otras especialidades. En este sentido, estamos contentos y orgullosos y querríamos señalar el dato positivo de que en la formación pir se han incrementado las plazas muy significativamente en los últimos años, llegando a duplicarse. La convocatoria de 2015 fue de 129 plazas y la última, la del año pasado, de 274. Es más del doble, una tendencia de incremento progresivo y sostenido, y creemos que así es como debe ser.

También sería una vía de progreso de la atención mejorar las condiciones laborales de los psicólogos clínicos. Hablo de lo concreto, el tiempo que duran las consultas, la duración de las visitas, la frecuencia de estas, incluso los espacios en los que estas se llevan a cabo para poder garantizar que los tratamientos psicológicos se pueden implementar adecuadamente. Igual que a ningún cirujano se le ocurre operar en un parque porque no se reúnen las condiciones, nosotros también necesitamos ciertos espacios y de encuadre, sobre todo temporal, para trabajar bien.

Con todas estas medidas no se trata de proteger a una profesión, sino de proteger el derecho de los ciudadanos a una atención psicológica pública de calidad. Defender la figura del psicólogo especialista en psicología clínica es defender el acceso equitativo, seguro y digno a la salud mental. Si queremos un sistema sanitario público fuerte, universal y basado en derechos, necesitamos especialistas formados en y para la sanidad pública.

Muchas gracias por su atención. Quedamos a su disposición para seguir colaborando por este objetivo común: una salud mental de calidad para todos.

Gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 5

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Abrimos un turno de intervenciones y comenzamos, como siempre, de menor a mayor.

¿Por parte del Grupo Mixto? (**Pausa**). No hay nadie.

¿El Grupo Vasco? (**Pausa**). Tampoco.

¿Bildu? (**Pausa**). Tampoco.

¿Junts? (**Pausa**). Tampoco.

¿Grupo Republicano? (**Pausa**). Tampoco.

¿Grupo Plurinacional SUMAR? (**Pausa**). Tiene la palabra.

La señora **RECAS MARTÍN**: Perfecto.

Muchísimas gracias, Laura, por la intervención. La verdad es que has dejado claros muchos de los términos que solemos usar. Por ejemplo, que no todo malestar es patológico. Has hablado de activos de salud, has hablado de esos determinantes sociales que son los que marcan muchas veces ese malestar y que puede provocar que sea patológico. Pero no todo es patológico y yo creo que esa es una de las bases más importantes para entender los conceptos. Has hablado de algo muy importante que es la planificación de recursos humanos.

Todos somos conscientes de que, como bien has dicho, se está haciendo un esfuerzo, pero ese esfuerzo tiene que ser basado en la evidencia. Como muchas veces me habéis oído comentar, en el Ministerio de Sanidad se hizo un informe sobre necesidades de médicos especialistas. Se ha sacado por primera vez de las enfermeras y se está trabajando en los psicólogos, que yo creo que es un punto muy importante para, a través de esa evidencia y esos datos, apostar por una psicología especialista.

Creo que es importante que sigamos diferenciando lo que es un psicólogo con ese máster y lo que es un psicólogo con esa especialidad. Ahí hay una diferenciación que muchos a lo mejor no comprenden, pero mientras que uno puede tratar temas de promoción y de prevención de salud mental, que es importantísimo igualmente —ahí está el trabajo en comunidad que se puede hacer perfectamente—, el otro puede hacer el tratamiento cuando existe patología y malestar patológico.

Sin duda alguna, hay que apostar por la especialidad. Para ello se siguen aumentando las plazas e intentando mejorar sus condiciones, sobre todo con esa visión de mejorar la salud de la población, que es para lo que todos estamos y hemos estudiado una carrera sanitaria.

Pero, lógicamente, hay temas en los que cuesta llegar al final. Por ejemplo, la equidad o el acceso a esos tratamientos o a ese profesional que te puede ayudar en ese camino del malestar. Quería preguntarte varias cosas, porque es verdad que en algunas comunidades autónomas se están trabajando diferentes maneras de contratación a psicólogos para intentar suplir esa carencia, con cosas positivas, cosas negativas, pero ya se está creando la evidencia sobre el resultado. Te quería preguntar un poco cómo ves ese tema.

También te quería preguntar —sé que desde tu sociedad científica fuisteis a la Audiencia Nacional— sobre una sentencia que tenéis sobre la diferenciación del trabajo de esas dos figuras. No la he leído muy bien y quiero ver si me puedes ayudar un poquito a interpretarla. Creo que es importantísimo para entender dónde nos encontramos y para apostar por la figura del especialista.

Hay que destacar que —nos pasa a las enfermeras— el tránsito entre especialistas y no especialistas no es fácil; el tránsito para apostar por una profesión especialista no es fácil, pero yo creo que se está creando evidencia y esa es la clave para un buen tratamiento de recursos humanos y la planificación para la especialidad.

Sin más, agradecerle de nuevo tu presencia. Muchísimas gracias.

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

Por parte del Grupo Parlamentario VOX, la señora De Meer.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Gracias, señor presidente.

Nosotros solamente queremos dar las gracias a la señora compareciente y decirle que anotamos sus reclamaciones. Muchas gracias por acompañarnos hoy en esta sesión.

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

Por parte del Grupo Socialista, el señor Sáez.

El señor **SÁEZ CRUZ**: Muy buenos días.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 6

Gracias, señor presidente.

Señora Armesto, el Grupo Parlamentario Socialista le da la bienvenida.

Mi grupo entiende sus reivindicaciones, sus demandas y propuestas y, sobre todo, recogemos las aportaciones que su anterior presidente, el señor Prado, hacía en relación con el Plan Nacional de Salud Mental 2025-2027. Literalmente, decía que nos toca a todos los españoles convivir con esta polarización política. Al final, propuestas que son para todos, que son transversales y que son buenas para lo público, para lo común y para lo de todos se van a retrasar. Eso es lo más grave.

En este sentido, el señor Prado ha defendido que este plan ataca todas las necesidades que más o menos son ampliamente aceptadas y consensuadas, y que el plan contempla la dotación de recursos humanos en materia de especialistas que son necesarios tanto de Psicología Clínica como de Psiquiatría y de Enfermería. Además, el plan cuenta con la regulación de la especialidad de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Yo comparto íntegramente estas palabras y hoy sus señorías del Partido Popular o de VOX han tenido la oportunidad de expresar cuáles son sus posiciones.

A mí me gustaría que me contestara sobre una situación: ¿qué opinión le merece a su organización la posición, por ejemplo, que ha desarrollado el Gobierno de la Comunidad Valenciana sobre la creación de la figura del psicólogo general sanitario? Creo que es una figura que ha generado más de una distorsión y que no deja tampoco en buen lugar la posición de los especialistas de la Psicología Clínica.

Compartimos muchas de sus posiciones. Creo que garantizar el derecho de la ciudadanía a recibir atención especializada en el Sistema Nacional de Salud es básico. Y desde el Grupo Parlamentario Socialista creemos que es nuestra responsabilidad apostar por un Sistema Nacional de Salud donde la atención psicológica sea una pieza esencial del sistema. Comparto muchas de las tesis que ustedes trasladan, entre ellas que el acceso a la atención de la salud mental debe ser universal, sin importar el género, la clase social o el nivel socioeconómico.

Entendemos que la atención especial merece un tratamiento claro en relación con las mujeres con respecto a los hombres, ya que se prescriben hasta el doble de psicofármacos a las mujeres que a los hombres. Ese es un dato a tener muy en cuenta. Las personas con menores recursos y los adultos que han sufrido alguna experiencia traumática durante la infancia también tienen mayores probabilidades de experimentar trastorno mental y cuentan con menos redes de apoyo en el sistema nacional.

Por tanto, hoy en día son datos que nos hacen analizar la gravedad del asunto. Una de cada diez personas con trastorno mental recibe tratamiento psicológico. Este es un dato que nos debe de hacer cambiar de mentalidad. Otro aspecto muy importante que hay que tener en cuenta es que el 80 % de las personas diagnosticadas de trastorno mental podrían beneficiarse de tratamientos que no implican la prescripción de medicación. Y nos tiene que hacer abrir los ojos que más del 70 % de las personas con trastorno límite de personalidad han sufrido en la infancia algún tipo de trauma psíquico.

En este sentido, cuentan con todo el apoyo de mi grupo parlamentario.

Tenemos muy claro que el Gobierno está trabajando para que ese plan de salud mental sea un éxito a futuro. Se está demostrando con la ampliación de las plazas de especialización y, sobre todo, hay que defender la Psicología Clínica, porque creo que es un derecho. No se puede excluir a nadie en ciudadanía y es fundamental una atención psicológica de calidad que sea segura y que esté basada en la evidencia.

Por nuestra parte, nada más. Muchas gracias por su contribución.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias, señor Sáez.

Por parte del Grupo Parlamentario Popular, el señor Cavacasillas

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

Buenos días, señorías.

Buenos días también a doña Laura Armesto. Le agradezco su comparecencia aquí, en la comisión de salud mental, así como la labor que está desarrollando su sociedad, ANPIR, en favor de la mejora de la atención psicológica y la defensa de la calidad asistencial en nuestro país.

En primer lugar, le voy a comunicar el compromiso que tiene el Partido Popular en salud mental y luego me gustaría hacerle unas preguntas no solo sobre su exposición sino sobre cuestiones que creo que son muy importantes para tenerlas en cuenta y luego elaborar un documento de consenso en esta subcomisión.

En el Grupo Parlamentario Popular reconocemos la salud mental como uno de los grandes retos sanitarios y sociales de nuestro país. La pandemia de la COVID —y usted lo ha comentado— ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad emocional de la sociedad y la necesidad que hay para fortalecer los

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 7

recursos y la estrategia en este ámbito. Nuestra posición se articula en torno a una serie de ejes. Por un lado, la prevención, detección y diagnóstico temprano. Apostamos por políticas que prioricen la prevención y detección precoz, especialmente en las fases de las edades más importantes que son la infancia y la adolescencia; etapas en las que se puede identificar y abordar de manera eficaz los primeros signos de malestar emocional o trastornos mentales. Por otro lado, la mejora del acceso y la reducción de desigualdades. Somos conscientes de las diferencias existentes entre comunidades autónomas en cuanto a tiempo de espera, acceso a profesionales de salud mental, especialmente a psicólogos clínicos, y consideramos que es imprescindible avanzar hacia una mayor equidad y homogeneización en la atención.

Otro eje sería incrementar los recursos humanos y materiales —lo ha comentado usted sobre esa ratio de psicólogos que hay— y también le preguntaré sobre ello. Defendemos que hay que reforzar las plantillas de profesionales que hay ahora mismo en salud mental, especialmente en atención primaria —también lo ha comentado— para garantizar una atención que sea continua y de calidad.

Por otro lado, la atención comunitaria y también la desestigmatización. Apoyamos la integración de la salud mental en la sanidad general y el desarrollo de modelos comunitarios que favorezcan la inclusión social y la autonomía de las personas que estén afectadas. Por último, un consenso y coordinación interinstitucionales. Creemos que el éxito de cualquier plan nacional en salud mental depende del consenso real entre el Estado y las comunidades autónomas, los profesionales, los pacientes, sus familias, así como el ámbito educativo y social, y aquellos agentes implicados en salud mental. Por otro lado, valoramos y hemos respaldado el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 tras la introducción de unas mejoras técnicas y terminológicas que permiten avanzar hacia una atención más adecuada y realista.

En cuanto a la serie de cuestiones que quiero realizarle, me gustaría focalizarlas sobre todo en cuatro cuestiones. En primer lugar, sobre recursos y organizaciones. Como ha comentado, una de las preguntas que quería transmitirle es esa ratio que hay actualmente de entre cinco y siete psicólogos clínicos por cada cien mil habitantes. Comentaba que la ratio que consideran estaría en torno a veinte por cada cien mil habitantes. También ha hecho propuestas como ampliar el pir un año, la importancia de la especialidad clínica en infancia y adolescencia o las condiciones laborales médicas. Pero ¿qué tiempo estiman para que se pueda alcanzar esa ratio o al menos ir creciendo? ¿Qué plazos determinan? ¿Cuándo creen que van a poder tener ese número?

En cuanto a las propuestas concretas que tiene ANPIR sobre coordinación entre atención primaria o servicios especializados en salud mental, especialmente lo referente a derivación y continuidad asistencial, ¿cuáles son las propuestas que tienen? En cuanto a esa especialidad que ha comentado de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia, ¿cuál es la valoración que hace ANPIR de su inclusión en el nuevo plan?

Sobre el abordaje del, también una de las temáticas importantes, ¿qué líneas de actuación tiene ANPIR no solo en la prevención sino también en la intervención y prevención del ? ¿Qué opinión tiene sobre el nuevo plan de acción para la prevención del, recientemente aprobado? Por último, sobre la equidad territorial, ¿qué medidas considera ANPIR para reducir esas desigualdades entre comunidades autónomas en el acceso a la atención psicológica y para garantizar esa homogeneidad en la calidad de los servicios?

Desde el Grupo Parlamentario Popular reiteramos nuestra disposición a seguir dialogando con las sociedades científicas, con los profesionales y los colectivos aceptados para construir desde el consenso y el rigor una política de salud mental a la altura de las necesidades de la ciudadanía. Tenemos la convicción, además, de que la mejora de la salud mental exige voluntad política, recursos suficientes y una apuesta decidida por la prevención, la atención integral y la desestigmatización.

Agradecemos de nuevo su comparecencia y nos ponemos a su disposición. Esperamos sus respuestas a las preguntas que le hemos formulado, no solo yo sino también los compañeros de la subcomisión, para la elaboración de ese trabajo de consenso final en salud mental.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señor Cavacasillas. Para contestar y cerrar el debate, tiene la palabra la señora Armesto.

La señora **PRESIDENTA EN FUNCIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA ANPIR** (Armesto Luque): Muchas gracias por sus preguntas y comentarios. Voy a intentar sintetizar las respuestas.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 8

Quizás, primero, aclarar el tema de la famosa —por lo menos en mi sector— sentencia de la Audiencia Nacional, que es una sentencia referida a una demanda que se interpuso al contenido formativo del programa del Máster de Psicología General Sanitaria. La sentencia viene a decir que en el contenido de ese máster se pueden dar incluso prácticas en el Sistema Nacional de Salud, como ocurre, pero que eso no implica que se adquieran las competencias del Sistema Nacional de Salud. O sea, la sentencia —es como un gran bulo de la psicología y no está de más volverlo a aclarar— no es una sentencia en la que se equiparen las figuras de psicólogo general sanitario y psicólogo clínico especialista. No, eso no es lo que hace la sentencia. La sentencia lo que dice es que en el contenido formativo del máster se pueden incluir contenidos de la especialidad e incluso se pueden hacer prácticas en entornos sanitarios públicos. Pero se ha querido muchas veces entender esta sentencia como que son figuras iguales cuya única diferencia es el ámbito de actuación. Esto no es cierto. Les invito a leer la sentencia, porque no es una terminología legal muy complicada y se pueden aclarar estas dudas que se repiten. Yo por lo menos lo escucho bastante.

Hay otros temas sobre los que me han consultado. Sí que hay algunas experiencias, por ejemplo, en otros países como en Australia o Reino Unido, que van un poco más adelantados en esta propuesta de incrementar la atención psicológica, creo que muy bien intencionadamente, pero algo de lo que se han dado cuenta, cuando empiezan a aparecer estudios independientes de los resultados de este programa, el *Improving Access to Psychological Treatment* —es decir, favorecer el acceso a estos tratamientos—, es que cuando se hacen evaluaciones más rigurosas las personas con trastornos leves y moderados, sobre todo ansiedad o depresión, tuvieron acceso más fácil a secciones de psicoterapia. Pero con los años y las evaluaciones independientes se ha visto que, a pesar de la gran inversión económica y de personal que se ha hecho, no hay una mejora poblacional a nivel de salud mental. Esto me parece que no es un daño, aunque desde luego hay un daño, porque nos hemos gastado el dinero en una cosa que no servía, ya que no se ha reducido la demanda de atención, aunque sí que hay un indicador que se observa de forma consistente y es que los usuarios están satisfechos de ser atendidos. Creo que eso está bien, pero no puede ser el indicador que oriente dónde gastar el dinero en sanidad, porque solo estar satisfecho con la atención, si no hay una mejora a nivel de salud, es algo muy peligroso. Además de empezar un camino en el que se desincentiva poner en marcha los activos de salud, también se dejan en un segundo plano los determinantes sociales de salud.

En ese sentido, se ha hablado también mucho de medidas de prevención, qué se puede hacer, sobre todo con la infancia. Incluso antes que la detección precoz, en la que no creo que estemos fallando tanto —la verdad, creo que ese no es el verdadero problema—, es la parte de prevención lo que puede estar fallando. Y es que la prevención de los trastornos mentales empieza muchísimo antes de las consultas y muy lejos de las consultas; empieza en las casas, en los colegios, en los entornos comunitarios normales donde estamos. En este sentido, se entiende muy bien con el. Obviamente, a una persona con ideación suicida, con episodio depresivo que está en riesgo, una ayuda le va a venir bien. Pero, lo que se ha visto es que, por ejemplo, poner vallas que impiden que uno acceda a un sitio alto desde el que tirarse o el que esté limitado el acceso a armas, como ocurre en este país, son medidas muchísimo más útiles. Y, como digo, empiezan antes de las consultas. Yo quisiera poner ahí el foco. La mejor medida por la salud mental de la infancia es prevenir las violencias —se habla aquí de violencia sexual— y, en ese sentido, mucho antes de las consultas estaría evitar todo esto.

Otro tema que no quiero dejar pasar es la propuesta que está ahora debatiéndose en Valencia de la creación de esta figura estatutaria del psicólogo general sanitario. Creo que no se ha entendido ni lo que es la especialidad ni lo que es el sistema sanitario de la especialidad cuando se propone esto. Como digo, es una medida desde una supuesta urgencia que no va a resolver los problemas estructurales. Por ejemplo, al ser una figura que está pensada desde su propia creación, en 2011, en la figura de los psicólogos generales sanitarios se creó para hacer un trabajo diferente al de la especialidad, en un entorno diferente. Tratar de equiparlo no tiene mucho sentido y en otros sitios que se ha intentado no está funcionando bien.

Se me ha preguntado también por la desigualdad territorial y la equidad. Yo podría contar una cosa de mi experiencia personal. Yo he trabajado un periodo en un entorno rural y ahí se ve mucho la inequidad, porque es un entorno rural, allí no quieren trabajar profesionales o hay más problemas. Entonces, ¿qué pasa? Pues que se contrata a un médico para estar en consultas de primaria que ni siquiera tiene la especialidad de familiar y comunitaria, que es una especialidad que tiene ya muchísimos años, que está muy consolidada. Eso se nota muchísimo. Y las personas que más lo sufren son los usuarios, que van a

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 9

un profesional que no está formado con lo mínimo. Porque, insisto, la especialidad es el inicio del camino formativo sanitario; uno termina la especialidad con veintipocos y luego comienza a trabajar. Entonces, para evitar la inequidad, que todo el mundo se asegure que es atendido por una persona con los conocimientos mínimos. Me parece que eso sería lo fundamental.

¿Cuánto se tardará en corregir esta ratio? Creo que ya estamos en el camino adecuado de incremento progresivo. Aquí hay muchas figuras implicadas, porque el plan de salud mental —creo que antes he hablado de necesidad de planificación estratégica— es un buen ejemplo de una planificación a dos años, unos objetivos concretos que creo que son realistas y están bien encaminados. Uno de ellos es que se tengan que ofertar todas las plazas que están acreditadas. Eso ya es un paso, pero habrá que ir acreditando más. Hay que jugar con la retención a gastar dinero en más plazas de residentes —que las hay—; las retenciones incluso de tutores a formar a más personas. Son demasiadas piezas, pero creo que se ve que la tendencia creciente de plazas de especialistas demuestra que estamos en el camino adecuado. Se puede tardar un poco más de la cuenta, pero creo que hay cosas que hay que hacerlas bien, aunque sea más a medio plazo.

Creo que más o menos con eso habría contestado y doy por terminada mi intervención.

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

Despedimos a doña Laura Armesto Luque, agradeciéndole su comparecencia. **(Aplausos.—Pausa).**

### — DEL SEÑOR PENADÉS RUBIO, PSICÓLOGO CLÍNICO DEL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000334).

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Damos la bienvenida a don Rafael Penadés Rubio, psicólogo clínico del Hospital Clínic de Barcelona. Tiene la palabra.

El señor **PENADÉS RUBIO** (psicólogo clínico del Hospital Clínic de Barcelona): Muchísimas gracias.

Aprovecho para agradecer la oportunidad que me da la comisión para presentar una serie de propuestas interesantes en este momento. Estoy aquí convocado como psicólogo clínico, como facultativo, y me hace especial ilusión que den lugar a esta figura, porque siempre hay mucha opinión de la representación de las sociedades, de los estamentos, pero pocas veces se tiene en cuenta la opinión de las personas que estamos allí, al pie del cañón, y agradezco mucho esta oportunidad. **(Apoya su intervención en una presentación digital).**

El primer dato que me gustaría destacar es que, a la luz del nuevo plan de salud mental y de cualquier tema relacionado con la salud mental, hay algo que tiene que ser prioritario y ha de ser destacado con la suficiente importancia y que todos lo veamos. A mi modo de ver, y al de muchas personas que estamos luchando cada día —llevo treinta años al pie del cañón, intentando luchar con los problemas de salud mental de nuestra población—, el principal problema que tenemos es la falta de sanitarios en salud mental. Es un dato muy importante y grave a mi modo de ver. Hay diferentes problemas para saber exactamente cuál es la cifra exacta, pero la verdad es que algunos índices de salud mental, como el Headway, por ejemplo, nos sitúan absolutamente a la cola de todos los países de Europa. Estamos detrás de Rumanía, Portugal, Lituania... Estamos los penúltimos, o sea que muy bien no estamos.

Esto contrasta, y nos lleva a un tema extraordinariamente importante, con que estando a la cola de recursos humanos estamos a la cabeza de la prescripción de psicofármacos. Es difícil establecer causalidad, es difícil establecer las consecuencias, pero es un hecho que hay que afrontar y que no podemos dejar atrás. Es decir, tenemos pocos profesionales de salud mental, pero parece ser que tenemos una alta prescripción de algunos psicofármacos, que son tratamientos superútiles. Quizás ser de los países que más lo prescriben teniendo menos personal trabajando nos puede hacer pensar que nos falta libertad de elección en los tratamientos para poder atender bien a la salud mental.

Por supuesto voy a hablar desde el prisma un poco más particular de la psicología clínica. No es lo único, pero me parece que es un punto importante y porque no acostumbro a hablar de las cosas que no sé o que no hago cada día. Hay un tema que me parece extraordinariamente importante.

Si queremos de verdad alcanzar objetivos políticos, sociales, clínicos, de todo tipo, necesitamos datos. No tenemos suficientes datos. Hay una muy baja disponibilidad de indicadores epidemiológicos asistenciales que nos impiden tener resultados en salud. Eso hace que cuando se debate cuál es la tasa exacta de psicólogos, de personal de enfermería, de psiquiatría, etcétera, siempre andamos un poco a ciegas con estimaciones que no son las mismas para todas las sociedades y entidades. Por tanto, necesitamos tener más datos, más estudios, más indicadores.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 10

Otro tema importante es la falta de equidad en las diferentes Administraciones que tenemos, en las diferentes agencias, en las diferentes entidades de salud. Todas ellas son muy importantes. Nuestro fuerte Estado de las autonomías tiene muchas ventajas, pero también tiene un gran reto y es que esa diversidad no se traduzca en inequidad. En psicoterapia, cuando tenemos a las personas puestas delante de un problema ante el cual sus emociones bloquean su voluntad, su capacidad de decisión y su visualización de futuro, tenemos una técnica que se llama la solución milagro, que es que le pensamos cómo sería su vida si todo se hubiera puesto ya bien o cómo tendríamos las cosas si ya estuvieran los problemas resueltos. Entonces uno visualiza una serie de aspectos que cree que son los que llevarían al cambio.

Esto es justo lo que les quiero presentar. ¿Qué creo yo que, en función del trabajo, del perfil profesional de mi profesión, sería necesario para que podamos implementar bien los planes de salud que se están debatiendo? Estos son los puntos, que pasaré rápidamente. El aumento de plazas, como ya hemos visto; una planificación de recursos —hablaré también un poco de los diferentes roles—; la actualización de cartera de servicios y la mejora en la atención primaria y las estructuras intermedias. El aumento de las plazas de formación sanitaria especializada es un tema que ya ha salido, pero que es muy importante. Si comparamos las barras de color azul y las de color naranja del histograma volvemos a ser nosotros versus la media europea. Andamos mal de personal de psiquiatría, andamos muy mal en personal de psicología clínica y tampoco estamos muy bien en enfermería, aunque un poco mejor. Por tanto, agilizar el proceso de acreditación, exigir que todas las plazas acreditadas sean ofertadas —mejor dicho, ayudar, no exigir— y la necesidad de más plazas, especialmente de pir y de mir, creo que es una necesidad absolutamente prioritaria.

Como decía, para hacer una buena planificación de recursos humanos, necesitamos datos. No tenemos un registro de cuántos profesionales estamos trabajando en la pública. ¿Cómo vamos a saber la ratio si no tenemos todos los datos? Necesitamos esos datos y necesitamos tener una guía. Cada maestrillo tiene su librito: la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, la AEPCC; la Sociedad Española de Psicología Clínica, ANPIR, etc. Hay muchas entidades que están emitiendo informes muy precisos para ayudarnos a saber cuánto tendríamos que incrementar estos recursos. Pero la verdad es que, si hacemos números redondos, lo tendremos claro: el doble de lo que estamos haciendo: ahora, como ideal, estamos entre 17 y 20, o 12 por cada 100 000 habitantes, mientras que ahora estamos entre 6 y 7, es decir, por la mitad o menos de la mitad. Algunos informes dicen que tendríamos que ofertar unas 480 plazas —como dice la Sociedad Española de Psicología Clínica, ANPIR—, y lo que se está haciendo, ahora que estamos muy bien, es justo la mitad. Cuando yo me presenté no llegaban a 50.

Hay un tema muy importante, y es que necesitamos un estudio de planificación sobre las necesidades a medio o largo plazo, porque una gran cantidad de las personas que están ejerciendo la Psicología Clínica han sido personas que obtuvieron la homologación cuando salió la especialidad. Eso quiere decir que hubo un montón de personas acreditadas a principios de los años dos mil, que luego ha ido creciendo solo por la creación de las plazas pir. Por tanto, dentro de poco tiempo—yo, por ejemplo, voy a cumplir 58 años el sábado—, nos estaremos retirando y habrá un auténtico colapso. Esto ha estado extraordinariamente estudiado en un informe del Col.legi Oficial de Psicología de Catalunya de Roger Ballescà, que es una de las personas más brillantes que he conocido dentro de mi profesión. Él ha determinado muy bien cómo vamos directos al colapso, porque no hay tasa de reposición. Es decir, no nos fijemos solo en qué tasa es la ideal, en la tasa que necesitaríamos tener de crecimiento, sino que a eso hay que sumarle, hay que añadirle todas estas plazas que van a desaparecer en un breve plazo.

Otra cosa que necesitamos saber es: ¿cuánto tiempo de espera hay para ver al psicólogo? No lo sabemos, lo estimamos, lo estiman los periodistas, lo estiman las sociedades, pero ¿no tienen derecho los ciudadanos a saber exactamente desde la Administración cuál es el tiempo de espera? Porque si sabemos cuántos profesionales tenemos, si sabemos qué demanda hay y cuánto tiempo hay de espera, podríamos tener una mejor planificación de recursos. Por tanto, humildemente, en esta solución milagro me gustaría señalar y solicitar la importancia de publicar las listas de espera y el registro de profesionales.

Supongo que llevan ustedes toda la mañana y muchos días oyendo hablar sobre el Máster General Sanitario, sobre el especialista en Psicología Clínica, sobre qué hay que hacer y qué hay que dejar de hacer, lo que dicen unos y lo que dicen otros. Creo que todos tienen parte de razón y ninguno de ellos tiene la razón completa. Ese es mi humilde modo de ver. Creo que hay sitio para todos y no hay ninguna persona que esté formada que sobre. Nadie sobra nunca en la sanidad pública, no sobra nadie. Las personas que ofrecen sus capacidades profesionales pueden tener un sitio. Ahora bien, no todos podemos hacer lo mismo. La solución que puede equilibrar la falta de profesionales, la existencia de diferentes

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 11

perfiles, la protección de los derechos de los ciudadanos, a mi modo de ver, es tener una ordenación curricular coherente, en donde estén bien definidos los roles de cada una de estas profesiones. Por eso, una de las propuestas que generó mayor consenso entre las diferentes sociedades científicas de psicología clínica y los estamentos era el itinerario. Es un tema espinoso, pero es un tema candente y, desde mi punto de vista, el único capaz de poner orden y de servir a los ciudadanos. A veces a mí se me olvida un poco que soy psicólogo y pienso que soy una persona que también tiene familiares con problemas de salud mental grave y necesitamos esta ayuda. Y no solo eso, sino que también necesitamos la creación de nuevas especialidades: la creación de la especialidad en psicología infanto-juvenil es una urgencia, a mi modo de ver, porque es muy necesaria. Todos los estamentos internacionales demandan mayor tasa de profesionales de psicología clínica en infanto-juvenil, que en España es inferior. Además, si ahora solo tenemos una parte, que son facultativos con una especialidad, como es Psiquiatría, y la Psicología queda fuera, es posible que no articulemos del todo bien. Y no solo necesitamos esa, sino también la de paliativos, neuropsicología; se puede ir creciendo. A este respecto, solamente hay una propuesta, el itinerario formativo único podría ser una solución de consenso.

Desde mi punto de vista, otro punto importante es que hay que actualizar la cartera de servicios en salud mental. Claramente, necesitamos mejorar el acceso a las terapias psicológicas. Si miramos las guías internacionales de tratamiento, veremos que hay casi el mismo número de condiciones clínicas donde la psicoterapia es la única o la prioritaria acción en el trastorno obsesivo compulsivo, en los trastornos de ansiedad, etc. Sin embargo, en ningún sitio de nuestro Estado esto es posible. Es decir, la acción prioritaria no es la recomendada por las autoridades científicas. ¿Por qué? Pues ya lo hemos visto, porque no hay suficientes recursos humanos para hacerlo y, además, cuando los hay, no son accesibles, porque resulta que para ver al psicólogo tengo que ir al médico de cabecera, pedirle, por favor, que me mande al centro de salud mental, pedirle, por favor, al centro de salud mental que me mande... Esto está muy complicado. Desde mi punto de vista, habría que mejorar el acceso a las terapias psicológicas y, por favor, que sean eficaces, porque no todos los tratamientos son igualmente útiles, dependen también de cada condición, cada población, de tu género, de tu localidad, depende de tu código postal —como se ha dicho algunas veces—, por tanto, dependen de muchas variables que hay que tener en cuenta. Pero también necesitamos que las personas que ejercen la psicoterapia estén capacitadas para hacerlo, tengan el tiempo suficiente y puedan visitar con la frecuencia suficiente para que realmente esta atención no sea un apoyo psicológico, sino un tratamiento en salud mental.

Definir diferentes niveles asistenciales podría ayudar a resolver el tipo de profesionales, el tipo de intervenciones. También están esas ideas de que, cuando a una persona se le muere un pariente, a veces siente pena, pero continúa funcional, tiene una resiliencia grande y puede afrontar los problemas de la vida diaria. Sin embargo, otras personas se sienten deprimidas y acaban teniendo una condición clínica. ¿Cómo lo diferenciamos? Con el diagnóstico psicológico, que no es el médico, es una cosa muy concreta. Y este diagnóstico psicológico puede decir si la persona necesita una psicoterapia reglada intensiva, una psicoterapia reglada no tan intensiva o una atención psicológica diferente. Es decir, tendríamos diferentes niveles asistenciales que podrían atacar —dicho entre comillas diferentes tipos de profesionales, según la estructura de cada sitio. Y hay que garantizar la continuidad asistencial, porque si resulta que los contratos son breves y rápidos, y cuando voy a ver al psicólogo o al psiquiatra cada vez hay uno, esto aumenta muchísimo el estrés y el dolor de las personas, además de reducir la eficacia.

Una cosa que siempre se dice es que las medidas estructurales con presupuestos finalistas son muy efectivas, pero no los programas temporales, como a veces pasa. Por ejemplo, hay un programa para la prevención de la conducta alimentaria y resulta que dura dos años, pues casi la mitad de las personas ni siquiera acaban el tratamiento, porque, cuando tú llegas, ya no hay nadie. Sería muy importante que estas medidas fueran estructurales y, sobre todo, que tuvieran la participación de las personas afectadas. Pregúntele a la población cómo quiere ser tratada, qué tipo de profesionales quieren, porque también tienen derecho a expresarlo y lo han expresado muchas veces. Además del tratamiento médico, de un tratamiento psiquiátrico, necesitan y demandan, en primer lugar, el tratamiento psicológico. También creo que eso se debería tener en cuenta.

Para ir acabando, otro punto importante es la mejora en la atención primaria. Si estamos más cerca de la población, desde el punto de vista comunitario, seremos más capaces de detectar de forma precoz los problemas y podremos evitar que estos duelos acaben en depresiones recurrentes. Por tanto, también es importante establecer una cartera de servicios clara. Por ejemplo, las personas que viven solas necesitan ir al psicólogo. Pues no lo sé, pero sí sé que, si tengo esto etiquetado como un problema en

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 12

concreto, puedo llegar a tener un recurso para esta persona y no ir eligiendo entre una persona que necesita ser acompañada en su soledad no deseada o en un duelo y la persona que lo que necesita es un tratamiento cognitivo-conductual o de otro tipo para un tema concreto. Es muy importante establecer una cartera de servicios que ayude a establecer prioridades y diferentes niveles asistenciales que ayuden a ajustar la prescripción de psicofármacos, que es a todas luces excesiva en nuestro medio, como han dicho un montón de estudios. Hay que dar la relevancia necesaria al tratamiento psicológico y hay que incluir a los profesionales de la psicología clínica en la toma de decisiones. En nuestro país la determinación de si una persona ha de hacer psicoterapia o no, no la hace siempre el profesional de psicología, muchas veces la hace el profesional de psiquiatría. No estamos en contra de que se haga eso, pero tampoco entendemos por qué habiendo especialistas en Psicología Clínica, que son especialistas en psicodiagnóstico y psicoterapia, no han de tomar estas decisiones. Desde mi humilde punto de vista, habría que hacer un esfuerzo para que estén en la toma de decisiones.

Como último punto, tenemos muy buenos centros de salud, tenemos buenos centros para hacer ingresos hospitalarios, pero tenemos que acercar estas estructuras intermedias, donde a veces hay que ir al domicilio, al ámbito escolar, a todos los sitios. Yo trabajo con autistas adultos y con personas con esquizofrenia, y se adelanta mucho más teniendo una entrevista con el personal del departamento donde trabaja la persona que insistiendo con sesiones de terapia durante meses. Es decir, hay que llegar a los sitios, por ejemplo, el ámbito escolar es fundamental, el académico, el laboral, el hogar, la atención en crisis. Todo esto puede ser un punto de acercamiento a la comunidad que puede potenciar muchísimo la medida.

Concluyo. Por tanto, aumentar las plazas de formación especializada; recursos, por favor, con financiación finalista; mejorar la accesibilidad a la psicoterapia; mayor acción comunitaria y mayor equilibrio interdisciplinar en la toma de decisiones clínicas.

Gracias por la atención. Espero no haberme pasado mucho con el tiempo y, si tienen preguntas, estaré encantado de intentar contestárselas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias, don Rafael.

Abrimos el turno de intervención de los grupos.

Por Esquerra Republicana, tiene la palabra la señora Estrems.

La señora **ESTREMS FAYOS**: Moltes gràcies, president.

Moltes gràcies també al compareixent també per visitar-nos avui aquí al Congrés. Jo estic contenta que avui puguem celebrar aquesta sessió perquè una mica ve impulsada per una esmena que va presentar Esquerra Republicana a la llei estatal de l'Agència de Salut Pública, que ha obert una mica aquest meló que creiem que fa molt temps que s'hauria d'haver abordat i, per tant, d'alguna manera, avui estem de celebració, que tots vosaltres, que tots vostès estiguin aquí per posar sobre la taula aquest problema i perquè sigui l'inici de caminar cap a la solució. Com vostè ha dit, «cada maestrillo tiene su librillo», segurament per aquesta solució, però sí que hi ha un consens general en que falten professionals de la psicologia en el circuit públic de salut. Per això tenim avui aquesta comissió creada en el Congrés. És un dels principals reptes que tenim a nivell sanitari en els nostres temps i que l'hem d'abordar des de totes les vessants, des de la vessant formativa i des de la vessant sanitària.

Jo no volia fer cap pregunta explícita. És més una reflexió general d'aquesta necessitat i quan vostès parlen de professionals que es jubilen, de professionals que arriben, d'aquestes places d'especialitat, l'única cosa que a mi em ve al cap és, realment tenim prou gent interessada en accedir a aquestes places per fer aquestes substitucions de la gent que ens va plegant i va entrant? Perquè això serà bàsic en el moment en què aconseguim que la cartera de serveis reconegui, perquè jo vull pensar que ho aconseguirem, que ho treballarem conjuntament, perquè és un tema que crec que és bastant consens. El tema és com fer-ho no què fer. Tenim prou gent per cobrir aquestes necessitats?

I per altra banda, la reflexió de si facilitar aquesta feina pública, aquesta entrada al circuit públic de salut mental també pot ser una via d'incentivar que més professionals vagin per aquest camí de la professió psicològica i aquest reconeixement també de les especialitats. És a dir, donar aquesta estabilitat en el sistema públic de salut ens ajudarà també a aconseguir que tots aquests professionals encarin això, que és el que jo crec que hem d'aconseguir. Bàsicament, aquest és el marc.

L'única pregunta o reflexió que en faig i, com deia, celebrar que avui puguin estar tots aquí posant sobre la taula aquesta qüestió.

Moltes gràcies.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 13

*Muchas gracias, presidente. Muchas gracias también al compareciente por visitarnos hoy en el Congreso.*

*Yo estoy contenta de que hoy podamos celebrar esta sesión, porque viene impulsada por una enmienda presentada por Esquerra Republicana a la ley por la que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública, que ha abierto un poco este melón que creemos que tendría que haber abierto desde hace mucho tiempo. Así que hoy celebramos que todos ustedes estén aquí para poner sobre la mesa este problema y que sea el inicio de un camino hacia la solución. Como ha dicho usted, cada maestrillo tiene su librillo, claro, para saber cuál es la solución, pero sí que existe un cierto consenso general en cuanto a la falta de profesionales de la psicología en el circuito público. La salud mental —y por eso estamos en esta Comisión hoy, creada en el Congreso— es uno de los principales retos que tenemos a nivel sanitario en nuestros tiempos y, además, tenemos que abordarlo desde todas las vertientes, formativa y también sanitaria.*

*No tenía una pregunta concreta que plantearle, más bien una reflexión general en cuanto a esta necesidad que le comentaba. Usted habla de que hay profesionales que se jubilan, profesionales que llegan y de estas plazas de especialidad. A mí lo que me viene a la cabeza es: ¿realmente contamos con suficientes personas interesadas en acceder a esas plazas para sustituir a la gente que se va marchando y que vayan entrando? Porque esto será básico cuando consigamos que la cartera de servicios los reconozca. Creo que lo consideraremos —y es algo en lo que trabajaremos conjuntamente—, porque hay un cierto consenso. Lo consideraremos, pero el tema es cómo hacerlo. ¿Contamos con suficientes personas para cubrir esas necesidades?*

*Por otro lado, otra reflexión. Facilitar esta entrada en el circuito público de salud mental puede ser también una forma de incentivar que haya más profesionales que emprendan esta vía de la profesión de la psicología y que se reconozcan también las especialidades. Es decir, ¿esto aportaría una estabilidad al sistema público de salud? ¿Esto ayudaría también a conseguir que todos los profesionales se encaminen hacia eso? Eso es lo que tenemos que conseguir, me parece a mí. Esta es la reflexión que quería plantearle.*

*Y nada, quería celebrar que hoy estén ustedes aquí poniendo sobre la mesa estas cuestiones. Gracias.*

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

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

Gracias, señor Penadés, por la intervención. Voy a hacer una reflexión y algunos comentarios y preguntas. Hoy celebramos que hace 166 años falleció Alexander von Humboldt, figura de referencia en la historia de la ciencia y a veces muy poco conocida. Yo sabía muy poco de ella hasta que hace poquito leí un libro sobre él. Humboldt se caracterizaba por ser un polímata, es decir, por saber de muchas cosas y, sobre todo, por conectar diferentes saberes. De hecho, es uno de los padres de la ecología actual, cuando hizo viajes a América Latina y descubrió el impacto que tenía el hombre sobre los ecosistemas, y luego su interés fue eso, no profundizar tanto en temas en concreto, sino conectar diferentes saberes. Cuando empieza a escribir uno de sus libros emblemáticos, que es *Cosmos*, en el año 1874, curiosamente, ese es el mismo año en el que se utiliza por primera vez ese término científico. *Cosmos* trataba de ser una visión integral de conexión de diferentes saberes. Es todo lo contrario de lo que empezó en el año 1834, que fue compartimentar diferentes saberes y diferentes disciplinas. En 1834, las universidades europeas se empeñaron en hacer disciplinas científicas que compartimentar y que, incluso, seguimos compartimentando en el momento actual. Cuando defendemos a Humboldt, desde la salud pública, lo que planteamos es la importancia que tiene Humboldt como elogio de lo general y de la integración de saberes. Con esto no quiero quitar —todo lo contrario— importancia a las especialidades, sino señalar la importancia de que tengamos buenos especialistas en lo general y que, siendo especialistas, también tengamos esa visión general y, concretamente, en el tema que hoy nos ocupa, que es la salud mental, este es un tema clave. Siendo un especialista en una materia en concreto, es muy importante tener esa visión general del contexto, del código postal donde viven las personas. La primera reflexión —reflexión y pregunta— es en este sentido, sobre la importancia de esa visión general y en qué sentido el abordaje de la salud mental mantiene esa visión integral o si, por el contrario, tenemos una compartimentación entre las diferentes especialidades o superespecialidades que puede haber, insistiendo, eso sí, en la importancia de las especialidades, pero la coordinación integral no acaba de funcionar.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 14

La segunda pregunta también es muy general, pero sería: ¿qué está pasando con la salud mental? Si tuviéramos ahora mismo una epidemia de alguna enfermedad infecciosa, la etiología estaría clara, pero ¿qué está pasando con la epidemia de salud mental? ¿Cuáles piensa que son las causas que puedan estar detrás? ¿Hay un incremento del etiquetado? ¿Hemos llevado al etiquetado en el ámbito de la salud mental malestares que antes no estaban etiquetados? ¿Qué es lo que está ocurriendo? Desde una visión más de determinantes sociales, ¿cuáles pueden ser algunas de las cuestiones que están ocurriendo?

La otra pregunta se refiere a un ámbito que ha mencionado, el tema de acción comunitaria o de otras estructuras intermedias. Hemos hablado poco en esta comisión —de hecho, luego lo comentaré también en la siguiente intervención para conocer la opinión— de algunas intervenciones que sí tenemos en nuestro país que han demostrado evidencias, en el sentido de procesos correctores comunitarios, terapia de reencuentro o los grupos socioeducativos de Andalucía, sobre todo, los grupos socioeducativos, que son los que más evaluación demostrada tienen ahora mismo. Son intervenciones centradas en los malestares, con un enfoque de determinantes sociales, con un enfoque de género, que han tenido un impacto muy positivo en grupos de mujeres y de hombres, sobre todo, en la intervención que tenemos en Andalucía. ¿Cuál es su opinión o su experiencia sobre esto?

La última pregunta se relaciona con que, cuando ha puesto la diapositiva del itinerario, no me ha quedado claro el papel del máster general. Entiendo que sí tenemos que buscar un incremento de las plazas de especialidades vía pir, como tenemos en otras especialidades sanitarias, pero no entiendo muy bien si el máster general iría entre paréntesis o si no iría entre paréntesis dentro de ese esquema.

Muchísimas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias, señor Cofiño.  
Por el Grupo Parlamentario VOX, señor García.

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

Disculpado que no haya podido estar por completo aquí presencialmente, pero he seguido la red *online*. Estoy muy de acuerdo con el análisis que ha planteado usted, con la exposición que ha hecho y con la mayoría de las conclusiones. Estoy muy de acuerdo en la necesidad de que los profesionales en psicología —ya que los tenemos y tenemos una formación excelente de nuestros psicólogos— formen parte de una vez por todas de la estructura, que se integren completamente, que es algo que además vienen demandando los colegios y los profesionales. Creo que este es un punto vital que nos puede ayudar a llegar donde no llegamos y a reforzar donde hemos llegado.

Estamos de acuerdo en reducir ese exceso de fármacos. Quiero ahondar en esto, porque hay suficientes estudios que nos permitirían saber qué está llevando a la población española a ser el país líder en Europa en consumo de este tipo de fármacos, sobre todo, por los problemas que tenemos a la hora de conciliar el sueño. Los españoles estamos viviendo un problema con el sueño, porque los españoles cada vez tenemos peor sueño y de menor calidad. Y esa sería la gran pregunta: ¿Qué ha pasado? Porque cuando hemos tenido un cambio en la sociedad para mejor con la llegada de la democracia y la modernización, nos hemos encontrado una sociedad cada vez más dependiente de los fármacos para poder continuar el ritmo del día a día. Esto es importante para saber cómo podemos atajar el problema, y no simplemente para que, una vez que se produce el problema, ponerle medios o remedios, sino evitar que continúen sumándose a la lista las personas que consumen estos fármacos o las personas que necesitan una ayuda psicológica.

También creo que es importante —no sé si está de acuerdo— que se aumenten las campañas para fomentar que la gente no tenga miedo a ir al psicólogo, que se quite ese tabú de acudir al psicólogo o de decir que acuden a un psicólogo. También es verdad que no toda la población puede acudir —y volvemos a lo mismo—, porque, según el estrato social, tienes capacidad o no para acudir a psicólogos, sobre todo, porque por la Seguridad Social pocos pueden acceder, es muy complicado y, para hacerlo a uno de pago, todos sabemos que las sesiones, según la ciudad donde se viva, pueden rondar entre los 40, 70 y 80 euros, dependiendo de la tarifa de cada uno. Me gustaría preguntarle por eso. ¿Qué piensa usted que nos lleva a ese consumo de fármacos? ¿Cómo podríamos facilitar también a la población el acceso a los psicólogos? Y, en este caso, me refiero a las consultas privadas, porque cuesta mucho todavía reforzar las plantillas en la pública. Y, sobre todo, ¿cómo podríamos quitar ese tabú y ese miedo a la gente para que, cuando tiene un problema, acuda a un profesional, a un psicólogo?

Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 15

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.  
Por parte del Grupo Socialista, Emilia.

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Gracias, presidente.

Buenos días, señorías. Doctor Rafael Penadés, desde el Grupo Parlamentario Socialista queremos expresarle nuestro agradecimiento por su intervención, que es muy comprometida, además de muy rigurosa, y nos aporta una mirada necesaria en el contexto actual.

En su exposición me ha llamado mucho la atención esa relación que ha manifestado entre menos profesionales y más farmacología. Entiendo que esa falta de profesionales psicosociales con la que nos encontramos conlleva un aumento de fármacos, por esa potenciación de otros profesionales, que son los que tienen la potestad de poder recetarlos. Además, su exposición nos permite comprender con mayor profundidad esa necesidad biopsicosocial que, como bien he entendido, no se circunscribe solamente a un diagnóstico de tratamiento, sino a que sea una recuperación más funcional. El planteamiento expuesto sí que nos interpela directamente a todos los responsables públicos con respecto a los recursos humanos necesarios, a las listas de espera, al conocimiento de los números que tendríamos que saber de esas nuevas especialidades que quedan por crear en los diferentes territorios y a la importancia del ámbito comunitario.

Con respecto a este tema, le quería hacer dos preguntas breves. Una de ellas sería: ¿qué papel cree usted que deben desempeñar los Gobiernos —me refiero al Gobierno central y a los de las comunidades autónomas— para garantizar una atención psicológica que sea accesible, continuada e integral dentro del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta el mapa territorial que usted nos ha mostrado en la diapositiva? Y, desde su perspectiva como psicólogo clínico, ¿cuáles serían las reformas más urgentes para fortalecer el sistema público de salud mental en España, pero, particularmente, en lo referente a trastornos mentales graves?

Muchas gracias.

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

La señora **VÁZQUEZ JIMÉNEZ**: Muchas gracias, presidente.

Señorías, buenos días. En primer lugar, quiero darle las gracias por su comparecencia, es un lujo tenerle en la comisión. Quiero decirle que voluntad tenemos y, de hecho, estamos aquí con la voluntad de cambiar las cosas, si es posible, para mejor; a ver si lo conseguimos.

Quería hacerle una reflexión y preguntarle por su punto de vista, dada su experiencia. En las problemáticas nos ha reflejado cada uno de los ítems: la falta de profesionales, que hay que aumentar las plazas, que no vamos lo suficientemente rápido para ni siquiera cubrir el recambio generacional. Estamos de acuerdo. Otros compañeros y otros expertos que han venido a la comisión así nos lo han reflejado también. En todas sus aportaciones habla de cambios en el modelo de atención, que, además, no es igual en todas las comunidades y, además, habría que garantizar que hubiera una equidad para que la atención mejorara y no hubiera desigualdad entre los territorios. Nosotros estamos trabajando para elaborar un documento para llegar a un pacto de Estado por la salud mental. Por eso, quiero preguntarle lo siguiente: puesto que el tiempo que tenemos es corto y el modelo asistencial que se propone es de calado, con la falta de profesionales, con el número de profesionales que actualmente hay, ¿por dónde habría que empezar? ¿Nos quedamos esperando a que aumenten los profesionales a la velocidad que va esto? ¿Empezamos a proponer un cambio en el modelo, sabiendo que no hay suficientes profesionales para llevarlo a cabo? Porque, claro, le escuchamos y solo dan ganas de llorar y nos preguntamos: ¿y ahora por dónde empezamos? Me gustaría que nos dijera si puede proponernos algo que reflejáramos en el documento que tenemos que elaborar para que, si podemos empezar, nos diga exactamente: empecemos por aquí. Desde su punto de vista, ¿cuál sería su propuesta?

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias, señora Vázquez.

Tiene un tiempo de, aproximadamente, diez minutos para cerrar el debate y contestar a las preguntas, si es posible.

El señor **PENADÉS RUBIO** (psicólogo clínico del Hospital Clínic de Barcelona): Muchísimas gracias por todas las intervenciones, por las preguntas y por el interés que percibo que tienen los diferentes grupos en este ámbito tan importante.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 16

Yendo un poco por orden, empezaríamos por la idea del incremento, aunque hay dos o tres preguntas que creo que podríamos juntar. Vamos a empezar con una pregunta que para mí y para todos los profesionales que nos dedicamos a esto es incómoda, y es que tenemos una serie de demandas y una escasez de recursos. A veces se plantean dos o tres preguntas: ¿qué hacemos en el momento actual? ¿Qué medidas podemos tomar? Yo no estoy formado en gestión y tampoco es que tenga una idea muy clara, pero sí tengo la idea de cómo funciona la sanidad pública, porque llevo treinta años trabajando ahí. Cuando llegó la pandemia, en Barcelona, mis compañeros psiquiatras acabaron en un hotel en un barrio de Barcelona atendiendo a pacientes neumológicos. Eso es la sanidad pública. Es decir, cuando hay una necesidad, todos los sanitarios tenemos que dar el callo. Entonces, eso nos hace pensar que, si tenemos recursos humanos disponibles, habría que utilizarlos. Lo que me parece que sería un peligro y una equivocación es que ahora este compañero, que en la pandemia estuvo haciendo aquello, se continuara dedicando al tema; es decir, cada uno tiene su especialidad. Creo que hacer una jerarquización de intervenciones y de prioridades puede ayudar mucho.

Hemos hablado del trastorno mental grave, hemos hablado de los trastornos en atención primaria y hemos hablado de los problemas de salud. Son tres cosas diferentes. Me parece que sería un peligro, una equivocación, que ahora este compañero, que en la pandemia estuvo haciendo aquello, se continuara dedicando al tema. Es decir, cada uno tiene su especialidad. Yo creo que el hacer una jerarquía de intervenciones y de prioridades puede ayudar mucho. Es decir, hemos hablado del trastorno mental grave, hemos hablado de los trastornos en atención primaria y hemos hablado de los problemas de salud. Son tres cosas diferentes. No hace falta que un especialista haga todo ni es cierto que un generalista puede hacer todo. Podemos ordenarnos. Esta es mi propuesta: Nos podemos ordenar, puede haber una ordenación. Es decir, puede haber problemas de salud que puedan ser abordados por profesionales que están ahí y que podrían solucionarlo, pero no sería partidario de una equiparación *post hoc*.

Estas leyes salen —no quisiera embrollar con eso— un poco a parches. Sale primero la ley de la especialidad, luego la LOPS, luego el tema del máster. Pongamos orden; pueden ser niveles competenciales absolutamente compatibles y yo creo que en este momento son todos necesarios, pero sin mezclarlos. No va a funcionar que un neurólogo haga una operación cardíaca, excepto si no hay nadie más y una persona se está muriendo. Entonces sí que nos valdría. Este ejemplo nos puede servir para que podamos ordenarnos. Yo creo que esa sería una posibilidad. Por eso reivindico el itinerario y una ley que ordene mejor estas diferentes profesiones. Existe en Francia, existe en el Reino Unido —el *assistant psychologist*—; existen en diferentes países dos niveles de intervención que pueden darse la mano perfectamente.

Por otra parte, también está la pregunta que ha salido dos veces, sobre el aumento o el gran consumo de fármacos respecto a los pocos profesionales. Ya hemos dicho que la asociación no implica causalidad, pero es obvio que una cosa está yendo de la mano de la otra. No creo que sea un problema que debamos mezclar. Es decir, yo creo que aumentar el número de profesionales es una obligación; si lo están consiguiendo todos los países yo me pregunto por qué el nuestro no es capaz de hacerlo. ¿Cómo es posible que no podamos crecer como crece toda Europa? Yo creo que sí que podemos. Insisto, no soy gestor y quizás hay motivos que desconozco, pero si pudiera ser, por favor, ténganlo en cuenta porque yo creo que es el punto fundamental, la piedra angular donde recae todo.

Una cosa importante en cuanto a lo que se ha dicho. Creo que aspirar a la gratuidad y la universalidad de los tratamientos psicológicos es un derecho ciudadano que ya nace con la creación de la Ley General de Sanidad, que es nuestra madre en todas las acciones que tenemos en sanidad en nuestro Estado y no podemos alejarnos de ahí. Creo que eso es un principio. Ya sé que, luego, los principios son los principios y la realidad es la realidad, pero todo lo que sea alejarnos de ellos... Por tanto, sí que creo que debería haber medidas correctoras. Es decir, no puede ser que en un territorio haya cobertura sanitaria para la psicoterapia y en otro no. Me parece que es una cosa que revisar. Creo que es también perfectamente compatible la particularidad. Somos un Estado con diferentes pueblos —llámenlo ustedes como quieran: naciones, pueblos—; somos muy diferentes, pero en salud yo creo que nos igualamos todos, no solo en Estado, sino en continente y yo diría que globalmente. Por ello, tendería a medidas de corrección y, por tanto, legislativa y normativamente vinculadas.

Me han preguntado por el papel del Gobierno estatal. Quizás, a partir de este consejo interterritorial, esta estructura pueda ser un principio en el cual haya una serie de requisitos que todos deban cumplir y también cada uno con sus particularidades.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 17

Y ya acabo con la última pregunta, que es qué opinión tengo de por qué hay esta epidemia de salud mental y por qué tenemos tanta dependencia de los fármacos. Es complicado. Hay algunos libros muy bonitos que hablan de si existe una epidemia de salud mental o no. Es un problema que yo creo que, la verdad, voy a ser honesto, no me veo capaz de responder porque soy un especialista en Psicología Clínica. Creo que hago bastante bien mi trabajo por el tiempo que llevo, pero estas preguntas de tanto calado me parece que sobrepasan mi conocimiento. Ahora bien, hemos tenido infradiagnóstico, negligencia y no atención a los problemas de salud mental con la tendencia finisecular y yo diría de principios de siglo, pero este cambio en la sensibilidad ha hecho que emerjan. A veces se dice: Antes no había autistas y ahora hay autistas. No, es una cosa genéticamente muy determinada; tenemos los mismos, pero antes ni siquiera los veíamos. O sea, que no solo hacemos falta clínicos, sino también hacemos falta epidemiólogos y sociólogos. La salud mental no es una cosa solo de aspectos clínicos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Agradeciéndole su presencia a don Rafael Penadés, le despedimos.

Muchas gracias. **(Pausa)**.

### — **CONJUNTA DEL DECANO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CATALUÑA (MATTIOLI JACOBS) Y DEL VICESECRETARIO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CATALUÑA (BALLESCÀ RUIZ). POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD. (Número de expediente 219/000335).**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Les damos la bienvenida a don Guillermo Mattioli Jacobs y a don Roger Ballescà Ruiz, decano y vicesecretario del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, respectivamente. Cuando quieran.

El señor **DECANO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CATALUÑA** (Mattioli Jacobs): Buenos días.

Muchísimas gracias por esta convocatoria y por esta oportunidad de plantear algo muy concreto. Tengo siete minutos, porque nos vamos a repartir el tiempo.

Yo quiero hablar de cosas que están pasando, que pasan desde hace años; no de lo que pasará ni de lo que pasaría si hiciéramos esto o aquello, sino de algo que está pasando, que nos parece bien que esté pasando y que ya da resultados. Voy a dar alguna información sobre los resultados que da y cómo eso quizás sea uno de los puntos de partida de los que nos podemos alegrar para seguir viaje. Me refiero a la experiencia de la segunda profesión regulada que tenemos, que no es la misma naturalmente ni tiene la misma formación ni debe hacer lo mismo que la especialidad, que es la Psicología General Sanitaria. La historia que voy a relatar en estos siete minutos nace en septiembre de 2021. En Cataluña, la Conselleria de Salud nos llama para formar unos grupos de trabajo —en los cuales estaba Rafael Penadés también y Cofino nos vino a hacer una conferencia que fue electrizante— para generar un nuevo perfil profesional: el del referente de bienestar emocional y comunitario.

Para ello, el consejero Argimon nos pidió ayuda al colegio para contratar más de 350 psicólogos generales sanitarios con alguna formación adicional para —y lo leo porque, si lo digo, tardaré más de siete minutos— «realizar junto con el equipo interdisciplinario de los centros de asistencia primaria —o sea, era uno por centro de asistencia primaria, por eso son 365— la detección, el abordaje, la valoración y el establecimiento de planes de atención a personas en situación de malestar emocional, riesgo psicosocial, vulnerabilidad o desprotección, con el fin de proporcionarles una atención integral y coordinada entre atención primaria y comunitaria, salud mental y los recursos sociales del territorio».

Esto se desglosa en varios objetivos, pero uno de los requisitos del plan era, primero, trabajar de manera muy comunitaria—o sea, la atención individual quedaba restringida a los casos en los que no había otra manera de ayudar— en el ámbito, digamos, prepatológico de malestar emocional o de patología incipiente, para lo cual había que saber mucho para poder detectar cuándo algo está empeorando o va a empeorar si no hacemos algo o si solo lo seguimos medicando, y además con una vocación comunitaria que vinculara a los usuarios lo más posible a la comunidad. A esto se le llamó la prescripción social. Tengo algunos números y datos, pero entiendo que todos vosotros tenéis la documentación que hemos enviado y os pido que la miréis. Esto fue en septiembre de 2021.

En junio de 2022, el Servicio Canario de Salud emite un informe propuesta en el cual dice que, en una acción de justo paralelismo con la medicina —es decir, cuando no había médicos especialistas en

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 18

Canarias se contrataban médicos generalistas—, a falta de suficientes psicólogos clínicos, porque este es el problema original que genera todo, se contratarían psicólogos generales sanitarios. Ya aquí hay un paso, porque en Cataluña no les llamamos psicólogos generales sanitarios. Dijimos referentes de bienestar emocional, aunque casi todos eran psicólogos generales sanitarios, contratados con su título de psicólogo y su formación, pero no les llamábamos psicólogos generales sanitarios. Además, el consejero Argimon nos dijo muy claramente que había una línea roja que no había que pasar, que a veces no es tan roja sino anaranjada, pero no había que pasarla, que es el trabajo de los especialistas. Estamos en atención primaria, prepatología, sintomatología muy incipiente, no trastorno mental; hay que saberlos detectar, no para tratarlos sino para derivarlos.

Para nosotros hay una diferencia, técnicamente hablando, entre la psicología general sanitaria y la atención especializada. El psicólogo general sanitario debe saber para saber derivar. A veces también, porque se generan equipos entre el sanitario y el especialista, entre ellos negocian un caso: Quédatelo, aún puedes, no sé. Estas cosas pasan. Son 365 centros de asistencia primaria. En Canarias lo hicieron igual —riesgo psicosocial, vulnerabilidad, etcétera— y es lo mismo en todos los casos que voy a presentar, pero los contratan por una normativa transitoria diciendo: Estos trabajos son para especialistas, pero si no hay especialistas se seleccionarán generales sanitarios —que sepan hacerlo, claro, no solamente con el título del máster en la mano—, porque con los médicos lo hacemos. Eso lo dijo el Servicio Canario de Salud.

Siguiente, Valencia. La Ley 8/2022, que salió publicada en el BOE, en sus artículos 140 y 142, dice: «Fomentar tratamientos psicológicos dentro del ámbito de la atención primaria sanitaria, con el objetivo de desmedicalizar los trastornos mentales comunes, siguiendo la evidencia científica disponible». «Impulsar la figura del psicólogo clínico [...]». «Elaborar protocolos [...]». Pero, en el artículo 142, dice: «En coherencia con la tasa reflejada en el apartado anterior [...]», se dispondrá de un psicólogo clínico en cada centro de salud [...]. Ante la imposibilidad de contar con un psicólogo clínico para cada centro de salud, se requerirá el perfil del psicólogo general sanitario [...]».

O sea, Cataluña empezó generando un nuevo perfil profesional. Las siguientes comunidades ya fueron directamente a contratar psicólogos generales sanitarios transitoriamente, hasta que apareciera el psicólogo clínico. Si aparece, claro. Esto mismo ocurrió en Navarra, en 2024. Se creó el psicólogo de asistencia primaria. Psicólogo, no referente, para el cual había que hacer o clínico o sanitario; mejor clínico, pero si no hay clínico, sanitario. También con el objetivo de desmedicalizar, prevenir, detectar preferentemente, etcétera, y también con la línea previa de no hacer trabajo del especialista sino derivar al especialista o hacer equipo con el especialista. Es lo que ha pasado en centenares de casos de pacientes. Y, finalmente, en La Rioja también ha pasado lo mismo.

Con esto estoy acabando mi tiempo. Solo quiero decirles una cosa. ¿Por qué ocurre esto? En primer lugar, porque no hay suficientes especialistas. En segundo lugar, porque del COVID para aquí la demanda ciudadana ha crecido exponencialmente. Ya no hay la vergüenza de ir al psicólogo, es casi residual, el estigma ha caído. Y la pública, que ya no podía absorber todo esto, ahora mucho menos. No han aumentado los trastornos mentales graves; lo que sí ha aumentado es el malestar, la vulnerabilidad, las condiciones psicosociales. Todo eso que, finalmente, lleva al trastorno a veces. Pero hay mucho malestar que no merece —perdónenme la expresión y que lo diga así— la etiqueta de trastorno y puede ser ayudada para que no la merezca.

Yo no estoy hablando amparándome ni en nombre de ningún principio corporativo. No. Yo creo, como dijo Penadés antes, que hay lugar para todos y que un itinerario sería una solución en la cual el generalista hiciera trabajo de generalista y el especialista hiciera trabajo de especialista. Y ya está.

Me he pasado un minuto. Perdón, Roger, y muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Tampoco somos tan rigurosos.

El señor **VICESECRETARIO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CATALUÑA** (Ballescà Ruiz): Con su permiso.

Yo les voy a hablar de una problemática muy específica, que es la de los psicólogos especialistas sin titulación oficial del Sistema Nacional de Salud. Se ha hablado en esta comisión, y creo que en esto sí que ha habido bastante consenso —porque hay otras cosas en las que se puede discrepar, pero me parece que ha habido bastante consenso en la necesidad de reforzar las plantillas públicas—, de la necesidad de aumentar las ratios de especialistas y las unidades docentes acreditadas en Psicología Clínica. Yo les haré una propuesta que creo que de una forma bastante rápida y, probablemente, bastante sencilla pueda al menos ser una primera piedra para potenciar estos tres aspectos.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 19

Ustedes deben de saber que nuestro Sistema Nacional de Salud tiene hoy en día a su disposición, según nuestros cálculos de la Asociación de Psicólogos Especialistas Sin Titulación Oficial, la Asociación PESTOS, entre seiscientas y novecientas psicólogas y psicólogos que están ejerciendo en el Sistema Nacional de Salud como mínimo desde hace catorce años y algunos de ellos —por ejemplo, en mi caso— desde hace veinticinco años. Muchos de ellos son coordinadores clínicos, jefes de servicio, forman a los futuros residentes en Psicología Clínica que, posteriormente, obtendrán la especialidad sin que sus propios tutores —que, por cierto, ejercen la tutoría de una forma no oficial— puedan obtener la misma titulación. Disponemos de este volumen de personas que, paradójicamente, no han tenido la posibilidad durante todos estos años de homologar su situación como si tuvieron los mestos, los médicos especialistas sin titulación oficial, que contaron con varias oportunidades de regulación.

Los pestos, por analogía a los mestos —aunque es un nombre bastante feo, digámoslo así, existimos y vamos a seguir existiendo un tiempo más todavía—, son un colectivo que se caracteriza por varias cosas. La primera de ellas, porque empezaron a ejercer en el Sistema Nacional de Salud con posterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto 2490/1998, que es el que creaba la especialidad en Psicología Clínica, pero todos ellos lo hicieron antes de marzo de 2011, fecha en la que la propia Ley de Economía Social, si no recuerdo mal, estableció una reserva para que los psicólogos clínicos fueran los únicos que pudieran ejercer en el Sistema Nacional de Salud.

Todos estos psicólogos y psicólogas entraron a formar parte del Sistema Nacional de Salud de forma absolutamente legal —esto quiero recalcarlo—, porque en aquel momento no era preceptivo, no era obligatorio tener la especialidad clínica. Todos ellos han estado prestando sus servicios al sistema y a la ciudadanía, por supuesto, pero sin la posibilidad de homologar su formación. Esto supone un problema para los propios especialistas no reconocidos, como, por ejemplo, el hecho de no poder moverse por el Sistema Nacional de Salud. Por cierto, la movilidad dentro del sistema está garantizada por ley. Tampoco pueden acceder a la carrera profesional igual que lo hacen sus compañeros que sí son clínicos y que hacen exactamente el mismo trabajo. Tampoco pueden ejercer de forma oficial la tutoría de los residentes en Psicología Clínica, y de esto hablaré un poquito más. Finalmente, y lo más grave, es que muchos de ellos están en una situación de interinidad —otros están contratados porque prestan sus servicios en asistencia concertada— y cuando salen sus plazas a concurso no pueden presentarse, con lo cual, gente que lleva trabajando entre catorce y veinte años en un mismo sitio de trabajo no puede acceder a esa plaza. La propia persona, naturalmente, pierde ese lugar de trabajo, pero el sistema pierde a profesionales muy especializados, altamente formados, con una gran experiencia, que es justamente lo que se ha estado diciendo aquí que nos falta tanto.

Pero eso también supone un problema para la ciudadanía, porque lo que debemos tener claro es que si queremos ampliar las ratios lo podemos hacer. Podemos homologar a estas personas que llevan tanto tiempo ejerciendo, que son clínicos con plena capacitación aunque no tengan la titulación, pero debemos de hacerlo con cierta rapidez. Nosotros llevamos décadas ya, muchos años, viniendo aquí también a la comisión, al Congreso y se han hecho diversas iniciativas a nivel legislativo que han estado a punto de progresar, pero por lo que sea hasta hoy no se han podido resolver. Pero, como decía, esto es importante porque estamos perdiendo estos profesionales, por varios motivos. Uno de ellos es que, como he dicho, cuando se convocan oposiciones estas personas no pueden presentarse. Pero otra es que las personas, al final, si no pueden moverse de sus lugares de trabajo, cuando a veces uno tiene que cambiar de lugar de residencia, o si no puede acceder a los sistemas de incentivación profesional, a las carreras profesionales como hacen los demás, esto lógicamente desmotiva y, a veces, hay quien piensa que en el mundo privado se va a ganar mejor la vida.

Tenemos, insisto, entre seiscientas y novecientas personas que pueden ser especialistas en Psicología Clínica pronto, solo si hay voluntad política de hacerlo. Nosotros, lógicamente, lo que hicimos es pedir un dictamen jurídico que nos hizo el abogado del Estado Manel Silva, que demuestra que no hay un impedimento legal para nuestra solución. De hecho, la propuesta de homologación se ha hecho en diversas ocasiones. Hemos hablado con diversas direcciones generales de ordenación profesional y en varias ocasiones se nos ha dicho que esto era factible y que se podía hacer. De hecho, estuvo a punto de hacerse en el año 2000, justo antes de que empezara la pandemia. Pero en otras ocasiones se nos ha alegado que hay una directiva europea que no lo permite. Nuestro informe jurídico nos deja clarísimo que esta legislación europea solo afecta a los médicos, no a los especialistas en Psicología Clínica. Y esto es muy importante, porque creemos que aquí se ha producido una confusión.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 20

En cualquier caso, lo que sí que pedimos es, si realmente hay un impedimento legal por la directiva europea, que se nos diga, por favor, cuál es exactamente el punto donde dice que no es homologable nuestra situación. Porque, de ser así, entonces habría que buscar algún otro tipo de solución. Por ejemplo, se ha hablado en alguna ocasión de que, si no se puede homologar a estas personas y que consigan la titulación, como mínimo que se arbitre, que se pongan encima de la mesa medidas que puedan facilitar, por ejemplo, esto: Que puedan acceder a la carrera profesional, que puedan moverse por el Sistema Nacional de Salud y que no pierdan sus plazas, porque no nos podemos permitir que nadie más salga del sistema.

Y, finalmente, una reflexión. Si queremos ampliar las plazas de Psicología Clínica, como se ha dicho, es muy importante que haya docentes. Actualmente, hay diferentes unidades docentes que tienen dificultades para poder acreditar porque no cuentan con psicólogos clínicos. En mi hospital —yo estoy coordinando dos centros de salud mental infantiles y juveniles y un hospital de día— hay dificultades porque algunos de los centros que tenemos cuentan con pestos y no con especialistas en clínica. Entonces, ¿cómo pretendemos crecer, que además tiene que ser de una forma exponencial? ¿Cómo queremos crecer exponencialmente en las unidades docentes si no aprovechamos todos los recursos humanos que tenemos en el sistema?

Hasta aquí.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias.

Pasamos a la intervención de los grupos. Por parte del Grupo Republicano, la diputada Estrems.

La señora **ESTREMS FAYOS**: Moltes gràcies, president.

Moltes gràcies als dos compareixents per la seva exposició.

Jo, una mica coneixedora de tot el que avui es vindria a parlar, sí que volia, —i agraeixo l'exposició del senyor Mattioli— posar en valor aquesta figura, aquest servei del sistema de salut comunitària que va engegar Catalunya, que és un servei, com comentava el compareixent, que al final el que intenta fer és substituir una cosa que no s'està donant per la cartera de serveis de la salut pública i, per tant, d'alguna manera pal·liar aquesta mancança. I es fa amb aquests programes de salut comunitària que el que volen és posar la bena abans de la ferida i intentar detectar tots aquests problemes per poder fer la derivació. Catalunya en va ser la comunitat pionera que, com comentava, s'ha anat replicant a la resta o en moltes altres comunitats autònomes de l'Estat espanyol. I això és pura i exclusivament perquè no tenia una altra eina. Es va donar compte de la necessitat que el sistema sanitari català, i no tenia una altra eina per fer-ho, justament per tots aquests problemes que estem posant sobre la taula de la falta de professionals i de la falta de reconeixement d'aquests psicòlegs a les àrees bàsiques de salut, que són la primera atenció als ciutadans i les ciutadanes. I calia fer alguna cosa.

I jo crec que, tot i que a mi em disgusta, que hagi de ser l'Estat central espanyol que reguli això, ha d'aprendre que s'ha de fer alguna cosa, perquè si hi ha comunitats que se n'han donat compte i que, com diríem amb una sabata i una espadanya, han fet el que han pogut per aconseguir que la ciutadania tingui aquests serveis. I ho estan fent malgrat les dificultats, qui ha de solucionar aquest problema estructural és aquesta cambra i, per tant, és molt important que això sigui així. I la pregunta seria: quina explicació creu vostè que té el fet que, sent bons aquests resultats d'aquestes d'Experiències, que al final són psicologia sanitària en assistència primària, no sigui admesa l'especialitat ja en la sanitat pública?

Per altra banda, pel que fa referència al reconeixement dels pestos en el sistema sanitari de salut, jo voldria, si tenen una mica de palpat, diguéssim, quina podria ser la taxa de reposició de psicòlegs clínics. Entenc que l'homologació dels professionals pestos hauria de ser una pota bàsica per aconseguir aquesta reposició de professionals o com a mínim equiparar-los en drets i funcions als psicòlegs clínics per llei. Com deia abans a l'anterior compareixença, reconèixer aquestes especialitats a la pública és la manera de mantenir el talent i els professionals en el sector. No sé si a part es preveuen altres especialitats perquè al final una especialitat única, deixa de ser una especialitat.

Moltes gràcies.

*Muchas gracias, presidente.*

*Muchas gracias a los dos comparecientes por su exposición.*

*Yo, un poco conocedora de todo lo que hoy se vendría a hablar, sí que quería —y agradezco la exposición del señor Mattioli— poner en valor esta figura, este servicio del sistema de salud comunitaria que se empezó en Cataluña, que es un servicio, como comentaba el compareciente, que al final lo que*

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 21

*intenta hacer es sustituir algo que no se está dando por cartera de servicios de la salud pública y, por lo tanto, de algún modo paliar esta carencia. Y se hace con estos programas de salud comunitaria que lo que quieren es poner la venda antes que la herida e intentar detectar estos problemas para poder hacer la derivación. Cataluña fue la comunidad pionera y, como comentaba, se ha ido replicando en muchas otras comunidades autónomas del Estado español. Esto es porque se hizo exclusivamente porque no había otra herramienta, se dio cuenta de esta necesidad y no había otra herramienta para hacerlo precisamente por estos problemas que estamos poniendo hoy sobre la mesa: la falta de profesionales y la falta de reconocimiento de estos psicólogos en las áreas básicas de salud, que son la primera atención a los ciudadanos y ciudadanas, y había que hacer algo.*

*Y yo creo que, aunque a mí me disgusta que tenga que ser el Estado central español quien regule esto, hay que aprender que algo hay que hacer. Porque si hay comunidades que se han dado cuenta y que, como diríamos, con bien poco han hecho todo lo que han podido para conseguir que la ciudadanía disponga de estos servicios y lo están haciendo a pesar de las dificultades, quien tiene que solucionar este problema estructural es esta Cámara. Y, por lo tanto, es muy importante que esto así sea. La pregunta sería: ¿qué explicación cree usted que tiene el hecho de que, siendo buenos estos resultados con estas experiencias al final con psicología sanitaria en asistencia primaria, no sea admitida ya la especialidad en la sanidad pública?*

*Y, por otro lado, en lo que respecta al reconocimiento de los puestos en el sistema sanitario de salud, yo quisiera si tienen un poco visto cuál podría ser la tasa de reposición de psicólogos clínicos. Entiendo que, precisamente, esto para los profesionales de estos debería ser un aspecto básico para la reposición, o como mínimo equipararlos en derechos y funciones a los psicólogos clínicos por ley; como decía antes en la anterior comparecencia, reconocer dichas especialidades. En la pública sería la forma de mantener el talento y los profesionales en el sector. No sé si, aparte, se prevén otras especialidades, porque, al final, una especialidad única deja de ser una especialidad.*

*Muchas gracias.*

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por parte del grupo SUMAR, el señor Cofiño Fernández.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Muchísimas gracias por las intervenciones.

Creo que hemos tenido tres intervenciones muy interesantes y complementarias para entender la complejidad de lo que estamos tratando. Un término que se repetía en las tres intervenciones era el tema de ordenar. Hablamos del sistema sanitario y de la importancia de que el paciente esté en el centro; el paciente tiene que estar en el centro, pero también el profesional tiene que estar en el centro. Son los dos grandes pilares de nuestro sistema sanitario y es importante esa ordenación. Nosotros, a veces, cuando dábamos formación a nuestros profesionales en Asturias siempre les poníamos un juego que era imaginarse cómo sería la composición de los equipos de primaria si no hubiera Medicina o Enfermería, si hubiera una nueva especialidad que fuera diferente a Medicina y Enfermería. Las especialidades son algo que van a cambiar históricamente; seguramente en cien años las especialidades serán algo muy diferente a lo que hemos visto. Esto va a ser así sin lugar a duda. Pero es que tenemos un compromiso actual de ordenación desde lo legislativo y lo ejecutivo de qué, quién, dónde, cuándo y cómo hay que abordar al paciente.

En segundo lugar, con relación a lo que también planteaba, la importancia de engranar ese qué, quién, dónde, cuándo y cómo hay que hacerlo con los tres niveles de acción comunitaria: el individual, el grupal y el ámbito comunitario, que era lo que se presentaba en esta experiencia que comentabais de Cataluña.

En cuanto a la importancia del bienestar emocional, es un tema que en las diferentes comparecencias en la comisión se ha trabajado, pero es cierto que igual hemos hablado mucho más de la parte de patología o prepatología, porque a veces, cuando hablamos de salud mental, estamos hablando de enfermedad mental, de salud mental. De ahí la importancia de hablar de bienestar emocional y cómo el nivel 3, el nivel comunitario, es fundamental en este sentido. Y ha habido términos que se han repetido en las tres intervenciones, en relación con activos de salud, determinantes de salud, el tema de generación de comunidades o procesos. Pensamos que, desde esta comisión, también es importante insistir en esto, en la importancia de las acciones de tercer nivel de acción comunitaria y cómo fortalecer comunidades. Y esto va más allá del sistema sanitario, y en diferentes partes de nuestro Estado —en Asturias, en Barcelona, en Cataluña, en Andalucía y en Madrid— tenemos experiencias en ese sentido, de refuerzo de lo comunitario, comunidades fuertes que potencian y protegen el bienestar emocional, y son procesos que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 22

parten de la propia ciudadanía, donde puede haber colaboración, interacción con profesionales, pero parten de la propia ciudadanía.

Quiero agradecerles el trabajo y el esfuerzo que vienen realizando. Dada su importancia, seguiremos pidiendo apoyo y luces para trabajar en cómo ordenar profesionalmente algo tan necesario y significativo como es el tema de salud mental en nuestro Estado.

Muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Muchas gracias.  
Por el Grupo Parlamentario VOX, señor García.

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

Quiero agradecerles a los comparecientes lo didácticas que han sido las dos comparecencias que han realizado. Particularmente, me hubiera gustado muchísimo tener más tiempo para escucharlos, porque han puesto sobre la mesa un tema muy interesante, como es lo que hemos tenido que hacer muchas veces para poder dar unos servicios. Muchas veces hemos tenido que bajar escalones hacia la realidad. Muchas veces el papel no refleja la realidad de lo que es la sanidad, la situación actual de la psicología en España. Por eso, nosotros muchas veces reclamamos que sean los propios profesionales los que realicen esas leyes, esas regulaciones, que sepan cómo tienen que ser las reglas del juego y qué piezas hacen falta en el tablero para poder atender a la ciudadanía. Porque, al final, nosotros muchas veces no somos conscientes de que, cuando ponemos en un papel, negro sobre blanco, ciertas reglas del juego, lo que estamos haciendo es ahogar la primera partida y atar de manos a los profesionales, profesionales que están muy cualificados, porque los profesionales en toda España salen de las universidades muy preparados, y prueba de ello es que en Europa se rifan a nuestros profesionales sanitarios en cualquier especialidad y en cualquier ámbito.

Algo que me gustaría preguntarles y sobre lo que no se habla es sobre la salud mental de nuestros profesionales. Y podemos entrar en el tema del tabú, como se ha hecho en la primera comparecencia. Cuando me refiero al tema del tabú, no me refiero a que la gente vaya o no vaya, sino que no manifiesta públicamente que va al psicólogo. No viene un amigo a decirte: Oye, voy al psicólogo, a lo mejor a ti te viene bien. Por ejemplo, yo voy al psicólogo, no tengo ningún problema en reconocerlo, pero no voy diciendo a los cuatro vientos o a mis amigos: Oye, ve al psicólogo. A eso me refiero, y lo digo porque eso puede ayudar a la gente. Todavía queda mucha gente que tiene ese miedo y, por eso, hablaba antes del esfuerzo que hay que hacer en ese sentido. Y me refiero a nuestros sanitarios, porque muchas veces no nos damos cuenta de lo que están sufriendo los sanitarios. Me gustaría saber, ante una situación en la que los ciudadanos han reaccionado y acuden, si eso ha generado que los pocos sanitarios que tenemos en el área de la salud mental ahora se vean abocados todavía a un esfuerzo mucho mayor y, sobre todo, si se han visto afectados por esa empatía, por el efecto esponja de absorber, quieran o no, todos los problemas de los demás. Por eso, me pregunto: ¿quién cuida de nuestros cuidadores? ¿Quién protege a nuestros sanitarios de la salud mental? Me gustaría saber si ustedes, dentro de las acciones que están realizando, también tienen un programa para los propios sanitarios. Esto es muy importante, porque todos vimos en la pandemia cómo la salud mental de nuestros sanitarios se vio completamente afectada. Muchos de ellos aún continúan de baja, a pesar de haber pasado varios años desde la pandemia, porque no han sido capaces de remontar la situación que vivieron.

Quiero agradecerles enormemente la exposición que han hecho. La verdad es que esta subcomisión está siendo muy enriquecedora y estamos aprendiendo todos mucho. Para cualquier documentación adicional que nos quieran hacer llegar, cualquier comentario o cualquier cosa estamos abiertos a ustedes. Para cualquier cosa que necesiten, tiene a su disposición nuestros correos y estamos dispuestos a cualquier tipo de reunión con ustedes. Por último, quiero agradecerles enormemente no solamente que hayan venido aquí a hacer la exposición, sino agradecerles nuevamente el trabajo y el servicio que prestan a la ciudadanía, estando muchas veces al lado de personas que lo ven todo negro, lo ven todo perdido, y prueba de ello es ese nivel de s que tenemos actualmente, más de 4000 al año. Con personas como ustedes mucha gente puede ver la luz al final del túnel y, por eso, mi más sentido agradecimiento por su trabajo.

Muchas gracias.

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

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 23

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

Muchas gracias por la comparecencia, señor decano y señor vicesecretario, señor Mattioli y señor Ballescà. Nos han acabado de ilustrar en esta mañana dedicada a este monográfico sobre la importancia de la psicología en el bienestar y en la salud mental de la población. Nos han ayudado a entender la complejidad del sistema y la necesidad de su ordenación para responder a un mandato constitucional que tenemos todos los poderes públicos, que es el de velar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud de la población, y la salud entendida no solamente como ausencia de enfermedad, sino también como concepto, según la Organización Mundial de la Salud, de bienestar emocional y bienestar mental. Este entendimiento de la salud como concepto amplio quizá ha sido una de las pocas cosas buenas que nos ha dejado la COVID-19, como ha sido abrirnos los ojos a la importancia también de la salud mental como parte de la persona.

Desde el año 2019, nuestro Gobierno de coalición ha tenido la salud mental como prioridad, ha trabajado en ella desde el primer momento —con el primer Plan de Acción de Salud Mental y COVID-19—, desvelando ya esa importancia de incidir, intentar ordenar o, por lo menos, hacer un chequeo del sistema y orientar las acciones de los Gobiernos, y también en acciones coordinadas desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Este Plan de Acción de Salud Mental se ha actualizado recientemente por el Ministerio de Sanidad, en el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. El Gobierno también planteó las líneas generales en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y continuó con otras acciones, como la creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil, que es muy importante —ustedes reclaman y alertan sobre la importancia de tener esta especialidad también en el ámbito de la Psicología—, y otras acciones relacionadas con el y las conductas suicidas, por ejemplo, el teléfono para la prevención del suicidio y ahora, recientemente, el plan de prevención de las conductas suicidas. Por lo tanto, en poco tiempo, en menos de seis años, el Gobierno ha trabajado intensamente, ha puesto el foco y la acción en la salud mental, aunque nos quedan temas pendientes, como hemos podido ver esta mañana y también en otras sesiones de comparecencias de la subcomisión. Esta subcomisión nace por el compromiso de todos los grupos parlamentarios para llegar a un pacto para mejorar la salud mental, a raíz de una iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista en el Pleno del Congreso. En la subcomisión hemos podido escuchar a los comparecientes para poder elaborar un documento de conclusiones, que serán unas recomendaciones —si en el Pleno conseguimos esta mayoría— para incidir en todo aquello que todavía no recogen la estrategia ni el plan de acción ni el plan de prevención de conductas suicidas y otras normativas, que son sectoriales, pero, a la vez, no son sectoriales —ámbito laboral, ámbito educativo—, para tener como prioridad esta salud entendida como un conjunto de la persona.

Todo lo que han explicado es importante, pero hay dos cosas que a mí me han llamado más la atención. Una es que el señor Mattioli ha dicho que ha caído el estigma. Todos entendemos que hemos de cuidar nuestra salud mental, y esto pasa de ser un objeto quizá más especializado a ser una cuestión en el discurso público, una cuestión de salud pública. Esto tiene una importancia fundamental, porque nos hace reflexionar sobre cómo tenemos planteado el sistema y sobre la importancia de incorporar y de dar espacio a estas otras funciones, que no son solamente las de especialización clínica, sino también otras.

Otra cuestión que me ha llamado mucho la atención es el valor y la potencialidad del propio Sistema Nacional de Salud, a través de todas estas figuras que están, que ejercen, que hacen funciones, que están reconocidas a nivel de la práctica, pero que no tenemos reconocidas formalmente a través de los mecanismos necesarios para ponerlas en valor. El señor Ballescà nos ha hablado del tema de pestos. Esta habilitación se hizo en el año 2011, de manera transitoria hasta el año 2014, a través de la Ley de Economía Social, una ley de un Gobierno socialista. Y nos ha dicho: En 2020 estuvimos a punto. Esto ocurrió con la ministra Carcedo, una ministra socialista. Parece que ha habido un tránsito del año 2011 al 2020 en el que no ha pasado nada, no ha habido ningún interés por este tema de los pestos, que tiene un valor, como podemos apreciar hoy, en el propio sistema y, sobre todo, para las personas y la atención de la salud mental. Por lo tanto, estamos recogiendo este guante —también con el ministerio—, como mínimo, para explorar vías. Y la primera pregunta sería: ¿qué propuestas o planteamientos para la homologación se han hecho desde la asociación?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Vaya terminando, señora Andrés.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Sí, acabo, presidente.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 24

Otra pregunta sería para el señor Mattioli, para preguntarle por esta figura referida al bienestar emocional, que se ha replicado también de otras formas en Canarias, en Navarra, en La Rioja, que no interfiere con la psicología clínica especializada, sino que tiene otras funciones. Me gustaría que nos dijera si se ha hecho alguna evaluación de resultados de la existencia y de la acción de esta figura en Cataluña.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.  
Grupo Popular.

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

Buenas tardes ya, tanto a don Guillermo Mattioli como a don Roger Ballescà. Muchísimas gracias por sus intervenciones y por estar en esta Subcomisión de Salud Mental.

Como he comentado anteriormente en mi intervención, para el Grupo Popular la salud mental es uno de los grandes retos sanitarios y sociales que tenemos en nuestro tiempo. Además, tenemos una posición que se articula en una serie de ejes que, simplemente, les recuerdo: prevención, detección y diagnóstico temprano; la mejora del acceso y reducción de desigualdades; el incremento de recursos humanos y materiales —que ya lo ha comentado también el señor Ballescà—; la acción comunitaria y la desestigmatización —el señor Mattioli ha comentado algo positivo de la pandemia, que ha hecho que baje esa estigmatización. Muchas veces en entornos negativos surgen cuestiones que pueden ser positivas y, en este caso, esto sería algo destacable, surgido de una situación tan negativa como fue la pandemia—, y, por último, el consenso y la coordinación interinstitucional.

Les vuelvo a agradecer su intervención y las preguntas que también se han realizado en esta Subcomisión de Salud Mental, pero nos gustaría profundizar en tres cuestiones referidas al trabajo que hacen a través de la institución que representan, el Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, ya que ha formado parte activa de la mesa del Pacto Nacional de Salud Mental, que busca transformar la salud mental, prestando atención y acción a uno de nuestros ejes, la prevención, es decir, un modelo preventivo de atención y recuperación biopsicosocial, garantizando, además, los derechos de las personas y la mejora de la coordinación entre los distintos agentes. Uno de los objetivos estratégicos de este Pacto Nacional de Salud Mental es abordar la problemática de manera transversal y, además, desarrollar programas de prevención y detección temprana en menores y en jóvenes. Por lo tanto, la pregunta sería: ¿cuáles son las estrategias y los programas que tiene el Colegio Oficial de Psicología de Cataluña para esa prevención y detección temprana en problemas de salud mental, pero, fundamentalmente, en esas edades de infancia y adolescencia?

La segunda pregunta sería sobre el papel que desempeña el Colegio Oficial de Psicología de Cataluña en la promoción de la salud mental comunitaria y esa coordinación que tiene que haber entre los distintos agentes, fundamentalmente, el ámbito educativo, el sanitario, pero también el de los servicios sociales.

Para finalizar, dentro de su trabajo, enmarcan ciertos retos que son de vital importancia, como es la reorganización de los servicios de atención, la mejora de la coordinación entre los distintos sectores, la promoción y prevención de la detección precoz, la integración real de los derechos de las personas, etcétera, pero una cuestión importante son esos retos que están planteando y una configuración del presente para ver cómo se van a extrapolar hacia el futuro. Sobre esa cuestión quería preguntar: ¿cómo ven el futuro de la salud mental no solo en Cataluña, sino en España, en general?

De nuevo, agradezco su intervención y nos ponemos a su disposición para la elaboración final de ese documento de consenso entre todos los integrantes de la Subcomisión de Salud Mental.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.  
Tienen un tiempo aproximado de diez o quince minutos.

El señor **DECANO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CATALUÑA** (Mattioli Jacobs): Vale. Compartiremos el tiempo y las respuestas.

Comencem per la pregunta de la diputada Estrem. Per què no està acceptada ja?

*Comenzando por la pregunta de la diputada Estrem. ¿Por qué no está aceptada?*

Aquí hay un tema estructural. Existe un veto: la Ley General de Salud Pública, de 2011, y la Ley de Economía Social, que se han vuelto anacrónicas, porque solo reservan la salud mental para los especialistas. A lo mejor fueron justas en su inicio, pero con los años, y antes de la COVID, ya se habían vuelto anacrónicas. ¿Por qué? Comencemos por el problema más de fondo, que es la insuficiencia de

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 25

plazas de rotación y de especialistas. Pero, como la ciudadanía no espera y las instituciones tampoco, te pones creativo, y está muy bien. Y así es como aparecieron los referentes o los programas con normativa transitoria para poder contratar psicólogos sanitarios en primaria. Para nosotros esto es importante. El lugar natural del psicólogo general es el ámbito de la asistencia primaria, el trabajo comunitario, la detección temprana de patología o prepatología que podría llegar a ser patología, sabiéndola ver cuando la tiene delante y resolviendo todo lo que puede en el nivel de asistencia primaria, ya sea grupal como individual. ¿Por qué no está? Por — y esa es la propuesta que vostè coneix molt bé també— la modificación del punto 4 de la adicional séptima de la Ley General de Salud Pública. Ahí tenemos dos líneas que son, verdaderamente, el motivo legal por el que a veces hay que ponerse tan creativos. Sin eso, no haría falta. Permítanme que lo explique así, pero es que llevamos muchos años con esto. Entonces, ¿que si una especialidad es única no es especialidad? Eso es cierto y, por eso, todos llevamos reclamando —pero todos, también los especialistas y, en general, los colegios profesionales— la generación de más especialidades. Infancia y adolescencia estuvo casi por nacer, pero no ha nacido aún. Es un parto prolongado, pero esperamos que finalmente ocurra. Y hay más. Desde hace más de veinte años los libros blancos de recursos sanitarios mencionan varias especialidades que son necesarias, pero aún no las tenemos.

El tema de la ordenación. Coincidimos plenamente con lo que ha dicho el doctor Penadés en la anterior comparecencia. ¿Cómo se puede ordenar esto? Por de pronto, poniendo paz. Los psicólogos somos una profesión que, según se nos critica —con razón unas cuantas veces—, no estamos en paz y tenemos conflictos corporativos, técnicos, teóricos, que si tal, que si cual, que cual método es mejor; hay centenares de métodos. En fin, este es un debate que está muy bien en el nivel científico, técnico y profesional, y está muy mal cuando se trata de nuestro servicio a la ciudadanía, hacia la gente. Y vuelvo al tema anterior. Es decir, si ambas profesiones sanitarias pudieran coexistir en paz, esto se ordenaría casi como un sudoku, si me permiten la expresión. ¿Por qué no vivimos en paz? Porque tenemos la sentencia que ha mencionado la colega Armesto, que la podemos leer de varias maneras. Esto a veces ocurre cuando los intereses difieren. Tenemos la Ley de General de Salud Pública, que deja a los sanitarios fuera del sistema. De hecho, no los dejó fuera, pero del *BOE* sí. Aquí tenemos varios nudos gordianos y, por eso, les pedimos a ustedes que los resuelvan. Nosotros solo podemos insistir, tocar la puerta, molestar y también inventar soluciones locales. Ya van cinco o seis comunidades que están haciendo lo mismo, y hay más, porque entiendo que el País Vasco también y Andalucía también. Esto está ocurriendo en varias comunidades por el clamor ciudadano, por el nudo legal y por la insuficiencia, inexistencia o escasa presencia de psicología clínica. Además, hay que tener en cuenta que no todo será psicología clínica. De hecho, alguien me ha hablado de otros ámbitos de la psicología. En el Colegio de Cataluña hay doce secciones de distintos ámbitos; clínica es una, pero hay once más y hay ciento cincuenta grupos de trabajo. Es decir, hay mucho ámbito para la psicología, y está muy bien. Solo necesitamos que se desaten algunos nudos legales. Después, tendremos más problemas, pero este es básico.

La salud de los profesionales. Es cierto que el estigma cayó, pero cayó menos para los profesionales sanitarios. Estos aún sufren el estigma, el peso de la bata blanca, el peso de la responsabilidad profesional, pierden el sueño por los pacientes. No se pueden enfermar tanto y tan aceptablemente como los demás, aunque ahora pueden hacerlo. En Cataluña tenemos un programa que está financiado por todos los colegios sanitarios, que se llama Galatea, que durante el COVID se abrió para toda España —aún sigue bastante abierto ante demandas—, y desde el Consejo General de la Psicología de España también se hizo un programa que se coordinó con Galatea para atender angustias de profesionales sanitarios de toda España. Y durante el COVID no solo fue para sanitarios, Galatea también expandió sus servicios para trabajo social, educación social y docentes. Lo sabemos porque estuvimos ahí, porque los psicólogos, los psicoterapeutas salían de nuestro colegio. Eso existe. Pero, además, en el programa de bienestar emocional y comunitario uno de los objetivos —que no he leído, porque son catorce, me parece—, el sexto, dice —para el psicólogo sanitario en asistencia primaria—: efectuar específicamente acciones formativas regulares en modos o técnicas de gestión emocional para los profesionales del equipo de asistencia primaria. Y esto está ocurriendo. Cuentan con este profesional, con un profesional que puede ayudar a hacer algo; es un compañero del equipo. Esto está dentro de la cartera de servicios.

Respecto a la evaluación de los resultados. Esta pregunta es muy interesante. Traje una diapositiva, que después retiré porque, como tenía poco tiempo, he preferido explicarla. Esta diapositiva es oficial, con datos de la Consejería de Salud, con los resultados de los años 2022-2024. Dice: 6628 actividades grupales; 8891 actividades comunitarias; 58000 personas atendidas en actividades grupales; en total,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 26

134 334 personas atendidas por los psicólogos referentes de emocional. Hay 12 000 personas que reciben la prescripción social; 7200 personas atendidas por duelo; 13 000 con dolor crónico; 87 150 con sintomatología mental —eso que llamamos el borde entre el drama humano y el diagnóstico—, y casi 14 000 personas con el test de bienestar emocional realizado.

Actividades comunitarias, es decir, vincular usuarios a comunidad es una de las tareas principales del psicólogo en atención primaria. Desde luego, tienen que conocer su barrio. Una de las primeras consignas que les dimos —y que les dio la Consejería de Salud también—, fue: patéense el distrito y sepan todo lo que hay en el distrito, porque sus usuarios a lo mejor no lo saben.

Servicios y retos del futuro. En cuanto a los servicios, el colegio no da directamente, aunque participa en todas las mesas de salud mental del ayuntamiento, de los distritos, de la ciudad y de la Generalitat. Entramos y salimos permanentemente de las consejerías de Justicia, de Educación, de Trabajo y Derechos Sociales y de Salud, porque nos convocan para participar en planes, pero no lo hace el colegio directamente, simplemente, ayuda a que nuestros profesionales, los colegiados, tengan acceso y estén informados. Respecto a los retos del futuro, a mí el futuro es una palabra que me da un poco de cosa. Como no sé quién dijo: mejor no hacer predicciones, especialmente, sobre el futuro. El futuro cercano que vemos —futuro y esperanza— es incrementar la cordialidad —que ya existe bastante— entre las dos profesiones sanitarias, pero para eso necesitamos la ayuda del legislador.

Sobre el, prefiero que hables tú. El colegio no tiene planes frente el, aunque existen en los CSMIJ, por ejemplo.

El señor **VICESECRETARIO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CATALUÑA** (Ballescà Ruiz): Voy a tratar de responder a diferentes cuestiones que han salido. Una de ellas ha sido sobre la tasa de reposición de psicólogos clínicos. En la documentación que les hemos proporcionado encontrarán el estudio que yo mismo escribí hace cuatro años, que se titula «La Psicología Clínica en España: ¿una profesión menguante?», al que muy amablemente se ha referido antes el doctor Penadés. Básicamente, lo que hay que decir es que en el año 1998 se homologaron, por la vía de la homologación, unos 7300 psicólogos clínicos en el momento de la creación de la especialidad. De estos 7300 psicólogos clínicos, calculamos que en los años 2030-2033, por una simple cuestión de edad, no habrá ninguno de ellos ya ejerciendo en el Sistema Nacional de Salud, con lo cual, estos 7300 dentro de siete u ocho años no los tendremos. Al mismo tiempo, creación de psicólogos especialistas en clínica por la vía de la residencia, hoy en día se habrán creado, aproximadamente, unas 3000 plazas de psicólogos con la residencia ya terminada y ejercientes. Como se apreciaba antes en el gráfico que ha mostrado el doctor Penadés y que ustedes tendrán en este estudio, el problema es que todavía estamos en una línea de bajada, es decir, que en este país estamos perdiendo profesionales de la Psicología y que, probablemente, los peores años estén por venir. Aunque con el tiempo y, sobre todo, gracias a que cada vez las promociones de formación especializada son mayores, esta línea la vamos a conseguir doblar y, probablemente, vaya creciendo. Según el estudio que les aporté en la documentación —por cierto, antes me han preguntado cuándo llegaríamos a la ratio de 18 psicólogos clínicos—, lo conseguiremos dentro de cincuenta años, aproximadamente en el año 2070; esto al ritmo que íbamos hasta ahora. Ahora, como hemos aumentado un poco el ritmo de creación de más plazas pir, probablemente, esto lo podamos avanzar algo. Estamos hablando de décadas, no estamos hablando de unos pocos años. Es una situación muy dramática.

La otra cuestión es quién cuida de los sanitarios. A mí me ha hecho pensar que a los sanitarios hay dos cosas que nos agobian mucho a nivel profesional. Una de ellas es no saber a veces cómo ayudar a una persona; cómo tratar a una persona que tiene una dificultad y no saber cómo tratarla. Pero hay una que todavía nos agobia más, que es saber cómo tratar a esa persona y no tener tiempo para hacerlo. Esta es una cosa que genera una presión enorme en las personas, porque saben ustedes que es una profesión muy vocacional. Si tienes delante a alguien que necesita ayuda y tú sabes que se la podrías proporcionar pero no tienes el tiempo suficiente para hacerlo, eso sobrecarga muchísimo.

Se ha planteado también una cuestión sobre la atención temprana. A mí, que me dedico a la infancia, me ha interesado mucho la pregunta. Yo pienso que tenemos que cuidar mucho de la salud mental de los niños, las niñas y los adolescentes. A veces se dice que hay que cuidar de su salud mental porque son nuestro futuro, son el futuro de nuestro país. A mí me parece que esa es una definición muy adultocéntrica. En realidad, son nuestro presente; también son nuestro futuro, pero son un presente de indicativo y hay que cuidar de ellos porque realmente hay un gran malestar.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 320

6 de mayo de 2025

Pág. 27

Me han hecho pensar que, por ejemplo, en Cataluña, hace un par de años, se creó un programa de atención a la crisis en la infancia y en la adolescencia, en el cual se contrataron a un montón de personas —no sé, no tengo los datos aquí— para reforzar los centros de salud mental infantiles y juveniles en Cataluña. Y fíjense que las contrataciones que se hicieron fueron de educadores sociales, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales. Por cierto, la inclusión de estos perfiles profesionales en el Sistema Nacional de Salud, que fue muy bienvenida y una buena noticia, la verdad es que no generó ninguna cuestión polémica. Esto nos tiene que llevar a pensar cómo es posible que haya otras profesiones sanitarias, e incluso no sanitarias, que puedan ejercer tranquilamente, dentro de su ámbito de funciones, en el Sistema Nacional de Salud y estemos aquí debatiendo sobre que una figura como el general sanitario, que es una profesión sanitaria regulada en este país, sea, a día de hoy, la única que no puede ejercer, dentro de su ámbito de funciones, en el Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, respecto a la pregunta que se hacía más específicamente sobre los planteamientos que la Asociación PESTOS hace para resolver el problema de los psicólogos sin especialidad, también tienen a su disposición en la documentación un resumen de la situación de los pestos, donde hay una propuesta muy clara. Básicamente —no se la voy a leer toda, porque ustedes la tienen a su disposición—, se trataría de hacer una modificación de la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, General de Salud Pública, en la cual se abriera la posibilidad de que determinados psicólogos y psicólogas pudieran homologar su titulación. Tienen ustedes el texto de la enmienda propuesta en el documento.

Sí que me interesa plantear dos cuestiones que serían muy importantes. La primera de ellas es que todos ellos deberían de haber empezado a trabajar antes de marzo de 2011, es decir, antes de la entrada en vigor de la Ley de Economía Social. Y la segunda cuestión que nosotros planteábamos para garantizar, diríamos, las competencias de los profesionales, es que pudieran demostrar un ejercicio profesional mínimo de seis años, es decir, un 50 % más de lo que es la formación actual de la especialidad de Psicología Clínica. Lo que planteamos es que sea para un conjunto de personas muy determinado y también con unas garantías de competencia.

Gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Pose Mesura): Gracias.

Quiero agradecer la presencia tanto del doctor Mattioli como del doctor Ballescà. **(Pausa)**.

Por favor, que los portavoces se queden un momento.

No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

**Era la una y cuatro minutos de la tarde.**

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

cve: DSCD-15-CO-320