Proyecto de Real Decreto por el que se regula el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud y se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información.

ASUNTO: DG/80/26 APORTACIONES de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), APPCO, APCS, APCSACYL, SAPC, SEPCEX, SEPC-ANPIR, SEPCA, SOPCA, SEPYPNA, SCEPC.

Como sociedades científicas comprometidas, desde su constitución, con el desarrollo y consolidación de la Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS), las siguientes sociedades científicas de referencia, **nacional y autonómica**, en el ámbito de la Psicología c Clínica en España:

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)
Asociación de Profesionales de Psicología Clínica de Osakidetza (APPCO)
Asociación de Psicología Clínica del SERGAS (APCS)
Asociación de Psicólogos Clínicos del SACyL (APCSACYL)
Sociedad Aragonesa de Psicología Clínica (SAPC).
Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica de Extremadura (SEPCEX)
Sociedad Española de Psicología Clínica (SEPC-ANPIR)
Sociedad de Especialistas de Psicología Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SEPCA)
Sociedad de Psicología Clínica Asturiana (SOPCA).
Sociedad Española de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia (SEPYPNA)
Societat Catalana d`Especialistes en Psicología Clínica (SCEPC)

Presentamos las siguientes **ALEGACIONES** al *Proyecto de Real Decreto por el que se regula el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud y se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información*.

1- CONSIDERACIONES INICIALES:

1ª- Expresamos nuestra decepción y preocupación porque este proyecto de Real Decreto no haya tenido en cuenta ni una sola de las *Aportaciones a la Consulta Pública Previa* sobre el mismo que, está sociedad científica junto con otras cinco más, presentamos el pasado mes de Marzo y lamentamos que dicho trámite previo sea meramente para “cumplir con el expediente” y no una verdadera oportunidad de tomar en consideración las recomendaciones de las sociedades científicas y sus profesionales, uno de los agentes más directamente relacionados con la normativa de la actividad que se pretende regular.

2ª- Consideramos que este *Proyecto de Real Decreto por el que se regula el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud y se establecen medidas para*

el tratamiento homogéneo de la información constituye una oportunidad estratégica para mejorar la transparencia, la equidad y la planificación sanitaria en el Sistema Nacional de Salud

(SNS). Sin embargo, para que dicha mejora sea real y no meramente formal, **resulta imprescindible que la Psicología Clínica sea incluida como especialidad sanitaria específica, de información obligatoria, en los sistemas de información sobre listas de espera,** diferenciada de:

- El conjunto genérico de "Salud Mental".
- La especialidad de Psiquiatría.
- O cualquier otra categoría agregada que diluya su actividad asistencial.

Fundamentación

a) **La Psicología Clínica es una especialidad sanitaria reconocida** (Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, que crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en España) y, por tanto, no hay ningún impedimento jurídico ni técnico para registrar, en este Proyecto de Real Decreto:

   - Especialidad: Psicología Clínica.
   - Grupo etario: infancia, adolescencia o adultez.
   - Dispositivo: consulta externa
   - Prestación: primera consulta

b) La actividad asistencial de la especialidad de Psicología Clínica responde a modelos de intervención psicológica basados en evidencia científica, con requerimientos organizativos y temporales específicos, que se hace efectiva a través de consultas externas.

c) La ausencia de la especialidad de Psicología Clínica en el anterior Decreto de 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, ha supuesto un obstáculo en la planificación de los recursos humanos necesarios para una atención psicológica especializada de calidad a la ciudadanía y un desconocimiento de los factores que están manteniendo el problema de accesibilidad en la actualidad

d) La agregación de datos bajo el epígrafe genérico de "Salud Mental" invisibiliza la demanda real de tratamiento psicológico y dificulta la planificación adecuada de recursos humanos.

e) La no diferenciación, perpetúa desigualdades territoriales y limita la evaluación comparativa entre Comunidades Autónomas.

f) Sin datos desagregados, no es posible garantizar ni evaluar el derecho efectivo de la ciudadanía a recibir atención psicológica especializada en condiciones de equidad.

3ª- Este Proyecto de Real Decreto que se sustancia en estas alegaciones, plantea en el **apartado IV del ANEXO I,** en la relación de especialidades de consultas externas, **dos términos** (Salud Mental de Adultos y Salud Mental Infanto-Juveni) **que no consituyen ninguna especialidad exitente**, sino una denominación genérica en la que están incluídas tres especialidades: **Psicología Clínica, Psiquiatría de adultos y Psiquiatría de la infancia y adolescencia.**

El **ANEXO I (apartado I, punto 4)** establece que la especialidad es la unidad de análisis y que las subespecialidades se agregarán en la especialidad troncal. Sin embargo, en el listado incluye:

- SMA: Salud Mental Adultos
- SMP: Salud Mental Infanto-Juvenil

Como resulta evidente, estas denominaciones no son equivalentes a las demás categorías del listado: Alergología, Cardiología, Medicina Interna, Oftalmología... **Psicología Clínica o Psiquiatría son especialidades sanitarias**; «**Salud Mental Adultos» y «Salud Mental Infanto-Juvenil» son ámbitos poblacionales o funcionales, no especialidades**. Además, desde el Real Decreto 689/2021 existe formalmente la especialidad médica de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Por tanto, utilizar en 2026 la etiqueta genérica «Salud Mental Infanto-Juvenil» omite una especialidad oficialmente reconocida y mezcla su actividad con la de Psicología Clínica y otras disciplinas.

Bajo los términos *SMA y SMP* quedan mezcladas y no se pueden identificar de manera diferenciada las primeras consultas de Psicología Clínica (infantil y de adultos) de las de Psiquiatría (infantil y de adultos). La norma pretende servir para evaluar necesidades, funcionamiento y equidad y las categoría *SMA y SMP* pueden ofrecer una cifra global, pero no explica el problema que la cifra pretende medir y no será posible calcular:

- Déficit de especialistas en Psicología Clínica.
- Déficit de especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia o en Psiquiatría de adultos
- Demora específica para primeras consultas de especialidades referidas anteriormente
- Diferencias entre comunidades autónomas en la composición de sus equipos
- Proporción de menores/adultos atendidos por cada especialidad.

4ª- La norma dispone la recopilación de datos de la edad del paciente: El conjunto mínimo de datos incluye la fecha de nacimiento y el artículo 8 exige desagregar los indicadores por grupo de edad. Por tanto, el sistema puede identificar perfectamente las consultas de Psicología

Clínica correspondientes a menores sin necesidad de inventar una **falsa especialidad llamada «Salud Mental Infanto-Juvenil»**. La solución técnicamente correcta es separar:

• Eje profesional o de especialidad: Psicología Clínica, Psiquiatría de adultos, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
• Eje poblacional: grupo de edad.
• Eje asistencial: tipo de prestación y dispositivo.

5ª- El error de medir SOLAMENTE la primera consulta: El registro de consultas externas se define como el censo de pacientes que esperan ser atendidos por primera vez para un problema de salud nuevo. Además, se establece que las consultas sucesivas y las realizadas por diferentes unidades internas de una misma categoría no generan una nueva entrada. Sin embargo, los tratamientos psicológicos requieren continuidad:

- Intervalos superiores a 2-3 semanas comprometen la eficacia (ej. terapia cognitivo-conductual) y aumentan recaídas (estudios: NICE, 2018; APA, 2019)
- La OMS (2022) señala que los intervalos prolongados en salud mental multiplican por 2.3 el riesgo de abandono terapéutico
- Según el *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (2021), intervalos >4 semanas reducen un 40% la efectividad de las intervenciones
- El coste de no tratar trastornos psicológicos a tiempo supone un 4.2% del PIB español (Informe UE, 2023), evitable con seguimientos adecuados.

El tratamiento psicológico no se agota en la primera consulta. A diferencia de otros actos asistenciales puntuales, la eficacia de las intervenciones psicológicas depende de:

● La continuidad asistencial.
● La regularidad de las sesiones.
● Intervalos suficientemente breves para mantener la activación terapéutica y la alianza clínica.
● La posibilidad de realizar procesos estructurados de intervención.

Cuando los intervalos entre sesiones se prolongan de forma excesiva (por ejemplo, una sesión cada 6–8 semanas), se compromete:

● La eficacia del tratamiento.
● La adherencia.
● La eficiencia del sistema (al cronificarse los cuadros).
● La seguridad clínica en situaciones de riesgo.

6ª- Riesgo de exclusión de Psicología Clínica por la redacción utilizada: El proyecto emplea de forma reiterada: «Indicación médica», «Médico peticionario», «Prescrita por un médico autorizado», «Interacción médico-paciente», «Fecha de indicación médica».

Esta terminología, que aparece en las definiciones de consulta externa, primera consulta, pruebas diagnósticas y terapéuticas y en el conjunto mínimo de datos, es problemática ya que

si la entrada en el registro exige literalmente una indicación o prescripción médica, la indicación formulada por Psicología Clínica podría no generar una entrada válida. La sustitución de «médico» por «facultativo especialista o profesional sanitario competente» no es una cuestión estilística. Es necesaria para evitar una exclusión material de aquellas especialidades sanitarias no médicas como Psicología Clínica y para adaptar la norma al funcionamiento multidisciplinar de los servicios de salud mental.

Realizadas las anteriores consideraciones, presentamos al P*royecto de Real Decreto por el que se regula el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud y se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información las* siguientes **ALEGACIONES A LA NORMA:**

2- ALEGACIONES:

PRIMERA: *Se solicita sustituir la categoría «Salud Mental de adultos (SMA) y Salud Mental Infanto-Juvenil (SMP)» por un sistema que diferencie, al menos:*

1. *Psicología Clínica.*
2. *Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.*
3. *Psiquiatría adultos*
4. *Grupo etario del paciente.*
5. *Dispositivo asistencial.*
6. *Tipo de prestación indicada.*

La inadecuación conceptual y estadística de las categorías «Salud Mental Infanto-Juvenil y Salud Mental de Adultos», incluidas en el apartado IV del anexo I, impide un tratamiento homogéneo, válido y comparable de la información. «Salud Mental Infanto-Juvenil y Salud Mental de adultos» identifican un ámbito asistencial y una población destinataria, pero **no una especialidad sanitaria**, **una categoría profesional,** una prestación concreta ni un procedimiento clínico. Bajo esta denominación pueden agruparse, indiscriminadamente, consultas de Psiquiatría, consultas de Psicología Clínica, evaluaciones psicológicas, intervenciones psicoterapéuticas y actuaciones desarrolladas en diferentes dispositivos, sin poder identificar primeras consultas y demoras para acceso a ellas de cada una de las tres especialidades.

La norma proyectada no debe sustituir especialidades oficialmente reconocidas por una categoría funcional indeterminada.

SEGUNDA: *Inclusión expresa de la especialidad de Psicología Clínica: Se solicita añadir al apartado IV del anexo I la especialidad de Psicología Clínica.*

La relación de especialidades del apartado IV del anexo I omite Psicología Clínica, pese a tratarse de una especialidad sanitaria oficialmente reconocida. La omisión de Psicología Clínica impide conocer la demanda y las demoras de acceso a evaluación psicológica y tratamiento psicoterapéutico, produciendo una infra-representación de la actividad y de las necesidades asistenciales de salud mental. Esta categoría deberá desagregarse por grupo etario y, cuando proceda, por dispositivo y tipo de prestación.

TERCERA: *Sustitución de la terminología restrictiva «médico» e «indicación médica»: Se solicita sustituir, según corresponda:*

• «Médico peticionario» por «facultativo especialista o profesional sanitario competente que formula la indicación».

• «Indicación médica» por «indicación clínica».

• «Prescrita por un médico autorizado» por «indicada por un facultativo o profesional sanitario competente».

• «Interacción médico-paciente» por «interacción clínica entre el profesional sanitario y el paciente».

Las definiciones del anexo I utilizan reiteradamente las expresiones «médico peticionario», «médico autorizado», «indicación médica» e «interacción médico-paciente». Esta terminología puede excluir las indicaciones realizadas por especialistas en Psicología Clínica y no se corresponde con el carácter multidisciplinar de la asistencia sanitaria especializada ni con la existencia de otras profesiones sanitarias competentes para indicar actuaciones dentro de su ámbito profesional. Asimismo, debe revisarse toda la norma para asegurar que las indicaciones de Psicología Clínica produzcan los mismos efectos de inclusión, permanencia y trazabilidad en el registro.

CUARTA: *Necesidad de incorporar indicadores sobre intervalos entre consultas sucesivas: consideramos imprescindible que el Real Decreto incorpore, para la especialidad de Psicología Clínica, indicadores obligatorios sobre los intervalos temporales entre consultas sucesivas, al menos en términos de:*

- *Intervalo medio entre sesiones.*

- *Distribución de intervalos (mediana y percentiles).*

- *Número medio de sesiones por proceso asistencial.*

- *Número y porcentaje de pacientes con tratamiento indicado y aún no iniciado.*

Si el sistema de información se limita a recoger tiempos de espera para "primeras consultas" sin contemplar la continuidad posterior, pueden generarse efectos no deseados tales como: incentivar el aumento del número de consultas nuevas como indicador de rendimiento, reducir la disponibilidad de citas sucesivas o alargar de forma estructural los intervalos entre sesiones.

QUINTA: *Prohibición expresa de listas internas de tratamiento no registradas:* Se solicita añadir el siguiente párrafo:

«La prohibición de listas, bolsas o registros paralelos comprende igualmente las esperas internas para evaluación, tratamiento o intervención terapéutica indicadas tras una primera consulta, incluidas las derivaciones entre profesionales, programas, unidades o dispositivos pertenecientes a un mismo servicio o ámbito asistencial.»

El artículo 5 prohíbe las listas, bolsas o registros paralelos. Sin embargo, la definición de primera consulta puede permitir que las listas internas de evaluación o tratamiento dentro de una misma categoría funcional queden fuera del registro oficial.

3- CONSIDERACIÓN FINAL Y PROPUESTA DE MÍNIMOS:

La transparencia en listas de espera debe orientarse, no solo a medir acceso, sino también a garantizar tratamientos efectivos, continuados y basados en evidencia. En Psicología Clínica, el acceso sin continuidad no equivale a tratamiento; por ello, consideramos que el proyecto de Real Decreto debe evitar una concepción reduccionista, centrada exclusivamente en la primera consulta y adoptar una perspectiva integral que refleje la realidad de los procesos terapéuticos y las diferencias evolutivas.

Nuestra propuesta de mínimos EXIGIBLE a este Proyecto de Real Decreto si, realmente, quiere avanzar con respecto al de 2006 en el reconocimiento y mejora de la atención a la salud mental de la ciudadanía **sería:**

- **SUSTITUIR Salud Mental Adultos y Salud Mental Infanto-Juvenil por las especialidades independientes que configuran ambos ámbitos, Psicología Clínica, Psiquiatría de adultos y Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia,**

desagregando por diferentes grupos etarios todos los indicadores (• 0 a 5 años, • 6 a 11 años, • 12 a 17 años, • 18 años o más).

- **MEDIR demoras no solo de primeras consultas, sino también, al menos, entre la primera y segunda consulta**
- **SUSTITUIR el término «médico» por «facultativo especialista o profesional sanitario competente» , así como todos sus derivados.**

La inclusión diferenciada de la Psicología Clínica, la desagregación por grupos de edad y la incorporación de indicadores sobre intervalos entre sesiones son medidas imprescindibles para: garantizar calidad asistencial, evitar distorsiones en la gestión, proteger el derecho de la ciudadanía a recibir tratamiento psicológico adecuado y facilitar una planificación basada en datos reales y no en indicadores parciales.

22981818B ALMA DOLORES MARTINEZ DE SALAZAR (R: G96371661)

Firmado digitalmente por 22981818B ALMA DOLORES MARTINEZ DE SALAZAR (R: G96371661)
Fecha: 2026.11.17 22:29:59 +01'00'

16 de Noviembre de 2026