

SOBRE EL FUTURO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA/SANITARIA EN ESPAÑA: CONTROVERSIAS Y VÍAS DE INTEGRACIÓN

José Antonio Carrobles
Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

La situación creada en el ámbito aplicado de la Psicología Clínica en España, con el errático intento de regularla por parte de los Ministerios de Sanidad y de Educación, a través de la creación de dos figuras paralelas de profesionales sanitarios: el *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica* (PEPC) y el *Psicólogo General sanitario* (PGS) al margen del proceso de regulación de las propias Facultades de Psicología, impuesto por la necesidad de convergencia e integración en el Espacio Europeo de Educación Superior, ha dado lugar a una situación confusa y plagada de dificultades y controversias a las que nos vemos obligados a dar respuesta en la actualidad. En nuestro artículo analizamos y tratamos de encontrar soluciones para algunas de estas controversias, entre las que se encuentran las siguientes: Psicología Clínica *versus* Psicología Sanitaria, habilidades y competencias del PGS y del PEPC, la Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud, los estudios del Grado en Psicología, la posible y necesaria integración entre el PGS y el PEPC, entre otros.

PALABRAS CLAVE: Psicología Clínica, Psicología Sanitaria, Atención Primaria de Salud, Grado y Posgrado en Psicología, controversias, vías de integración.

Abstract

The strange situation created in the applied field of Clinical Psychology in Spain, with the erratic attempt to adjust it by the Ministries of Health and Education, have given rise to two parallel figures of health professionals, the Specialist Psychologist in Clinical Psychology (PEPC) and the General Health Psychologist (PGS). Additionally, the process of regulation of the own Faculties of Psychology, imposed by the need for convergence and integration in the European Higher Education Area, has led to a confusing situation which faces numerous difficulties and controversies to which we are forced to respond today. In our article we analyze and try to find solutions to some of these controversies, such as Clinical Psychology *versus* Health Psychology, skills and competencies of the PGS and the PEPC, Clinical Psychology in Primary Health Care, the studies of the Degree in Psychology, and the possible and necessary integration between the PGS and the PEPC.

KEY WORDS: Clinical Psychology, General Health Psychology, Primary Health Care, Degree and Post-Graduate Degree in Psychology, controversies, ways of integration.

Introducción

Al reflexionar sobre la situación que actualmente está viviendo la Psicología en España y tratar de imaginar cómo puede llegar a ser su futuro, o mejor, como pensamos que debería ser este futuro, lo primero que nos hemos vuelto a encontrar ha sido con la existencia de un nuevo artículo en trámites de publicación sobre el ya rancio debate del supuesto conflicto de competencias entre los dos tipos de Psicólogos Clínico/Sanitario, el PEPC y el PGS, y por los mismos autores del habitual grupo de Psicólogos vinculados con la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR): Fernández-García, Sánchez-Reales, Prado-Abril, Carreras, Gimeno-Peón y Bermúdez-Míguez (2017), titulado: *“Nuevas controversias en Psicología Sanitaria: un análisis libre de ruido”*. Y lo primero que llama la atención al leer este nuevo artículo es el curioso y paradójico título del mismo, en el que se sugiere un *“análisis libre de ruido”* sobre la supuesta polémica existente en el ámbito de la Psicología Sanitaria, comenzando y finalizando el artículo con un gran número de descalificaciones hacia todo lo que según ellos puede amenazar su privilegiado estatus de PEPC (PIR): el Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS), el Psicólogo General Sanitario (PGS), las Facultades de Psicología, la Audiencia Nacional, que no ha sentenciado como ellos esperaban, y hasta el propio Colegio Oficial de Psicólogos (COP), su principal valedor hasta ahora, que según ellos les ha traicionado.

Otro dato que también llama la atención de inmediato al leer el artículo es el de que la mayoría de sus argumentos giran en torno a unas cuestiones o controversias, como ellos las denominan, en gran parte ficticias y creadas por ellos mismos. Este es el caso, por ejemplo, de los siguientes argumentos: la mera existencia del PGS choca y supone un gran agravio para el PEPC; las competencias y la propia actividad profesional del PGS rivalizan con las del PEPC y pueden afectar y limitar la categoría o el estatus (especialmente económico) de éste no sólo dentro del Sistema Nacional de Salud, sino hasta dentro del ámbito privado o social en general; la propia identidad de la Psicología Clínica encarnada, según ellos, por los PIR, puede verse afectada afectada (Prado Abril, Sánchez-Reales y Aldaz Armendáriz, 2014); la creación del PEPC formado vía PIR es, también para ellos, el más importante acontecimiento histórico acaecido a la Psicología española y todo lo que afecte a su prestigio o a su estatus acarreará un gran infortunio para ella (Sánchez-Reales, Prado Abril y Aldaz Armendáriz, 2013).

De todas estas supuestas controversias, los autores derivan y pintan un panorama sombrío y desolador, señalando toda una serie de supuestos peligros e infortunios que estamos condenados sin remedio a padecer si no aceptamos su inflexible y reiterada propuesta de asumir que Psicólogo Clínico propiamente dicho no hay más que uno, el PEPC formado a través del Programa PIR, que es el único merecedor genuinamente de ese nombre. Por contra, las demás figuras de Psicólogos Clínico/Sanitarios, como la del PGS, no son otra cosa que meros Psicólogos Sanitarios, y no propiamente clínicos, a los que aplican etiquetas que desvalorizan su actividad, como la de generalistas, polivalentes, meros sanitarios, de gabinetes privados, etc.

Respondiendo de modo más específico a las principales cuestiones o

controversias planteadas en el artículo, la primera y la más importante para los autores es la que ellos denominan "*confusión competencial entre el Psicólogo General Sanitario (PGS) y el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC)*". Para justificar su afirmación recurren una y otra vez a la falacia de afirmar que las competencias profesionales atribuidas en la Ley (Orden SAS/1620/2009; y Orden ECD/1070/2013) a ambos tipos de psicólogos sanitarios son diferentes, afirmando, sesgada e interesadamente, que unas son inferiores a las otras. Pero la realidad es claramente diferente, tanto por los contenidos de los programas de formación seguidos por ambos tipos de psicólogos sanitarios (PEPC y PGS), como ya hemos mostrado ampliamente en varias publicaciones anteriores (Carrobes, 2012, 2013, 2014, 2015), como por la reciente corroboración de la Sentencia de la Audiencia Nacional (Resolución: 372/2016) sobre el recurso jurídico interpuesto, precisamente, por la Asociación ANPIR, contra la Orden Ministerial ECD/1070/2013, sobre la regulación del título universitario oficial del Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS), que habilita para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario (PGS), que ha *desestimado la demanda presentada por ANPIR*, manifestando como ajustada a la Ley la Orden Ministerial impugnada, que regula la formación y la adquisición de las competencias necesarias para poder ejercer la profesión de Psicólogo General Sanitario; afirmando taxativamente que la única diferencia establecida por la Ley entre las dos figuras de psicólogos sanitarios (PEPC y PGS) es la de que los PEPC (PIR) tienen reservado el ejercicio como Psicólogos Clínicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), pero no en el ámbito privado o público, cuando éste no tiene una relación directa o concertada con el SNS. La otra conclusión fundamental derivada de la Sentencia es la de afirmar que las Facultades de Psicología están perfectamente cualificadas y legalmente autorizadas para formar a los PGS en los contenidos y las competencias establecidas en sus programas de formación *profesionalizantes* propios de los MPGS, regulados y aprobados por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (Orden ECD/1070/2013). Y, obviamente, como no puede ser de otro modo, habilitados para la aplicación de estos conocimientos, habilidades y competencias en su actividad profesional como PGS, en distintos contextos, salvo en el del SNS, que es el único reservado según la Ley para los PEPC (PIR).

Respecto de esta supuesta controversia sobre las competencias de ambos tipos de psicólogos sanitarios, también resulta curiosa la dura crítica que el grupo de Psicólogos PIR dedica al propio COP por no sumarse a la interpretación sesgada de la Sentencia de la Audiencia Nacional de 2016 que ellos realizan, a pesar de que el COP ha sido uno de los principales valedores de la postura de los PIR hasta la aparición de la Sentencia de la Audiencia Nacional (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos [CGCOP], 2012; CGCOP, 2014). Efectivamente, el CGCOP (2016a) parece haber modificado muy acertadamente su postura a la luz del análisis de los términos de la Sentencia, en el sentido de equiparar las competencias profesionales de ambos tipos de Psicólogos (PEPC y PGS) y sólo mantener la diferencia entre ambos del privilegio de que el ejercicio de la Psicología Clínica en el SNS está reservado para los PEPC (PIR). O como el CGCOP expresa en sus propias palabras: "*La Audiencia Nacional considera que los*

Psicólogos Generales Sanitarios pueden diagnosticar, evaluar e intervenir en el ámbito privado" (INFOCOP, 2016). Este apoyo, sin embargo, es sólo parcial, pues el propio COP sigue manteniendo la postura de apoyar la conveniencia de establecer una secuenciación o itinerario jerarquizado de formación entre el PGS y el PEPC, en el sentido de proponer que para acceder a los estudios del PIR debería ser obligatorio el haber cursado previamente los estudios del MPGS y haber obtenido el título de PGS. Como fácilmente se verá, esta posición supone necesariamente la aceptación implícita de una cierta subordinación jerárquica del PGS respecto del PEPC, lo que resulta claramente incongruente con la equiparación de las funciones y competencias proclamadas en la Sentencia para ambos tipos de Psicólogos Sanitarios. Esperamos que el COP pueda reconsiderar su postura sobre este tema para no continuar alentando las equivocadas e insolidarias demandas de la Asociación ANPIR y por el bien del futuro de la profesión y por la confluencia y la integración definitiva de la Psicología en Europa (Van Broeck y Lietaer, 2008).

Por nuestra parte, al margen del artículo que comentamos, en las páginas que siguen vamos a tratar de analizar específicamente los distintos temas de controversia que indudablemente existen dentro de la Psicología Clínica (o Sanitaria) en nuestro país, pero en nuestro caso sí que vamos a tratar de acercar las distintas posturas o visiones existentes, tratando de encontrar posibles vías de acuerdo y de consenso.

Argumentos en contra del itinerario GRADO + MPGS + PIR

En esta controversia, lo primero que llama la atención es la intransigente posición que los PIR muestran para tratar de establecer límites y de subordinar a todo trance la nueva titulación y la actividad del PGS a la suya del PEPC. Aunque salta a la vista de inmediato sus nada altruistas intereses corporativos que ellos creen, injustificadamente, que pueden verse afectados o reducidos en el futuro, sorprende sin embargo la excesiva beligerancia que ponen en este empeño, aun a riesgo de aparecer dentro de la profesión como responsables del freno del progreso futuro de la psicología española y de su adaptación e integración definitiva con los demás países europeos de nuestro entorno.

Tratando de ser comprensivos con su postura, quizás podríamos aventurar que simplemente se trata de un error de percepción y una interpretación sesgada de las supuestas consecuencias negativas que ellos anticipan, por verse tan implicados emocionalmente en el tema y desde un periodo de tiempo tan prolongado, además de encontrarse muchos de ellos en una situación laboral precaria después de haber obtenido con mucho esfuerzo una plaza PIR, haber cursado los cuatro años de formación como PIR y sufrir la frustración de no tener la merecida oportunidad de ejercer profesionalmente como PEPC en el SNS, porque, incomprensiblemente, el Estado no aprovecha la oportunidad de utilizar los servicios de unos profesionales que tan costosamente y con tanta excelencia él mismo ha formado, como suele hacer, sin embargo, en una mayor proporción con los demás facultativos sanitarios que el SNS forma de otras titulaciones: MIR, FIR, EIR, BIR, RFIR y QIR.

Pero por muy comprensivos que seamos, no puede justificarse la intransigente postura de los PIR en contra de los PGS, dado que la existencia de estos no menoscaba ni afecta negativamente en ningún sentido, ni a la actividad ni al prestigio del PEPC, por mucho que se empeñen en afirmar enfáticamente que: “*la independencia entre el PGS (de nivel generalista) y el del PEPC (de nivel especializado), es el principal obstáculo hacia la construcción de un itinerario progresivo y jerarquizado entre las titulaciones que vertebrar la rama sanitaria de la Psicología*” (Fernández-García et al., 2017). Y las preguntas que obviamente cabe formular son las siguientes: ¿por qué no pueden existir dos (o más) tipos independientes de Psicólogos Clínicos (Sanitarios)?; ¿por qué hay que construir necesariamente un itinerario progresivo y jerarquizado entre estas titulaciones sanitarias? y ¿por qué y cuál es la utilidad de vertebrar la imaginaria rama sanitaria de la Psicología de este modo, cuando los Psicólogos que supuestamente la componen ni siquiera comparten el mismo contexto para el ejercicio de su actividad profesional? Como fácilmente se verá, las respuestas negativas a estas infundadas cuestiones son tan obvias que no merecen un mayor comentario, y cuesta entender cómo los PIR y el COP hayan hecho del apoyo a las mismas una *casus belli* que no hace otra cosa que dividir al colectivo de la Psicología.

Por todo ello, mantenemos nuestra más firme oposición a la propuesta del establecimiento obligatorio de un itinerario de formación secuenciado y jerárquico entre el Grado, el Máster en PGS y el PIR con base en las razones y argumentos que exponemos resumidamente a continuación:

1. El acceso directo desde el Grado a los estudios del PIR es similar a los demás Másters Sanitarios: MIR, BIR, EIR, FIR, MIR, RFIR y QIR; aunque la duración temporal del Grado sea en algunos casos (como Medicina y Farmacia) de una duración mayor de los cuatro cursos habituales.
2. La duración media de los estudios de Grado + Posgrado (Máster) en Psicología en Europa es de 6 años, similar a la duración de los estudios del Grado + MPGS, con los que son perfectamente homologables.
3. El contenido de la formación de ambos tipos de Psicólogos Sanitarios, el PEPC y el PGS, son muy similares, aunque su duración temporal sea diferente, especialmente en su programa de prácticas rotatorias de una mayor duración en el caso del PEPC (PIR).
4. El contenido del programa de formación del MPGS es el de un auténtico Programa Máster de formación clínica especializada, similar al estándar europeo establecido por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA).
5. La formación docente del PIR (4 años) se divide en dos partes: 2 años de formación teórica (troncal) y 2 años de formación práctica (rotaciones) de modo similar, en gran medida, a la formación del MPGS, aunque su duración temporal sea mayor en el Programa PIR.
6. El itinerario obligatorio propuesto: GRADO + MPGS + PIR, supondría duplicar innecesariamente la formación docente del Programa PIR (teoría y prácticas), aumentando su duración hasta más de los 10 años, en el mejor de los casos.
7. Las diferentes etiquetas lingüísticas utilizadas en la Ley para denominar ambas titulaciones: “*generalista versus especialista*” y “*clínico versus sanitario*”, son

meros eufemismos verbales sin justificación profesional ni científica en ningún país europeo ni fuera de Europa, y deberían, por ello, ser suprimidas o modificadas.

8. Por todo ello, nos reafirmamos en la defensa del reconocimiento del impropriamente denominado Psicólogo General Sanitario (PGS) como un auténtico Psicólogo Clínico y en que se le permita ejercer sin limitaciones sus funciones como tal Psicólogo Clínico/especializado.

Psicología Clínica versus Psicología Sanitaria

Es de sobra conocido que los anteriores Licenciados en Psicología podían ejercer plenamente como Psicólogos Clínicos con absoluta legalidad desde la creación de la Licenciatura en Psicología en 1967 en España, pudiendo utilizar esa misma denominación y cualificación de "Psicólogo Clínico" sin ningún problema. Y como ya hemos señalado en otro lugar (Carrobles, 2012, 2015) la fecha de 2003, asociada a la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003) fue la que marcó el principio de los actuales conflictos existentes dentro del campo profesional aplicado de la Psicología Clínica y entre los propios profesionales que la ejercen.

Conviene también llamar la atención sobre el hecho de que los PEPC (PIR) existen legalmente como tales desde 1998, aunque bajo otro formato su existencia se remonta a 1993. A este respecto resulta interesante señalar que en todo el tiempo transcurrido entre estas fechas de 1998 y 2003, no se planteó ningún conflicto de competencias profesionales entre los nuevos PEPC (PIR) y los Licenciados que ejercían como Psicólogos Clínicos, tanto en centros públicos (incluido el SNS) como en gabinetes privados. Pero la LOPS (2003) lo cambió todo y con ella comenzó el conflicto dentro de la Psicología Clínica que ha continuado hasta nuestros días. Y fueron precisamente los PIR, a través de su *Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes* (ANPIR), creada a tal efecto, los que alentaron este conflicto al verse favorecidos unilateralmente por la LOPS, al concederles en exclusividad la titulación de Psicólogos Sanitarios y dejar a los demás Psicólogos Clínicos en una situación de indeterminación, o limbo legal de no-sanitarios, que se ha prolongado durante muchos años, a través de múltiples recursos jurídicos y mucho sufrimiento. Este mismo conflicto, protagonizado siempre por ANPIR, es el mismo observado en la actualidad, aunque sus supuestos enemigos se han transformado en los actuales PGS.

Ante esta situación, el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) fue adoptando progresivamente una postura acomodaticia y excesivamente legalista, que es precisamente la que muchos de nosotros le reprochamos, en el sentido de que aunque continuó defendiendo y luchando por los demás Psicólogos, tratando de legalizar su situación para que pudieran continuar ejerciendo su actividad como Psicólogos Clínicos en sus propios centros y consultas, también se observó un cambio progresivo de postura ante la nueva situación, en el sentido de sumarse y colaborar activamente en la creación y el desarrollo de la nueva figura del Psicólogo General Sanitario (PGS), un auténtico prodigio del disparate, tanto por su denominación, como por la definición y la descripción de sus posibles funciones

y competencias, como ya hemos señalado extensamente en otras publicaciones anteriores (Carrobbles, 2012, 2013, 2015) y que no ha hecho otra cosa que alentar la controversia y estimular o reforzar a los PIR en sus equivocados e interesados argumentos para afirmarse en su discurso de que son especiales y superiores a los PGS, y los únicos que merecen la calificación de Psicólogos Clínicos (además de especialistas) en comparación con los PGS, etiquetados despectivamente de simples Psicólogos Sanitarios y Generalistas, a los que se niega no sólo el título de especialistas, sino hasta el de simple Psicólogo Clínico.

Como dice el dicho popular, *"con amigos así no hacen falta enemigos"*. Quizás sea oportuno recordarle al COP que ante leyes controvertidas y, sobre todo, injustas para nuestra profesión como lo son las que estamos comentando y contra las que tantos Psicólogos estamos luchando, la postura a adoptar debería ser la de combatir las hasta lograr cambiarlas, y el COP debería ser el principal agente que liderara esta lucha y al que corresponde el principal deber de intentarlo.

Otra curiosa argumentación del COP (Duro Martínez, 2017; Fernández Hermida, 2017) es la de atribuirse en gran parte la creación de la figura del PGS, que según ellos ha sido el resultado de su persistente lucha y presión ante los Ministerios de Educación y Sanidad, para dar solución a los Psicólogos Clínicos que ejercían como tales previamente y que no lograron hacer el PIR u homologarse como PEPC (Duro Martínez, 2017). O como lo expresa más enfáticamente el propio Fernández Hermida (2017): *"la nueva profesión del PGS es una respuesta a la crisis que se produjo como consecuencia de la expulsión de los licenciados en Psicología no especialistas del sistema sanitario por la LOPS (2003)... El PGS ha sido la respuesta de la Administración para devolver al Psicólogo no especialista, el antiguo licenciado, la posibilidad de ejercer su profesión y no crear un caos administrativo, legal y sanitario en el ámbito de la salud mental privada y pública"*

Afirmaciones como ésta revelan en cierta medida la desconexión o la falta de información por parte del COP de lo que está aconteciendo en el ámbito académico y en la propia evolución de los estudios universitarios superiores y del proceso de integración de España dentro del Espacio Europeo de Educación Superior, que ha supuesto por sí mismo la obligatoria reforma de todas las titulaciones universitarias, incluida la Psicología.

Un sencillo ejemplo puede servir para demostrar que las cosas parecen haber evolucionado de un modo diferente y debido a causas muy distintas a las atribuidas por el COP. Así, si miramos a los estudios de Derecho, por poner un ejemplo bastante distante de la Psicología, observamos que la Licenciatura previa de 5 cursos (300 créditos) se ha transformado (al mismo tiempo que la Psicología y las demás licenciaturas de modo generalizado) en un Grado de 4 cursos (240 créditos) de duración y un Posgrado o Máster de 90 créditos, con su correspondiente prueba final de habilitación. Y el título obtenido a través de estos estudios es regulado, titulado y profesionalizante, de modo idéntico a los estudios de Psicología. Los Abogados así formados, sin embargo, tienen una clara ventaja sobre nosotros, en el sentido de que pueden ejercer plenamente su profesión como especialistas (Grado + Máster) sin ninguna limitación, por la sencilla razón de que no tienen a otro profesional formado fuera de la universidad, con un Programa diferente y una finalidad distinta, la de ejercer su actividad dentro del

SNS, como el PEPC (PIR), que pretenda limitar le las atribuciones y las funciones que en derecho le corresponden, según el actual Nivel 3 (Graduado + Máster) del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES, 2007, 2011, 2015) en consonancia con el Marco Europeo de Cualificaciones, como desarrollamos más extensamente en un apartado posterior.

Sin embargo, lo que en realidad parece haber ocurrido es que la existencia del PEPC (PIR) ha llegado a convertirse en una gran limitación para el desarrollo de la Psicología Clínica encarnada por el PGS, perfectamente homologable en Europa, al igual que sucede con las demás titulaciones universitarias. Esta situación ha condicionado, por un lado, el nombre, que en lugar de mantener el de "*Psicólogo Clínico y de la Salud*" que le correspondía y que siempre se había utilizado, se vio forzada a cambiarlo por el anodino y desnaturalizado nombre de PGS; y, por otro, el de la misma definición de sus funciones y competencias, que ha llegado hasta limitar el lugar donde podrían ejercer su trabajo: SNS *versus* clínicas privadas; y que de no haber existido la figura del PEPC habría posibilitado el normal desarrollo del correspondiente título de *Psicólogo Clínico y de la Salud* a partir de la transformación de la figura previamente existente con ese mismo nombre, formada a través del Máster Oficial de Psicólogo Clínico y de la Salud, impartido en las Facultades de Psicología antes de la creación del PGS y con el que después ha sido homologado y convalidado.

Por ello, en conclusión, podemos afirmar que la creación artificial de la figura del PGS no sólo no ha ayudado a resolver ningún problema previo, sino que lo que ha conllevado, en realidad, ha sido la creación de un nuevo problema o una complicación añadida por dos razones: 1) porque nos ha obligado a cambiar el nombre o el título de "*Psicólogo Clínico y de la Salud*", homologado internacionalmente, por el inexistente universalmente y sin contenido profesional específico de Psicólogo General Sanitario (PGS); 2) y, además, porque a través de esta pseudoregulación legal se ha pretendido limitar y suplantar las genuinas funciones y competencias de los auténticos Psicólogos Clínicos. Y todo ello ha sido inspirado y justificado por la creación previa del PEPC, en cuya denominación, definición y especificación de sus pretendidas exclusivas competencias y funciones ha colaborado el propio COP conjuntamente con otras instituciones y asociaciones privadas ajenas a la universidad.

Sobre la titulación alcanzada por el PGS y el PEPC según el MECES

Además de los argumentos que acabamos de exponer, la Asociación ANPIR también apela a otro tipo de razones, en nuestra opinión menos justificables, de claros tintes corporativistas, centradas en las titulaciones alcanzadas por uno y otro tipo de Psicólogo Sanitario (PGS y PEPC) y en la suposición de que la no inclusión del *itinerario sanitario jerarquizado* de acceso al PIR desde el título del PGS, en vez del Grado, como está ahora, podría afectarles a la titulación alcanzada en el supuesto de que en el futuro se modificara en el sentido que ellos injustificadamente imaginan el nuevo *Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior* (MECES; Real Decreto, 1027/2011). Su razonamiento, sin embargo, sigue la misma tónica de sus argumentos habituales, caracterizados por

pensar únicamente en su propio beneficio, sin importarles ni el conjunto de la profesión de la Psicología, ni los clientes o pacientes que puedan estar necesitados de atención psicológica. En síntesis, sus argumentos son los siguientes.

El actual *Marco Europeo de Cualificaciones* ha impuesto a los países miembros la reconversión de sus cualificaciones docentes o educativas como parte del proceso de convergencia e integración en el mismo. Este es el caso, referido a España, del denominado MECES, en el que se establecen los cuatro niveles existentes y las correspondientes equivalencias entre los títulos españoles y los europeos referidos a la Educación Superior, siguientes:

1. El nivel 1 (Técnico Superior) del MECES se corresponde con el nivel 5 del Marco Europeo de Cualificaciones.
2. El nivel 2 (Grado) del MECES se corresponde con el nivel 6 del Marco Europeo de Cualificaciones.
3. El nivel 3 (Máster) del MECES se corresponde con el nivel 7 del Marco Europeo de Cualificaciones.
4. El nivel 4 (Doctor) del MECES se corresponde con el nivel 8 del Marco Europeo de Cualificaciones.

El PEPC (Grado + PIR) es un Profesional Especialista Sanitario (PES) o Facultativo Sanitario, como los demás especialistas, formados vía Interno Residente y su Nivel MECES es el de Máster (3). Por su parte, el Nivel MECES del PGS (Grado + MPGS) es igualmente el de Máster (3). En consecuencia, si se impusiera el itinerario Grado + MPGS + PIR que se pretende (que incluiría, en realidad, la realización de dos Másters: el del MPGS y el del PIR) el título alcanzado no podría ser otro que el de un doble Máster, y su nivel seguiría siendo el de 3 en el MECES, pero no una titulación superior, como la de Doctor. Y la pregunta entonces es: ¿tiene sentido realizar dos títulos de Máster para alcanzar el mismo nivel 3 del MECES? Y esto sin hablar de la duplicidad de contenidos y del mayor tiempo requerido para alcanzar esa misma titulación.

Esta misma situación es la de los demás facultativos sanitarios o Profesionales Especialistas Sanitarios (PES) procedentes de las otras titulaciones (MIR, BIR, EIR, FIR, RFIR y QIR) que gozan, igualmente, de un Nivel 3 del MECES (Grado + Máster), aunque en el caso de Medicina y de Farmacia el Grado tenga una duración superior de 6 y 5 años, respectivamente, en lugar de los 4 habituales de los demás Grados, lo que no tiene por qué afectar a la correspondiente titulación del MECES.

Quizás merezca la pena detenerse en este punto para aclarar algunos equívocos utilizados por estas asociaciones (principalmente ANPIR y AEPCP) para justificar la supuesta necesidad esgrimida por ellos, apelando al MECES, de la imposición obligatoria del itinerario Grado + MPGS + PIR. Un ejemplo de su confuso argumento puede verse en el reciente escrito de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP, 2017) enviado a sus asociados, en el que se especula con la modificación o actualización futura del MECES afirmando injustificadamente que: "...El licenciado (en Psicología) equivaldría a un Nivel 3, y el diplomado a un Nivel 2. (Y concluyen que) el actual Grado en Psicología en España se ajusta al Nivel MECES 2, lo que significa nivel de diplomado... tal y como están configurados los estudios de Grado, sin especialidad y de carácter polivalente". Es decir, tratando de entender su argumento, que el Grado en

Psicología, según ellos, no es en realidad un Grado, sino un Diplomado, y aunque dicen que le corresponde un nivel 2 (como es obvio que es así) parece que lo que quieren decir en realidad, pero se confunden, es que les debería corresponder un nivel 1 (de Técnico Superior del MECES, que es el que correspondía a los antiguos Diplomados, ya extinguidos, con carreras universitarias de menor duración y créditos) tratando de degradar de este modo arbitrario e injustificado al Grado en Psicología, para hacerlo encajar en sus erróneos e interesados argumentos.

Obviamente, el Grado en Psicología es de un nivel 2 y el de Master PGS es de un nivel 3 en el MECES. Pero la Asociación AEPCP, para oscurecer aún más su argumento, suele añadir que nuestra titulación del Grado en Psicología es inferior a la del Grado en Medicina (pensando siempre en Psiquiatría) por el hecho de que la carrera del Grado en Medicina tiene una duración de 6 años y que por ello al ser de una duración superior a la del Grado en Psicología que sólo es de 4 años, al Grado en Medicina se le otorgará un nivel 3 del MECES, como a los antiguos Licenciados, y así acaban deduciendo que si se suman los 6 años del Grado en Medicina a los 4 años del MIR, alcanzan un total de 10 años. Y este razonamiento les lleva a concluir que por esa razón tendrían un nivel superior al 3 del MPGS, aunque no precisan cual sería ese nivel superior. Y como el nivel superior es el nivel 4 de Doctor y ellos no son doctores, pues obviamente no tendrían otra opción que la de mantenerse necesariamente en el nivel 3 de Master que les corresponde según el MECES (2011, 2015).

El error de su argumento parece estar en el hecho de que se olvidan de que el nivel 3 de Master que se otorga en el MECES a los antiguos Licenciados de 5 años en Psicología y a los Graduados en Medicina cuya carrera es de 6 años no es equivalente, en realidad, a los Títulos de Master del MECES, sino que la equivalencia es más simbólica que real, en el sentido de que sólo lo es para la obtención de ciertas ventajas legales, pero que un Graduado en Medicina (que así se denomina su título) no es un auténtico especialista (Master), ni supone, en realidad, la convalidación del título de Master, y por ello no puede ejercer profesionalmente como tal especialista, sino simplemente como Médico Graduado sin especialización, del nivel 2. Resumiendo, se debe recordar al respecto que para lo único que les sirve la consideración del nivel 3 otorgado a su Grado de 6 años es para disfrutar de determinadas ventajas o privilegios legales dentro de la Administración pública, como la de *"estar eximidos de la obligación de tener que cursar una titulación oficial de Master para acceder a determinados estudios académicos (como los de Doctorado), puestos de trabajo, oposiciones en la Administración, concursos públicos.... Donde se exija tener ese nivel de estudios"* (MECES, 2011).

Y la misma situación y condiciones se aplican, obviamente, a los antiguos Licenciados en Psicología que si desearan ejercer como Psicólogos Clínicos/Sanitarios, deberían cursar obligatoriamente el Master PGS y obtener el correspondiente título de PGS, pero no pueden hacerlo con su título de Licenciado en Psicología, aunque por su Licenciatura tengan un Nivel 3 del MECES para los efectos legales y administrativos que comentamos anteriormente, salvo en el caso de que se hubieran habilitado como tales PGS, durante el periodo transitorio de

tres años concedido después de la promulgación de las Leyes: LGSP: 33/2011 y Orden Ministerial ECD: 1070/2013.

Sobre las habilidades y competencias del Psicólogo General Sanitario (PGS)

Como comentamos anteriormente, la reciente Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional (Resolución: 372/2016, de 3 de octubre de 2016) sobre el recurso interpuesto por la Asociación ANPIR, contra la Orden Ministerial ECD/1070/2013, sobre la regulación del título universitario oficial de Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS) que habilita para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario, ha *desestimado la demanda presentada por ANPIR*, calificando de ajustada a la Ley la Orden Ministerial impugnada, que regula la *"adquisición de la formación y de los conocimientos necesarios para poder ejercer la profesión de Psicólogo General Sanitario"*.

El objetivo del Recurso de ANPIR era el de limitar el contenido formativo de los programas del MPGS y las correspondientes competencias profesionales de los Psicólogos Generales Sanitarios (PGS) con la finalidad de salvaguardar los supuestos privilegios exclusivos que las leyes les habían reservado para ellos, según su sesgada y claramente corporativista interpretación de las mismas.

Los contenidos formativos y las correspondientes competencias profesionales derivadas de los programas de formación del MPGS sobre las que han centrado los argumentos de su Recurso no son otras que las ejercidas propiamente por los antiguos Licenciados y los actuales Graduados en Psicología de forma generalizada en los distintos ámbitos o campos profesionales aplicados en los que ejercen su actividad, aunque con un distinto nivel de formación y competencia: clínico, educativo, social, jurídico, laboral, etc. Y estas actividades son, en síntesis, las siguientes:

- *Evaluación* (diagnóstico, evaluación, análisis funcional, formulación clínica del caso, etc.).
- *Intervención* (asesoría, mediación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, adherencia al tratamiento, etc.).
- *Prevención* (primaria, secundaria, terciaria, etc.).
- *Educación y promoción de la salud* (individual, social, comunitaria, etc.).
- *Investigación aplicada*: clínica, social, educativa, laboral, etc.
- *Dirección y gestión* (sanitaria, escolar, recursos humanos, etc.).

A pesar de estos datos obvios para cualquier psicólogo que conforman la idiosincrasia del contenido de la formación académica del Grado y del Posgrado de la Psicología y la correspondiente aplicación de estos conocimientos en su posterior actividad profesional, sorprende el particular y sesgado argumento utilizado por la Asociación ANPIR en su Recurso contra el MPGS y el PGS en el que plantean que de todas esas funciones o actividades generales características del ejercicio de la profesión de Psicólogo, algunas de ellas deberían ser atribuidas y reservadas en exclusividad para los PEPC (PIR), particularmente las de diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, con base en el interesado argumento de que entre los

dos tipos de psicólogos sanitarios existentes, el PEPC (PIR) y el PGS, debería establecerse una clara diferenciación, tanto en el contenido de sus programas de formación académica, como en sus competencias y actividades profesionales, con la finalidad última de asegurarse su pretendido estatus profesional superior y la subordinación a ellos de los PGS, llegando incluso a reclamar la exigencia obligatoria de que para acceder a las plazas de PIR convocadas anualmente sea necesario estar previamente en posesión del título de PGS, estableciéndose un itinerario de formación obligatorio y jerarquizado entre los mismos. Afortunadamente, la Sentencia del Tribunal es claramente explícita en la desestimación de las demandas formuladas en su Recurso, respecto a las competencias y actividades profesionales.

Y esto mismo es, precisamente, lo que claramente establece la *Ley General de Salud Pública* (LGSP: 33/2011) en su Disposición Adicional Séptima, al referirse a la adquisición y al desempeño de las actividades profesionales del Psicólogo General Sanitario (PGS): *“Los planes de estudios correspondientes al título oficial de Máster en Psicología General Sanitaria garantizarán la adquisición de las competencias necesarias para desempeñar las actividades de la profesión sanitaria de Psicólogo General Sanitario”*, tal y como se ha regulado posteriormente de forma definitiva en la Ley de creación de los estudios oficiales del Máster PGS y de la figura del PGS (Orden Ministerial ECD/1070/2013).

Lo establecido en esta legislación es, igualmente, acorde con lo aprobado en la Ley Orgánica de Universidades de 4/2007 y en el Real Decreto 1393/2007 que establecen la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y en los que en su Artículo 10.1 se indica claramente que *“las enseñanzas de Máster tienen como finalidad la adquisición por el estudiante de una formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras”*.

Los estudios de Posgrado (Máster) en Psicología

Los estudios universitarios del Grado (antes Licenciatura) habilitan en cualquier disciplina académica para el ejercicio de una determinada profesión, o, lo que es lo mismo, para la aplicación de los conocimientos y competencias adquiridas en las distintas disciplinas académicas impartidas legalmente en las Universidades reguladas y autorizadas a tal efecto por el Estado. Este mismo criterio general se aplica, obviamente, al Grado en Psicología.

Además de la necesaria autorización o licencia otorgada por el Grado universitario correspondiente para aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas en el mismo, en algunos campos o contextos específicos, para ejercer esas competencias las leyes de nuestro país han previsto la exigencia obligatoria de unos estudios de especialización complementarios de Posgrado o Máster para ejercer esa actividad en los mismos. Este es el caso de los denominados *Másters Regulados y Profesionalizantes* que habilitan para ejercer la profesión previamente adquirida en el Grado en un determinado contexto o campo de especialización, como el del Sistema Nacional de Salud (SNS) que aquí nos ocupa, y que afecta a distintos estudios de Grado, como Biología, Enfermería, Farmacia, Física, Medicina,

Psicología y Química.

Los Graduados en Psicología que cursan estos estudios complementarios del Máster Profesionalizante pueden ejercer o aplicar esos conocimientos, a su vez, en distintos contextos sanitarios, públicos o privados, considerándose un caso especial el ámbito público del Sistema Nacional de Salud (SNS) que en nuestro país está reservado por Ley en exclusividad para los profesionales de distintas especialidades que han adquirido su formación de Máster en el propio SNS, a través de una modalidad y unos programas especiales de formación denominados de Internado-Residencia (IR), de los que actualmente existe un total de siete: BIR, EIR, FIR, MIR, PIR, QIR y RFIR.

En Psicología, por su parte, se da la situación especial de la existencia de dos programas distintos de formación de posgrado profesionalizantes que autorizan para ejercer la profesión (o especialización) de Psicólogo Sanitario: el PIR y el MPGS. El PIR, obviamente, responde a los mismos criterios establecidos para los demás programas de formación de posgrado en la modalidad de Internado Residencia (IR), como es la de la exigencia establecida por el SNS de reservarse específicamente la formación de estos profesionales que van a ejercer su actividad dentro del propio SNS.

En el caso de los estudios profesionalizantes del MPGS que capacitan al PGS para ejercer como Psicólogo Sanitario (Clínico) fuera del SNS, estos son impartidos a través de unos Programas y planes de estudio muy exigentes aprobados oficialmente por el Estado a través de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Obviamente, de acuerdo con la Ley, los psicólogos así formados pueden aplicar los conocimientos, las habilidades y las competencias adquiridas en esos programas de formación, centradas todas ellas en el estudio, la evaluación y el análisis de la conducta humana normal y patológica, al igual que en el tratamiento o la modificación terapéutica de los problemas o trastornos de conducta (o mentales) si fuera necesario. Por ello, cabe razonablemente concluir que ambos tipos de Psicólogos Sanitarios (el PEPC y el PGS) son similares en sus competencias profesionales y que la única diferencia entre ambos es el privilegio reservado a los PEPC del ejercicio en exclusividad de su actividad dentro del SNS, después de haber sido financiados y formados dentro del mismo SNS para tal efecto, a través del correspondiente Programa de Internado Residencia (PIR).

Sobre la regulación del Grado en Psicología

Un curioso argumento utilizado frecuentemente por los defensores del itinerario jerarquizado entre el MPGS (PGS) y el PIR (PEPC) es el de descalificar la formación adquirida a través del Grado en Psicología, aplicándole las etiquetas de *formación generalista* y *polivalente*, en el sentido de que puede aplicarse o practicarse en distintos ámbitos o contextos profesionales: clínico, educativo, laboral, social, jurídico, etc. Y cuesta entender el porqué de este razonamiento aplicado sesgadamente a la Psicología y no a las demás profesiones. Un Biólogo, pongamos por caso, es un Graduado en Biología y como tal puede aplicar su saber y las habilidades aprendidas en su Grado en diversos campos profesionales, uno de

ellos el ámbito sanitario, a través de la correspondiente formación complementaria de Posgrado o Máster BIR que le convierte en un Facultativo Sanitario, o un Profesional Especializado Sanitario (PES).

Y lo mismo sucede con los *Graduados en Medicina*, que de igual modo puede calificarse, como las demás, de ser una profesión *generalista y polivalente*, en el sentido de que los conocimientos y las habilidades aprendidas en el Grado pueden ser aplicadas en distintos contextos profesionales y ejercer como Médico de Empresa, como Médico del Deporte, haciendo análisis clínicos en un laboratorio, asistiendo como cooperante en una ONG, como docente, como investigador, etc.; y, por supuesto, realizando actividades clínicas y asistenciales en un centro sanitario dentro del SNS, como Facultativo Sanitario en una de las variadas especialidades cursadas a través del Programa de Máster o de Posgrado MIR. Y para corroborarlo, basta con leer, a modo de ejemplo, la descripción de los estudios del Grado en Medicina facilitada por la propia Facultad de Medicina de la UAM, donde se refleja claramente el carácter generalista y polivalente de su formación: *“El objetivo general del Grado en Medicina es transmitir formación general a los futuros profesionales del ámbito de la Medicina, proporcionando los conocimientos necesarios en materias científicas básicas y en el desarrollo de actividades que proporcionen una adecuada orientación generalista, científica y profesional, propias de la profesión de Médico, ayudándole a comprender el sentido de la propuesta de competencias que debe adquirir durante sus estudios”* (<http://www.uam.es/medicina>). Y la reflexión y la pregunta que cabe hacerse es la siguiente: ¿se puede aplicar esta misma definición (*mutatis mutandis*) a los estudios del Grado de nuestra profesión, sustituyendo simplemente la palabra Medicina por la de Psicología? Y, sin ninguna duda, la respuesta es indudablemente afirmativa.

Y si nos centramos ahora en la Psicología, pues nos encontramos exactamente con la misma situación, en el sentido de que el Grado en Psicología capacita para ejercer la profesión en distintos ámbitos y contextos profesionales aplicados (educativo, social, laboral, clínico, etc.) pero no por ello dejamos de ejercer siempre como psicólogos, del mismo modo en que el médico lo hace siempre como médico, y el biólogo como biólogo, si son empleados como tales. ¿Y qué actividades y competencias aplican uno y otro profesional en esos diversos contextos aplicados?, pues naturalmente las destrezas aprendidas en sus correspondientes estudios básicos de Graduado que son diversas (o polivalentes) según el caso. Como conclusión, cabe afirmar rotundamente que el Grado en Psicología capacita para ejercer la profesión de Psicólogo, del mismo modo que los demás Grados en sus respectivas profesiones, y para aplicar los conocimientos y las destrezas aprendidas en el mismo en los múltiples contextos profesionales en los que puede ejercer su profesión, incluido, como uno más, el contexto clínico o sanitario.

Quizás sea pertinente recordar a este respecto lo establecido en los Estatutos de nuestro Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, aprobados en Asamblea General Constituyente en 2001 y ratificados en Asambleas Generales sucesivas hasta 2015 y que continúan estando vigentes en la actualidad, sobre las actividades y competencias generales atribuidas a la actividad profesional de todos

los Psicólogos, siguiendo los criterios establecidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para nuestra profesión (Estatutos COP-Madrid: Cap. IV; Art. 20: <http://www.copmadrid.org>) en los que se establece como "Definición de la actividad del Psicólogo" lo siguiente: "Los Psicólogos realizan investigaciones y estudian los procesos mentales y el comportamiento de los seres humanos, individualmente o como miembros de grupos o sociedades, y asesoran sobre estos conocimientos o los aplican a fin de promover la adaptación y el desarrollo tanto individual como social, educativo o profesional de las personas". Y, específicamente, incluye entre sus tareas o actividades las siguientes:

- Realizar la práctica de la psicoterapia individual, de pareja, familiar o grupal...
- Idear, organizar y efectuar pruebas psicológicas con el fin de determinar las características mentales, físicas y...
- Analizar la influencia de los factores hereditarios, sociales, profesionales y de otros géneros sobre...
- Realizar entrevistas de carácter terapéutico, diagnóstico, de evaluación o asesoramiento y...
- Mantener los contactos necesarios con familiares, autoridades docentes o empleadores y recomendar cómo resolver o tratar los problemas.
- Estudiar los factores psicológicos en el diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales o alteraciones emocionales o de la personalidad, y...
- Preparar ponencias e informes de carácter académico o científico.
- Supervisar a otros trabajadores.

A la vista de todos estos datos, sorprende igualmente el empeño que algunos colectivos están manifestando sobre la pretendida necesidad urgente de la regulación del Grado en Psicología, sabiendo, obviamente, que el Grado nunca ha dejado de estar en términos generales regulado (aunque no oficialmente regulado, como apuntarían inmediatamente algunos) y que sus planes de estudio han sido sucesivamente modificados y actualizados en las distintas Facultades de Psicología de España, a medida que la ANECA nos ha ido imponiendo de modo sucesivo, desde la publicación de su *Libro Blanco del Título de Grado en Psicología* (ANECA, 2005) los criterios básicos a seguir para el diseño y la implementación de los Planes de Estudio de Psicología que capaciten para el ejercicio de la profesión de Psicólogo, dentro del proceso de integración de los estudios de Psicología en el Espacio Europeo de Educación Superior.

Los que proponen esta urgente necesidad de regulación del Grado en Psicología, en la que el COP se muestra especialmente interesado (CGCOP, 2016b; 2016c), lo hacen apoyándose en los siguientes argumentos (CGCOP, 2017):

- a) Plantean de un modo imperativo la "necesidad de establecer una reserva de la denominación (de Grado en Psicología) de tal manera que ningún otro título de Grado universitario pueda emplear este nombre (y sus derivados)".
- b) También insisten en que se deberían establecer como condiciones mínimas para todos los planes de estudio del Grado en Psicología las siguientes: "una duración total de 240 ECTS o cuatro cursos académicos; y que los contenidos de estos créditos se refieran a las seis áreas de conocimiento tradicionales de la

Psicología”.

- c) *Que se concreten y especifiquen los contenidos correspondientes a los 90 créditos ECTS sanitarios sugeridos en la LGSP (33/2011) con carácter obligatorio, que deberían cursar durante el Grado los estudiantes que accedan a cursar el MPGS y obtener finalmente el título de Psicólogo General Sanitario (PGS).* Incidentalmente, nos gustaría recordar en relación con este punto, que al MPGS también pueden acceder por derecho propio los antiguos Licenciados en Psicología, y cabe fácilmente suponer que los 90 créditos sanitarios adjudicados a determinadas asignaturas incluidas en los actuales planes de estudio del Grado, podrían no coincidir con los contenidos y las asignaturas cursadas durante la Licenciatura, y suponer un caso claro de restricción de derechos y de agravio comparativo.

A este respecto, me atrevería a afirmar que si se considera la actual situación existente en la práctica totalidad de las Facultades de Psicología de España que ofrecen el Grado, se observa que todas (o casi todas) ellas cumplen necesariamente la mayoría de las condiciones que se reclaman, especialmente las relacionadas con el contenido docente de sus planes de estudio: 240 ECTS, distribuidos en 4 cursos y con contenidos representativos de las 6 áreas docentes, según fue establecido con carácter generalizado por la ANECA (2005) para todas las Facultades.

En cuanto a los 90 ECTS sanitarios sugeridos en la LGPS (33/2011) y ORDEN ECD (1070/2013) que deberían cursar durante el Grado los estudiantes que accedan a cursar el MPGS y obtener finalmente el título de Psicólogo General Sanitario, los que esgrimen la supuesta necesidad urgente de una nueva regulación del Grado, lo que en realidad parecen estar proponiendo es la modificación del mismo para lograr introducir el pretendido *itinerario Sanitario* dentro del propio Grado en Psicología, apelando a la mención algo confusa hecha en la Ley General de Salud Pública (LGSP: 33/2011) en la que se indica que en el futuro las universidades deberían *“diseñar el título de grado en Psicología previendo, al menos, un recorrido específico vinculado a la psicología de la salud. Dicho recorrido determinará una mención expresa al mismo en el correspondiente título de Grado en Psicología”*, señalándose también, de manera igualmente vaga y confusa, que los Graduados en Psicología que quieran realizar con posterioridad el Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS) para alcanzar el título de Psicólogo General Sanitario (PGS), deberán haber cursado u obtenido en el conjunto de todos sus estudios (Grado + MPGS) un total de 180 créditos ECTS de corte sanitario, y puesto que el MPGS es de una duración de 90 ECTS, se deduce que los otros 90 créditos deberían ser obtenidos dentro del Grado.

Pero la conclusión realmente paradójica de todo este enredo es la de que esos 90 créditos de corte sanitario a los que alude la LGSP (33/2011) están incluidos en la práctica totalidad de todos los planes de estudios de Grado en Psicología de las distintas Facultades de Psicología españolas, cuya actualización ya había sido exigida en todos los casos por la ANECA (2005). Y las dudas que cabe entonces responder son las siguientes: ¿es realmente tan urgente y necesaria la reforma general de los actuales planes de estudios del Grado en Psicología?; ¿es necesario, igualmente, volver a regular el Grado de Psicología, para introducir el requisito del

itinerario Sanitario, que algunos reclaman, cuando en realidad ya cursamos un número mayor del requerido de créditos sanitarios en el Grado?

Afirmando y apoyando por nuestra parte la conveniencia de volver a regular el Grado, para resolver y prevenir varios de los problemas que muy oportunamente señala el COP, nos atrevemos a sugerir, sin embargo, que quizás un importante argumento para justificar una nueva regulación del Grado debería ser el de continuar luchando por el reconocimiento del *carácter sanitario del Grado en Psicología* en su conjunto, aunque el Grado como tal no tenga los 180 créditos sanitarios que impone la LGPS (33/2011), como debería haber sido el caso desde el principio de la promulgación de la LOPS (44/2003), con lo que, además de satisfacer la justa reclamación de la Psicología, acorde con lo que sucede en otros países, permitiría satisfacer en gran parte la reclamación del colectivo ANPIR de que el acceso al Programa PIR se debería hacer desde una profesión sanitaria, al asegurar que el acceso a la formación especializada del PIR y al título de PEPC sería desde un Grado Sanitario, como reclaman constantemente, para asemejarse a Medicina, y con ello podrían abandonar su contencioso contra los PGS y su pretensión de que se supediten al PEPC a través del manido itinerario.

Otro argumento a favor de una nueva regulación del Grado debería ser, en nuestra opinión, el de revisar el contenido de la formación del Grado y el de abordar decididamente la actualización del mismo con el referente de las directrices marcadas por el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior y con el objetivo de lograr una auténtica integración con el contenido de los planes educativos de los principales países y universidades europeas y de acuerdo con los contenidos y las competencias a alcanzar aprobados y recomendados por la EFPA, en la correspondiente formación básica, en los conceptos fundamentales y en las técnicas metodológicas y de investigación propias del Grado en Psicología.

Un efecto colateral pero igualmente relevante relacionado con este tema es el del malestar y el posible daño que la excesiva atención e importancia concedida al campo de la Psicología Clínica/Sanitaria puede estar teniendo sobre otros ámbitos profesionales aplicados de la Psicología igualmente importantes, como el educativo, el de la intervención social o el del trabajo y las organizaciones, por sólo mencionar los tres más clásicos y relevantes, y hasta del conjunto de la Psicología, que ya está dando muestras del hartazgo que les está produciendo el casi monopolio en que parece estar convirtiéndose la Psicología Sanitaria en la actualidad en detrimento de la merecida atención e interés por los demás campos aplicados de la Psicología, olvidando que el Grado en Psicología habilita para el ejercicio de la profesión de Psicólogo en todos estos campos por igual, y que la pretensión de incluir en la regulación del Grado el mencionado itinerario Sanitario obligatorio puede tener el efecto negativo de hipertrofiar aún más la deriva clínica/sanitaria que actualmente está tomando la Psicología en nuestro país.

También cabe comentar, en relación con este tema, el curioso argumento esgrimido por algunos (principalmente ANPIR, el COP y la AEPCP) de que el no haberse regulado el Grado es el responsable de que puedan acceder al examen PIR otros profesionales no Graduados o Licenciados específicamente en Psicología. El argumento está basado en el hecho anecdótico de que en alguna convocatoria anterior del examen PIR se pudieron presentar dos *Licenciados en Psicopedagogía*

y en uno de los casos hasta llegó a aprobar el mismo y podría haber continuado realizando el PIR, aunque después renunció a realizar estos estudios, sobre la base establecida en la convocatoria PIR de que pueden acceder a ella todos “*los licenciados o graduados del ámbito de la Psicología*” y en este ámbito están incluidos no sólo los genuinos Licenciados y Graduados en Psicología, sino también los antiguos “*Licenciados en Filosofía y Letras: ciencias de la educación*” y los “*Licenciados en Filosofía y Letras: Sección Psicología*” (homologados todos ellos posteriormente a los Licenciados en Psicología) y cuyo currículo incluía dos o tres cursos de estudios comunes del ámbito de la Filosofía y las Letras y sólo dos o tres cursos específicos de Psicología, según el caso. Y algo semejante parece haber sucedido con los “*Licenciados en Psicopedagogía*”, que cursaban (porque ya hace tiempo que dejaron de existir estos estudios) la carrera de Magisterio y accedían al segundo ciclo de los estudios de la carrera de Psicología (cursos 4º y 5º) después de la realización de un tercer curso puente de acceso a los mismos de otro año de duración.

A este hecho anecdótico y de tan insignificante incidencia, sorprende, sin embargo, que se le haya concedido tanta importancia por parte de esas mismas asociaciones, hasta el extremo de proponer para la posible erradicación del suceso el imponer la obligación de haber realizado previamente los estudios del GRADO + MPGS para acceder al PIR, lo que supondría el incremento de dos cursos más de estudio (4 del Grado + 2 del MPGS= 6 cursos) para los alumnos Graduados en Psicología, que pasarían a cursar de este modo un total de 10 años de carrera para llegar a alcanzar el título de PEPC (PIR) con el curioso argumento de que se debería modificar el Real Decreto 183/2008 para exigir que para el acceso al PIR sea obligatorio el estar en posesión de un título universitario oficial (el PGS) “*que habilite para el ejercicio en España de la profesión de psicología sanitaria*” en lugar de hacerlo desde el Grado en Psicología como está establecido en la actualidad (Grado + PIR = 8 años). No deja de ser curiosa la alternativa de solución propuesta de incrementar la duración de la carrera en dos años, sin pararse a pensar en otras posibles soluciones más parsimoniosas y menos gravosas, como la de proponer simplemente que en la futura regulación del Grado se incluya la exigencia de que para acceder a los estudios del PIR se especifique en el Real Decreto 183/2008, la exigencia de estar en posesión del título del Grado o del de Licenciado en Psicología. Pero, aunque sin pretender ser mal pensado, sorprende que la propuesta del añadido de los estudios del MPGS a los del Grado (4 Grado+2 MPGS = 6 años) vuelva a evocar el pretendido argumento del Itinerario Jerarquizado que algunos quieren imponer obligatoriamente entre el GRADO+MPGS+PIR, para llegar a alcanzar el título de PEPC (PIR) y los 10 años de duración total del proceso que supondría y que, sin embargo, nos permitiría igualarnos con los Especialistas en Psiquiatría (¿?).

Incidentalmente, también cabe preguntarse que si un Licenciado en Psicopedagogía ha sido capaz de aprobar el examen PIR: ¿no debería este hecho hacernos reflexionar sobre la validez de este procedimiento de selección centrado en un mero examen de reválida de la carrera, puramente memorístico, en lugar de centrarse, como se hace en otros países, en la valoración de otros posibles méritos complementarios y hasta de una entrevista de selección personalizada? Otra

conclusión que también cabría extraer de esta anécdota es la de que si un Licenciado en Psicopedagogía (al que se trata injustamente de minusvalorar) ha sido capaz de aprobar este durísimo examen (como se suele calificar) de conocimientos de toda la carrera de Psicología, no debería ser considerado un buen candidato, competente.

La Psicología Clínica (Sanitaria) en Atención Primaria

Una de las batallas futuras a jugar por parte de la Psicología es la de extender su ámbito de acción aplicado al campo de la Atención Primaria (AP) adscrita a los Centros de Salud y que pueden tener dos consecuencias fundamentales para el desarrollo de la Psicología en nuestro país: 1) un incremento sustancial de la tasa de empleo para nuestra profesión; y 2) un ámbito claro donde poder demostrar el potencial y la utilidad aplicada de la Psicología para aliviar y prevenir los problemas de salud y el sufrimiento humano.

Aunque existe un consenso generalizado dentro de la Psicología sobre el potencial y los objetivos a lograr en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (AP), existen, sin embargo, importantes diferencias sobre el modo de lograr esta integración, y, sobre todo, sobre quienes deberían ser los Psicólogos Sanitarios que se incorporaran al mismo, planteándose al respecto dos posturas enfrentadas: 1) sólo los PEPC (PIR), pero no los PGS; y 2) todos los Psicólogos Sanitarios, PEPC y PGS.

Los defensores de la primera propuesta de que sólo deberían o podrían ser incorporados en Atención Primaria los PEPC son, como era de esperar, los propios PIR. Sin embargo, también parece haberse sumado a esta propuesta el propio CGCOP, o al menos una buena parte de sus dirigentes. Y el principal y casi único argumento es el del recurso estricto a la redacción literal de la Ley General de Salud Pública (LGSP, 33/2011) para recordarnos que los Centros de Salud en los que se ejercen los servicios de Atención Primaria constituyen parte del SNS y que según la legislación vigente, este campo está reservado en exclusividad para los PEPC (PIR), aunque los servicios que suelen prestarse en ellos no son especializados, sino más bien de asesoría, prevención y promoción de la salud, actividades adscritas igualmente a los PGS en la misma LGPS (33/2011).

Un buen ejemplo de la postura adoptada por parte del CGCOP en este tema puede verse en el reciente artículo de Duro Martínez (2017), vocal de Psicología Clínica del COP-Madrid y miembro de la Junta Directiva de la División de Psicología Clínica y de la Salud del Consejo General de la Psicología de España (CGPE), y que, como el mismo argumenta, lo hace *“por el cumplimiento de la legalidad vigente”*, insistiendo una y otra vez en recordar el *“ordenamiento jurídico actual”* para justificar las supuestas diferencias impuestas por la Ley entre el PEPC (PIR) y el PGS (MPGS) y en los confusos conceptos, como el mismo reconoce, entre *“especificidad y generalidad”*, entre *“lo clínico y lo sanitario”*, y a través de ello, sin embargo, justificar su postura de que el ámbito sanitario de la Atención Primaria debe estar reservado en exclusividad para los PIR y no para los PGS, sencillamente porque hay que ser *“clínico”* y *“especialista”*, cuando él más que nadie debería saber que esos nombres no significan nada en este conflicto y que el

COP debería ser el principal promotor y líder de la lucha por deshacer el disparate nominal, conceptual y epistemológico que se ha cometido en este sentido y luchar conjuntamente con el resto de los colectivos del ámbito de la Psicología (Facultades, Asociaciones de Alumnos y distintos colectivos profesionales) para rectificar estos errores por parte del Ministerio de Educación.

Las literales palabras del propio Duro Martínez (2017) no dejan ninguna duda al respecto al afirmar que: “... si el PEPC tiene todas (las) competencias como especialista, y el PGS está limitado a ejercer las suyas ‘siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios’, nos parece claro y evidente que el PGS no es el profesional adecuado para su incorporación en Atención Primaria, al existir previamente la figura del PEPC”.

La otra postura, también apoyada, aparentemente, por algunos dirigentes del CGCOP (Fernández Hermida, 2017), plantea que el campo de la Atención Primaria (AP) debería ser accesible a todos los Psicólogos Sanitarios, sobre la base de que sus funciones no están centradas en el tratamiento o rehabilitación de los trastornos mentales, que constituyen las principales funciones asignadas a los PEPC (PIR) en los Servicios Especializados de Psiquiatría donde ejercen regularmente su actividad, sino más bien, como decimos, en el asesoramiento, la prevención y la promoción de la salud. A este argumento cabe añadir, igualmente, lo que venimos señalando nosotros reiteradamente de que los PGS son, a pesar del impropio nombre impuesto, unos auténticos Psicólogos Clínicos y están igualmente especializados en unas funciones similares a las de los PIR, como creemos haber demostrado reiteradamente en varias de nuestras publicaciones anteriores (Almendros *et al.*, 2017; Carrobles, 2012, 2015).

Otro argumento también relevante a favor de la incorporación en Atención Primaria de los PGS junto a los PEPC (PIR) sería el del gran impacto social que este hecho tendría para el prestigio de la Psicología, como ha sucedido en otros países europeos, como Inglaterra u Holanda, donde, además, tienen una única titulación de Psicólogo Clínico y no la doble y confusa del PIR y del PGS que tenemos en España (Clark *et al.*, 2009; Comisión Europea, 2016; Duro Martínez, 2017; Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012; Infocop, 2008, 2011; López Méndez y Costa Cabanillas, 2013; *National Health Service*, 2013; OMS, 2014; Pérez-Álvarez y Fernández Hermida, 2008; Richards y Borglin, 2011; Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008).

Conclusiones y propuestas sobre la relación entre el PEPC y el PGS

Por todo ello, proponemos a modo de conclusión, para intentar acabar con la polémica derivada de la comparación de las dos titulaciones del PEPC y del PGS lo siguiente:

1. Proponemos que se mantengan las dos titulaciones de Psicólogos Clínico/Sanitarios existentes: el PEPC y el PGS, con la independencia que las mismas tienen en la actualidad.
2. Apoyamos igualmente que se garantice y se mantenga la actual vía de acceso directa desde la titulación del Grado en Psicología a ambos programas de

formación de posgrado: PIR y MPGS.

3. Rechazamos la propuesta de la Asociación ANPIR, apoyada por el CGCOP y la AEPCP, del establecimiento con carácter obligatorio de un itinerario de formación jerarquizado entre los programas de formación de Posgrado PIR y del Máster PGS (Graduado + Máster PGS + PIR) que conllevaría de facto la supeditación y la dependencia del Máster PGS y del propio Psicólogo General sanitario (PGS) del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC).
4. La única alternativa viable y realista para poder atender a la creciente demanda de atención para los numerosos problemas psicológicos que afectan a la población española en la actualidad es la de incrementar el número de ambos tipos de psicólogos: los PEPC (PIR) y los PGS (MPGS); y por ello emplazamos a la dirección actual del CGCOP, a las Universidades y a las Asociaciones profesionales y de estudiantes de Psicología a formar un frente común en la defensa de esta exigencia ante los correspondientes Ministerios de Educación y de Sanidad.
5. Pero dada la escasez de plazas PIR convocadas anualmente (128 en 2017 y un total de 2.127 en sus 23 años de existencia) creemos que esto sólo puede lograrse a corto plazo a través de los programas de formación del Máster de Psicología General Sanitaria (MPGS), que ya ha logrado ofrecer un total de 2.200 plazas de entrada al MPGS en el presente curso 2016-2017, y que se espera su incremento gradual en los próximos años, hasta equiparar la oferta de plazas a la conocida tasa de demanda del 60% de especialización como Psicólogos Clínicos por parte de los estudiantes de Psicología.
6. El programa de formación de posgrado del MPGS es similar, tanto en duración como en contenido, al de los países europeos de nuestro entorno, según los criterios o requisitos exigidos por la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) para la acreditación como Psicólogo Clínico (o Psicólogo Especialista en Psicoterapia).
7. En consecuencia, manifestamos claramente nuestro apoyo a los programas de formación de Psicólogos Generales Sanitarios (PGS) como la opción futura aparentemente más viable para resolver o paliar la situación laboral claramente precaria en la que se encuentra la Psicología en nuestro país y que, necesariamente, tendrá que pasar por el incremento de la formación de posgrado a través del Máster PGS, perfectamente homologable con los criterios de formación y cualificación de los psicólogos clínicos europeos (acreditados por la EFPA) que asegure y garantice que la mayoría de los psicólogos españoles que quieran ejercer como psicólogos clínicos o sanitarios lo puedan hacer con plenas garantías en el futuro.
8. La reciente Sentencia de la Audiencia Nacional (del 03/10/2016) desestimando en su totalidad el Recurso Contencioso-Administrativo interpuesto por ANPIR contra el programa de formación del MPGS y contra las competencias profesionales adquiridas a través del mismo por los PGS, avalan claramente la propuesta que aquí defendemos, apoyada por las Facultades de Psicología, por las Asociaciones de Estudiantes de Psicología agrupadas en la Confederación de Estudiantes de Psicología (CEP-PIE) y por varias Asociaciones Profesionales Españolas de Psicología.

9. No descartamos, sin embargo, la posible integración futura entre las dos figuras de Psicólogos Sanitarios, el PEPC y el PGS, sobre las premisas de la revisión e integración de los contenidos de sus respectivos programas de formación, y que nosotros pensamos que sería lo más deseable para el progreso futuro de la Psicología y la definitiva integración y homologación de nuestra profesión en Europa y en el mundo.

Consideraciones éticas y sociales

Una consideración final sobre la que también conviene llamar la atención tiene que ver con las consecuencias sociales e incluso éticas implicadas en la postura mantenida por la Asociación ANPIR y apoyada por el CGCOP y cuatro Asociaciones privadas de Psicología, en el sentido de que la práctica de la Psicología Clínica Especializada debería estar reservada para los PEPC (PIR). Para descartar esta pretensión basta con recordar el dato que señalábamos antes de que el colectivo de Psicólogos formado vía PIR en los 23 años de existencia de estos programas de formación asciende a un total de 2.127 PEPC (128 en 2017), mientras que la suma de psicólogos colegiados asciende en la actualidad, según el CGCOP, a más de 70.000 y la mayoría de ellos se dedican o querrían dedicarse a la práctica de la Psicología Clínica. En el mismo sentido, también cabe mencionar las elevadas necesidades de atención psicológica de la población española, cifrada actualmente, según diversos estudios, en cerca del 40% y del 38,2% de frecuencia media en Europa, según el estudio realizado por Wittchen *et al.* (2011) sobre 30 países europeos, incluido España.

Estos y otros muchos argumentos y datos análogos que podríamos añadir nos lleva a plantear la siguiente pregunta: ¿qué tipo de principios éticos pueden estar guiando las actuaciones de este colectivo de psicólogos ANPIR en sus Recursos, cuando las consecuencias que se pretenden alcanzar con los mismos son las de limitar o privar de su derecho al ejercicio de su profesión a los miles de psicólogos que se forman legal y cualificadamente como Psicólogos y como Psicólogos Clínicos o Sanitarios (PGS) en las Facultades de Psicología, y más aún cuando el país está privado y necesitado de psicólogos que puedan atender las grandes necesidades de atención psicológica que estamos sufriendo en la actualidad?

Como conclusión, nos atrevemos a rogar encarecidamente a la Asociación ANPIR y al CGCOP que la ha estado apoyando en gran medida en sus pretensiones, que reconsideren su postura y que den por finalizado su contencioso contra los Psicólogos Generales Sanitarios y que juntos con las Facultades de Psicología, a través de la Conferencia de Decanos (CDPUE, 2016a, 2016b), las Asociaciones de Estudiantes (CEP-PIE, 2016) y otras muchas asociaciones científicas y profesionales que apoyan esta causa, constituyamos un frente común de lucha para la defensa de nuestros derechos y que centremos nuestros intereses y dirijamos nuestras acciones en pro de la integración de nuestra profesión y en el progreso y la proyección social futura de la misma.

Referencias

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005). *Libro Blanco del Título de Grado en Psicología*. Recuperado desde: http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf
- Almendros, C., Carrobes, J. A., Costa Cabanillas, M., Godoy, J. F., López Méndez, E., Olivares, J., Saldaña, C. y Vallejo, M. A. (2017). *Consideraciones sobre la propuesta de itinerario secuenciado Grado en Psicología + Master PGS + PIR*. Infocop Online. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6686&cat=41
- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (2017). *Razones para una trayectoria curricular global, coherente, ordenada y jerarquizada de la Psicología como profesión sanitaria*. Documento enviado a los miembros de la Asociación AEPCP el 20 de Marzo de 2017.
- Carrobes, J. A. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 20, 449-470.
- Carrobes, J. A. (2013). Psicólogo Clínico (PIR) y Psicólogo General Sanitario, todos somos necesarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 201-214.
- Carrobes, J. A. (2014). La Psicología Sanitaria: identidad y profesión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 159-171.
- Carrobes, J. A. (2015). Presente y futuro de la Psicología Clínica y Sanitaria en España: una visión alternativa. *Papeles del Psicólogo*, 36, 19-32.
- Clark, D. R., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. y Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COP-M, 2017). *Estatutos del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. Recuperado desde: <http://www.copmadrid.org>
- Comisión Europea (2016). *Mutual evaluation of regulated professions - Overview of the regulatory framework in the health services sector - psychologists and related professions*. Recuperado desde: <http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/16683?locale=es>
- Confederación de Estudiantes de Psicología (2016). *Comunicado del colectivo de estudiantes de Psicología sobre defensa del itinerario Grado-PIR*. Recuperado desde: <http://www.cep-pie.org/wp-content/uploads/2012/07/Ratificaci%C3%B3n-del-Comunicado-del-CEP-PIE-sobre-defensa-Grado-PIR.pdf>
- Conferencia de Decanos (2016a). *Razones a favor y en contra del itinerario formativo "Grado-Máster-PIR" en Psicología*. Mesa de debate en la Reunión de la CDPUE, 15 de febrero de 2017, Madrid, España.
- Conferencia de Decanos (2016b). *Conclusiones/Acuerdos de la Reunión Ordinaria de la Conferencia de Decanos de Psicología*. Recuperado el 20 de febrero de 2017 desde: http://www.cdpue.es/wp-content/uploads/2016/03/16-11-17_18-Madrid-Acuerdos-CDPUE.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (1990). La formación como especialista en Psicología Clínica y el sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43 (Febrero). Recuperado desde <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=442>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2012). *Itinerario formativo de la psicología en el ámbito sanitario*. Recuperado desde: http://www.infocoponline.es/pdf/16112012_Argumentario.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2014). *Preguntas y respuestas sobre el ejercicio profesional de la Psicología en España, tras la aprobación de la Ley de Consumidores*. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5074

- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2016a). *La audiencia nacional considera que los psicólogos generales sanitarios pueden diagnosticar, evaluar e intervenir en el ámbito privado*. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6475
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2016b). *Presentada una PNL relativa a la regulación del Grado en Psicología*. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6447&cat=44
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2016c). *La necesidad de regular el Grado y otros temas de interés, abordados por el Foro de la Psicología*. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6483&cat=9
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2017). Comunicado del Foro de la Psicología. Enero de 2017. *Infocop Online*. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6626&cat=9
- Duro Martínez, J. C. (2017). *Psicología Clínica en Atención Primaria de Salud: ¿por qué, para qué y cómo?* *Infocop Online*. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6586
- Estatutos del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2015). *Estatutos COP-Madrid: Capítulo IV; Artículo 20*. Recuperado desde: <http://www.copmadrid.org>.
- Facultad de Medicina de la UAM (2016). *Estudios del Grado en Medicina*. Recuperado desde: <http://www.uam.es/medicina>.
- Fernández-García, X., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Carreras, B., Gimeno-Peón, A. y Bermúdez-Míguez, S. (2017). Nuevas controversias en Psicología Sanitaria: un análisis libre de ruido. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25, 185-196.
- Fernández Hermida, J. R. (2017). Cambiar para avanzar. Un análisis del debate sobre el itinerario formativo de la Psicología Clínica en España. *Papeles del Psicólogo*. Recuperado desde: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=442>.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23, 103-108.
- González-Blanch, C. (2015). La Psicología Clínica después de la Psicología General Sanitaria en España: una propuesta razonada. *Papeles del Psicólogo*, 36, 9-18.
- Infocop (2008). La salud mental está desatendida en España. *Infocop Online*. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2028.
- Infocop (2011). Uno de cada tres europeos presenta un problema de salud mental. *Infocop Online*. Recuperado desde: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3633.
- LOPS (2003). Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, 44/2003, de 21 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado. Legislación consolidada. Última modificación del 28/03/2014*.
- LGSP (2011). Ley General de Salud Pública 33/2011, de 4 de Octubre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 240, p. 104593
- Ley Orgánica de Universidades 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Ministerio de Educación y Ciencia. Texto consolidado. Última modificación: 17 de septiembre de 2014.
- López-Méndez, E. y Costa-Cabanillas, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la Psicología Clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34, 169-181.
- Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (2007). *Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales*.

- Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (2011). *Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior*.
- Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2015). Resolución de 14 de septiembre de 2015, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de septiembre de 2015, por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) del Título Universitario Oficial de Licenciado en Psicología. 236. Recuperado desde <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/02/pdfs/BOE-A-2015-10576.pdf>
- National Health Service (2013). *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*. Recuperado desde: <http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/>
- Orden Ministerial 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 que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Mental Health Atlas. Country Profiles*. Recuperado desde: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 3, Recuperado desde: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1608.pdf>
- Prado Abril, J., Sánchez Reales, S. y Aldaz Armendáriz, J.A. (2014). Psicología sanitaria: en busca de identidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 153-160.
- Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, 2490/1998 C.F.R. (1998).
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Ministerio de Educación y Ciencia.
- 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.
- Sánchez-Reales, S., Prado Abril, J. y Aldaz Armendáriz, J.A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 189-200.
- Sentencia de la Audiencia Nacional (2016). Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional (372/2016), sobre el recurso interpuesto por la Asociación ANPIR, contra 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, que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario. Recuperado desde: <http://www.infocoponline.es/pdf/SENTENCIA.pdf>
- Turpin G, Richards D, Hope R, Duffy R. (2008) Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. Programa IAPT. *Papeles del Psicólogo*, 29, 271-280.
- Van Broeck, N. y Lietaer, G. (2008). Psychology and Psychotherapy in Health Care: a Review of Legal Regulations in 17 European Countries. *European Psychologist*, 13, 53-63.

Wittchen, H. -U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svenson, 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. & 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.

RECIBIDO: 1 de febrero de 2017

ACEPTADO: 3 de marzo de 2017