



LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DESPUÉS DE LA PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA EN ESPAÑA: UNA PROPUESTA RAZONADA

César González-Blanch

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

A partir de ahora, para el ejercicio independiente de la psicología en el campo de la salud en España, es preciso cursar el recién creado máster en Psicología General Sanitaria. Sin embargo, esta formación universitaria obligatoria no se exige para el acceso a la formación sanitaria especializada (el sistema Psicólogo Interno Residente, PIR) que permite obtener el título de psicólogo clínico. En este artículo se argumenta a favor de modificar el acceso al programa de formación especializada del PIR de modo que se garantice que en el currículum del futuro especialista están los conocimientos y habilidades más específicamente sanitarios que ofrece la Universidad a los psicólogos. Finalmente, se exponen los riesgos para el conjunto de la profesión de empobrecer la formación universitaria de los psicólogos clínicos.

Palabras clave: *Psicología clínica, Psicología general sanitaria, Estudios universitarios, Psicólogo interno residente, Regulaciones legales.*

From now on, for the independent practice of psychology in the field of health in Spain, the psychologist must complete the newly created Master's degree in General Healthcare Psychology. However, this mandatory university course is not required for access to the specialised healthcare training that provides the title of "clinical psychologist" (the PIR, an internship in Clinical Psychology). In this paper we argue in favour of changing the access to the specialised training program in clinical psychology so as to ensure that the knowledge and skills specifically related to healthcare offered by the university are included in the curricula of future clinical psychologists. Finally, the risks to the entire profession of impoverishing the university studies of clinical psychologists are discussed.

Key words: *Clinical psychology, General healthcare psychology, University studies, Internship in clinical psychology, Legal regulations.*

La reforma de los planes de estudio universitarios para su adaptación al marco de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha supuesto la reducción de los años de estudios de Psicología. El resultado ha sido un Grado de carácter polivalente de 4 años. En la actualidad estos estudios no habilitan para trabajar de modo autónomo en el campo de la salud, sino que es obligatorio cursar un máster con contenidos específicamente relacionados con la salud con un tiempo de práctica supervisada que da acceso al título oficial de Psicólogo General Sanitario (PGS), creado mediante una disposición adicio-

nal en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE, núm. 240, de 5 de octubre de 2011). Según sus promotores, una titulación generalista de carácter sanitario en Psicología era necesaria para dar cobertura legal a las actividades en el campo de la salud de los (futuros) psicólogos que van a ejercer, principalmente en el sector privado, sin el título de especialista.¹

Lamentablemente, este proceso de creación del PGS ha ignorado a la figura que ya estaba reconocida en esta rama de la psicología como profesional sanitario, la del psicólogo clínico. El resultado es que el psicólogo clínico, existiendo una formación universitaria específicamente relacionada con la salud para los psicólogos, se ha quedado con una formación universitaria no-sanitaria. Por otro lado, sin una adecuada vinculación entre la formación de generalistas y especialistas, la coexistencia de ambas figuras queda expuesta a indeseados conflictos y confusiones. Este artículo pretende argumentar a favor de la propuesta de modificar el itinerario curricular del psicólogo clínico para que la nueva titulación se exija para el acceso a la formación especializada como se exige para el resto de psicólogos que aspiren a trabajar como profesionales sanitarios.

Correspondencia: César González-Blanch. *Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. C/ Tetuán, 59. 39004 Santander. España.*

E-mail: cesar.gonzalezblanch@scsalud.es
cgblanch1

¹ Al contrario de lo que sucedió con el título de especialista, no hay previstas vías extraordinarias de acceso al título de PGS, sino que se ha dispuesto, mediante la Ley 3/2014, de 27 de marzo (BOE, núm. 76, de 28 de marzo de 2014), una habilitación para trabajar en centros sanitarios para aquellos psicólogos con alguna formación de pregrado o posgrado en el campo de la psicología clínica.



LA REGULACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD EN EUROPA

La salud mental es una parte esencial e integral de la salud. El derecho a la protección de la salud está reconocido en la Constitución Española y, por encima de ésta, en la Declaración Universal de Derechos Humanos. La regulación de las profesiones sanitarias, ya sea con la creación de titulaciones o de colegios profesionales, tiene por principal finalidad precisamente garantizar que los profesionales cumplen con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud. Para conseguir este fin es esencial establecer un control sobre la calidad de su formación, así como facilitar la identificación y reconocimiento de los profesionales.

La mayoría de los países europeos han abordado la regulación de la Psicología en el campo sanitario, sin embargo, la situación de las regulaciones está lejos de ser uniforme. Al contrario, hay diferentes modelos de regulación cada uno con sus propios criterios de reconocimiento y sus propias autoridades reguladoras. Algunas regulaciones tienen un nivel de ley estatal (como en España), en otras, un nivel de ley regional (como en Suiza) y otras están controladas por asociaciones profesionales (como en el Reino Unido). También son diferentes los títulos regulados: psicólogo, psicólogo autorizado/acreditado, psicólogo sanitario, psicólogo clínico y de la salud, psicólogo clínico, psicoterapeuta (Van Broeck y Lietaer, 2008). Dentro de la marcada heterogeneidad del panorama, hay al menos dos elementos comunes en los países que ya han regulado los requisitos formativos del psicólogo en el campo de la salud. Primero, la formación mínima para el ejercicio profesional autónomo del psicólogo en este campo es de un nivel equivalente a la de un máster. Y, segundo, se requiere un periodo de práctica supervisada.

Conviene precisar que estar habilitado para trabajar en un campo no es equivalente a ser un especialista en él. Con respecto a la especialidad en psicología clínica, la situación es igual de heterogénea o más. No existe una especialidad como tal de carácter europeo, y los países donde está instituida son minoría y con marcadas diferencias entre ellos. Según una encuesta realizada a finales de 2005 entre presidentes de asociaciones europeas de psicólogos, sólo 7 de los 24 países encuestados tenían una especialidad en psicología clínica legalmente regulada y, de entre éstos, sólo 4, además de España, tenían un sistema de formación especializada similar al del Psicólogo Interno Residente (PIR): Reino Unido, Italia, Suecia y Holanda (Berdullas Temes y Fernández Hermina, 2006).

PROBLEMAS PARA LA REGULACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN ESPAÑA

Desde la instauración a nivel estatal del sistema de formación especializada interno-residente para los psicólogos (el conocido PIR) en 1993 hasta la reciente habilitación de los psicólogos con alguna formación o experiencia en campo de la salud para trabajar en centros sanitarios han pasado 21 años. Este desmedido retraso ha sido una de las principales causas de los problemas y conflictos que hemos sufrido los psicólogos orientados a la clínica. Durante mucho tiempo ha coexistido una forma reglada de acceder al título de especialista con la situación previa en la que cualquier psicólogo, con o sin formación específica en el ámbito clínico, podía autodenominarse psicólogo clínico y ejercer como tal (lo que suponía, por ejemplo, beneficiarse de la exención del IVA aplicable únicamente a los "psicólogos clínicos" [sic] según la Resolución, de 2 de septiembre de 1991, de la Dirección General de Tributos [BOE, núm. 253, de 22 octubre 1991]). Se han provocado absurdos anacronismos como que hubiera psicólogos que hubieran completado su formación PIR sin que existiera todavía el título al que debía dar acceso esa formación. La dilación en la obtención del título por las vías transitorias tampoco ha ayudado. La Orden Ministerial que desarrollaba el Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (BOE, núm. 288, 2 diciembre 1998) se retrasó 4 años, y 3 años después se ampliaron los plazos que permitieron a un número mayor de psicólogos obtener el título por las vías transitorias. En conjunto, pasaron casi 10 años desde que se abrió el proceso de las transitorias hasta que finalizó, sin que hayan faltado intentos de reabrirlo e incluso de anularlo en su conjunto, por ejemplo, con una descabellada querrela criminal interpuesta contra los miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC) por prevaricación y falsedad documental, que no fue admitida a trámite y quedó sobreseída. Por último, quizá también sea contrario a la lógica el que se haya regulado primero la especialidad y dos décadas más tarde se establezca la formación generalista necesaria para ejercer en la misma rama.

Además del retraso en la regulación legal, otro de los motivos principales que explican las dificultades encontradas en este largo proceso de ordenamiento tiene que ver con la masificación de los estudios de Psicología y, consecuentemente, de licenciados/graduados. La Figura 1 recoge la vertiginosa ascensión del número de matriculados desde que la Psicología adquiere rango de titulación universitaria en 1968. El crecimiento descontrolado desde mediados de los setenta ha sido calificado como "proba-



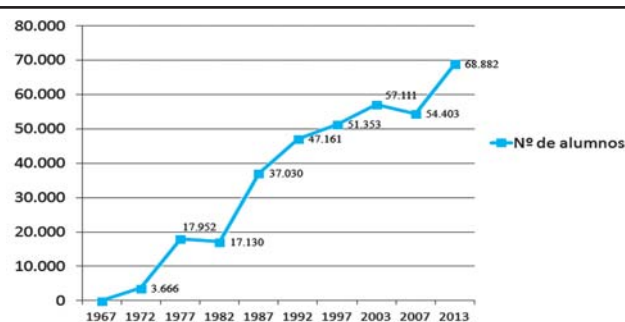
blemente el mayor crecimiento de la historia reciente de la Universidad española” (Blanco y Botella, 1995), y desde entonces no han parado de abrirse nuevas facultades de Psicología, principalmente privadas. Esto es así pese a que la propia Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) reconoció en el *Libro Blanco del Título del Grado en Psicología* que “el volumen de estudiantes y profesionales de la Psicología en España es claramente superior a las posibilidades de inserción laboral” (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005, p. 65) o, en palabras del Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP), “excede con mucho toda posible expectativa de empleo” (Santolaya Ochando, 2005, p. 116). Actualmente, por cada psicólogo colegiado hay más de un alumno (entiéndase estadísticamente). A cada alumno de Enfermería o Medicina, carreras prototípicas de Ciencias de la Salud, le corresponden 15 y 9 colegiados, respectivamente. Y no es que haya pocos psicólogos, de hecho, probablemente somos el país con el mayor número de psicólogos per cápita del mundo (Van Der Vlugt, 1998). Según los datos del Ministerio de Educación, 8.206 alumnos terminaron los estudios en el curso 2012-13. Se estima que alrededor del 60-70% orientados a la clínica, esto es, unos 5.000 graduados al año con la expectativa de trabajar en un campo que debe tener a unos 2.000 psicólogos contratados en el sector público y, según datos preliminares, unos 8.000 psicólogos que prestan asistencia en diversos entornos de intervención psicológica del sector privado, principalmente en gabinetes uniprofesionales (Pastor Sirena, 2008). El resultado es que, según los Servicios Públicos de Empleo (SEPE), en noviembre de 2014 había 21.344 licenciados en Psicología demandantes de empleo, de los cuales, 14.808 estaban parados. A los que hay que sumar 915 graduados demandantes de empleo, de los cuales, 685 estaban parados (SEPE, 2014). La hipertrofia de la psicología académica, y sus consecuencias en forma de desempleo y subempleo, es un factor clave en las dificultades halladas en el ordenamiento de la profesión.

De no corregirse la masificación de los estudios o, al menos, la orientación mayoritaria a la clínica de los alumnos, la normativa vigente puede resultar inútil para el ordenamiento de la profesión. Nada excluye que surjan formas alternativas a la acreditación oficial para el empleo (o subempleo) en este campo, ya sea bajo la denominación de psicólogo pero en centros sin el registro de sanitarios, o con nuevas denominaciones.² Los

Colegios Profesionales seguirán en la disyuntiva de elegir entre cumplir con el deber estatutario de contribuir al ordenamiento de la profesión y ofrecer especiosas alternativas a una sobredimensionada masa colegial en la que justamente valen tanto los votos de los que ejercen como los de los que no.

Deliberadamente o no, desde las instituciones de la Psicología se mitiga frecuentemente este problema de la masificación poniendo el énfasis en la escasez de recursos públicos destinados a la atención psicológica. Desde un grupo de trabajo del COP de Valencia elaboraron un informe que estimaba que en el Sistema Nacional de Salud (SNS) eran necesarios 20.000 psicólogos en Atención Primaria (AP). La Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI (SEPCyS) utilizó esa cifra tan redonda para justificar en un comunicado la necesidad de incluir a psicólogos no especialistas en AP; la Junta del Gobierno del COP de Valencia lo suscribió y difundió (SEPCyS, 2011). Recientemente, en una mesa redonda organizada dentro de unas jornadas de la SEPCyS (Almería, octubre de 2014), el profesor José Antonio Carrobles sumaba a los 20.000 psicólogos de AP otros 8.000 profesionales más para especializada (esto es, todos los psicólogos clínicos acreditados en España más otros 20.000 profesionales). Estas cifras quizá cuadran con las dimensiones de la psicología académica, pero son totalmente disparatadas si atendemos a la realidad del SNS. Según el informe sobre la necesidad de especialistas médicos en España (Barber Pérez y González López-Valcárcel, 2009), nin-

FIGURA 1
EVOLUCIÓN DE NÚMERO DE MATRICULADOS EN
PSICOLOGÍA DE 1967-68 A 2012-13



Fuentes: Hernández Gordillo (2003), Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

² Por ejemplo, los “coaches” han ganado una rápida aceptación por parte de algunos Colegios, pese a que su práctica tan pobremente delimitada genera confusión con los perfiles profesionales de los psicólogos en los campos en los que éstos tienen un papel propio desde hace años: clínico, laboral, educativo, social, deportivo...



guna especialidad, salvo Pediatría y Medicina de Familia, tiene más 5.000 profesionales trabajando en el SNS. Con 20.000 psicólogos en AP habría más de un psicólogo por cada dos médicos de familia. Pediatría, que atiende a todos los menores de 18 años, enfermos y sanos, no llegaba a los 10.000 profesionales a finales del 2008. Entonces sólo había 2.618 psiquiatras en el SNS. Basta observar los datos del SNS para darse cuenta de lo infundadas y descabelladas que son esas estimaciones sobre la necesidad de psicólogos (clínicos), no ya en las circunstancias actuales de crisis económica, sino en cualquier circunstancia imaginable.

¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y QUÉ EL PGS?

La delimitación conceptual y práctica de la psicología clínica es de gran complejidad. Las definiciones propuestas por expertos e instituciones son necesariamente amplias (ver Fernández Molina, 2003). Puede citarse, por ejemplo, la definición propuesta por la European Federation of Psychologists' Associations (EFPA), una federación que agrupa a 36 asociaciones de psicólogos, que representan a unos 300.000 psicólogos de toda Europa: "Psicología Clínica se refiere a la aplicación y desarrollo de principios, métodos, procedimientos e instrumentos independientes para observar, comprender, predecir, prevenir y aliviar la discapacidad cognitiva, emocional y conductual, el malestar y la enfermedad en todos los aspectos de la vida humana y la promoción de la buena salud y calidad de vida (bienestar)."

Ésa y otras definiciones afines se ajustan a la práctica profesional, desarrollada en múltiples contextos, de los psicólogos clínicos. En coherencia con esta concepción amplia de la especialidad, el programa formativo del PIR, actualizado en 2009, como base de la capacitación del psicólogo clínico, establece rotaciones (estancias) por los distintos servicios y dispositivos de Salud Mental, de otras especialidades hospitalarias y de AP. Las posibilidades de la Unidad Docente y los intereses del residente configuran el circuito de rotaciones que, preservando contenidos básicos y comunes, puede diferenciarse en los contenidos específicos de unos hospitales a otros, y de unos residentes a otros. En suma, cualquier campo en el que los psicólogos clínicos vienen desarrollando su labor profesional es potencialmente parte del programa PIR.

Del nuevo programa formativo del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria (MPGS) la única información disponible está en la Orden ECD/1070/2013, de 12

de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria (BOE, núm. 146, de 14 de junio de 2013) y en los primeros planes de estudio publicados por las Universidades que lo van a impartir. El máster consta 90 créditos europeos³ de contenido específicamente relacionado con la salud (mental) distribuidos en módulos de materias obligatorias y optativas, de los cuales 30 corresponden a prácticas presenciales. La citada Orden establece de modo general que los estudiantes deben adquirir los conocimientos y las competencias necesarias para la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora de su estado general de salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios.

Podría entenderse que con esta formación los estudios de Psicología en la rama clínica recuperan y refuerzan, con los contenidos de los anteriores posgrados de Psicología Clínica y de la Salud, el año que se perdió de la antigua licenciatura, que en muchas universidades constaba de 3 años comunes y los dos últimos en los que se podía elegir entre varias asignaturas optativas que configuraban la "especialidad clínica". Si bien puede argüirse que el máster mejora lo anterior, las asignaturas tienen denominaciones parecidas e incluso, en algunos casos, los mismos docentes... En todo caso, se entiende que son materias que no deben faltar en el currículo universitario del psicólogo que pretenda trabajar en el mundo sanitario. La implementación de unas prácticas presenciales es la más destacada ventaja respecto a la formación ofrecida en la antigua licenciatura. Una mínima práctica supervisada es, como se ha comentado antes, un requisito básico para el ejercicio autónomo allá donde la Psicología ha regulado su ejercicio en el campo de la salud.

El análisis de las asignaturas en el conjunto de los másteres ofertados muestra que no hay un perfil diferenciado con respecto al campo propio de la psicología clínica. Aunque son destacables las diferencias entre los planes de las distintas universidades, las materias típicas son de evaluación e intervención en distintos trastornos mentales (adicciones, demencias, trastornos psicóticos, afectivos, ansiosos, de la conducta alimentaria, sexuales, del sueño, de la personalidad...), de hecho, el denostado *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos*

³ Un crédito europeo ECTS (European Credit Transfer System; Sistema Europeo de Transferencia de Créditos) equivale a 25 ó 30 horas de trabajo, lo que incluye además de las horas lectivas otros conceptos más difíciles de ponderar como el esfuerzo dedicado al estudio o la preparación y realización de exámenes.



Mentales (DSM) parece ser el eje vertebrador de estos planes. Sólo algunos incluyen asignaturas que, por su carácter socio-sanitario, podrían ser de especial interés para un perfil complementario al del especialista, como, por ejemplo, rehabilitación psicosocial, promoción de la salud, drogodependencias, atención temprana, violencia de género o intervención en emergencias. Pero su peso es relativamente menor. Igualmente es oportuno señalar que, en contra de lo que algunos docentes de esos estudios han querido interpretar (por ejemplo, Carrobbles, 2012; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013), no son planes específicamente orientados a la formación en el campo de la psicología de la salud. Por el contrario, el peso de las asignaturas obligatorias y optativas relacionadas con ese campo es exiguo dentro del conjunto de los planes. Generalmente los planes incluyen alguna asignatura general relacionada con la psicología de la salud, pero, por ejemplo, la psicooncología, materia prototípica de esta disciplina, no aparece como asignatura propia en los planes de estudio de ninguna de las Universidades consultadas.⁴ Por otra parte, es muy cuestionable, en la realidad profesional española, defender que la labor propia de psicología de la salud no la han desarrollado (y desarrollan) los psicólogos clínicos. De hecho, el trabajo en este campo valió para acreditarse como psicólogo clínico por medio de las vías transitorias del Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (BOE, núm. 288, 2 diciembre 1998). Sería incongruente en este contexto afirmar ahora que ése no es un trabajo propio de los psicólogos clínicos. Dicho sea sin menoscabo de las (sub)especialidades que puedan crearse en el futuro.

DIFERENCIAS ENTRE GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS

Desde el punto de vista normativo, el título de especialista es necesario para utilizar la denominación de especialista y para ejercer la profesión con tal carácter (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [BOE, núm. 280, de 22 de Noviembre de 2003]), los títulos universitarios no pueden inducir a confusión ni coincidir en su denominación o contenidos con los de los especialistas (Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales [BOE, núm. 55, de 5 de marzo de 2014]) ni pueden tener los mismos efectos profesionales (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se

determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada [BOE, núm. 45, de 21 de febrero de 2008]). El lector puede juzgar por su cuenta si la normativa se cumple. La Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) ha interpuesto un recurso contra la Orden ECD/1070/2013 por la que se establecen los requisitos del MPGS entendiendo que contravenía la normativa que salvaguarda a la especialidad (Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, 2013).

Las propias leyes que crean la figura del PGS fijan otra diferencia más: los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y servicios del SNS o concertados con él deberán estar en posesión del título de especialista. Para juzgar sobre el cumplimiento de este punto habrá que esperar unos años, por ahora los psicólogos que trabajaban en el SNS antes de marzo 2011, con o sin formación de posgrado o práctica supervisada, han quedado habilitados para ejercer como sanitarios según la disposición final octava de la Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE, núm. 76, de 28 de marzo de 2014).

Desde el plano de los contenidos de los programas, pese a las afinidades comentadas, hay importantes diferencias que deben resaltarse. El PIR, al que se accede por concurso-oposición, es personal del hospital con un contrato laboral de 4 años a tiempo completo (sin que aquí podamos ponderar el considerable esfuerzo y dedicación del residente fuera de su jornada laboral). Recibe una supervisión gradual en distintos lugares de trabajo propios de la especialidad por distintos supervisores psicólogos clínicos. Durante ese tiempo, al igual que el resto del personal facultativo, maneja la documentación sanitaria (accede a las historias clínicas, escribe notas de consultas, elabora informes clínicos...) y, bajo supervisión, toma decisiones clínicas (sobre evaluaciones, tratamientos, altas, derivaciones...). La formación teórica, que constituye el aproximadamente el 20% del tiempo del programa, es principalmente impartida en forma de sesiones clínicas, sesiones bibliográficas y seminarios. El residente puede además realizar, manteniendo la remuneración, una parte de su formación (hasta 4 meses por año) en otros centros de prestigio en España o en el extranjero.

El psicólogo que cursa el MPGS es un alumno universitario, que ha accedido a los estudios por los criterios de

⁴ Los planes de estudios examinados se corresponden con los impartidos en la Universidad Autónoma de Madrid, Universitat de Barcelona, Universidad de Córdoba, Universidad de Granada, Universidad de Málaga, Universidad de Sevilla, Universidad Rey Juan Carlos y Universidad Pontificia de Salamanca.



selección fijados por el departamento universitario correspondiente. Las prácticas externas equivalen a unos 5 meses de una jornada laboral a tiempo completo. Al no ser personal vinculado al centro, puede suponerse que tendrá limitaciones para el manejo de la documentación sanitaria y de los casos. Lo esperable es que rote por un único dispositivo bajo la supervisión presencial de un único psicólogo (que pudiera no ser especialista). La formación teórica, a la que corresponden la mayor parte de los créditos, se imparte por profesorado universitario.

Por lo anterior, es fácil apreciar que la formación especializada (vía PIR) permite un nivel de profundización en los distintos ámbitos de actuación del psicólogo clínico y, en consecuencia, un grado de capacitación profesional claramente mayor y más completa que la del MPGS.

Pese a que algunos docentes de posgrados defienden que el MPGS como una formación especializada que debe situarse al mismo nivel que el PIR (Carrobles, 2012; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013), lo cierto es que esto contrasta, además de con las diferencias comentadas, con la misma configuración europea a la que apelan. Lo hacen equiparando el PGS al Certificado Europeo de Psicología EuroPsy. El EuroPsy ha sido creado por la EFPA principalmente para establecer un referente de calidad para la educación y la práctica en psicología, y para facilitar la movilidad de los psicólogos entre países europeos. Este certificado supone que el psicólogo ha completado un currículum académico de psicología de al menos 5 años (300 créditos europeos) y puede acreditar al menos un año a tiempo completo de práctica profesional supervisada. Este es un requisito mínimo para obtener esta certificación que no tiene un carácter de especialización sino de un nivel de preparación "generalista" (Santolaya Ochando, 2012) o "básico" (EFPA, 2013). La consideración de especialista requiere una formación y una práctica adicional, que la EFPA no ha establecido todavía para la Psicología Clínica. Aunque el MPGS no llega al año de práctica supervisada a tiempo completo, puede entenderse que reúne los requisitos mínimos para el trabajo en el campo de la salud (mental), lo que no equivale a ser especialista en ese campo.

Cabe en este sentido apuntar que, a finales de los años 80, el comité de expertos encargado por el COP de elaborar un informe técnico para marcar las bases de la formación de psicólogos especialistas a través del PIR estableció que "el tiempo para una adecuada formación posgraduada en la que el residente cuente con períodos suficientes para rotar por los distintos dispositivos asistenciales habrá de ser entre 3 y 4 años" (Colegio Oficial de Psicólogos, 1990, p. 61). Ahora algunos docentes de posgrados justifican mantener desvinculada la formación universitaria de posgrado del PIR sobre la base de que 9 años y medio es una duración "desmesurada" para la formación de un psicólogo clínico (Carrobles, 2012; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013). Sin embargo, en un tiempo en el que la licenciatura tenía una duración de 5 años en la mayoría de los planes de estudio, completar a 9 años de formación se veía como algo adecuado en ese informe consensuado. Incidentalmente señalo que entre los miembros del comité que elaboró el citado informe está el profesor José Antonio Carrobles.

EL ITINERARIO GRADO-MÁSTER-PIR, UN ORDEN LÓGICO

El hecho de haber creado primero la especialidad y después la figura del generalista en el campo de la salud ha supuesto que el acceso a la formación especializada esté determinado por un Real Decreto de 2008 (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud [BOE, núm. 45, de 21 febrero 2008]) que es anterior a la creación del MPGS (2011). Para corregir esto es necesario un cambio en la normativa vigente que, pese a haberse anunciado desde las autoridades competentes en distintas ocasiones,⁵ no ha llegado concretarse.

En los últimos años, las principales asociaciones del campo (entre ellas, ANPIR), el Consejo General de la Psicología y la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (órgano asesor del Ministerio de Sanidad para los asuntos relacionados con la especialidad)⁶ han elaborado distintos escritos defendiendo la necesidad de reordenar el itinerario curricular del psicólogo clínico de acuerdo con la

⁵ En octubre de 2011, el Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Francisco Valero Bonilla, anunció por escrito su compromiso de iniciar los trámites para la modificación del Real Decreto 183/2008, a fin de que se estableciese como requisito de acceso a la formación sanitaria especializada en psicología clínica, el estar en posesión del MPGS. Pero con el cambio de Gobierno pocas semanas después, la iniciativa quedó desautorizada. En marzo de 2012, el nuevo Gobierno, en respuesta a la diputada de Coalición Canaria, Ana Oramas González-Moro, escribió que tenía previsto modificar el citado Real Decreto "con el fin de abordar, entre otros asuntos, los requisitos de acceso a la formación de la especialidad en Psicología Clínica". Posponía su modificación mientras las condiciones generales y requisitos para la obtención del MPGS no estuvieran formalmente aprobados, que lo fueron en junio de 2013.

⁶ La posición de Conferencia de Decanos de las Facultades de Psicología respecto al itinerario Grado-Máster-PIR ha sido más indeterminada, oscilando entre el tibio apoyo y la indiferencia.



nueva configuración de los estudios universitarios en este campo y en particular tras la creación de la nueva profesión sanitaria de carácter generalista para los psicólogos.

Sin ánimo de extenderme con el detalle del argumentario, lo que se defiende es que, si se ha creado un máster con contenidos específicamente sanitarios porque el Grado de Psicología, de carácter polivalente, no aporta la formación suficiente para ejercer en el campo de la salud, esa formación universitaria, de carácter generalista debe exigirse a los psicólogos antes de iniciar la formación especializada para asegurar que forma parte del currículo del futuro psicólogo clínico. La formación del PIR no sustituye a la universitaria, sino que la complementa para la capacitación como especialista. La Figura 2 presenta el esquema del itinerario formativo escalonado propuesto, que no termina con el reconocimiento de la especialidad. Además de los elementos ya creados, cabe esperar que se añadan, de acuerdo con la normativa ya vigente (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [BOE, núm. 280, de 22 de Noviembre de 2003]), las futuras subespecialidades (formalmente llamadas Áreas de Capacitación Específica) o nuevas especialidades desde un tronco común con la especialidad de Psicología Clínica. La psicología clínica infanto-juvenil, la neuropsicología clínica o psicología de la salud son los campos de (sub)especialización más recurrentemente citados. Otros elementos, dentro del itinerario formativo de los especialistas sanitarios, posteriores a la residencia son los Diplomas de Acreditación (y Diplomas de Acreditación Avanzada). Estos diplomas oficiales valdrán a la Administración pública para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica (pongamos por caso, psicooncología) de una determinada especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente. Todo este largo recorrido es coherente con la idea de que la formación de los profesionales sanitarios no termina en la universidad ni siquiera con la obtención del título de especialista, y que en el campo de la salud es especialmente necesario fomentarla, acreditarla y permitir su identificación por parte de la sociedad.

La formación debe ser acumulativa y secuenciada. Sólo si se adquiere satisfactoriamente el nivel de preparación previo, con los conocimientos y habilidades correspondientes, se puede acceder a un nivel de preparación posterior. De hecho, el mencionado Real Decreto que regula actualmente el acceso al PIR, establece para las demás especialidades de carácter clínico-asistencial la exigencia de estar "en posesión de un título universitario oficial que ha-

bilite para el ejercicio en España de la profesión". En cambio, en el caso de la Psicología, en vez de exigir estar habilitado para el ejercicio en el campo sanitario, el redactado del artículo correspondiente exige "estar en posesión del título universitario oficial de Grado en el ámbito de la Psicología o de Licenciado en Psicología".

Pese al consenso alcanzado en la profesión, merece la pena responder a las principales razones en contra del itinerario escalonado propuesto. Primero, se ha dicho que incorporar el MPGS al currículo del futuro psicólogo clínico haría que su formación fuera desproporcionadamente larga. He hecho constar más arriba que en el diseño inicial de la formación especializada como psicólogo clínico se consideraba adecuado un PIR de 3 ó 4, tras una licenciatura de 5 años. La duración del itinerario propuesto es de 9 años y medio. Algo inferior a la duración de las residencias de todas las especialidades con responsabilidades en la atención directa a pacientes (esto es, clínicas), que es de 10 u 11 años. Es intrigante saber por qué razón hay psicólogos que sostienen que el psicólogo clínico requiere menos preparación que los demás clínicos, incluidos los psiquiatras, con los que compartimos servicio. Pero el argumento de los años, desvía la atención de lo principal: la merma en la formación universitaria del futuro psicólogo clínico. Hay que saber que para el acceso al máster se exige haber cursado durante el Grado 90 créditos de carácter específicamente sanitario. Algo que tampoco se exige en el currículo del futuro especialista. Así, por ejemplo, un alumno que durante la carrera ha optado por un itinerario ligado a la psicología social o educativa no podría acceder a la formación sanitaria como generalista (esto es, el MPGS), pero sí a la del especialista (esto es, el PIR). No se trata, pues, sólo de la duración, sino de que ésta tenga las características apropiadas al perfil profesional.

Otro de los argumentos esgrimidos es que para ninguna otra especialidad se requiere el acceso a la formación especializada desde un nivel de máster. Tampoco esto es cierto. Medicina, que es la referencia principal del modelo interno-residente, es una de las pocas carreras universitarias que ha mantenido los 6 años de duración tras la puesta en marcha del Plan Bolonia en las Universidades españolas. De acuerdo con el Real Decreto 96/2014, de 14 de febrero, por el que se modifican los Reales Decretos 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (BOE, núm. 55, de 5 de marzo de 2014), los títulos de Grado de al menos 300 créditos podrán ser adscritos al nivel de Máster, esto es, obtener una doble titulación. Este es el caso de Medicina y de otras titulaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud, como el Grado de 5 años de Farmacia.



Igualmente en contra del itinerario escalonado Grado-Máster-PIR se ha argüido que el examen de acceso al PIR valida que el aspirante tiene los conocimientos necesarios. Este razonamiento nos puede llevar a concluir que no es necesario estudiar Psicología para formarse como especialista en Psicología Clínica (podrían valer otros estudios o ninguno, siempre que se apruebe el examen de acceso al PIR). Esto también supone asumir que la docencia de las academias privadas de preparación del examen, generalmente impartida por los residentes más jóvenes, es equiparable a la docencia universitaria acreditada. Sobra decir que los profesores universitarios críticos con el itinerario propuesto han evitado recurrir a este argumento.

Por último, se ha defendido no exigir el máster como un modo de mantener una formación “que no dependa de la capacidad económica del estudiante” (Colectivo de Estudiantes de Psicología, 2013). Este argumento es curioso dado que proviene del mismo colectivo que se movilizó para la creación del máster obligatorio para todos los estudiantes interesados en ejercer en el campo de la salud (Colectivo de Estudiantes de Psicología, 2010). En la práctica, de los alrededor de 5.000 graduados que podemos suponer que salen de la anualmente de las Facultades de Psicología orientados a la clínica, sólo a los que acceden a la formación remunerada del sistema PIR (unos 125 actualmente) se les exige de cursar previamente el máster. Difícilmente esto puede sostenerse como una defensa seria de lo público. Por un lado, la preparación del examen del acceso al PIR, extremadamente competitivo, está en manos de academias privadas desvinculadas de las ayudas públicas. Por otro, como se ha comentado, el acceso desde el Grado, que ni es sanitario ni es profesionalizante, merma precisamente la preparación del psicólogo clínico, la titulación exigida por ley para trabajar en el SNS y centros concertados.

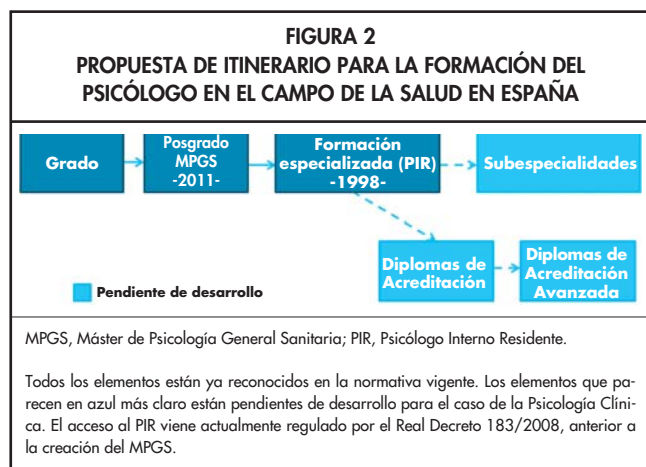
LOS PERJUICIOS PARA LA PROFESIÓN

Hasta aquí se ha puesto el énfasis en la necesidad de incorporar al currículo del psicólogo especialista los contenidos más específicamente sanitarios que imparten las Facultades de Psicología para no empobrecer su currículo y capacitación, pero hay otras consecuencias menos directas pero igual de importantes. El nuevo ordenamiento de la profesión en esta rama debería facilitar una coexistencia de ambas figuras (generalista y especialista) sin confusiones ni conflictos. Las plazas PIR son escasas, y las de psicólogos clínicos, también. Sin embargo, es fácil imaginar que desde la Universidad poco o nada se van a interesar por aumentar las plazas PIR como una salida natural y realista para los estudiantes del máster generalista mientras ambas formaciones se ofrezcan en paralelo y con unos perfiles competenciales tan precariamente delimitados. Lo esperable es una disputa por campos de actuación en perjuicio del ordenamiento y la cohesión profesional.

Es fácil comprobar que quienes argumentan en contra del itinerario lo hacen a la vez que defienden que ambas formaciones son vías distintas para alcanzar los mismos efectos profesionales o, acaso, mayores para la vía universitaria (Carrobbles, 2012; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013). Al margen de los problemas para la profesión de tener dos profesionales confrontados, ¿qué supondría la equivalencia de las figuras de generalista y especialista? Si extender año y medio la formación universitaria del psicólogo tiene los mismos efectos profesionales que un costoso programa de formación especializada de 4 años, ¿qué administración mantendría o promocionaría el segundo? Y si dejara de existir el PIR ¿en qué lugar quedaría la profesión del psicólogo clínico dentro del SNS? Por lo pronto tendríamos un psicólogo con menos años de formación que los profesionales enfermería especializados en salud mental (6 años) y muy lejos de los años necesarios para ser psiquiatra (10 años).

Los críticos del itinerario escalonado han querido hacer creer que la incorporación al SNS del PGS valdría para prevenir el “intrusismo” de los demás profesionales sanitarios, singularmente médicos de AP y personal de enfermería. Ignoro cómo la inclusión de un perfil profesional que acumularía menos años de formación que el personal de enfermería puede ayudar a contener, en un entorno crecientemente interdisciplinar, el uso de intervenciones psicológicas por parte de otros profesionales.

El asunto de los años de formación puede parecer baladí, pero eso es lo que ha determinado hasta la fecha aspectos como retribuciones, categorías profesionales y





desarrollo profesional. Las diferencias entre los antiguos diplomados y licenciados se perpetúan a lo largo de toda la vida profesional en todos los conceptos, no sólo salariales. En los días que escribo esto, he sabido que en Cataluña el nuevo convenio que se está negociando para la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, en castellano, Red Hospitalaria de Utilización Pública) supone una recalificación a la baja de los psicólogos clínicos. Según la última propuesta, los psicólogos clínicos son ubicados en el subgrupo C1, mientras que médicos y farmacéuticos especialistas (recordamos: ambos profesionales con la titulación doble Grado y Máster reconocida) formarían parte del subgrupo A1, que antes compartían con los psicólogos clínicos. Esto tiene consecuencias directas en las retribuciones de los contratos de psicólogos especialistas, pero es fácil imaginar que pertenecer a un subgrupo inferior tiene también efectos en el desarrollo de las competencias profesionales y en la consideración en general dentro y fuera del sistema sanitario.

De nuestra ubicación en el sistema dependen, entre otros asuntos, nuestra capacidad para influir en los órganos donde se determinan nuestras funciones asistenciales o donde se deciden los recursos destinados a la salud mental. Si queremos aumentar la capacidad de autogestión de los psicólogos clínicos en el SNS, superando las estructuras actuales, que son reminiscencias de una época anterior a nuestro reconocimiento como especialidad sanitaria, resulta imprescindible que tengamos el mismo estatus que el resto de facultativos, en particular que el de aquellos con los que compartimos servicio.

El itinerario propuesto es además una oportunidad para establecer un vínculo formal entre las facultades y los hospitales, una ambición que tiene beneficios mutuos para docentes y clínicos. También para la investigación aplicada. El acceso a poblaciones clínicas epidemiológicamente representativas, para unos, y la posibilidad de investigar con una orientación predominantemente psicológica, para otros, son claras ventajas de la deseada colaboración.

Por último, conviene hacer saber que el acceso al PIR en la situación actual es un callejón sin salida para ese 97% psicólogos que, motivados por acceder a la formación especializada, no consiguen plaza. Los graduados que no cumplan con los requisitos de titulación mínimos en este campo, fijados por el máster, tampoco podrán ejercer como generalistas. La falsa expectativa de que el PIR es una alternativa real para los que no puedan acceder al máster profesionalizante, valdrá, eso sí, para dejar intacto uno de los grandes problemas de los estudios de Psicología: su masificación.

CONCLUSIONES

Si asumimos que la psicología en el campo de la salud tiene un papel trascendente, tenemos que establecer unos requisitos mínimos para, en la medida de lo posible, garantizar que esa labor se realiza con la suficiente preparación. De eso trata la regulación legal de una profesión o especialidad: se requiere acreditar una determinada formación/experiencia para lo que antes se podía hacer sin ella. Dentro del variopinto panorama europeo, la mayoría de los países han ido implementado formas de regular la labor del psicólogo en este campo. Pero, por definición, la especialidad debe requerir algo más que la formación mínima para poder ejercer en un campo determinado. El sistema PIR es un hito en la consolidación de la Psicología (clínica) en España. Siendo mejorable en su desarrollo, 4 años de formación exclusiva y remunerada, bajo la supervisión de distintos psicólogos especialistas en el entorno de referencia para la prestación de servicios sanitarios del país es el mejor plan al que pueden aspirar los psicólogos de cualquier lugar. Sin embargo, como hemos dicho en otro lugar (González-Blanch, 2009), el PIR no es la formación máxima, es el requisito mínimo para ser psicólogo clínico.

La creación del MPGS es un claro progreso para la psicología aplicada en España. Se atiende así a la necesidad de mejorar la formación universitaria de los psicólogos que quieren trabajar en la atención directa a la salud (mental) de las personas. Este cambio estructural en la formación universitaria debería beneficiar la capacitación de todos los psicólogos de esta rama, singularmente la de los futuros especialistas. En esto la profesión ha alcanzado un consenso sin precedentes.

Es equivocado sugerir que el empobrecimiento de la formación universitaria del especialista mejora el escenario laboral del generalista. Este señuelo sólo puede valer para desviar la atención del motivo más evidente de las dificultades para la inserción laboral de los psicólogos: la hipertrofia de la psicología académica y, consecuentemente, el desproporcionado número de psicólogos que se forman en esta rama. El psicólogo clínico es el primer ejemplo de la categoría psicólogo; lo es para el alumnado y lo es para la sociedad en general. Y el SNS es el lugar donde las profesiones sanitarias tienen la mayor visibilidad para los ciudadanos en España. Si el estatus laboral del psicólogo clínico, avalado por su formación, se debilita en el SNS, pierde el conjunto de la profesión, no sólo el especialista.

El psicólogo clínico, como psicólogo de la rama de la salud (mental), preexiste como realidad social a su creación legal. Igualmente, el modo en el que las autoridades académicas y políticas proceden a instrumentar y regla-



mentar la formación correspondiente a este profesional acaba determinando la visión del psicólogo clínico por parte de los usuarios, de los profesionales, de los gestores y, en suma, de la sociedad.

La psicología académica y la profesional deben velar por un ordenamiento que, evitando confusiones y conflictos intraprofesionales, alcance la unión necesaria para promover la expansión de la atención psicológica de calidad en el sistema sanitario, público y privado, sin debilitar lo que ya está establecido.

REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005). Libro Blanco del Título del Grado en Psicología. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf.
- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (2013). ANPIR presenta un recurso contra la Orden que establece los requisitos del Máster de PGS. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde <https://www.anpir.org/noticias/anpir-presenta-un-recurso-contra-la-orden-que-establece-los-requisitos-del-master-de-pgs>
- Barber Pérez, P., & González López-Valcárcel, B. (2009). Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde <https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/13-NecesidadesMEspecialistas%282008-2025%29.pdf>
- Berdullas Temes, M., & Fernández Hermida, J. R. (2006). La psicología y la psicología clínica en Europa. *Infocop*, 27, 16-21.
- Blanco, A., & Botella, J. (1995). La enseñanza de la Psicología en España a la luz de los nuevos planes de estudio. *Papeles del Psicólogo*, 62, 29-45.
- Carrobles, J. A. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Colectivo de Estudiantes de Psicología (2010). Los estudiantes de psicología de España reclamamos al Gobierno la creación del Máster en Psicología de la Salud. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2911
- Colectivo de Estudiantes de Psicología (2013). Comunicado del CEP-PIE: defensa del itinerario Grado-PIR. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde <http://www.cep-pie.org/2013/11/27/comunicado-del-cep-pie-defensa-del-itinerario-grado-pir/>
- Colegio Oficial de Psicólogos (1990). Documento Base para la formación posgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema P.I.R. 43, 60-62.
- EFPA, European Federation of Psychologists' Associations (2013). "EuroPsy European Certificate in Psychology". Recuperado el 9 de enero de 2015, desde <http://www.europsy-efpa.eu/sites/default/files/uploads/EuroPsy%20Regulations%20July%202013.pdf>
- Fernández Molina, M. N. (2003). *La psicología clínica en España*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- González-Blanch, C. (2009). Salud mental en Atención Primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo*, 30, 169-174.
- Hernández Gordillo, A. (2003). Los estudios universitarios de psicología en España (1). Evolución de centros, alumnos y relación oferta-demanda. *Papeles del Psicólogo*, 86, 13-24.
- López Méndez, E., & Costa Cabanillas, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la psicología clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34, 169-181.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-290.
- Santolaya Ochando, F. (2005). EL COP al lado de la Psicología y de la especialidad de Psicología Clínica: ¿por qué no trabajamos todos unidos? *Infocop*, 23, 114-117.
- Santolaya Ochando, F. (2012). Preguntas y respuestas sobre la regulación de la Psicología Sanitaria. *Infocop*, 59, 44-47.
- SEPCyS (2011). Comunicado sobre la aprobación del título de Psicólogo General Sanitario. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, desde https://www.cop-cv.org/noticia/1664-la-junta-del-gobierno-del-copcv-apoya-el-comunicado-de-la-sociedad-espanola-para-el-avance-de-la-psicologia-clinica-de-la-salud#.VJis_l4AKA
- SEPE (2014). Información mensual de mercado de trabajo de titulados universitarios. Recuperado el 29 de diciembre de 2014, desde http://www.sepe.es/contenidos/observatorio/titulaciones/2014_11/titulados/ciencias_sociales_y_juridicas/ESTUDIO_TITULADOS_FI_6.pdf
- Van Broeck, N., & Lietaer, G. (2008). Psychology and Psychotherapy in Health Care: A Review of Legal Regulations in 17 European Countries. *European Psychologist*, 13(1), 53-63.
- Van Der Vlugt, H. (1998). Principal Practice Settings for Clinical Psychologists in European Countries. En A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 2, pp. 339-352). New York: Elsevier.