

Original

Diferencial de gasto hospitalario en salud mental entre Cataluña y la OCDE: una estimación agregada

Roger Sabater-Mezquita^{a,*}, Guillem Lopez-Casasnovas^a, Roberto Martinez-Lacoba^{a,b,c} y Glòria Merino-Pinto^a^a Centre de Recerca en Economia i Salut, Departament de Economia y Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España^b Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España^c Grupo de Investigación en Economía, Alimentación y Sociedad, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de diciembre de 2024

Aceptado el 2 de abril de 2025

On-line el 22 de mayo de 2025

Palabras clave:

Gasto público en salud mental

Datos de panel

Predicción de gasto

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el diferencial de gasto público en salud mental en Cataluña mediante la estimación de la brecha entre el gasto real y el gasto predicho utilizando variables macroeconómicas.**Método:** Se ha desarrollado un modelo predictivo basado en el gasto hospitalario público en salud mental de países de la OCDE, ajustado por factores como el producto interior bruto per cápita, la demografía poblacional, la proporción de gasto en salud mental dentro del gasto sanitario total, la desigualdad en renta y el desempleo.**Resultados:** Aplicado al caso de Cataluña en 2022, los resultados revelan una infrafinanciación significativa en los servicios de salud mental. Se ha determinado que el gasto en Cataluña fue un 44,72% inferior al valor predicho para la muestra de países comparables de la OCDE, lo que representa un déficit de aproximadamente 242 millones de euros.**Conclusiones:** El estudio destaca la necesidad de aumentar la inversión en salud mental, recomendando un enfoque holístico que incluya intervenciones preventivas y comunitarias para abordar los determinantes sociales más amplios de la salud mental.© 2025 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hospital spending differential on mental health between Catalonia and the OECD: a macroeconomic estimate

ABSTRACT

Objective: To assess the public spending differential on mental health in Catalonia by estimating the gap between actual and predicted expenditures using macroeconomic variables.**Method:** A predictive model was developed based on public hospital mental health spending in OECD countries, adjusted for factors like gross domestic product per capita, population demographics, the share of mental health expenditure within total healthcare spending, income inequality and unemployment.**Results:** Applied to Catalonia in 2022, the findings reveal a significant underfunding of mental health services. Results indicate that Catalonia's expenditure was 44.72% below the predicted value for the sample of OECD comparable countries, corresponding to a funding shortfall of approximately €242 million.**Conclusions:** The study highlights the necessity of increased investment in mental health, recommending a holistic approach encompassing preventative and community-based interventions to address broader social determinants of mental health.© 2025 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Public spending on mental health

Panel data

Expenditure prediction

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como «un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse en su entorno»¹. Del mismo modo, indica que existen distintos

factores que pueden proteger o socavar la salud mental: individuales, familiares, ambientales y estructurales. Además, añade que las consecuencias económicas de los problemas de salud mental son enormes, y las pérdidas de productividad superan ampliamente los costes directos de la atención^{2,3}.

El gradiente social de la salud también aparece en la salud mental⁴. Las condiciones sociales son impulsoras de las cargas derivadas de la pérdida de salud mental y causa de un aumento de las desigualdades en salud^{5,6}. Algunos estudios indican que el riesgo de depresión es mayor en poblaciones con fuerte desigualdad social⁷, pudiendo los aumentos en la renta tener efectos positivos, a través

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roger.sabater@upf.edu (R. Sabater-Mezquita).

de distintos mecanismos, en la salud mental y en el bienestar⁶. Los niveles inferiores de renta y la inseguridad económica (por ejemplo, miedo al desempleo o expectativas de una mala situación financiera) afectan negativamente a la salud^{8,9}. Otros factores, como la pobreza energética¹⁰ (incapacidad del hogar para sufragar las fuentes de energía para las necesidades básicas) y los problemas de vivienda, también tienen efectos negativos en la salud mental^{11,12}. En general, la crisis de salud mental afecta desproporcionadamente a aquellos grupos más marginales de la sociedad¹³. Reconocido lo anterior, la endogeneidad de algunos de dichos factores evita conclusiones causales definitivas.

Pese a la carga que supone la salud mental, tanto para el bienestar social como para la economía, los países más desarrollados apenas dedican, de media, un 5,1% del presupuesto en salud a la salud mental¹⁴. Algunas recomendaciones indican que en los países más desarrollados el gasto en salud mental debería situarse al menos en el 10% del gasto en salud¹⁵. Con todo, si se aumentase el gasto dedicado a la salud mental, también se debería realizar una transformación del paradigma que históricamente ha dominado en la salud mental, en favor de una aproximación más holística¹³. En Cataluña, en el año 2022, el gasto en salud mental con cargo al Departamento de Salud representó un 4,8% del total del gasto sanitario público, y aumentó al 5,1% en el año 2023 (541,4 millones de euros y 599,6 millones de euros, respectivamente), excluyendo la partida destinada a farmacia¹⁶.

El objetivo de este trabajo es doble: por un lado, se propone un modelo de predicción del gasto público en salud mental hospitalaria que realizaría un país desarrollado, considerando su situación social y demográfica, así como la naturaleza de su sistema sanitario, si siguiera el comportamiento equiparable a la media de los países disponibles de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); y por otro lado, se aplica esta herramienta predictiva al caso catalán para estimar cuál es la brecha entre lo gastado y lo predecible para la región en el año 2022.

Método

Datos

Se utilizó una muestra de datos macro de panel extraída de la OCDE¹⁷ y del Banco Mundial¹⁸. La [tabla 1](#) muestra la relación de países y años seleccionados en función de la disponibilidad de datos de gasto público en hospitales de salud mental en la base de datos de la OCDE. Los países seleccionados tienen un nivel de desarrollo similar al de Cataluña, manifiesto en su membresía en la OCDE, independientemente del esquema de atención sanitaria (modelos de inspiración Beveridge o Bismarck). De la OCDE se obtuvieron el gasto hospitalario público en salud mental per cápita, el producto interior bruto (PIB) per cápita, el porcentaje de población mayor de 65 años, el porcentaje de gasto público hospitalario en salud

mental respecto al total del gasto público sanitario (a efectos de considerar el grado de «hospitalocentrismo» imperante) y la tasa de desempleo. Por otro lado, de la base de datos del Banco Mundial se obtuvo el índice de Gini, disponible hasta 2021 y con ausencia de datos para algunos años y países determinados.

De todos los países para los cuales la base de la OCDE cuenta con datos de gasto público en hospitales de salud mental, se han excluido los siguientes por contar con un modelo no categorizable como Beveridge o Bismarck¹⁶, o por contar con pocas observaciones anuales: Australia, Canadá, Chile, Costa Rica, Israel, Japón, Corea del Sur, Letonia, Lituania, México, Nueva Zelanda, Chipre y Malta. Por lo que respecta a otros países excluidos que no figuran en la lista anterior, lo están porque no se cuenta con datos de gasto público hospitalario en salud mental para ellos. Finlandia, no obstante, se ha excluido de la selección por la fuerte política de desinstitucionalización que ha seguido este país desde los años 1980¹⁹. Por último, también se excluyeron Bulgaria, Croacia y Rumanía por no pertenecer a la OCDE en el periodo estudiado.

Hay que notar que la OCDE solo contabiliza el gasto sanitario hospitalario en salud mental identificado en las cuentas bajo la noción, ahora antigua, de hospitales psiquiátricos²⁰. Por extensión, en este trabajo nos centramos en el gasto en salud mental ocasionado por los trastornos mentales siguiendo la definición de la 10.^a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²¹.

La información sobre el PIB per cápita catalán y sobre el porcentaje de población mayor de 65 años en Cataluña se obtuvo del Institut d'Estadística de Catalunya²². Por su parte, la Generalitat de Catalunya proporcionó los datos sobre recursos públicos dedicados a la salud mental en Cataluña, desde los cuales se deriva el porcentaje de gasto público hospitalario en salud mental respecto al total de gasto público sanitario para Cataluña¹⁶.

Modelo de predicción

La variable dependiente es el gasto hospitalario público en salud mental per cápita expresado en una misma divisa y ajustado en términos de capacidad adquisitiva. Esta variable «incluye establecimientos con licencia que se dedican principalmente a ofrecer servicios de diagnóstico, tratamiento médico y monitorización a pacientes ingresados que padecen enfermedades mentales graves o trastornos relacionados con el abuso de sustancias»²⁰. Esto genera, en todo caso, un sesgo «hospitalario»; estamos obligados a enfatizar, en cualquier caso, que la predicción realizada no debe implicar necesariamente que la brecha de financiación se cierre en exclusiva por la vía hospitalaria.

Por otro lado, cabe mencionar que las cifras de gasto público en hospitales de salud mental ofrecidas por la OCDE no incluyen el gasto en medicamentos; se refieren solo al gasto directo en servicios médicos asistenciales y servicios de apoyo. La cifra correspondiente a Cataluña se ajusta a esta restricción, a favor de la validez de la comparativa. Las variables explicativas utilizadas en la estimación fueron:

- El nivel de desarrollo del país, aproximado por el PIB per cápita ajustado por capacidad de compra, bajo el supuesto de que cada país gasta en salud mental lo que su grado de creación de riqueza le permite²³.
- La estructura demográfica, pues una población relativamente más envejecida debería implicar mayor prevalencia de problemas de salud mental, manteniendo constantes los demás factores^{24,25}.
- El peso del componente hospitalario en salud mental dentro del total del gasto sanitario público, introduciendo en el modelo el gasto sanitario público total y considerando que una salud mental

Tabla 1
Selección de países y años según el modelo de protección social

Beveridge		Bismarck	
País	Años	País	Años
Dinamarca	2000-2023	Bélgica	2003-2022
España	2003-2022	Suiza	2010-2022
Grecia	2003-2022	Eslovaquia	2005-2022
Irlanda	2011-2022	Eslovenia	2003-2022
Noruega	2003-2022	Estonia	2003-2022
Polonia	2003-2022	Francia	2003-2022
Portugal	2000-2022	Hungría	2006-2022
		Luxemburgo	2000-2023
		Países Bajos	1998-2022
		República Checa	2003-2022

Fuente: OCDE¹⁷ y Banco Mundial¹⁸.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las variables dependiente y explicativas para cada país de la selección durante la amplitud temporal respectiva (media y desviación típica)

País	Gasto público per cápita en hospitales de salud mental (\$PPA de 2015)	PIB per cápita (\$PPA)	Población >65 años (%)	Gasto público en hospitales de salud mental respecto al total del gasto público sanitario (%)	Índice de Gini (%)	Tasa de desempleo (%)
Bélgica (Bi)	128,88 (11,83)	44.804,10 (10.283,32)	17,86 (0,86)	3,75 (0,49)	27,98 (1,01)	7,42 (1,12)
Dinamarca (Be)	180,28 (22,20)	47.216,28 (14.442,40)	17,24 (2,10)	4,84 (0,26)	26,98 (1,44)	5,54 (1,27)
Eslovaquia (Bi)	10,78 (4,21)	28.188,86 (6.332,07)	13,9 (1,92)	0,68 (0,30)	25,79 (1,66)	10,72 (3,40)
Eslovenia (Bi)	38,13 (2,41)	32.424,42 (8.169)	17,51 (1,95)	2,05 (0,23)	24,76 (0,63)	6,58 (1,86)
España (Be)	22,70 (2,04)	34.831,43 (6.187,21)	17,89 (1,27)	1,03 (0,03)	34,59 (1,24)	16,30 (5,60)
Estonia (Bi)	3,38 (1,54)	28.067,25 (9.985,72)	18,2 (1,40)	0,26 (0,11)	31,92 (1,14)	8,01 (3,22)
Francia (Bi)	176,61 (11,49)	40.180,73 (8.247,07)	17,93 (1,71)	4,97 (0,32)	31,92 (1,14)	8,95 (0,92)
Grecia (Be)	37,40 (6,06)	28.474,24 (3.330,53)	20,10 (1,66)	2,46 (0,49)	34,33 (1,14)	16,44 (6,76)
Hungría (Bi)	2,89 (1,99)	27.387,34 (7.269,39)	17,83 (1,56)	0,22 (0,17)	29,52 (1,29)	6,79 (2,77)
Irlanda (Be)	52,10 (8,78)	77.625,51 (28.433,36)	13,34 (1,14)	1,51 (0,09)	31,65 (1,38)	9,09 (4,10)
Luxemburgo (Bi)	102,19 (27,92)	96.394,23 (27.463,79)	14,17 (0,27)	2,30 (0,63)	32,00 (1,56)	4,86 (1,24)
Noruega (Be)	450,55 (85,83)	64.206,81 (17.824,62)	15,84 (1,21)	9,98 (0,71)	27,34 (1,65)	3,94 (0,60)
Países Bajos (Bi)	244,63 (36,00)	46.292,23 (12.075,64)	16,04 (2,33)	6,93 (0,77)	28,29 (1,12)	5,57 (1,48)
Polonia (Be)	23,28 (3,80)	24.821,96 (9.269,79)	15,09 (2,10)	2,03 (0,40)	32,41 (2,57)	9,06 (5,24)
Portugal (Be)	18,40 (2,48)	28.324,86 (6.793,70)	19,10 (2,24)	1,04 (0,16)	35,93 (1,75)	9,73 (3,48)
República Checa (Bi)	37,54 (7,14)	32.766,79 (9.244,18)	16,81 (2,38)	1,73 (0,08)	26,11 (0,66)	5,28 (2,18)
Suiza (Bi)	160,84 (11,19)	68.198,86 (10.004,15)	17,92 (0,72)	3,71 (0,14)	32,70 (0,73)	4,70 (0,23)
Media Beveridge	103,28 (126,58)	43.180,41 (24.889,84)	16,82 (2,55)	3,03 (2,79)	30,63 (3,70)	8,54 (5,01)
Media Bismarck	94,38 (69,15)	38.459,04 (12.566,56)	17,27 (2,10)	2,33 (1,73)	30,01 (3,87)	9,36 (4,78)
Cataluña 2022 (Be)	36,27	56.599,69	19,33	1,92	30,00	10,00

Be: Beveridge; Bi: Bismarck; PIB: producto interior bruto.

Fuente: elaboración propia a partir de OCDE¹⁷, Banco Mundial¹⁸, Generalitat de Catalunya¹⁶ e IDESCAT²².

centrada en el ámbito hospitalario tiende a generar mayor gasto en comparación con la ambulatoria²⁶.

- El índice de Gini, pues una mayor desigualdad económica debería implicar una mayor prevalencia de problemas de salud mental⁷.
- La tasa de desempleo, ya que un mayor desempleo es indicador de mayor pobreza y más inseguridad económica, lo que debería implicar, de igual manera, una mayor prevalencia de problemas de salud mental^{8,9}.

Análisis estadístico

Se ha seguido un modelo de estimación de efectos aleatorios (*random effects*) con datos de panel correspondientes a los macrodatos de las variables indicadas en el apartado anterior. En este caso, una estimación de efectos aleatorios es preferible a una estimación de efectos fijos (si asumimos una correlación nula entre el término de error y las variables explicativas) puesto que, en extrapolación, una estimación de efectos fijos no asignaría efecto constante al individuo fuera de muestra²⁷. Este modelo se aplica para el conjunto de los países, y después, separadamente, para los conjuntos de países con un modelo Beveridge o Bismarck. La especificación del modelo es la siguiente:

$$H_{it} = \beta_0 + \beta_1 Y_{it} + \beta_2 D_{it} + \beta_3 S_{it} + \beta_4 G_{it} + \beta_5 U_{it} + \varepsilon_{it}$$

donde i y t representan, respectivamente, el país y el año. Además:

H_{it} = gasto público en hospitales de salud mental per cápita, en dólares ajustados por capacidad de compra;

Y_{it} = PIB per cápita, en dólares ajustados por capacidad de compra;

D_{it} = porcentaje de población mayor de 65 años;

S_{it} = porcentaje de gasto público en hospitales de salud mental respecto al total del gasto público sanitario;

G_{it} = índice de Gini;

U_{it} = tasa de desempleo;

$\varepsilon_{it} = \nu_i + \mu_t + U_{it}$ = efecto fijo por país, efecto fijo por año y término de error.

Una vez calculado el modelo y obtenida la estimación de los parámetros, esta se aplica a los datos de Cataluña en el año 2022 con el fin de predecir cuánto debería gastar Cataluña en hospitales públicos de salud mental, habiendo ajustado por los parámetros del modelo y considerando los valores específicos de sus propias variables.

Resultados

La [tabla 2](#) muestra la media y la desviación típica de las variables seleccionadas para la muestra de países anteriormente expuesta.

Los resultados de los parámetros estimados por el modelo pueden consultarse en la [tabla 3](#).

Tabla 3
Modelo de efectos aleatorios con datos de panel: coeficientes estimados para el conjunto total de países y para los subconjuntos de países según el modelo de financiación del sistema sanitario

	Total β (EE)	Modelo Beveridge β (EE)	Modelo Bismarck β (EE)
PIB per cápita	0,0006185 ^a (0,0001168)	0,0010783 ^a (0,0002669)	0,000257 ^b (0,000114)
Población > 65 años	367,8748 ^a (84,28107)	180,1934 (163,2235)	599,8481 ^a (97,69747)
Gasto público en hospitales de salud mental respecto del total del gasto público sanitario	4.054,806 ^a (163,8586)	5.023,545 ^a (341,6101)	3.330,825 ^a (181,0946)
Índice de Gini	- 0,8002257 (0,8081747)	1,777319 (1,412383)	- 0,405881 (0,8792839)
Tasa de desempleo	- 0,2339934 (0,393805)	- 0,9877738 ^c (0,572218)	1,277407 ^b (0,6519115)
Constante	- 80,77457 ^a (30,08763)	- 176,0149 ^a (57,29015)	- 105,7242 ^a (32,66726)
Observaciones	301	123	178
Países	17	7	10
R ² intragrupo	0,3933	0,6233	0,1664
R ² intergrupo	0,9727	0,9896	0,9532
R ² total	0,9481	0,9707	0,9238

EE: error estándar; PIB: producto interior bruto.

- ^a p < 0.01
- ^b p < 0.05
- ^c p < 0.01

Nota: β = coeficiente beta estimado.

Tabla 4
Resultados de la brecha en gasto público en hospitales de salud mental, Cataluña, 2022

Brecha en gasto hospitalario en salud mental	Euros corrientes per cápita	Respecto al gasto público en hospitales de salud mental	Respecto al gasto público total en salud mental
Total	30,92 € (22,71-39,12)	112,04% (82,31-141,78)	44,72% (32,86-56,59)
Beveridge	17,92 € (-4,22-40,07)	64,95% (-15,31-145,21)	25,93% (-6,11-57,96)
Bismarck	40,39 € (32,19-48,59)	146,37% (116,65-176,09)	58,43% (46,56-70,29)

Nota: entre paréntesis se indica el intervalo de confianza del 95%. La conversión de \$PPA de 2015 a € catalanes de 2022 se realiza considerando la evolución del Índice de Precios al Consumo de los Estados Unidos y la paridad del dólar estadounidense en el año 2022 respecto al euro español, en base a los datos de la OCDE¹⁷; la paridad de un euro español respecto a un euro catalán se extrae de la monografía 30/2024 de la Generalitat de Cataluña²⁸.

La [tabla 4](#) incluye los resultados de aplicar tal estimación al caso de Cataluña en el año 2022. Estos indican un diferencial en gasto público hospitalario en salud mental, considerando la muestra de países comparables completa, del 112,04% respecto al nivel real de gasto en Cataluña, equivalente a 30,92 euros adicionales a lo ya gastado por cápita (27,59 euros), en el año 2022. En términos del gasto total presupuestado públicamente en salud mental en Cataluña en 2022, sería necesario un incremento del 44,72%.

Por su parte, considerando la estimación con la submuestra de países con modelo Bismarck, el diferencial resulta del 146,37% (40,39 euros per cápita) con relación al gasto público en hospitales de salud mental en Cataluña en el año 2022, y del 58,43% con relación al gasto público total catalán en salud mental en el mismo año. Finalmente, el diferencial correspondiente a la estimación con la submuestra Beveridge es del 64,95% (17,92 euros per cápita) respecto al gasto público en hospitales de salud mental, y del 25,93% respecto al gasto público total en salud mental, aunque estos resultados no son significativos con un nivel de confianza del 95%.

Discusión

Los resultados obtenidos indican la existencia de una brecha, un déficit, de gasto público en hospitales de salud mental en Cataluña en el año 2022. Este, en términos poblacionales del mismo año, sería de 242 millones de euros respecto a la selección de países total de la OCDE, a 316 millones de euros respecto a la submues-

tra Bismarck y a 140 millones de euros respecto a la Beveridge, representando entre un 1,25% y un 2,81% adicional al gasto público sanitario catalán en el año 2022. Pese a que el resultado para la submuestra Beveridge no es significativo con un 95% de confianza, consideramos que esto se debe al reducido tamaño de la muestra de países Beveridge con que se ha estimado el modelo de predicción; previsiblemente, con mayor muestra el resultado estimado ganaría significación.

Es importante considerar que los resultados obtenidos no suponen necesariamente que cerrar la brecha implique un incremento de financiación limitado en exclusiva a la partida hospitalaria; incluso, no implica que deba limitarse a partidas sanitarias. Es decir, se abre la posibilidad de destinarlo a prevención por vía de la promoción de la salud pública, considerando los determinantes sociales de la salud mental. De hecho, en este campo se plantean propuestas de reforma que indican la necesidad de un enfoque holístico para los trastornos de salud mental, que priorice no solo el gasto sanitario en asistencia, sino también la prevención y la recuperación²⁹. Para ello, en la actualidad desempeñan un papel muy importante determinantes sociales como la inseguridad económica asociada al ciclo económico^{9,30,31} o la inseguridad de acceso a la vivienda^{32,33}, que exacerban la cronicidad de los problemas y que acaban, finalmente, en tratamientos clínicos.

Otros aspectos que conviene no eludir, dado el debate que genera la salud mental, es si habría que considerar los orígenes de estos problemas de salud mental y si se deben diferenciar según la razón de prevalencia, ya sea por las adicciones, la genética, los

aspectos económicos externos (problemas laborales o sociales) o los factores personales (soledad, problemas familiares). La razón principal de considerarlos sería que, si se quiere evitar problemas de abuso moral, se debería realizar algún tipo de discriminación para priorizar servicios hacia ciertos colectivos, en la medida en que aquellos factores de intervención dependan menos de su comportamiento.

Por último, es importante destacar que existe un desajuste entre la institucionalización y los procesos comunitarios de salud mental³⁴. Esto se debe a que los límites de la intervención son en general difusos (inserción laboral, hábitat o vida cotidiana normalizada, entre otros) y además implican diferentes departamentos públicos que deben coordinarse para que las medidas sean efectivas. La financiación macro —y no solo la pública, pues es de esperar un auge del gasto en el sistema privado paralelo al auge general del gasto sanitario global— es en efecto solo una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar este desarrollo: la financiación se convierte en gasto, que aplicada efectivamente ofrece el impacto deseado.

Limitaciones

Este trabajo no está exento de limitaciones y deben ser consideradas al interpretar los resultados. La primera limitación está relacionada con qué se considera «trastorno mental», ya que es un concepto dinámico y, además, los países lo han incorporado a sus sistemas de forma paulatina y con un esquema temporal heterogéneo³⁵. Dado el horizonte temporal utilizado en este estudio, se entiende que el gasto recogido incluye los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10.

Además, los datos sobre gasto en salud mental proporcionados por las principales fuentes de información macro (OCDE, Eurostat y Organización Mundial de la Salud) no aportan el nivel de desagregación necesario que permita identificar claramente las distintas partidas de este gasto. Desde la perspectiva de la elaboración de bases de datos, haría falta mejorar su estandarización, pese a que los problemas mentales tienen límites difusos. Así, es necesaria una mayor trazabilidad del gasto público relacionado con el tratamiento y prevención de problemas de salud mental. Este hecho enfatiza la necesidad de generalizar la elaboración de un atlas de salud mental, como ya han hecho o están haciendo algunos países¹. Esto evidencia la relativa desatención con que el sector público ha actuado, a menudo sin disponer de información fiable ni de instrumentos adecuados de evaluación.

En esta línea, no se ha podido obtener información sobre el gasto en salud mental desde la perspectiva social o comunitaria, ni sobre el gasto público en determinantes sociales que puedan influir en la salud mental. Esta limitación es en especial relevante considerando que los hospitales psiquiátricos abordan el tratamiento de los problemas de salud mental solo desde el sector sanitario (curativo) y no desde la prevención, y no tienen en cuenta la necesidad de un enfoque multidisciplinario (sector educativo, servicios sociales, etc.) frente a los mismos. Tampoco se ha podido obtener información sobre el gasto en medicamentos para la salud mental, potencial factor de variabilidad entre países en el gasto público total para afrontar los problemas de salud mental. Estos elementos podrían modificar la brecha observada, en la línea de las diferentes posibilidades de enfoque del sistema sanitario hacia el tratamiento y la prevención de la salud mental³⁶. Una mejor disponibilidad de datos nos permitiría ahondar en estas cuestiones.

Futuras investigaciones deberían considerar estas limitaciones.

Conclusiones

Este trabajo propone un modelo que permite estimar la brecha en el gasto hospitalario público en salud mental en el ámbito

regional utilizando una base de datos de nivel macro, en un modelo que ajusta por aspectos que inciden en la predicción. Los problemas de salud mental tienen un alto impacto económico y social, afectando al bienestar emocional de la población. Los resultados indican que en Cataluña existe una importante infrafinanciación del gasto público en salud mental en comparación con los países de su entorno próximo. Las mejoras en dicha financiación deben abordarse con una perspectiva amplia y holística, considerando lo sanitario, pero incluyendo también la prevención social y comunitaria, y a todos los sectores implicados.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos usados en el presente análisis, así como el código con el que se han procesado (a través del software STATA, versión 17), están disponibles en el siguiente enlace: <https://drive.google.com/drive/folders/1F6ph6dra30cQG-wRfpPpOFQOdftlpqbV?usp=sharing>.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los trastornos de salud mental suponen una carga elevada para el bienestar social y para la economía, y sin embargo su prevención y tratamiento están infrafinanciados públicamente respecto a lo recomendado por organismos e instituciones internacionales.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La infrafinanciación es mayor en Cataluña que en la media de los países seleccionados de la OCDE, con un diferencial respecto a esta media de entre 140 y 316 millones de euros en centros de salud mental.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Es necesario incrementar la financiación, con una perspectiva amplia y holística, considerando lo sanitario, pero incluyendo también la prevención social y comunitaria.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

G. Lopez-Casasnovas y R. Sabater-Mezquita concibieron la idea del estudio y del modelo de predicción. R. Sabater-Mezquita se encargó de la recogida de datos y de la estimación. G. Lopez-Casasnovas, R. Martinez-Lacoba y G. Merino-Pinto han participado en la discusión y la interpretación de los resultados, y en la revisión de la literatura. Todas las personas firmantes han contribuido

al debate, la redacción crítica y la revisión final del manuscrito, y han aprobado la versión final del trabajo.

Agradecimientos

A María Luisa de la Puente Martorell y Magda Casamitjana i Aguilà, por la revisión de un borrador inicial.

Financiación

El Centre de Recerca en Economia i Salut recibió una ayuda económica por parte del Departament de la Presidència, Pacte Nacional de Salut Mental, Generalitat de Catalunya, por la redacción de un informe que analizase la situación del gasto público en salud mental en Cataluña.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. Geneva: WHO; 2021.
- Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, et al. Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*. 2014;9:e105471.
- Salvador-Carulla L, Bendeck M, Fernández A, et al. Costs of depression in Catalonia (Spain). *J Affect Disord*. 2011;132:130–8.
- Allen J, Balfour R, Bell R, et al. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26:392–407.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365:1099–104.
- Thomson RM, Igelström E, Purba AK, et al. How do income changes impact on mental health and wellbeing for working-age adults? A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2022;7:e515–28.
- Patel V, Burns JK, Dhirga M, et al. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*. 2018;17:76–89.
- D'Ambrosio C, Clark AE, Yin R. Economic insecurity and health. *Hacienda Pública Española*. 2023;247:69–89.
- Kopasker D, Montagna C, Bender KA. Economic insecurity: a socioeconomic determinant of mental health. *SSM Popul Health*. 2018;6:184–94.
- Han S, Hu M, Gao X, et al. Energy burden and mental health: a national study in the United States. *Sci Total Environ*. 2024;955:176796.
- Hock ES, Blank L, Fairbrother H, et al. Exploring the impact of housing insecurity on the health and wellbeing of children and young people in the United Kingdom: a qualitative systematic review. *BMC Public Health*. 2024;24:1–37.
- Swope CB, Hernández D. Housing as a determinant of health equity: a conceptual model. *Soc Sci Med*. 2019;243:112571.
- Patel V, Saxena S, Lund C, et al. Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. *Lancet*. 2023;402:656–66.
- World Health Organization. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: WHO; 2013.
- Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392:1553–98.
- López i Casasnovas G, Sabater Mezquita R, Martínez Lacoba R, et al. La salut mental a Catalunya: alguns aspectes econòmics. 2024 (Health Policy Papers). Report No.: 2024-12. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10230/61349>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Data. 2024. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/data.html>
- World Bank Group. Gini index. 2025. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>.
- Lehtinen V, Taipale V. Integrating mental health services: the Finnish experience. *Int J Integr Care*. 2001;1:e26.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health spending. 2024. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html>.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: WHO; 2019.
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). 2024. Disponible en: <https://www.idescat.cat/>.
- Rajkumar RP. The correlates of government expenditure on mental health services: an analysis of data from 78 countries and regions. *Cureus*. 2022;14:e28284.
- Dening T, Barapatre C. Mental health and the ageing population. *J Br Menopause Soc*. 2004;10:49–53.
- Andreas S, Schulz H, Volkert J, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis.LCF65+study. *Br J Psychiatry*. 2017;210:125–31.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Primary healthcare. 2024. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/primary-healthcare.html>.
- Johnson NA, Zhao A, Yang K, et al. Using random effects models in prediction problems. The Unofficial Google Data Science Blog. 2016. Disponible en: <https://www.unofficialgoogledatascience.com/2016/03/using-random-effects-models-in.html>.
- Generalitat de Catalunya. Estimació de les Paritats de Poder Adquisitiu (PPA) per a les Comunitats autònomes espanyoles (2021); 2024. Disponible en: <https://record.bibliotecadigital.gencat.cat/bitstream/handle/20.500.14345/41/Monografies-30-2024.pdf>.
- Generalitat de Catalunya. Informe i proposta de les estratègies del Pacte Nacional de Salut Mental i Benestar Emocional de Catalunya 2024–2030. 2023. Disponible en: <https://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits.actuacio/pacte-nacional-salut-mental/informe-pla-de-salut-mental.pdf>.
- Menéndez-Espina S, Llosa JA, Agulló-Tomás E, et al. Job insecurity and mental health: the moderating role of coping strategies from a gender perspective. *Front Psychol*. 2019;10:286.
- Rohde N, Tang KK, Osberg L, et al. The effect of economic insecurity on mental health: recent evidence from Australian panel data. *Soc Sci Med*. 2016;151:250–8.
- Evans GW, Wells NM, Moch A. Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*. 2003;59:475–500.
- Rossi PH, Weber E. The social benefits of homeownership: empirical evidence from national surveys. *Hous Policy Debate*. 1996;7:1–35.
- Salvador-Carulla L, Costa-Font J, Cabases J, et al. Evaluating mental health care and policy in Spain. *J Ment Health Policy Econ*. 2010;13:73–86.
- Thélot B, Ermanet C, Jouglu E, et al. Classification Internationale des Maladies: listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2006;42:323–8.
- Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28:210–23.