



PRESENTE Y FUTURO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SANITARIA EN ESPAÑA: UNA VISIÓN ALTERNATIVA

José Antonio Carrobles

Universidad Autónoma de Madrid

En nuestro país existen actualmente dos tipos de psicólogos titulados con competencias para el ejercicio de la psicología en el ámbito sanitario: el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el Psicólogo General Sanitario (PGS). Estas titulaciones están legalmente reguladas y la acreditación en las mismas se obtiene a través de dos tipos diferentes de programas de formación de posgrado: el Programa de Internado y Residencia (PIR) en el caso de los PEPC; y el Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) en el caso del PGS. Estos programas tienen una duración temporal diferente (4 años el PIR y 2 años el MPGS) y a ellos se accede después de la realización de los correspondientes estudios de Grado (o de licenciatura) en Psicología. Sin embargo, tanto los objetivos y las competencias a alcanzar, como el contenido de sus programas de formación, son realmente muy similares, a pesar de las diferentes denominaciones lingüísticas utilizadas para describir los mismos. En base a esas diferencias temporales y terminológicas existentes entre ambos programas, algunas asociaciones españolas (ANPIR, COP, AEPCP y AEN) defienden la postura de que entre ambas titulaciones se debería establecer además de una jerarquización, una delimitación clara respecto de las funciones que pueden realizar ambas (clínicas y especializadas versus sanitarias y generales) y de los ámbitos o contextos en los que pueden ejercerlas (público versus privado). En nuestro artículo rebatimos estas posturas y las razones en las que se basan y argumentamos extensamente en favor de una propuesta alternativa más acorde con la realidad de los hechos y más armónica con el contexto europeo en relación con la acreditación profesional en Psicología Clínica, en el sentido de asumir la existencia de las dos titulaciones independientes de psicólogos clínicos (el PEPC y el PGS), con acceso directo a ambas desde la titulación del Grado en Psicología, y con unas competencias y funciones profesionales equivalentes, aunque con algunas limitaciones en el caso del PGS, principalmente respecto a la posibilidad del ejercicio profesional en el Sistema Nacional de Salud (reservado para los PEPC) y cuya actividad sería ejercida principalmente en el ámbito privado.

Palabras clave: Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC), Psicólogo General Sanitario (PGS), Sistema Nacional de Salud (SNS), regulación legal, competencias, público, privado, itinerario.

In our country, there are currently two types of psychologist qualified to practise psychology in the health field: the Specialist Psychologist in Clinical Psychology (PEPC) and the General Health Psychologist (PGS). These qualifications are legally regulated and their accreditation is obtained through two different programs of postgraduate training: the Residential Internship Program (PIR) in the case of the PEPC; and the Master of General Health Psychology (MPGS) in the case of the PGS. These programs are of different lengths (4 years for the PIR and 2 years for the MPGS) and they are accessed after completion of the corresponding degree in Psychology. However, both the objectives and the skills to be attained, as well as the content of the training programs, are really very similar, in spite of the different linguistic denominations used to describe them. On the basis of the existing differences in the terminology and the duration of the programs, some Spanish associations (ANPIR, COP, AEPCP and AEN) defend the position that there should be established between the two qualifications, in addition to a hierarchical structure, a clear boundary with respect to the functions that the two types of psychologist can perform (clinical and specialized versus health and general functions) and of the sectors or contexts in which they can practise (public versus private). In our article, we refute these positions and the reasons on which they are based and we argue extensively in favour of an alternative proposal more in tune with the reality of the facts and with the European context professional accreditation in clinical psychology, in the sense of accepting the existence of the two independent qualifications of clinical psychologists (the PEPC and the PGS), with direct access to both from the degree in Psychology, and with equivalent competencies and professional functions, although with some limitations in the case of the PGS, mainly with respect to the possibility of professional practice in the Spanish National Health System (exclusive to the PEPC) and in their activity, which would be carried out mainly in the private sector.

Key words: Specialist Psychologist in Clinical Psychology (PEPC), General Health Psychologist (PGS), National Health System (SNS), legal regulation, competencies, public, private, career itinerary.

Correspondencia: José Antonio Carrobles. Catedrático de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Calle Ivan Pavlov, 6. Campus de Cantoblanco. 28049 Madrid. España. E-mail: joseantonio.carrobles@uam.es



INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen en nuestro país miles de psicólogos con la exclusiva categoría de licenciados ejerciendo como psicólogos clínicos y sanitarios en centros públicos y, sobre todo, en gabinetes o consultas privadas. Estos psicólogos han sido considerados hasta ahora competentes para el ejercicio de la profesión y hemos defendido a ultranza su derecho a ejercerla como tal, especialmente por parte de nuestra propia organización colegial o profesional, el Colegio Oficial de Psicólogos (COP), que es, por otra parte, a quien compete principalmente hacerlo. Este derecho, que ilegalmente se les había tratado de escamotear durante varios años, ha sido finalmente reconocido a través de la reciente enmienda introducida en la *Ley 3/2014 (BOE: 28/03/2014)* por la que se vuelve a modificar la *“Disposición Adicional Séptima (Psicólogos) de la Ley General de Salud Pública 33/2011(BOE:05/10/2011)”*, en el sentido de permitir ejercer y continuar ejerciendo indefinidamente como Psicólogos Clínicos (y Sanitarios) de pleno derecho a todos los licenciados y graduados en Psicología que estén ejerciendo como tales, “... sin exigirles (para ello) la obtención del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica ni el de Máster en Psicología General Sanitaria, evitando así el vacío legal que se produciría si se interpretara que los titulares de todas las consultas/gabinetes de psicología (es muy elevado el número de éstas en todo el Estado) deberían ostentar el citado Máster de carácter profesional, cuyas condiciones generales, a las que deberán adecuarse los futuros planes de estudio universitarios, se han aprobado muy recientemente, a través de la Orden Ministerial ECD/1070/2013 BOE:14/06/2013).

E, incluso, la reforma de la citada enmienda introducida en la *Ley 3/2014* llega aún más lejos hasta legislar que también se debe garantizar el derecho a continuar

ejerciendo como Psicólogos Clínicos (o sanitarios) ahora y en el futuro en el propio Sistema Nacional de Salud (y no sólo en el ámbito privado) a los psicólogos que lo estuvieran haciendo con anterioridad a la aprobación de la Ley de Economía Social 5/2011 (BOE: 30/03/2011).

La introducción de estas nuevas enmiendas por parte del Ministerio de Sanidad responden al mandato constitucional del respeto a los derechos adquiridos por los profesionales de la Psicología para ejercer como psicólogos clínicos y sanitarios por el hecho de ser licenciados o graduados en Psicología previamente a la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública 33/2011, cuyo periodo transitorio para su promulgación definitiva acabó el 4 de octubre de 2014, como lo expresaba literalmente el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso en la justificación de su propuesta de la modificación de la Ley General de Salud Pública 33/2011, a través de las dos enmiendas mencionadas:

“La incidencia de ambas disposiciones en los requisitos de formación exigibles para el ejercicio profesional de la psicología en el sector sanitario y la creación de la nueva profesión sanitaria titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario, aun cuando requiera estar en posesión del título universitario de Máster en Psicología General Sanitaria, no tiene por qué impedir el reconocimiento de derechos adquiridos al amparo de la legislación anterior, ni afectar al principio de irretroactividad del artículo 9.3 de la Constitución Española, por ello la modificación de la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública que nos ocupa añade (los) dos apartados nuevos (mencionados)”.

En este proceso, la actitud y las acciones de nuestros representantes colegiales ha sido la defensa incondicio-

Nota aclaratoria: Los términos *“Psicología Sanitaria”* y *“Psicólogo General Sanitario”* incluidos en la denominación en español de esta nueva titulación han creado mucha confusión por la vaguedad e inespecificidad de los mismos, al no referir a ninguna de las especialidades profesionales o campos aplicados de la Psicología existentes en todo el mundo, como se comenta en el texto. Esta confusión se pone claramente de manifiesto al intentar traducir el término de *“Psicólogo General Sanitario”* a otros idiomas, como en este caso al inglés, donde no es posible encontrar un término que exprese exactamente el significado que al mismo se ha pretendido dar en español. La traducción quizás más aproximada del mismo sería la de *“General Practitioner in Health Psychology”* o la de *“General Health Psychological Practitioner”*, aunque sean tan extraños y bizarros como lo es el propio término español de *“Psicólogo General Sanitario”* para nosotros. Por esta razón, al traducir los términos al inglés nos hemos visto forzados a optar por la versión *“General Health Psychologist”* y *“Health Psychology”*, como los más aproximados al significado de los mismos en español, aun siendo conscientes de que su significado no es idéntico al que los legisladores españoles han pretendido darles al introducirlos en la nueva Ley. En igual sentido, los términos *“Health Psychologist”* y *“Clinical Psychologist”* son equivalentes a los de *“Psicólogo de la Salud”* y *“Psicólogo Clínico”*, y existen como campos profesionales aplicados de la Psicología, tanto fuera como dentro de nuestro país. Por ello, no se comprende que no se haya optado por utilizar estos mismos términos para denominar este ámbito de especialización en nuestro país, en lugar del inexistente y no homologable internacionalmente de *“Psicólogo General Sanitario”*.



nal de todos los psicólogos, sin importar su ámbito de trabajo, público o privado, en el que ejercían su actividad clínica. Aún recuerdo, en este sentido, las múltiples manifestaciones, con sus correspondientes pancartas, ante el Ministerio de Sanidad, lideradas por los representantes del COP, con la justa reivindicación de que la Psicología fuera reconocida como una profesión sanitaria y la de que a los psicólogos se les permitiera continuar ejerciendo su profesión como venían haciéndolo, sin aplicarles retroactivamente una ley tan injusta e injustificada como la LOPS (2003) que se acababa de aprobar por nuestros insignes políticos orientados por las propias instituciones médicas colegiales, al margen, incluso, de lo acontecido en el resto de los países de nuestro entorno europeo.

También cabe mencionar en este breve relato histórico que estamos esbozando el hecho de que los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, formados a través del Programa PIR, ya existían previamente desde el año 1998, mucho antes de que se aprobara la LOPS (2003), sin que hasta esa fecha hubiera surgido ningún conflicto de intereses entre estos y el resto de los psicólogos que ejercían su profesión como psicólogos clínicos en el ámbito público o en el privado. Pero es a partir de la aprobación de la LOPS cuando las cosas empiezan a cambiar y a surgir los actuales conflictos que han ido creciendo lentamente, planteados siempre unilateralmente por los Psicólogos Clínicos Especialistas PIR, al verse favorecidos por la LOPS (2003) respecto a los demás psicólogos, por el hecho de considerar erróneamente el propio Ministerio de Sanidad en ese momento que los licenciados en Psicología no eran sanitarios por el solo hecho de ser licenciados, al aplicar equivocada e ilegalmente con carácter retroactivo la mencionada LOPS, hecho que, como hemos justificado con amplitud anteriormente, el propio Ministerio de Sanidad se ha visto obligado a rectificar actualmente (*Ley 3/2014; BOE:28/03/2014*).

A este factor, ya de por sí conflictivo, vino a sumarse un nuevo hecho que aparentemente pudo complicar aun más las cosas, como lo fue el del cambio de actitud del propio COP que entonces pasó a aceptar sin oposición la propia LOPS que antes rechazaba, favoreciendo con ello al colectivo de psicólogos PIR y perjudicando al mismo tiempo, en alguna medida, aunque no lo hicieran intencionadamente ni fueran tan conscientes de ello, al resto de profesionales que no gozaban del privilegio de haber obtenido una plaza de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC), propia u homologada al PIR, y

que ejercían su actividad como psicólogos clínicos, principalmente en el ámbito privado.

También es preciso reconocer, en honor a la verdad, que nuestra organización colegial no ha dejado en todo este tiempo de insistir ante el Ministerio de Sanidad, a través de las múltiples y continuas gestiones realizadas ante el mismo, para obtener una solución para el extenso colectivo de los psicólogos clínicos privados no homologados, en el sentido de permitirles seguir ejerciendo como psicólogos sanitarios en el futuro. Y la reciente aprobación de la Ley 3/2014 es, sin duda, también en alguna medida una consecuencia de estas gestiones. Pero, al mismo tiempo, también es preciso señalar que quizás el COP no haya hecho en este tema todo lo que podría haber hecho, en el sentido de no haber mostrado una actitud más beligerante contra el Ministerio de Sanidad ante el flagrante allanamiento de los derechos de los psicólogos al privarles del legítimo derecho a seguir ejerciendo su profesión como psicólogos clínicos derivado de su condición de licenciados en Psicología, recurriendo incluso judicialmente, por ejemplo, contra la LOPS (2003), como han hecho, sin embargo, otras asociaciones profesionales privadas con menos poder y menos recursos económicos que el COP, como la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios (ANPCS) a la que, sin duda, se debe también en gran medida la reciente aprobación de la Ley 3/2014.

Y la pregunta que cabe hacerse, en este sentido, es la del porqué de este cambio de postura y de actitud por parte del COP. La respuesta a esta pregunta puede tener, a su vez, varias alternativas: 1) una puede ser la de la posible cesión ante la presión ejercida por la *Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR)* y otras asociaciones afines a su causa, como la *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)* y la *Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*; 2) y otra es la de haber asumido una auténtica identificación con la postura de los PIRs, convencidos sinceramente nuestros representantes en el COP de que la jerarquización, el superior estatus y los privilegios exclusivos propugnados por los PIRs respecto del resto de los psicólogos sanitarios, era lo más justo y conveniente para nuestra profesión. En cualquier caso, cabe afirmar que la función del COP no debería ser de ningún modo la de tomar partido por uno u otro grupo, sino la de defender a la totalidad del colectivo de psicólogos y, principalmente, al colectivo de los profesionales en situación más precaria y que no son, precisamente, los psicólogos PIR.



En resumen, la controversia o la paradoja a la que nos enfrentamos en este tema tiene que ver con el hecho de que el propio COP (y otras asociaciones afines al mismo en este tema) mantienen en la actualidad la contradicción de defender que los psicólogos (licenciados o graduados en Psicología) que realicen, además, los estudios de postgrado del Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) no estarían capacitados para ejercer plenamente como psicólogos clínicos, en igualdad de condiciones que los PIRes, a los que les estaría reservado en exclusividad, según ellos, el derecho a ejercer como tales, asignando a los Psicólogos Generales Sanitarios (PGS) el rol de mediadores o de casi meros auxiliares de los mismos; cuando, según la Ley 3/2014, recientemente aprobada, se establece que los actuales licenciados y graduados en Psicología (con un aparente menor nivel de formación que los futuros Psicólogos Generales Sanitarios) tienen el derecho inalienable de poder ejercer y continuar ejerciendo indefinidamente, como tales psicólogos clínicos y sanitarios.

PSICÓLOGO CLÍNICO Y PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO

Los que defienden la postura de distinguir e insistir en las posibles diferencias entre el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el Psicólogo General Sanitario (PGS) lo suelen hacer en base a argumentar en torno a las supuestas cuatro principales diferencias siguientes: 1) los distintos nombres asignados a las titulaciones alcanzadas por ambos programas de formación, el del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el del Psicólogo General Sanitario (PGS) en referencia a las curiosas distinciones que se pretenden establecer entre las dicotomías terminológicas siguientes: “*clínico versus sanitario*” y “*especialista versus generalista*”; 2) los supuestos contenidos formativos diferenciales de dichos programas; 3) las competencias y funciones supuestamente adscritas en la Ley a ambos profesionales o titulaciones PEPC y PGS; y 4) el contexto o el ámbito de trabajo en el que se espera que ambos profesionales puedan ejercer o desempeñar su actividad y sus funciones en el futuro: *público o privado*.

1. El nombre de la titulación alcanzada en ambos programas de formación: *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y Psicólogo General sanitario (PGS)*.

Lo primero que cabe decir a nivel global sobre estas supuestas diferencias entre ambas titulaciones es que las

mismas tienen que ver principalmente con una pura y simple “*cuestión nominalista*”, sobre la que se ha montado todo un argumentario ingenuamente articulado, aunque las posturas no estén exentas de intereses más o menos declarados por parte de los colectivos que defienden esas posturas. Estas controversias o dicotomías terminológicas se centran fundamentalmente en la distinción entre los términos “*clínico versus sanitario*” y “*especialista versus generalista*”.

1.1. La supuesta distinción entre las denominaciones: “*Psicólogo Clínico*” y “*Psicólogo Sanitario*”.

Si no fuera por las importantes repercusiones prácticas y profesionales que pueden derivarse del debate que aquí estamos abordando para la Psicología y para los muchos profesionales que la ejercen, me atrevería a tachar de monumental banalidad la ocurrencia que tuvieron los padres de la actual legislación al empeñarse en establecer injustificadamente la existencia de las dos titulaciones la del PEPC y la del PGS, principalmente en base al diferente nombre adscrito a una y otra. Y lo que es aún mucho peor, el empeño que han puesto después para tratar de justificar su primer disparate, recurriendo al subterfugio de tratar de encontrar alguna coartada lingüística sobre la que apoyar su injustificado error.

La primera prueba de lo que decimos se ve claramente en los diferentes adjetivos con que se pretenden distinguir y calificar artificialmente a uno y otro Psicólogo: el PEPC (PIR) y el PGS. Así, al Psicólogo con formación de postgrado vía PIR se le distingue o se le cualifica con el adjetivo de “*clínico*”, mientras que al Psicólogo formado a través del Master PGS de postgrado universitario se le adjudica un adjetivo intencionadamente inespecífico y supuestamente menos valioso, como el de “*sanitario*”. Y la cuestión que de inmediato se viene a la mente es la de qué significa en este contexto y que añade a la clarificación del debate que aquí estamos abordando el empleo de un término tan vago, tan genérico y tan irrelevante para la Psicología como el de *sanitario*, inexistente, para más oprobio, como calificativo de ningún campo aplicado o de especialización profesional de la Psicología en todo el mundo, por la sencilla y contundente razón de que la Psicología es considerada de modo generalizado una profesión sanitaria en el resto del mundo.

Efectivamente, el término “*sanitario*” es un calificativo genérico que denota simplemente relación con la sanidad o la salud, que son los sustantivos a los que con mayor frecuencia suele acompañar, pero también pue-



de y suele utilizarse como tal término genérico para calificar una interminable y variada cantidad de contextos y situaciones, incluyendo no solo el contexto sanitario, sino hasta el ámbito general de la higiene y la limpieza. Pero, en realidad, ambos términos: *clínico* y *sanitario*, son en gran medida equivalentes y sus significados afines, puesto que todo lo clínico es sanitario y viceversa. Y más difícil aún resulta la pretensión de establecer una cierta jerarquización entre ambos términos y las actividades que denotan, pudiendo incluso establecerse una jerarquización en sentido contrario al pretendido por los proponentes de esta distinción, puesto que el término sanitario puede ser considerado más amplio que el término clínico al que incluiría en su propio significado.

1.2. La pretendida y supuesta distinción entre “especialista” y “generalista”

Otra cuestión controvertida es la constante insistencia en que el psicólogo PEPC (PIR) es un “especialista” y que el otro psicólogo, el PGS, es un “generalista”. Véanse al respecto las continuas y sucesivas declaraciones del Presidente del Consejo General de la Psicología de España al respecto, en el órgano oficial de difusión del COP (*Infocop*, 2012, 2013, 2014). Y para justificar esta postura se alude únicamente al desafortunado nombre oficialmente utilizado por los Ministerios de Sanidad y Educación para referirse a las mismas, sin tomar en consideración los contenidos específicos de los programas de formación seguidos por ambos profesionales. En este sentido, cabe señalar lo desafortunado del nombre elegido de “Psicólogo General Sanitario”, no homologable con ninguna de las titulaciones de Psicología existentes en todo el mundo, y menos aún en Europa, gestado a la sombra de la Medicina, a imagen y semejanza de la arcaica figura del Médico General, aunque en la actualidad ni exista siquiera la figura del Médico General, que se ha convertido en el actual médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y para nada inspirado en el contexto internacional de la Psicología Clínica aplicada.

Pero por mucho que se insista en esta cuestión nominalista, los hechos no dejarán de ser lo que son y que el Psicólogo General Sanitario (PGS) sea un auténtico Psicólogo Clínico y especialista en la misma medida que el psicólogo PEPC formado vía PIR. Y para justificar esta afirmación puede bastar con observar los objetivos y las competencias a alcanzar y el plan de estudios seguido por los Programas de Formación de Postgrado de los

Masters de Psicología General Sanitaria, acreditados actualmente en nuestro país, similares a los anteriores *Masters Oficiales de Psicología clínica y de la Salud* de los que derivan, y cuyos contenidos, al igual que la metodología docente utilizada, son acordes con las directrices europeas reflejadas en los objetivos y las competencias exigidas a los psicólogos clínicos en Europa para garantizar su formación y competencia profesional y ser acreditados como tales por la *Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos* (EFPA: *European Federation of Psychologists’ Associations*) a través del Diploma o *Certificado Europeo de Psicología* (EuroPsy) expedido por la misma, que capacita y acredita para el ejercicio profesional de la Psicología Clínica en Europa, sin importar si se denomina clínica o sanitaria, términos que no son discriminativos, afortunadamente, en Europa, como algunos se empeñan en que lo sean en España y menos aún que se denomine con el término de *psicólogo general o generalista* ni a ellos ni a su Programa de formación de postgrado.

En cualquier caso, basta con observar el contenido específico de estos programas de formación de los Psicólogos Generales Sanitarios (PGS) para concluir que este contenido no es en absoluto generalista, sino de una auténtica especialización en Psicología Clínica y de la Salud de modo similar al seguido en la formación de los Psicólogos PIR, cuando se comparan ambos programas de formación entre sí, como puede observarse en la comparación más pormenorizada que efectuamos entre ambos programas de formación en el apartado siguiente.

Del mismo modo, también sorprende que en el Programa de Formación PIR en Psicología solo exista una única especialidad (la de Psicólogo Clínico) cuando en Medicina, por ejemplo, se incluyen hasta un total de 47 especialidades MIR. ¿Cómo es posible explicar que las aplicaciones prácticas y especializadas de la Psicología en el ámbito sanitario y de la salud solo den lugar a una única especialización? Y la posible respuesta quizás tenga que ver con que la formación del PIR, al igual que se argumenta por parte de los que defienden esa postura, pero en sentido contrario, para el caso del Psicólogo General Sanitario (PGS), o bien no constituye propiamente una especialización, sino una formación generalista, o su contenido formativo es tan especializado o propio de un especialista como lo es la del PGS.

En este mismo sentido, cabe recordar los argumentos, aparentemente muy acertados, esgrimidos por la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios



(ANPCS, 2012, 2013) en la misma línea de que no se puede propiamente considerar al PIR como un auténtico especialista, dada la disparidad y la formación en contenidos generales dispensada a estos psicólogos, sin apenas profundizar en ningún contenido específico o especializado, sugiriéndose en el propio programa de formación PIR la propuesta de distintos itinerarios o currículos futuros más especializados en temas o campos como las adicciones, los trastornos infantiles y adolescentes, la vejez, los trastornos y problemas sexuales y de pareja, y muchos más.

2. Los contenidos diferenciales de los programas de formación de los Psicólogos Internos Residentes (PIR) y del Psicólogo General sanitario (PGS)

Un argumento complementario, pero igualmente contundente, en contra de la distinción entre ambos programas de postgrado, en el sentido de una mayor o menor especialización entre los mismos, puede ser el de comparar los contenidos específicos impartidos en ambos programas de formación, el del PIR y el del Master de PGS, para poder observar así las posibles similitudes y diferencias contenidas entre los mismos. Con este propósito, incluimos a continuación los contenidos declarados en la Orden SAS/1620/2009 (BOE: 17/06/2009) por la que se aprobó y publicó el Programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (PIR), en el que se describen los distintos contenidos específicos de formación del Programa; y los contenidos del Programa de formación del Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) (Disposición adicional séptima de la Ley General de Salud Pública 33/2011).

Para establecer esta comparación y hacerlo del modo más práctico y operativo posible, utilizaremos a modo simplemente de ejemplo, el Programa de Formación del Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) de la propia Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), actualmente acreditado por la Agencia Nacional de Evaluación (ANECA), muy similar al del resto de las facultades de psicología que también lo tienen verificado en la actualidad, con una carga docente total de 90 ECTS (créditos europeos) equivalentes a 2.250 horas lectivas, de las cuales 750 horas son dedicadas a prácticas profesionales externas (30 ECTS) y 300 horas (12 ECTS) al desarrollo de un trabajo clínico aplicado de investigación (TFM) que ha de ser expuesto, defendido y valorado públicamente ante y por un Tribunal independiente. También puede ser pertinente señalar

al respecto que tanto los contenidos como la carga docente incluidos en el Programa de formación del Master PGS son reales y responden fielmente al contenido impartido en el mismo y no una mera declaración de intenciones o un programa teórico imaginario o ideal, como suele ser el caso con frecuencia en otros programas de formación. El contenido docente del Programa del Master PGS es, asimismo, impartido por un profesorado académicamente cualificado y especializado en los correspondientes contenidos que imparte.

Para la descripción del Programa de Formación PIR, utilizaremos el programa oficial y único existente para todo el estado español (Orden SAS/1620/2009) con una duración total de cuatro años y que incluye, además del contenido del programa teórico de formación, un programa de rotaciones por distintos servicios asistenciales, como la principal característica de la formación práctica del mismo. Sin embargo, cabe señalar que en el caso del contenido del Programa de formación PIR, no se especifica ni la cuantía de horas ni el número de créditos docentes dedicado a la impartición del contenido del programa en su conjunto, ni a cada uno de los contenidos específicos del Programa teórico de formación del mismo, señalándose tan solo que los mismos se impartirán a lo largo de los cuatro años del periodo total de la duración del PIR. Y otro tanto cabe decir respecto de los profesores que deben impartir los distintos contenidos docentes del Programa, sobre los que no se informa de la cualificación o la idoneidad científica ni profesional de los mismos para hacerlo, salvo en el caso del Tutor del alumno, para el que se indica que debería ser un PEPC, y la unidad o el servicio asistencial, normalmente de Psiquiatría, del centro hospitalario al que se encuentra adscrito el mismo.

Estos programas de formación del MPGS y del PIR pueden verse en la Tabla 1 y la Tabla 2, respectivamente, incluidas a continuación. Y como puede verse a través de esta comparación, sorprende, como ya comentamos anteriormente, que se denomine *especialista* al psicólogo PIR y no al PGS, cuando los contenidos de los programas de formación de ambos son realmente muy similares.

Como puede observarse, ambos programas de formación no sólo guardan muchas similitudes y equivalencias entre sí, sino que, además, también se observa, si cabe, una mayor generalidad de los contenidos en el Programa PIR, respecto del Programa del MPGS, pareciendo tratarse más bien de una revisión y ampliación del contenido de formación de la licenciatura y del grado que



una auténtica especialización, salvo en lo que respecta al tema o el apartado de las prácticas profesionales de ambos programas, donde sí que se observa una clara distinción y ventaja a favor del Programa PIR, mediante las rotaciones que incluye por distintos servicios asistenciales, mucho más variado y de una mayor duración temporal, tema en el que el Master de PGS es claramente deficiente y que debería ser ampliado en el futuro.

3. Las competencias y las funciones adscritas a ambos profesionales y titulaciones: el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) y el Psicólogo General Sanitario (PGS).

Al igual que en el caso de los contenidos de formación que acabamos de comentar, también se observa una gran coincidencia en relación con los objetivos y las competencias declaradas que se pretenden alcanzar, tanto generales como específicas, a través de la formación seguida por ambos programas el del PIR y el del MPGS, donde al compararlos observamos el considerable paralelismo entre los mismos, a pesar de la insistencia por parte de los defensores de las supuestas diferencias entre ambos y, sobre todo, de la superioridad del Programa PIR sobre el del Master de PGS. Aunque no incluimos aquí el listado de estos objetivos y competencias para no cargar demasiado este artículo, remitimos a las personas interesadas en esta constatación a las referencias bibliográficas mencionadas anteriormente sobre ambos tipos de programas. (*Orden SAS/1620/2009; BOE: 17/06/2009, sobre el Programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (PIR); y Orden Ministerial ECD/1070/2013; BOE: 14/06/2013, en el caso del Master de Psicología General Sanitaria*).

Respecto a este tema, también cabe señalar que el texto original del Real Decreto (LOPS, 2003) que define las funciones y competencias generales adscritas a ambos profesionales es verdaderamente confuso e inespecífico y un fiel reflejo del efecto de las influencias a que el Ministerio de Sanidad ha estado expuesto por parte de determinados grupos de presión existentes en Medicina y Psicología y al margen, por supuesto, de la opinión amplia y reiteradamente expresada por las Facultades de Psicología, a través de su máximo órgano de expresión de la Conferencia Estatal de Decanos de las mismas.

Y sobre el contenido y la redacción del texto oficial que define estas funciones (o, más bien, simplemente las menciona vagamente) lo único que cabe decir al respecto es

que crea más confusión de la que pretende evitar, observándose en el caso del Psicólogo General Sanitario (PGS) una excesiva preocupación por parte del legislador por la no utilización de determinados términos como los de: diagnóstico, trastorno, enfermedad, tratamiento, clínico o especialista, entre otros; proponiendo en su lugar como alternativos términos eufemísticos, pero, en realidad, equivalentes, como los de evaluación, intervención, pro-

TABLA 1
ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DEL MÁSTER DE PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (UAM)

MÓDULO 1: Fundamentos científicos y profesionales de la psicología sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fundamentos profesionales de la Psicología Sanitaria (3) (*) ✓ Bases científicas de la Psicología de la Salud (3)
MÓDULO 2: Evaluación, diagnóstico e intervención en Psicología de la Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación, diagnóstico e intervención con adultos (6) ✓ Evaluación diagnóstico e intervención con niños y adolescentes (3) ✓ Evaluación, diagnóstico e intervención con personas mayores (3) ✓ Psicología de la Salud. Fundamentos teóricos, evaluación e intervención (6) ✓ Metodología aplicada al ámbito de la Psicología General Sanitaria (3) ✓ Evaluación e intervención neuropsicológicas (3)
MÓDULO 3: Habilidades del psicólogo general sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilidades del Psicólogo General Sanitario (6)
MÓDULO 4: Materias optativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualización en terapias psicológicas ✓ Pareja, familia y sexualidad ✓ Psicología positiva y salud ✓ Trastornos neuropsicológicos en poblaciones clínicas ✓ Psicología sanitaria laboral ✓ Intervención en crisis, emergencias y catástrofes ✓ Prevención, detección e intervención en problemas de violencia y abuso ✓ Rehabilitación en Trastornos crónicos de salud ✓ Trastornos del neurodesarrollo ✓ Psicología sanitaria: Seminario
MÓDULO 5: Materias optativas orientadas a la realización del Doctorado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Métodos avanzados de investigación en Psicología Clínica y de la Salud ✓ Actualización en Psicología Clínica y de la Salud ✓ Actualización en Neurociencia y Psicología de la cognición, emoción y comportamiento
MÓDULO 6: Prácticas externas profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prácticas externas profesionales obligatorias realizadas en centros públicos y privados acreditados (30 ECTS = 750 horas)
MÓDULO 7: Trabajo Fin de Master	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajo Fin de Master (TFM) presentado y defendido públicamente ante el correspondiente Tribunal (12 ECTS = 200 horas)
(*) Nota: El número incluido dentro del paréntesis a continuación de cada apartado indica el número de Créditos ECTS dedicado a la impartición del contenido docente del mismo.	



TABLA 2
ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN
DEL PSICÓLOGO ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA (PIR)

4 CONTENIDOS BÁSICOS DE FORMACIÓN:

1. **Formación teórica general transversal** común con otras especialidades en ciencias de la salud a desarrollar durante los cuatro años de residencia.
2. **Formación teórica general en psicología clínica** a desarrollar durante los cuatro años de residencia.
3. **Contenidos clínico-asistenciales.** Rotaciones básicas y específicas vinculadas a los objetivos, actividades y conocimientos teóricos.
4. **Atención continuada.**

<p>1. FORMACIÓN TEÓRICA GENERAL TRANSVERSAL COMÚN CON OTRAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Bioética, ética asistencial y deontología profesional. ✓Organización y legislación sanitaria. ✓Gestión clínica. ✓Metodología de la Investigación
<p style="text-align: center;">2. FORMACIÓN TEÓRICA GENERAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: (El programa está enfocado a incrementar el conocimiento sobre los aspectos conceptuales, metodológicos y de investigación relacionados con los trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento)</p>	
<p>MÓDULO 1: Marcos conceptuales, legales e institucionales específicos de la Psicología Clínica:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓El código deontológico del Psicólogo. ✓Psicología Clínica Legal y Forense. ✓El proceso de la investigación científica en Psicología Clínica. ✓Valoración de la eficacia y la eficiencia de los tratamientos y los programas de evaluación, diagnóstico e intervención en Psicología Clínica.
<p>MÓDULO 2: Evaluación y Diagnóstico clínicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓La entrevista clínica y la exploración psicológica y psicopatológica. ✓La historia clínica. ✓Técnicas, estrategias y procedimientos de evaluación y diagnóstico psicológico. ✓El proceso diagnóstico en Psicología Clínica. ✓El informe clínico. ✓El informe pericial. ✓Criterios y sistemas de diagnóstico psicopatológico y de clasificación de las enfermedades y trastornos mentales. ✓Características especiales de la evaluación y el diagnóstico clínico de la población con discapacidad intelectual y trastorno mental. ✓Características especiales de la evaluación psicológica en población con enfermedades físicas. ✓Características especiales de la evaluación y el diagnóstico clínicos de población en riesgo de exclusión social.
<p>MÓDULO 3: Clínica de los trastornos y enfermedades mentales y del comportamiento:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Modelo bio-psico-social de la salud y la enfermedad. ✓Actualización en psicopatología de los procesos, funciones, y actividades mentales, emocionales, relacionales, y del comportamiento. ✓Diferencias entre los trastornos mentales y del comportamiento y las alteraciones transitorias y/o vinculadas a acontecimientos vitales específicos. ✓Condicionantes culturales, sociales, y epidemiológicos de los trastornos mentales, emocionales, cognitivos, del comportamiento y relacionales.
<p>MÓDULO 4: La Psicoterapia y los procedimientos de la intervención y tratamiento psicológicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Proceso terapéutico y habilidades psicoterapéuticas. ✓Habilidades y estrategias de comunicación. ✓Eficacia terapéutica y análisis de la eficacia diferencial de las terapias psicológicas. ✓La eficacia de los tratamientos psicológicos, los tratamientos farmacológicos y los tratamientos combinados. ✓Psicoterapia y procedimientos cognitivo-comportamentales de intervención y tratamiento psicológico. ✓Promoción de la salud mental. ✓Niveles de intervención en psicoterapia y otros procedimientos psicológicos de tratamiento: Individual; Grupal; Pareja y familia; Institucional; Comunitario. ✓Psicofarmacología
<p>INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Investigación en Psicología Clínica
<p>3. CONTENIDOS CLÍNICO-ASISTENCIALES: Programa de rotaciones básicas y específicas por distintos servicios y dispositivos asistenciales de Salud Mental Comunitaria, unidades de hospitalización y unidades de rehabilitación:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria. ✓Atención Primaria. ✓Adicciones. ✓Rehabilitación. ✓Hospitalización y urgencias. ✓Psicología clínica de la salud. Interconsulta y enlace. ✓Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia. ✓Programas para el desarrollo de Áreas de Formación Específica. ✓Rotación de libre disposición.



blemas de comportamiento, investigación o mejora del estado de salud, en la definición de las funciones propias del Psicólogo General Sanitario (PGS) con la obsesiva preocupación de evitar el solaparse o entrar en competencia con las funciones adscritas a los PIR, y por evitar el hipotético intrusismo que tan contumazmente están preocupados por preservar, aunque sin conseguirlo en absoluto. Obsérvense, si no, las peculiaridades a las que hacemos mención en la definición de estas funciones en el documento oficial aprobado sobre la profesión del Psicólogo General sanitario (PGS) en la consabida *Disposición adicional séptima* de la *Ley General de Salud Pública 33/2011*, donde se dice literalmente que al Psicólogo General Sanitario (PGS) corresponde:

"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 del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios".

Y compárese esta definición con las funciones atribuidas al Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, formado vía PIR, en la *Orden SAS/1620/2009* (BOE:17/06/2009), por la que se aprobó el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica, en la que literalmente se dice que:

"La Psicología Clínica es una especialidad sanitaria de la Psicología que se ocupa de los procesos y fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos..... (y su campo de acción) abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas, desde una concepción integral y multi-determinada de la salud y enfermedad humanas. Para ello se vale de procedimientos de investigación científica contrastados y contrastables".

Pero, con independencia de lo que diga el texto de la Ley, o lo que interpreten algunos que dice la misma, los Psicólogos Sanitarios (PIR o PGS) no dejarán de ejercer su profesión utilizando las técnicas, la metodología y las funciones de evaluación, diagnóstico, explicación, trata-

miento y prevención que les son propios y que han aprendido a lo largo de su formación de Grado y de Postgrado, como lo han venido haciendo los psicólogos españoles hasta la actualidad, al igual que los demás psicólogos clínicos y de la salud en todo el mundo.

Una muestra realmente contumaz y paradójica del empeño de algunos por mantener a ultranza estas diferencias es el reciente recurso contencioso-administrativo presentado por la Asociación ANPIR contra los Ministerios de Educación y de Sanidad, y contra el Master de Psicología General Sanitaria (MPGS) y el propio título de Psicólogo General Sanitario (PGS) en base, precisamente, a estos dislates terminológicos, referentes a las supuestas diferencias entre "diagnóstico y evaluación" y "tratamiento e intervención"; emulando exactamente los mismos argumentos utilizados por los psiquiatras (Asociación Española de Psiquiatría) en el Recurso contencioso-administrativo interpuesto en 1998 contra la implantación del propio Programa PIR y contra la figura, precisamente, del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC). En este sentido, resulta realmente paradójico que sean ahora los propios PIR los que ejerzan el papel de psiquiatras en su recurso contra los PGS, como aquellos hicieron contra ellos en el pasado y con los mismos argumentos, aunque felizmente sin lograrlo en aquel caso, entre otras cosas, porque varios de nosotros los defendimos, ejerciendo como peritos en el proceso judicial en calidad de catedráticos de Psicología Clínica conjuntamente con el propio COP, al igual que esperamos que ocurra con mucha más razón en el recurso actual. Como expresa el dicho clásico: *"los que no recuerdan y aprenden de la historia, corren el riesgo de repetir sus errores"*.

En este sentido, un hecho realmente esperanzador y significativo para poder zanjar definitivamente esta polémica lo constituye el reciente y contundente informe remitido el 20/05/2014 por la Abogada del Estado a la Audiencia Nacional en respuesta al mencionado Recurso contencioso-administrativo de la Asociación ANPIR contra el MPGS y el PGS (Procedimiento Ordinario Nº 361/2013) en cuyas conclusiones se dice literalmente lo siguiente:

"En resumen, del examen de la disposición adicional a la Ley 33/2011 resulta acreditado que, en la regulación actual, no se establece unas actividades exclusivas de los Psicólogos Clínicos, la única exclusividad que hay es la de prestar sus servicios en el Sistema Nacional de Salud o centros concertados".



“Sentado lo anterior, debe concluirse que el Psicólogo General Sanitario puede, en el ámbito de la actividad que le es propia, realizar diagnósticos, tratar trastornos y enfermedades del comportamiento o mentales (entre otras las recogidas en el epígrafe “Prácticas externas” punto 4, relativas a adicciones, terapias de pareja, etc., cuya supresión se pide en el Suplico de la demanda) y tener pacientes (ya que la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente los define como la persona que recibe asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud, lo que es también predicable en el caso que nos ocupa) razón por la que, a juicio de esta representación, no pueden prosperar ninguna de las modificaciones solicitadas en el Suplico de la demanda. Por las razones expuestas, tampoco hay razones para que las prácticas no puedan ser realizadas en Centros del Sistema Nacional de Salud”

4. El ámbito o el contexto de trabajo de los PIR y los PGS: ¿Público o privado?

Otra curiosa controversia o confusión también suscitada en torno a este tema es la del ámbito o el contexto en el que se postula o se supone que deben ejercer sus funciones profesionales ambos tipos de psicólogos sanitarios: el PIR y el PGS; asociados a los términos *público* y *privado*. En este sentido, se argumenta que el PGS sólo podría ejercer su actividad en el ámbito *privado*, reservándose en exclusividad para los psicólogos PIR el ámbito *público* dependiente del Sistema Nacional de Salud o de centros concertados con este. A este respecto, cabe señalar la confusión o el error observado de inmediato en esta argumentación, al hacer sinónimo o equivalente el término *público* con el de *estatal* o el propio del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, complementariamente, considerar que todo lo que no se engloba o se relaciona directamente con el SNS es, por definición, no público o privado, cometiéndose el error de utilizar ambos términos, público y estatal, como similares o equivalentes.

Pero, como es obvio, el universo que incluye el ámbito público es mucho más extenso que el propio del ámbito estatal o del SNS, no estando reservada en exclusividad al Sistema Nacional de Salud (SNS) la actividad social, comunitaria o pública que pueden realizar los psicólogos,

por mucho que en el contexto sanitario español ambos términos, público y SNS, coincidan considerablemente, aunque cabe temer que las cosas pueden llegar a no ser así si continúan las actuales políticas privatizadoras de los partidos que nos gobiernan.

Abundando en este argumento, cabe también afirmar, ateniéndonos estrictamente a lo especificado en la Ley, que el Psicólogo General Sanitario (PGS) no solo puede ejercer su actividad en el ámbito privado, sino que también lo puede hacer en el ámbito público, siempre que esa actividad no esté incluida en el Sistema Nacional de Salud, como pueden ser los ámbitos municipal o autonómico, asociaciones de distintos tipos, ONGs, hospitales privados no concertados, entre muchos otros. Y, por supuesto, pueden ejercer su actividad profesional en otros contextos más específicos, como las consultas o los gabinetes privados, que suele ser el principal campo aplicado en el que la ejercen en la actualidad en nuestro país.

También cabe señalar que esto es lo que suele ocurrir en los demás países europeos de nuestro entorno en los que el título de Psicólogo Clínico o equivalente está regulado, donde los *psicólogos acreditados* como psicólogos clínicos suelen seguir un Programa de formación universitario de Master o de postgrado similar en su contenido a nuestro Master PGS, que les permite ejercer como tales psicólogos clínicos, aunque pueden denominarse simplemente *psicólogos acreditados* (no generalistas, como interesadamente dicen algunos) para ejercer como tales, de tres años de duración, de los cuales al menos uno suele ser de práctica clínica profesional tutorizada, hasta completar en su conjunto un tiempo total de unos seis años: tres años de Grado (*Bachelor*) más otros tres años de formación de master o de postgrado. Asimismo, también cabe mencionar que los psicólogos clínicos así formados pueden alcanzar en el caso de algunos países europeos, el grado complementario de Doctor, además del de Psicólogo Clínico, como parte de su programa de formación o de especialización y en algunos países, como el Reino Unido, es necesario completar el programa de formación universitario de doctorado y alcanzar el grado de Doctor para poder ejercer y utilizar el título de Psicólogo Clínico.

LA CUESTIÓN DE LA PROPUESTA DEL ESTABLECIMIENTO DE UN ITINERARIO DOCENTE OBLIGATORIO ENTRE EL “GRADO – MPGS – PIR”

Otro tema de controversia, en el que la asociación AN-PIR y nuestro propio COP están también realmente em-



pecinados, es el que tiene que ver con la propuesta de la posible exigencia futura de tener que realizar obligatoriamente el Master de PGS después del Grado para poder acceder al Programa de formación PIR y a la titulación de PEPC, y no mantener, como existe ahora, la posibilidad de acceder al PIR directamente desde los estudios del Grado en Psicología.

Las principales razones esgrimidas por los defensores de esta postura son en gran medida las mismas que venimos comentando a lo largo de este artículo y que, en síntesis, pueden resumirse en las cuatro siguientes: 1) los estudios del Programa PIR para obtener el título de PEPC son de una mayor duración temporal que los del Master para alcanzar el título de PGS (4 años el PIR versus 2 años el MPGS); 2) esta distinta duración temporal entre ambas titulaciones implica un nivel de especialización diferente entre las mismas: *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC)* y *Psicólogo General Sanitario (PGS)*; y por ello debería establecerse una jerarquización entre ambas a favor del PEPC (que sería el psicólogo clínico especialista pleno) y una serie de limitaciones para el ejercicio de la psicología clínica-sanitaria por parte de los PGS, tanto en sus funciones como en el ámbito en el que pueden ejercerlas, respecto del PEPC, al que se encontrarían subordinados; 3) Estas diferencias estarían igualmente avaladas por el diferente nombre asignado por ley a ambos tipos de psicólogos sanitarios, especialmente en referencia a los términos *clínico* y *especialista* incluidos en el caso del nombre o del título del *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica*, a diferencia del *Psicólogo General Sanitario*, al que se le adscriben, en su lugar, los términos más inespecíficos de *general* y *sanitario*; 4) por estas razones se concluye que tanto la formación como la titulación obtenida por el PGS son de un nivel o una categoría inferior a los del PEPC y que por ello el PGS no está adecuadamente preparado para ejercer la mayoría de las actividades y funciones profesionales del PEPC, y en consecuencia se propone que la realización del Master PGS sea una condición previa y obligatoria para acceder a la titulación del PEPC, ampliándose la duración temporal del periodo de formación de un psicólogo clínico PEPC de los 8 años actuales (Grado + PIR) a un total de 10 años (Grado + MPGS + PIR), claramente desproporcionado según los estándares de formación especializada de los psicólogos en toda Europa.

Estos argumentos o razones utilizadas para defender la necesidad de establecer una jerarquización, un estatus diferencial y unas competencias y funciones igualmente

diferenciales entre los PEPC y los PGS pueden ser rebatidas brevemente, como hemos justificado con mucha mayor extensión anteriormente (Carrobles, 2012, 2013 y 2014) en base a los siguientes hechos y razones:

1. La duración temporal de ambos programas de formación aunque constituye, sin duda, un criterio a tomar en consideración, el mismo es realmente pobre para establecer la diferenciación entre ambos psicólogos, siendo mucho más relevante tomar en consideración el contenido específico de los mismos. Y cuando se realiza esta comparación se observa una gran similitud entre ambos y un contenido igualmente especializado entre los mismos, no justificándose por ello la pretensión de limitar las funciones del PGS, la de su subordinación al PEPC y la de no ser considerado un auténtico psicólogo clínico.
2. El argumento de las diferentes etiquetas verbales o nominales utilizadas legalmente para designar a ambos tipos de psicólogos sanitarios, con la pretensión de calificar y delimitar las funciones y competencias de los mismos ("*generalista* versus *especialista*" y "*clínico* versus *sanitario*") carece realmente de sentido científico o profesional, como hemos justificado anteriormente, no constituyendo otra cosa que meras falacias o dicotomías lingüísticas creadas artificialmente para tratar de justificar la artificial jerarquización que se pretende establecer entre los PEPC y los PGS.
3. Los datos analizados nos permiten concluir que el nivel de formación alcanzado por el PGS, a través de los estudios del Master universitario de PGS, es adecuado y suficiente para ejercer todas las funciones propias de un psicólogo clínico, de modo similar al PEPC, con independencia de que la mayor duración del periodo de formación y el mayor nivel de cualificación alcanzado por el PEPC pueda conllevar otros méritos curriculares o beneficios profesionales añadidos para los mismos.
4. Por todo ello, rechazamos la propuesta de la Asociación ANPIR y del COP del establecimiento de la jerarquización y del itinerario gradual de formación propuesto entre el Grado el MPGS y el PIR, con 10 años de duración, y en su lugar defendemos la actual vía del acceso directo desde el Grado a los dos programas de formación de posgrado existentes, el PIR y el MPGS, por ser el más parsimonioso y el más homologable y acorde con los programas de formación de los psicólogos clínicos especialistas en la mayoría de los países europeos y del mundo.



CONCLUSIONES

Como conclusión, proponemos el mantenimiento de las dos figuras de psicólogos sanitarios actualmente existentes: el PEPC y el PGS, con itinerarios y tiempos de formación distintos, pero con una clara autonomía e independencia profesional entre las mismas y con todas las credenciales para ejercer ambos plenamente las funciones de un psicólogo clínico, aunque según las leyes actualmente vigentes, el ejercicio de la profesión del psicólogo clínico en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS) este reservado en la actualidad exclusivamente para los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC), aunque podría no ser necesariamente así en el futuro.

La inclusión de los PEPC en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS) especialmente en el servicio de salud mental o psiquiatría, puede ser vista como positiva e incluso como coherente por la inversión y la supervisión que el propio estado aporta en la formación de los PEPC a través del Programa PIR, de igual manera que lo hace con otras profesiones sanitarias: médicos, enfermeros, farmacéuticos, etc. Pero lo que resulta a todas luces incomprensible, al menos en el caso de la formación de los psicólogos clínicos, es la situación actualmente existente en nuestro país donde el número de plazas PIR convocadas anualmente (127 en el año 2014) es verdaderamente insignificante dadas las necesidades de atención psicológica existentes en nuestro país, con unas tasas de trastornos mentales o del comportamiento próximas al 40 por ciento, según los estudios más recientes existentes al respecto (Gili et al., 2012; Wittchen et al., 2011) y la carencia de psicólogos clínicos en centros públicos que los puedan atender, cifrada en un déficit de alrededor del 76 % respecto de la media de ocupación de los psicólogos clínicos en los países europeos, según un reciente estudio de la OMS (2005). Calculándose en alrededor de unos 8.000 la carencia o la necesidad actual de Psicólogos Clínicos Especialistas en el Sistema Nacional de Salud español. ¿Cómo explicar, a este respecto, que el estado que invierte en formar especialistas en Psicología Clínica bien cualificados, no se ocupe paralelamente de contratarlos o emplearlos dentro del propio SNS una vez concluida esa formación, como suele ocurrir en las demás profesiones sanitarias con programas de formación residenciales en mucha mayor proporción que en el caso de la Psicología?

Esta situación de precariedad laboral que también sufren los psicólogos clínicos PIR al finalizar su programa

de formación de cuatro años al que accedieron después de superar una dura oposición para obtener una de las escasas plazas convocadas, puede explicar también en gran medida la actitud negativa y la beligerancia mostrada por la asociación ANPIR contra la nueva figura de los PGS, formados por la universidad a través del Master PGS, al verlos erróneamente como rivales en el precario mercado de trabajo existente al que pueden verse empujados, aunque sea en el ámbito privado, ante la imposibilidad de encontrar la oportunidad que debería corresponderles en el ámbito público del SNS, reservado para ellos en exclusividad.

Sin embargo, por muy comprensible que nos pueda resultar la propia situación de inseguridad laboral por la que ellos también están pasando, es preciso recordarles que su enemigo real no son, ni deberían ser, los PGS que a la postre se encuentran en una situación mucho más precaria que la suya, sino el estado que no les ofrece la oportunidad de devolver al mismo estado el favor o la prebenda que les ha proporcionado al financiar técnica y económicamente su formación a través del programa PIR, empleándoles posteriormente para prestar su servicio en el propio SNS. En este sentido, mi propuesta es la de unir fuerzas y constituir un frente común entre el COP, las universidades, las asociaciones científicas y profesionales y todo el conjunto de la profesión de la Psicología de nuestro país para exigir al Ministerio de Sanidad la convocatoria urgente de plazas de psicólogos clínicos y sanitarios en los centros públicos de salud y los hospitales de todo el país con el fin de paliar el enorme sufrimiento y el elevado coste económico que los trastornos mentales están causando en la actualidad en nuestro país.

En cualquier caso, es necesario insistir en la aparente conveniencia de la existencia de ambos tipos de psicólogos clínicos sanitarios, el PEPC y el PGS, sobre todo si concedemos prioridad a la necesidad de ayuda clínica y psicológica de una parte muy importante de la población española y que dejemos de lado nuestras propias diferencias e intereses, por muy comprensibles y dignos que nos puedan parecer, y que, como decimos, necesitan de ambos tipos de psicólogos y, siendo realistas, los que con más probabilidad pueden a corto plazo contribuir en mayor medida a la solución de este problema son los PGS, dada la posibilidad de formación de un mayor contingente de los mismos por parte de las facultades de psicología, en comparación con la previsión de la convocatoria de plazas PIR por parte del Ministerio de



Sanidad. En este sentido, la previsión de la convocatoria de plazas para cursar el Master PGS en las 19 facultades de psicología actualmente acreditadas por la ANECA, para el curso 2014-2015, será de unas 1.500 plazas, cuyo número se irá incrementando en años sucesivos a medida que las demás facultades, de las 47 existentes en España que lo deseen, vayan obteniendo previsiblemente la correspondiente acreditación o verificación.

Sin embargo, dada la distinción que antes establecíamos entre el ámbito de lo público y del ámbito estatal o del Sistema Nacional de Salud (SNS), también es razonable plantear la inclusión laboral de los PGS en los centros de salud, asociados principalmente a los servicios de atención primaria no especializada, donde se atiende a pacientes con diferentes problemas médicos de salud, afectados conjuntamente de problemas psicológicos, que no requieren de una atención especializada por parte de los PEPC, ubicados en los servicios o unidades de salud mental o psiquiatría. Una medida como esta redundaría en una multitud de beneficios y ventajas, no sólo para mejorar el empleo del colectivo de los psicólogos PEPC y PGS, que en un estudio realizado en España por la Asociación SEPCyS (2011) se calcula que podría emplear a unos 20.000 psicólogos, sino en el estado de salud general de la población española, especialmente en ese casi 40% que actualmente se encuentra afectado de problemas o trastornos clínicos, y con unos beneficios económicos asociados muy considerables para el Sistema Sanitario español si se toma como referencia, lo ocurrido en otros países de nuestro entorno, como el caso del Reino Unido, donde el estudio denominado *“Mejorando el acceso a las terapias psicológicas”* (*Improving Access to Psychological Therapies*; Clark et al., 2009; *National Health Service*, 2013; Richards y Borglin, 2011) coordinado por el Servicio Nacional de Salud (NHS) inglés, y con una inversión de cientos de millones de euros, está constituyendo un indiscutible éxito económico y social y que, como ya hemos mencionado en otro lugar (Carrobles, 2014) puede ser tomado como un referente de la psicología sanitaria profesional y de la extensión de las aplicaciones de las terapias psicológicas cognitivo-conductuales de eficacia probada, a distintos tipos de problemas o trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión, y que en la actualidad está siendo extendido a otros ámbitos y problemas clínicos de la población general.

A propósito de este prometedor campo aplicado de la Psicología en los centros o las consultas de Atención Primaria de los Centros de Salud y a la férrea oposición que la Asociación ANPIR y algunas otras de las anteriormente mencionadas asociaciones afines a su causa mantienen respecto a la posibilidad de que los futuros psicólogos PGS pueden ejercer su actividad clínico-sanitaria en los Centros de Salud, viene a cuento mencionar lo que parece estar empezando a ocurrir en los mismos actualmente en nuestro país, donde otros profesionales mucho menos cualificados para tratar estos problemas, como las enfermeras y los propios médicos, están asumiendo esta actividad en lugar de los psicólogos sanitarios que son los profesionales cualificados que deberían ser los requeridos para hacerlo. Como demostración del hecho que comentamos, incluimos a continuación la cita literal de la nota de prensa de la *Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana* (2014), anunciando la puesta en marcha en el Hospital General de Valencia de un Programa de intervención por parte de los equipos de atención primaria para los pacientes con Depresión Mayor. Como puede verse, el texto de la nota de prensa que lo anuncia es perfectamente explícito y no merece ninguna aclaración complementaria y simplemente cabe añadir que este puede ser el futuro que cabe esperar para la psicología clínico-sanitaria en nuestro país si algunos se empeñan en continuar dificultando el trabajo de forma generalizada de todos los psicólogos sanitarios en el ámbito extenso de los problemas clínicos y de salud sin importar si el contexto o el ámbito en el que se manifiestan los mismos es patrimonio exclusivo de un determinado profesional.

Nota de prensa anunciando el Programa: *“El Departamento de salud Valencia-Hospital General ha puesto en marcha un novedoso programa médico para la mejora de la detección y precisión diagnóstica de las depresiones mayores en las consultas de Atención Primaria. Este programa, que se implanta por primera vez en la Comunidad Valenciana, tiene un marcado carácter colaborativo, ya que la base de su funcionamiento son los equipos voluntarios de médicos y enfermeros de primaria y de salud mental.*

Características del programa: *Cuando el médico de atención primaria detecta que un paciente tiene una depresión, le da al paciente un cuestionario que el mismo cumplimenta. De este modo se confirma si tiene o no una depresión. En caso afirmativo el médico deriva al*



paciente a la consulta de la enfermera de Atención Primaria para que realice una intervención reglada sobre el paciente, consistente en terapias de activación y/o de resolución de problemas”.

A pesar de situaciones como esta, y el sombrío futuro que anuncian para la Psicología y la propia sociedad española, algunos, como la Asociación ANPIR, continúan insistiendo y hasta recurriendo judicialmente contra la propia existencia del PGS y contra la posibilidad de que puedan ejercer funciones de psicólogos clínicos de igual modo que los PEPC, cuando en caso de no ejercerlas, serán otros profesionales menos cualificados quienes nos suplanten y las ejerzan, aunque esto no parece conmovérles ni hacerles entrar en razón.

REFERENCIAS

- Asociación Española de Neuropsiquiatría: AEN (2005). *El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España*. Estudio elaborado con datos referidos al año 2003 incluidos en el Proyecto Atlas-2005 de la OMS. La media europea se ha calculado con los datos de 40 países.
- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios: ANPCS (2012). Declaración de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios sobre la situación actual de la Psicología en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Web ANPCS: Asociación nacional de psicólogos clínicos y sanitarios: asociacion.anpc@gmail.com.
- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Sanitarios: ANPCS (2013). Petición formulada ante el Ministerio de la Presidencia, el Ministerio de Sanidad, y el Ministerio de Educación para que se promulgue un Real Decreto de acceso transitorio al Título de Psicólogo General Sanitario que preserve los derechos adquiridos por los Licenciados en Psicología. Web ANPCS: Asociación nacional psicólogos clínicos: asociacion.anpc@gmail.com.
- Carrobbles, J. A. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Carrobbles, J. A. (2013). Psicólogo Clínico (PIR) y Psicólogo General Sanitario, todos somos necesarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 201-214.
- Carrobbles, J. A. (2014). La Psicología Sanitaria: identidad y profesión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, Vol. 22, Nº 1, 2014, pp. 159-171.
- Clark, D.R., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920.
- Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana (2014). <http://blog.general-valencia.san.gva.es/2014/04/el-hospital-general-implanta-un-programa-de-atencion-para-los-pacientes-con-depresion/>.
- Infocop (2008). La salud mental está desatendida en España. *Infocoponline*. Recuperado el 25.09.2008.
- Infocop (2011). Uno de cada tres europeos presenta un problema de salud mental. *Infocoponline*. Recuperado el 10.10.2011.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*.
- National Health Service (2013). *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*. Recuperado el 10 de octubre de 2013, desde <http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/>.
- Richards, D. A. y Borglin, G. (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 133, 51-60.
- SEPCyS: Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud- Siglo XXI (2011). *Comunicado sobre la aprobación del Título de Psicólogo General Sanitario*. Recuperado el 12 de diciembre de 2011, desde <http://www.sepcys.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=10&cntnt01origid=15&cntnt01returnid=64>.
- Tribunal Supremo (2002). *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 49/1999, interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el Real Decreto 2490/98*. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta (10 de octubre).
- Wittchen, H. -U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., Van Ost, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. y Steinhausen, H. -C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.