

## **PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA: UNA APROXIMACIÓN CONSTRUCTIVA**

Sergio Sánchez Reales<sup>1</sup>, Javier Prado Abril<sup>2</sup> y  
José A. Aldaz Armendáriz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Hospital General Universitario de Elche;* <sup>2</sup>*Hospital Universitario Miguel Servet,  
Zaragoza (España)*

### **Resumen**

En el número anterior de esta revista, el Dr. Carrobes analizó, a la luz de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011), las posibles controversias que podría suscitar el desarrollo de la nueva figura profesional del psicólogo general sanitario en el ámbito de la Psicología Sanitaria. Tras su revisión argumental sugiere que la mejor solución posible pasa por el reconocimiento de dos profesiones con equivalentes funciones clínicas y sanitarias pero con itinerario formativo diferente; a saber, el psicólogo general sanitario y el psicólogo especialista en Psicología Clínica. Tanto sus conclusiones como las premisas que las sostienen motivan este artículo de réplica, mediante el que intentamos contribuir a este necesario debate analizando en profundidad y detalle algunos aspectos que entendemos pueden generar confusión o representan premisas no lo suficientemente sólidas como para sostener las conclusiones del citado autor. Posteriormente se realiza una propuesta alternativa de integración de los profesionales sanitarios de la Psicología en el marco del Sistema Nacional de Salud basado en la realidad sociocultural y legal de España.

**PALABRAS CLAVE:** *psicólogo clínico, Sistema Nacional de Salud, psicólogo general sanitario.*

### **Abstract**

In the previous issue of this journal, Dr. Carrobes reviewed the role and status of the recently created figure of General Health Psychologist, after its recognition in the *Ley General de Salud Pública* (Ley 33/2011), in the area of psychological health care. This author concludes that the best solution for the integration of this new professional is that both clinical psychologists and general health psychologists should share similar clinical roles but with different training programs. Both the arguments and the conclusions have motivated this response. We try to contribute to the ongoing debate in our country about how to develop clinical psychology and the provision of psychological services in the National

Health Service. This proposal is based in our specific social context and the legal framework we operate under.

KEY WORDS: *Clinical Psychologist, Health National System, General Health Psychologist.*

## Introducción

En el segundo número del volumen 20 de la revista *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* el Dr. Carrobles (2012) analizó, a la luz de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011), las posibles controversias que podría suscitar el desarrollo de dos figuras profesionales distintas en el ámbito de la Psicología Sanitaria; a saber, el psicólogo especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el psicólogo general sanitario (PGS). Dado que coincidimos con su propuesta de “trabajar juntos en pro del desarrollo armónico de nuestra profesión” (p. 469), en las siguientes páginas intentamos contribuir a este necesario debate discutiendo en profundidad y detalle algunos aspectos que entendemos confusos o distorsionados del trabajo de referencia para, posteriormente, realizar una propuesta alternativa de integración de los profesionales sanitarios de la Psicología. La propuesta se hace con una orientación contextualizada, es decir, atendiendo a la particularidad de nuestra realidad y a las demandas y posibilidades de desarrollo profesional que ofrecen tanto el Sistema Nacional de Salud (SNS) como el ejercicio privado de la profesión. A este respecto, se subraya que las organizaciones sociales, como el SNS, tienen sus propios procesos de desarrollo y una lógica interna que conviene no ignorar si queremos consolidar nuestra profesión dentro del mismo, como se advierte desde la Psicología Social (Morales, 2007). Entendemos que el proceso de reconocimiento de la especialidad en Psicología Clínica (PC) y la consolidación de la vía del psicólogo interno residente (PIR) como forma de incorporación al sistema, es buen ejemplo de ello (véase para una revisión exhaustiva, Olabarría y García, 2011).

## Consideraciones previas

La tarea de construir un modelo formativo y profesional de Psicología Sanitaria que satisfaga con eficacia las demandas planteadas desde los ámbitos de asistencia público y privado es exigente y compleja. La cuestión se vuelve delicada si en este escenario participan perfiles profesionales con formación e itinerario independientes (PEPC y PGS), incluso llegando a tomar tintes dramáticos si interpretamos que no hay restricciones a la hora de establecer el perfil profesional que satisfaga la demanda asistencial.

No obstante, como punto de partida podemos tomar dos referencias sólidas que entendemos deben guiar este proceso. En primer lugar, el objetivo último del mismo y, en segundo lugar, las leyes que lo regulan. La prioridad parece clara, cualquier modelo de profesión sanitaria debe ser considerado por y para el beneficio último de la población, sin que prevalezca en la toma de decisiones ningún tipo de interés espurio que lo desvirtúe. Por otra parte, desde un punto de vista legal se hace necesario ser exhaustivo y cuidadoso en la descripción de las

diferentes profesiones reguladas y especialmente de las cualificaciones profesionales y modalidades de ejercicio que caracterizan a cada una de ellas (Real Decreto 1837/2008), ya que de lo contrario se corre el riesgo de confundir funciones, ámbitos y jerarquías profesionales.

Inicialmente, el Real Decreto 2490/1998 creó y reguló el título oficial de PEPC, siendo el primero en reconocer el carácter sanitario de una parte de la Psicología, que fue desarrollado con forma de especialidad sanitaria. Trece años más tarde la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) creó la profesión de PGS habilitándola expresamente como profesión sanitaria; por lo tanto, excluyendo a la nueva profesión de las especialidades sanitarias (enumeradas en el Real Decreto 183/2008). Tal y como recoge la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) (Ley 44/2003): *“la posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados”*.

Con el desarrollo de la figura del PGS se ha generado una incógnita acerca de las hipotéticas formas en que se podrían relacionar estas dos profesiones en un itinerario formativo que ha dado lugar a dos posturas enfrentadas en el seno de la Psicología: por una parte, la mayoría de sociedades científicas y asociaciones profesionales de la PC junto con Colegio Oficial de Psicólogos (COP) han interpretado la creación de la nueva profesión sanitaria como un paso intermedio que dota de consistencia interna al itinerario de formación de la Psicología Sanitaria a través del itinerario grado-máster-PIR, que establece una secuencia lógica, coherente y jerarquizada con niveles crecientes de profesionalización que culminan en las máximas competencias en Psicología Clínica y de la Salud. Un planteamiento de este tipo, a la vez que resuelve ciertos problemas derivados de la no inclusión de la Psicología como profesión sanitaria en la LOPS, busca garantizar una formación profesional de alta calidad en todos sus niveles. Frente a esta posición, desde determinados grupos de presión del sector académico y afiliados se ha espoleado como propuesta alternativa el desarrollo paralelo de dos profesiones sanitarias diferenciadas en itinerario formativo, pero con similares competencias clínicas y sanitarias, condición que algunos entienden suficiente para justificar la entrada del PGS en el SNS (p. ej., SEPCyS, 2011). Este argumento, además, parece fundamentarse en base a un proceso de convergencia hacia el Espacio Europeo de Educación Superior y en los avances de la Psicología moderna (Carrobbles 2012), cuestiones que abordaremos más adelante.

En nuestra opinión, el análisis de las justificaciones que fundamentan esta última postura trasluce una confusión que condiciona el resto de la argumentación. Es decir, se ha entendido una modificación en la regulación laboral (de profesión no sanitaria a profesión sanitaria) con un cambio en el ámbito de ejercicio (del ejercicio en el sector privado al ejercicio en el sector público-concertado del SNS). Dicho salto se produce de forma arbitraria y no relacionada con el contenido de la ley ni con las condiciones que supuestamente la motivaron. No obstante entendemos que esta situación no es nueva, las aspiraciones de expansión hacia “nuevos ámbitos” de formación para el ejercicio profesional reescenifican una nueva versión del esfuerzo de las facultades universitarias por

controlar directamente la formación de especialistas sanitarios, auténtico conflicto de fondo que reproduce la evolución de otras disciplinas sanitarias especializadas cuyo desenlace ya conocemos (Olabarría y García, 2011).

Asimilar la profesión de PGS a una especialidad sanitaria como la PC es falaz y genera confusión, ya que se trata de profesiones con distinta regulación en cuanto a la forma, el contenido y la trayectoria que conduce a dos tipos de profesionales con muy diferente formación teórico-práctica y, en consecuencia, cualificación profesional (Real Decreto 1837/2008). No es realista asimilar profesionales con un perfil formativo y de responsabilidad tan dispar; lo que es diferente no puede ser igual. Para la obtención del título de especialista en PC, el profesional en formación debe superar un programa formativo teórico-práctico mediante el sistema de residencia (PIR). Durante un total de cuatro años, el residente, a tiempo completo y en exclusiva, desempeña de forma programada las actividades y responsabilidades propias del ejercicio autónomo de la especialidad en un contexto sanitario muy complejo, el del SNS, asumiendo responsabilidades progresivamente y bajo una estrecha tutela. Este sistema obedece al marco general por el que se forma a los especialistas sanitarios, garantiza la igualdad de condiciones para los aspirantes y constituye un programa estructurado acorde con un modelo público de asistencia sanitaria, sus demandas y necesidades. Este nivel de exigencia y dedicación queda lejos de las aspiraciones de un grado inespecífico, generalista y polivalente, más un "probable" máster en PGS de 90 créditos ECTS de duración, con formación académica en lo teórico y limitado en la experiencia aplicada. La práctica profesional queda reducida a unos "probables" 30 créditos ECTS de práctica profesional supervisada en el ámbito privado; es decir, 750 horas de trabajo. Por consiguiente, un programa no puede superponerse al otro ni considerarse equivalente.

Durante el recorrido argumental realizado por Carrobbles (2012), más allá de considerar a la PGS como una especialidad sanitaria, se ha propuesto la identificación entre Psicología de la Salud y PGS sobre la base de un supuesto solapamiento de las funciones teóricamente desempeñadas por los psicólogos de la salud y los contenidos formativos del probable máster en PGS, apresurándose a reclamar el ejercicio profesional que entiende como propio de la Psicología de la Salud no sólo en la asistencia privada, sino en el SNS. A este respecto, también se antoja confusa la asimilación de la PGS con la Psicología de la Salud en tanto ámbito de actuación especializado. Sin embargo, esta propuesta resulta cuestionable desde múltiples puntos de vista. Al revisar el estatus científico de la Psicología de la Salud, numerosos autores ponen de manifiesto la estrecha relación entre PC y Psicología de la Salud, resultando indiferenciables a nivel metodológico, conceptual, técnico y en cuanto a ámbito de aplicación (Baum, Perry y Tarbell, 2002; Belar y Deardorff, 2009; Ogden, 2007). Por ejemplo, Millon (1982) caracteriza la disciplina como un ámbito profesional derivado de la aplicación del *corpus* técnico y metodológico de la PC al servicio de los intereses específicos de la Psicología de la Salud. Razonablemente, no es de extrañar que la mayoría de la literatura consultada se refiera a este ámbito científico-técnico como Psicología Clínica de la Salud y que se exija mayoritariamente una sólida y completa formación en Psicología Clínica para un desempeño competente. De nuevo, se nos

hace difícil entender la forma en que un máster de 60-90 créditos ECTS y unas prácticas orientadas al ámbito privado capacitan para el ejercicio solvente en esta disciplina. Más aún si tenemos en cuenta que en el mismo máster deben adquirir habilidades para atender otros tipos de demandas asistenciales radicalmente distintas. Por otro lado, conviene señalar que en nuestro país la Psicología de la Salud se ha realizado a través de funciones de Enlace e Interconsulta, cuando no en la propia Unidad de Salud Mental, específicamente por PEPC. Este desempeño ha generado con el tiempo un corpus teórico y técnico sólido y coherente. De hecho, atendiendo a esta área específica de desarrollo profesional de la PC, el vigente plan de estudios de la residencia en Psicología Clínica (Orden SAS/1620/2009) cursa con seis meses íntegros de rotación en un dispositivo de Psicología Clínica de la Salud, Interconsulta y Enlace; ámbito que se caracteriza por la complejidad inherente a su desempeño, que exige intervenciones de baja y alta intensidad, y muestra de ello son las elevadas tasas de comorbilidad de trastorno mental en las enfermedades físicas, cifradas entre el 10,4% y el 59,8% (Florenzano et al., 2005).

Hasta este punto, todas las ideas expuestas han sido magistralmente recogidas en Belloch (2008) al referir que *“el excesivo énfasis que en no pocos momentos se pone en defender que un psicólogo es competente para actuar en cualquier ámbito y para cualquier problema de salud, independientemente de si ha recibido o no preparación específica para ello, no solo revela un desconocimiento atroz (y una peligrosa incompetencia) por parte de quienes tan alegremente defienden tales “derechos”, sino que además sitúa a la psicología clínica (y a la propia psicología) al borde de la extinción como actividad científica de prestigio. Y lo que es mucho peor, juega despiadadamente con las esperanzas de muchas personas y pone en peligro su salud mental”* (p. 90).

Para finalizar este apartado no podemos dejar de citar el desconcierto general que nos produce la propuesta realizada por Carrobbles (2012) en cuanto a que *“El futuro de la Psicología Clínica de nuestro país ha de pasar necesariamente por el Espacio Europeo de Educación Superior”* (p. 466), en una suerte de degradación involutiva desde una especialidad sanitaria reconocida en el SNS hacia un estudio universitario de máster impartido en las distintas facultades de Psicología, lugar de donde parece que nunca debió salir. El Espacio Europeo de Educación Superior es un proceso de convergencia en materia educativa que tiene como objetivo prioritario adoptar un sistema de titulaciones, en dos niveles principales (grado y máster) y sobre un concepto común de crédito ECTS, para promover una dimensión europea de la educación superior que haga comprensible y comparable los estudios universitarios impartidos por las universidades, y así impulsar las oportunidades de trabajo, la competitividad y la cooperación de los sistemas educativos superiores europeos (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2003). Actualmente, en el estado español los estudios de formación de especialistas sanitarios están fuera de la Universidad. En el caso que nos ocupa, hablamos del sistema PIR que, en la actualidad, constituye una figura del SNS consolidada en cuanto a su prestigio y la calidad de su formación profesional y cuyos garantes los constituyen el propio SNS y la Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y

Política Social. Por consiguiente, la regulación europea en estudios superiores difícilmente puede afectar a la formación de especialistas. Podemos entender que esta ansia de converger con Europa se justifica en la existencia de planes de estudios en países de nuestro entorno europeo que posibilitan el ejercicio de la PC siguiendo formaciones distintas a como se produce en España. Sin embargo, este argumento soslaya otras características de nuestro entorno que pueden dar cuenta de estas diferencias, como por ejemplo, la enorme heterogeneidad del panorama europeo en la formación de acceso al ejercicio de la PC (Berdullas Temes y Fernández Hermida, 2006; Tikkanen, 2006; Van Broeck y Lietaer, 2008). A este respecto, no sólo “España es diferente” como señala el profesor Carrobles (2012, p. 456), sino que lo es Italia, Reino Unido, Holanda, etc. Entre los trabajos que han profundizado en este asunto, merece la pena destacar el realizado por Van Broeck y Lietaer (2008), los cuales explican que las diferencias en el ejercicio profesional de la psicoterapia y la Psicología en los sistemas públicos de salud se relacionan, como mínimo, con las características propias de cada país a tres niveles diferentes; a saber, (i) diferencias a nivel político, (ii) diferencias en la organización del sistema de asistencia sanitaria y (iii) diferencias en el sistema educativo, achacando a estas idiosincrasias las dificultades en la construcción de un marco europeo unificado. Por lo tanto, fundamentar la presencia de tal o cual especialista en determinado sistema de salud únicamente en uno de estos aspectos, como por ejemplo en la existencia de un máster, es una perspectiva sesgada, poco perspicaz y con dudosa validez ecológica en cuanto a su ajuste a la realidad que nos ocupa.

### **Breve historia de la especialidad en Psicología Clínica**

En 1986 se publicó la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), creándose el SNS. Desde su desarrollo en tiempos de la transición se ideó con el fin de disponer del mejor sistema asistencial posible, donde se entendió al especialista sanitario como base fundamental para dar un servicio de calidad y en consecuencia se cuidó al detalle la formación de los mismos. Sin lugar a dudas el esfuerzo ha dado sus frutos, resultado de ello ha sido el reconocimiento social asociado a las especialidades sanitarias del SNS y a sus profesionales durante las últimas décadas, tanto a nivel nacional como internacional (Kerney, 2011).

El origen de este proceso se relaciona claramente con la Medicina; estos profesionales rápidamente entendieron, no sin disputas parecidas a las que ahora afectan a la Psicología, que las facultades de Medicina debían tener la misión de proveer al sistema de profesionales, y hacerlo de una manera coherente, ordenada y sin generar tensiones y conflictos, sino garantizando un tipo de formación para un tipo de desempeño profesional inserto en un contexto concreto. Que la PC como especialidad sanitaria siguiera pasos similares tiempo después obedece, de la misma forma, a las necesidades de un sistema asistencial de salud en un momento concreto. La incorporación de cualquier profesión sanitaria al SNS, independientemente del nombre que tenga, implica un proceso natural de desarrollo coherente, cuyo punto de partida se relaciona estrechamente con las necesidades de la organización en la que se inserta. En cambio, la imposición externa al sistema de una profesión, como podría ser la PGS, implica desnaturalizar

el propio desarrollo de la misma y la condena al fracaso, especialmente si esta iniciativa surge de problemas no resueltos y ajenos al sistema de salud.

La evolución de la especialidad en PC en el SNS desde sus inicios ejemplifica un proceso equilibrado de reconocimiento, desarrollo y asentamiento profesional, el cual ha respondido, de forma natural y lógica, a condicionantes entrelazados de naturaleza sociopolítica, profesional, económica, social y organizativa. La presencia de la Psicología en el ámbito sanitario público está íntimamente ligada al proceso de democratización en España. Este nuevo clima de apertura no sólo permitió la aparición de las primeras facultades de Psicología en nuestro país sino que a lo largo de los años ochenta del siglo pasado, tanto el Instituto Nacional de Salud como las comunidades autónomas con competencias sanitarias transferidas fueron incorporando a profesionales de la Psicología de manera sistemática, principalmente en el área de salud mental, aunque ya era relevante la figura del psicólogo en los Centros de Orientación Familiar y otros servicios médicos hospitalarios. La acogida de estos nuevos profesionales en el SNS se vio favorecida por un clima social y político donde la reforma psiquiátrica, la Ley General de Sanidad de 1986 y un movimiento aperturista en los profesionales de la salud y particularmente de la salud mental que entendieron la práctica sanitaria como un ámbito multiprofesional e integrador, capaz de reconocer la necesidad de incorporar la atención a la salud psicológica al campo de competencias del SNS y la relevancia de la Psicología en este proceso. Por primera vez en nuestro país la atención psicológica a la población se consideraba una parte importante de las prestaciones que el SNS debía ofrecer a los ciudadanos.

Progresivamente, las comunidades autónomas fueron integrando todos los recursos y dispositivos vinculados a la salud mental en redes más coherentes, mejor organizadas y coordinadas. En estas redes asistenciales, el desempeño de los psicólogos va a tener un impacto considerable en la atención a la salud de los ciudadanos, con un reconocimiento profesional por parte del sistema y de la sociedad general. Cada uno de estos dispositivos presentaba diferentes matices y exigían competencias particulares en su desempeño, a la vez que compartían una serie de conocimientos y habilidades comunes que van construyendo la identidad del psicólogo en el SNS, germen del futuro especialista en Psicología Clínica.

En paralelo a este proceso, a finales de los años setenta (Real Decreto 2015/1978), el SNS se dotó de un sistema propio de formación de aquellos profesionales (fundamentalmente médicos), que iban a formar parte del mismo, desarrollando un sistema que se desvincula del ámbito académico y se instala en el propio Sistema de Salud, es financiado por el mismo y que respondía a sus propias necesidades de desarrollo. Hay que reconocer que el SNS se inspiró claramente en el *National Health Service* (NHS) británico, por lo que existen claros paralelismos entre ambos, tanto a nivel de filosofía asistencial, organización de prestaciones, como sistemas de formación. En este entorno, algunas comunidades autónomas crearon un sistema de formación para psicólogos inspirado en el modelo de formación establecido para especialistas dentro del SNS, con procesos selectivos propios, aunque carente de normativa estatal. Esta formación se basaba en la rotación por diferentes dispositivos de la red, era profesionalizante, remunerada y con creciente responsabilidad competencial. Si bien dichas iniciativas fueron

surgiendo a mediados de los años ochenta y noventa, no fue hasta 1993 cuando se realizó la primera convocatoria nacional PIR regulada, con una vía de acceso que respeta los principios de igualdad, capacidad y mérito, que es financiada por el propio SNS, reconocida dentro del mismo y equiparable a cualquier otra especialidad sanitaria. El Real Decreto 2490/1998 creó a continuación la especialidad de PC, marco legal regulatorio de la especialidad y reconocimiento definitivo como tal. Dicho decreto confirmó definitivamente la vía de formación PIR como la única vía de acceso a la especialidad, si bien se estableció un proceso transitorio de homologación para aquellos psicólogos del SNS y del ámbito privado que ya ejercían la PC, el cual ha permitido que, en estos momentos, alrededor de 8500 psicólogos estén reconocidos como PEPC en nuestro país.

En resumen, este reconocimiento fue fruto de un gran consenso profesional liderado por el COP y apoyado fuertemente por las principales asociaciones profesionales de PC y la Universidad. A pesar de que hubo que superar muchas dificultades y no pocas resistencias por parte de algunos ámbitos profesionales de la Psiquiatría, la Psicología se unió y luchó por ese empeño común y tuvo éxito; buen indicador de que esta es la estrategia adecuada a seguir en la actualidad, momento en el que se están tomando decisiones determinantes para el futuro profesional. A día de hoy, y sin temor a equivocarnos, podemos afirmar que la formación recibida a través del sistema PIR reúne elevados niveles de calidad y capacita de manera efectiva a los futuros PEPC para un desempeño profesional eficaz dentro y fuera del SNS.

### **Situación actual y futuro de la Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud**

Como subrayábamos anteriormente, el proceso de reconocimiento de la especialidad y la consolidación de la vía PIR para la incorporación al SNS son buenos ejemplos de la lógica interna subyacente al origen, desarrollo y consolidación de las profesiones sanitarias dentro de sistema público de asistencia sanitaria. Se trata de un proceso de abajo arriba; es decir, el SNS incorpora gradualmente a una nueva profesión, la PC, a su ámbito de actuación, ésta va desarrollando sus funciones dentro del mismo respondiendo adecuadamente a las diferentes necesidades planteadas, lo cual a su vez genera la necesidad de profesionales que estén bien formados y que conozcan el sistema. La secuencia finalmente concluye en un marco legislativo y en el reconocimiento oficial de la especialidad. Sin este orden lógico difícilmente hubiera sido posible la conclusión de este proceso. La especialidad en PC ligada al sistema de formación PIR, adquiere su sentido lógico en el marco del SNS. De ahí que parece razonable que el legislador señale en el marco de desarrollo legal de la PGS su exclusión del SNS. La incorporación al SNS de profesiones sanitarias *ex novo*, como la defendida por Carrolles (2012), supondría una disonancia dentro del sistema, sería el origen de problemas competenciales y erosionaría claramente los procesos de consolidación del sistema de formación PIR y, por ende, de la propia PC dentro del SNS.

Aunque desde una mirada ajena al desempeño diario como PEPC pueda parecer lo contrario, la PC, en términos temporales, está en pleno proceso de



consolidación dentro del SNS. Es una disciplina joven y como tal pendiente de definir, no tanto sus ámbitos de actuación dentro del SNS como sus estructuras organizativas. Enrarecer una consolidación que se debe dar en los próximos años con pretensiones como la inclusión del PGS dentro del SNS es poner claramente en peligro a la disciplina y los logros asistenciales alcanzados por la Psicología Sanitaria. No es una cuestión de corporativismo ni de castas dentro de la Psicología, sino de asumir la responsabilidad de un desarrollo ordenado, coherente y sólido de la especialidad dentro del SNS.

La visión reduccionista de una PC limitada en su campo de actuación a la salud mental, además de no responder a la evidencia empírica, tampoco responde a la realidad asistencial cotidiana dentro del SNS. Como ha ocurrido, por ejemplo, en el Reino Unido, se está dando una extensión de las intervenciones a otros ámbitos de la salud conforme la sociedad demanda las mismas y el sistema las reconoce y acoge. La demanda de complejidad creciente generada desde el contexto del SNS a los PEPC, hace cada vez más evidente la necesidad de dotarse de estructuras organizativas y de gestión propias que soporten este desarrollo, las cuales permitirán una mayor capacidad de interlocución con el sistema y el desempeño más coherente y ordenado de las prestaciones, con la consiguiente consolidación en los diferentes contextos asistenciales del SNS. Existen precedentes de servicios no médicos en el SNS, como el de Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria, que se caracterizan por una estructura transversal y autónoma, tal como podría y debería ser la Psicología Clínica.

Para alcanzar este objetivo prioritario, tendremos que superar muchas resistencias tanto dentro del SNS como, probablemente, fuera de él. De la misma manera que con el reconocimiento de la especialidad, es de prever la oposición de determinados sectores médicos; es aquí donde el COP, las asociaciones profesionales y la propia Universidad deben unirse para apoyar el proceso. La experiencia del Reino Unido durante más de cuarenta años demuestra que es este proceso de gestión propia y expansión lo que previsiblemente permitirá no solo un desarrollo ordenado, sino un importante número de profesionales dentro del sistema de diferente perfil formativo, competencia y responsabilidad en el marco de un sistema de formación eficaz que, como entendemos debe suceder en España, conduce a la creación de diferentes especialidades surgidas del tronco común de la PC. A este respecto, no nos puede pasar desapercibido el inminente Real Decreto de Troncalidad del Sistema de Formación Especializada en Ciencias de la Salud, que propone organizar la formación sanitaria especializada en dos periodos diferentes: el inicial, denominado formación troncal, en el que se desarrollan un conjunto de competencias nucleares y comunes a varias especialidades, para a continuación completar la residencia con un periodo de formación especializado, en el ámbito de la PC, elegido por el residente. Este nuevo desarrollo, prometedor y que entendemos muy ajustado a la complejidad de la PC, daría sentido y coherencia al desarrollo de ámbitos especializados de actuación dentro del marco general de la especialidad en PC. Otros planteamientos están abocados al fracaso y a generar tensiones que perjudican a toda la Psicología Sanitaria y a la misma Psicología.

## Conclusiones

La situación actual de la Psicología Sanitaria es incierta a falta de legislación que regule su ejercicio, determinados intereses han propuesto soluciones que enrarecen el desarrollo natural de la especialidad en PC, particularmente en el ámbito de la salud. La especialidad, desde su regulación en 1998, está en un proceso de consolidación dentro del SNS y de extensión de sus ámbitos de actuación. Como hemos intentado recoger, en el transcurso de estos 15 años la PC ha ido ganando en aceptación, desarrollo de plazas de formación especializada y consolidación en el SNS. Por ello, las necesidades que tenga el sistema, como hemos señalado, habría que pedir las entendiendo el funcionamiento del mismo, apelando a la creación o convocatoria de más plazas PIR en las unidades docentes acreditadas y apoyando el desarrollo de la especialidad desde todos los estamentos y, en especial, desde el COP y las Universidades.

Creemos que no es real que el problema de la Psicología sea el PIR como un cuello de botella que niega las aspiraciones de los licenciados y graduados en Psicología, abocándolos a la frustración, el problema puede empezar antes. La Universidad representa a nivel social el puente lógico entre los estudios básicos, los profesionalizantes y las expectativas laborales. España es un país que en el año 2005, tal y como recoge Freixa Blanxart (2005), disponía de 31 facultades, las cuales han aumentado en la actualidad hasta 37 (Fernández Hermida, 2012), y que por entonces generaban 6000 egresados al año, de los cuales un 75% tienen una orientación y vocación clínica; toda esta oferta genera una falsa expectativa respecto a la viabilidad de las salidas profesionales. No somos los primeros en señalar algo así, limitémonos a señalar las conclusiones de Freixa Blanxart (2005): *“El número de estudiantes que cursan la licenciatura parece excesivo y desajustado con respecto a la demanda social de profesionales. (...) En los distintos países de Europa tanto el número de estudiantes como el de licenciados es muy inferior al de los existentes en nuestro país”* (p. 229). Esta autora, concluye su artículo señalando la necesidad de limitar la creación de nuevas facultades de Psicología y el acceso al número global de estudiantes. Siete años después, no parece que haya sido tenida en consideración la sugerencia.

Probablemente, la propuesta de Carroble (2012) de devolver a la Universidad la formación sanitaria responde más a problemas y necesidades de la propia Universidad, que a las posibilidades reales de que el SNS admita y asuma dichas aspiraciones profesionales. En nuestro país no hay un ajuste entre los alumnos en formación y las necesidades asistenciales de la población, ya sea en el ámbito privado o en el SNS. Las autoridades universitarias deben asumir su cuota de responsabilidad en los problemas de empleo y en las expectativas personales no cumplidas de los alumnos de Psicología, al no valorar la necesidad de establecer limitaciones en el número de plazas ofertadas a nivel de grado. Esta resistencia puede responder, quizás, a la necesidad de la Universidad de mantener estructuras formativas sobredimensionadas y no ajustadas a las necesidades reales de nuestra sociedad. España tiene una de las mayores bolsas de psicólogos licenciados de Europa y un mercado de trabajo, que en 2005, sólo absorbió al 30% de la demanda (Freixa Blanxart, 2005).

Se utiliza reiteradamente el argumento de que el número de plazas PIR convocadas cada año es reducido, que existen importantes áreas de la salud (tanto en atención primaria como en especializada) que requieren la intervención de nuestra especialidad. ¿Pero se hace para externalizar la formación? Estas situaciones, siendo ciertas, responden precisamente al momento de desarrollo de la especialidad, y son situaciones que preocupan y ocupan a los PEPC del SNS. Hay una creciente experiencia en la aplicación de las intervenciones psicológicas a ámbitos distintos de la salud mental y como hemos venido señalando, en coherencia con la realidad histórica, social y cultural de este país, muy probablemente, serán estas experiencias las que van a permitir la consolidación y el crecimiento de la especialidad tanto en plazas de formación como en puestos de trabajo.

Entendemos por ello, que la pretensión del COP, las principales asociaciones profesionales y sociedades científicas de la PC de apoyar un itinerario formativo grado-máster-PIR cobra todo el sentido y permitiría un desarrollo académico y profesional ordenado, coherente y jerarquizado. Dado que el sistema tiene sus tiempos y velocidades, hay que seguir trabajando por el incremento del número de plazas PIR a la vez que ajustar la oferta del futuro máster en PGS para no descuidar las necesidades asistenciales del sector privado. Todo ello implica adecuar el número de egresados a las necesidades reales de la población, no parece oportuno pretender, a base de crear una masa de licenciados abocados a la frustración, cambiar las normas y reglas de un sistema asistencial que es considerado, reiteramos, uno de los mejores del mundo (Kerney, 2011).

Da la impresión, por momentos, que la regulación de una profesión sanitaria, que vendría a resolver los problemas de inseguridad legal que los psicólogos del ámbito privado pudieran tener desde la instauración de la LOPS, corre el riesgo de convertirse en un problema para los especialistas que desarrollan sus funciones en el seno del SNS. Simplemente, no entendemos por qué se tiene que plantear en esos términos. Muchos estamos trabajando en la consolidación de la especialidad, no es el momento para la crispación sino para el trabajo colectivo y consensuado, para el progreso colectivo. Somos una especialidad en fase de consolidación, no ha habido aún la posibilidad ni el interés de desarrollar una estructura organizativa de promoción de servicios especializados. En otros países son procesos que han llevado 40 años, en España apenas llevamos 15 años y necesitamos avanzar, con el apoyo de todos los estamentos de la Psicología, hacia la definitiva integración dentro del SNS de la Psicología Clínica.

## Referencias

- Baum, A., Perry, M. W. y Tarbell, S. (2002). The development of the psychology as a health science. En R. G. Frank, A. Baum y J. L. Wallender (dirs.), *Handbook of Clinical Health Psychology: models and perspectives in Health Psychology*, vol. 3 (pp. 9-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Belar, C. D. y Deardorff, W. W. (2009). *Clinical Health Psychology in medical settings: a practitioner's guidebook*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Belloch, A. (2008). Psicología y Psicología Clínica: sobre árboles y ramas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 67-93.

- Berdullas Temes, M. y Fernández Hermida, J. R. (2006). La Psicología Clínica en Europa. *Infocop Online*. Recuperado el 20 de diciembre de 2012, desde: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=892](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=892)
- Carrobes, J. A. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Fernández Hermida, J. R. (2012). *Implantación del título de psicólogo general sanitario*. Sesión aplicada presentada en el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, Santander, España.
- Florenzano, R., Fullerton, C., Goldberg, D., Rezaki, M., Mavreas, V. y Maier, W. (2005). La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. Recuperado el 19 de diciembre de 2012, desde: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/27364/>
- Freixa Blanxart, M. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior en Psicología: memoria de los inicios de un proceso. *Anuario de Psicología*, 36, 225-229.
- Kerney, A. T. (2011). *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?* Madrid: A. T. Kerney.
- Millon, T. (1982). On the nature of Clinical Health Psychology. En T. Millon, C. J. Green y R. B. Meagher (dirs.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 1-27). Nueva York: Plenum.
- Ministerio de Documentación, Cultura y Deporte (2003). *La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior*. Documento-marco. Recuperado el 9 de diciembre de 2012, desde: <http://www.eees.es/es/documentacion>.
- Morales, J. F. (2007). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: a textbook*. Buckingham: Open University.
- Olabarría, B. y García, M. A. (2011). Acerca del proceso de construcción de la Psicología Clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 223-245.
- SEPCyS (2011). *Comunicado sobre la aprobación del título de psicólogo general sanitario*. Recuperado el 9 de diciembre de 2012, desde: <http://www.sepcys.es/uploads/Carta-Titulo-de-Psicologo-General-Sanitario2011.pdf>.
- Tikkanen, T. (2006). The present status and future prospects of the profession of psychologists in Europe. *European Psychologist*, 11, 2-5.
- Van Broeck, N. y Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care: a review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist*, 13, 53-63.

RECIBIDO: 2 de enero de 2013

ACEPTADO: 20 de enero de 2013