



Artículo de Opinión/Opinion Article

La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: la insuficiente consolidación de una profesión sanitaria



Clinical Psychology in the public health care system in Madrid Region: The insufficient consolidation of a health profession

Juan Carlos Duro Martínez

Psicólogo clínico, Vocal de Psicología Clínica y de la Salud del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de mayo de 2016

Aceptado el 9 de mayo de 2016

On-line el 24 de mayo de 2016

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre la psicología clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid a partir del estudio *La psicología clínica en la sanidad pública de Madrid* (Duro, 2013a) y las actividades desarrolladas por el autor como vocal de Psicología Clínica y de la Salud del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid en estos últimos tres años.

Mapa de la psicología clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid

Los profesionales de la psicología que trabajan en la administración sanitaria pública dependen en su gran mayoría de la administración autonómica (Comunidad de Madrid), si bien un grupo considerable dependen del Ayuntamiento de Madrid (Duro, 2014).

Ayuntamiento de Madrid

Como continuadores de los profesionales que formaron parte de los centros de promoción de la salud, puestos en marcha a comienzos de los años 80 por los primeros ayuntamientos democráticos (Duro, 2015), actualmente en el Ayuntamiento de Madrid hay 16 centros de promoción de la salud dentro del organismo Madrid-Salud con 21 profesionales de la psicología, además de otros centros monográficos con 5 profesionales de la psicología; un total de 26 profesionales dedicados a tareas de prevención, promoción de la salud y educación para la salud que, sin embargo, tienen poca

coordinación con el Sistema Sanitario Asistencial dependiente de la Comunidad de Madrid (SERMAS).

Además, para el trabajo asistencial y preventivo relacionado con las drogodependencias dependiendo del Instituto de Adicciones el Ayuntamiento de Madrid tiene 11 centros con 30 profesionales de la psicología.

En total hay 56 profesionales de la psicología que dependen del Ayuntamiento de Madrid, de los que el 94.6% son especialistas en psicología clínica. El régimen laboral es el de funcionarios (tabla 1).

Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Dependiendo de la Subdirección de Actuación en Adicciones, la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad tiene 27 centros, en su mayoría concertados, para la atención a las drogodependencias, con 96 profesionales de la psicología y una psicóloga en la Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. El 93.8% son especialistas en psicología clínica. La mayoría son contratados laborales por las empresas concertadas (tabla 2).

Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

En el Servicio Madrileño de Salud los profesionales de la psicología se encuentran incluidos en la denominada Red de Salud Mental dentro de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, bien en centros propios o en centros concertados. En total hay

Correo electrónico: juancarlos.duro@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.001>

1130-5274/© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1
Profesionales de la psicología en el Ayuntamiento de Madrid

Tipo de centros	Nº de centros	Nº de profesionales de la psicología
Centros de Madrid-Salud	16	21
Centro Madrid Joven	1	1
Centro de Promoción de Hábitos Saludables	1	1
Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo	1	3
Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD)	11	30
TOTAL	30	56 (de los cuales 53, el 94.6%, especialistas en psicología clínica)

Tabla 2
Profesionales de la psicología en la Dirección General de Salud Pública

	Nº de centros	Nº de profesionales de la psicología
Centros de Atención Integral a las Drogodependencias (CAID)	27	96
Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud	1	1
TOTAL	28	97 (de los que 91, el 93.8%, son especialistas en psicología clínica)

289 profesionales de la psicología. El 94% de los profesionales de la psicología que se encuentran incluidos en la denominada Red de Salud Mental son especialistas en psicología clínica (tabla 3). Además hay 37 profesionales de la psicología, igualmente en el SERMAS, pero fuera de la Red de Salud Mental, la mayoría en servicios de oncología y dispositivos de cuidados paliativos y generalmente en centros concertados. El 48.5% de los profesionales son especialistas en psicología clínica (tabla 4).

De los 325 profesionales de psicología del SERMAS, 271 (83.5%) pertenecen a centros propios y 54 (16.5%) pertenecen a centros concertados (tabla 5).

De los 271 profesionales de la psicología contratados por el SERMAS, 140 tienen plaza fija (estatutarios, laborales o funcionarios)

Tabla 3
Profesionales de la psicología en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Red de Salud Mental

	Nº de centros	Nº de profesionales de la psicología
Centros de Salud Mental. Adultos	38	113
Centros de Salud Mental. Infanto-Juvenil	28	57
Hospitales de Día. Adultos	15	18
Hospitales de Día-Centros Educativos Terapéuticos	6	16
Servicios de Psiquiatría Hospitalaria. Adultos	16	50
Servicios de Psiquiatría Hospitalaria Infanto-Juvenil	2	5
Unidades de Tratamientos y Rehabilitación y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados	10	30
TOTAL	115	289 (de los que 272, 94%, son especialistas)

Tabla 4
Profesionales de la psicología en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Otros servicios

	Nº de centros	Nº de profesionales de la psicología
Servicios de Oncología y Cuidados Paliativos	14	20
Neurología/Neuropsicología	6	9
Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Hospital Universitario Ramón y Cajal	1	2
Atención Temprana. Hospital Universitario del Niño Jesús	1	1
Servicio de Neonatología. Hospital Clínico Universitario San Carlos	1	1
Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Clínico Universitario San Carlos	1	1
Unidad de seguimiento cercano VIH		
Servicios de Microbiología Hospital Universitario Gregorio Marañón	1	1
Centro Sanitario Sandoval VIH	1	1
TOTAL	26	36 (de los que 18, 48.5%, son especialistas)
TOTAL SERMAS	141	325

Tabla 5
Profesionales de la psicología en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Pertenencia

	Nº de profesionales de la psicología
Centros concertados	54
Centros propios	271
TOTAL SERMAS	325

(52%), 35 (13%) están en una plaza de interinos y 96 (35%) contratados como eventuales, es decir el 48% no tienen plaza fija (tabla 6).

El 89% de los profesionales de psicología que trabajan en centros propios o concertados del SERMAS son especialistas en psicología clínica.

Perspectiva de los profesionales del Servicio Madrileño de Salud

De los resultados obtenidos del estudio cualitativo sobre *La Psicología Clínica en la sanidad pública de Madrid* podemos extraer resumidamente las siguientes conclusiones (Duro, 2013b) que, mutatis mutandis, creemos que pueden generalizarse a la gran mayoría de las situaciones del resto de las Comunidades Autónomas del Estado Español:

Tabla 6
Profesionales de la psicología en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Tipos de contrato

	Nº de profesionales de la psicología
Plaza fija (estatutarios/as, laborales o funcionarios)	140 (52%)
Plaza de interinos/as	35 (13%)
Plazas de eventuales	96 (35%)
TOTAL SERMAS	271 (de los que 131, es decir el 48%, no tienen plaza fija)

1. Hay una gran preocupación laboral general por el recorte de puestos de trabajo, por la creciente precariedad e inestabilidad en las contrataciones y por la disminución de la calidad de las prestaciones debido tanto a la situación de crisis y recortes generales como por la integración en el modo de funcionamiento hospitalario.
2. El camino de la 'privatización' no va a mejorar su situación ni las condiciones laborales, por lo que se da un posicionamiento claro a favor de la defensa de la gestión pública de la sanidad y del psicólogo clínico como trabajador de la misma.
3. La figura del profesional de la psicología en los diferentes dispositivos goza de gran reconocimiento tanto por parte de sus jefes, los psiquiatras, como por los profesionales de atención primaria, que son su fuente principal de derivaciones, y por el resto de especialistas hospitalarios (neurólogos, oncólogos, cardiólogos, ginecólogos, etc.).
4. La especialidad de psicología clínica, que nació teniendo como referente la especialidad de psiquiatría en su versión más progresista, gracias a la formación PIR, comienza a tener una identidad profesional más discriminada entre profesionales de la psicología clínica y médicos psiquiatras.
5. La juventud de la especialidad, que se reconoció hace 18 años, y las dificultades para su aceptación en un sistema sanitario de larga tradición biologicista, ha propiciado hasta este momento una identidad profesional poco asentada, fragmentada y frágil con riesgos y amenazas para su consolidación.
6. Los profesionales valoran muy positivamente la consecución de la especialidad de psicología clínica y el programa PIR, aunque en el colectivo profesional se abre la posibilidad de más especialidades en el campo sanitario (Psicología Clínica Infantil, Psicooncología, Neuropsicología, etc.)
7. El desarrollo de la especialidad a juicio de los profesionales se ha caracterizado por:
 - a) La heterogeneidad de los dispositivos en los que se han ido incluyendo los profesionales y, por lo tanto, un desigual grado de autonomía y 'crecimiento' profesional, oscilando desde ser el 'ayudante' del psiquiatra, a ser un 'afortunado' con posibilidad de organizar el trabajo con alto grado de autonomía, pasando por atender la demanda 'como se pueda' en cada momento.
 - b) La aceptación por parte de los profesionales de la psicología clínica de los paradigmas psiquiátricos 'dominantes' en cada momento (presupuestos teóricos, formas de intervención, modelos organizativos, etc.), más 'comunitarios' en los inicios, más 'hospitalarios' en la actualidad.
 - c) El solapamiento de sus funciones más genuinas (la evaluación clínica y las psicoterapias) con las funciones de los psiquiatras.
 - d) La ralentización en la creación de puestos de trabajo de profesionales de la psicología y la pérdida de algunos de los anteriormente conseguidos.
8. El cambio de los modelos comunitarios por los modelos más hospitalocentristas se vive como un proceso de fagocitación de lo comunitario por lo hospitalario.
9. Esta integración en la dinámica hospitalaria ha permitido la derivación directa de parte de los médicos de atención primaria y otros especialistas a psicología clínica, pero ha supuesto un aumento significativo de las listas de espera, especialmente de población infantil y de personas con trastornos mentales leves. Por otro lado el establecimiento de criterios de derivación desde atención primaria en función de la medicación y 'la gravedad' supone, en la práctica, que los profesionales de la psicología clínica evalúen cada vez menos en primera cita a personas con trastornos mentales graves.
10. Los profesionales de la psicología clínica son los mayores destinatarios de la 'demanda de psicoterapia', no solo por parte de los médicos de atención primaria sino por parte de los propios psiquiatras lo que, dada la escasez de profesionales, supone un incremento de la lista de espera a la vez que dificulta una atención psicológica de calidad.
11. El hecho de que la psicoterapia sea una práctica compartida con los psiquiatras hace que éstos puedan desempeñar el rol de psiquiatra-psicoterapeuta, lo que por un lado facilita la comunicación y el trabajo en equipo, pero por otro, en la medida que pueden hacer tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, lo convierten en un profesional más rentable para la Administración en detrimento de la contratación de profesionales de la psicología clínica.
12. Esta ambivalencia hace que aunque muchos profesionales de la psicología clínica estén de acuerdo con la práctica de la psicoterapia por parte de los psiquiatras en igualdad de condiciones que ellos, otros piensen que se han 'apropiado' de una actividad específica de ellos y los prefieren en el rol de psiquiatras/psicofarmacólogos.
13. La rehabilitación psicosocial de 'enfermos psiquiátricos' depende en casi su totalidad de centros concertados con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, quedando fuera de la hegemonía de los psiquiatras y estando liderada por profesionales de la psicología, aunque sin ser especialistas en psicología clínica.
14. En general todos valoran muy positivamente el considerable aumento de este tipo de recursos "sociales" (centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, centros de rehabilitación laboral, miniresidencias, pisos tutelados), aunque el hecho de que se hayan ubicado institucionalmente fuera de la Consejería de Sanidad no goza de acuerdo unánime.
15. La coordinación con otros niveles y recursos asistenciales (atención primaria, centros educativos, servicios sociales y red de rehabilitación), con lo que implica de formación de los profesionales, es considerada imprescindible para un trabajo psicológico de calidad, especialmente en el caso de la población infantil, a pesar de que está siendo ninguneada en las nuevas formas de organización de la asistencia dependiendo, en la mayoría de los casos, del voluntarismo de los profesionales.
16. Entre los profesionales hay un malestar generalizado por la posición de subordinación hacia los jefes/psiquiatras y una creciente reclamación de mayores cuotas de poder y responsabilidad directiva ya sea integrados en los mismos servicios de salud mental (Psiquiatría) con la creación de secciones de Psicología Clínica, ya sea integrados en servicios hospitalarios no psiquiátricos o con la creación de servicios independientes de Psicología Clínica desde los que se trabaje coordinadamente, por un lado con Psiquiatría/Salud Mental y, por otro, con otros servicios hospitalarios.
17. Todos los profesionales ven la necesidad de aumentar y mejorar la relación con Atención Primaria ya sea desde el Centro de Salud Mental o bien incluidos directamente en los Equipos de Atención Primaria.
18. Los aspectos más positivos que resaltan del programa PIR son: la igualdad de oportunidades, la formación amplia y heterogénea, basada en la rotaciones por dispositivos variados que permite una visión global del contexto sanitario, su orientación a la investigación y su ampliación a cuatro años de duración.
19. Los aspectos más negativos que resaltan son: el escaso número de plazas convocadas, el cumplimiento relativo del programa docente, el voluntarismo y poco reconocimiento de las funciones docentes, lo que lleva a que no todos los profesionales de la psicología en plantilla quieran ser tutores, la falta de organización para una formación más centralizada, una formación excesivamente centrada en los 'trastornos mentales', sobrecargada de psicofarmacología (al ser común con MIR de Psiquiatría), con pocas rotaciones por servicios no psiquiátricos

y con poco espíritu crítico e implicación personal por parte de los residentes.

20. Los profesionales de la psicología clínica tienen (a finales del 2013) mucho desconocimiento y confusión acerca de la nueva figura del psicólogo general sanitario, al que viven como amenazante, ya que consideran que esta nueva profesión puede ser una 'puerta de atrás' para entrar en la sanidad pública a bajo coste.

Consideraciones personales

Respecto a la especialidad

Es perentoria la regulación del grado en Psicología para poder establecer el itinerario grado-máster de Psicología General Sanitaria-PIR, imprescindible para la consolidación de la especialidad. Una salida posible que evitaría este itinerario, salvando la especialidad, sería seguir una vez más el modelo de las facultades de Medicina con un grado de 5 años que incorporase el título de máster de Psicólogo Sanitario para quien siguiese un itinerario ad hoc dentro de esos 5 años del grado y los 4 años de especialidad PIR (dos troncales y dos específicos).

El actual programa PIR está bien consolidado dentro de las Unidades Docentes Multiprofesionales en Salud Mental (UDMSM) como vía para alcanzar la especialidad en psicología clínica. Sin embargo, su cumplimiento es bastante desigual, dependiendo de los recursos adscritos a cada UDMSM. Es necesaria la incorporación de profesionales de la psicología clínica en todos los dispositivos por los que el residente ha de rotar para que puedan contar con la tutorización adecuada por parte de los facultativos de psicología clínica. Por otro lado se ve conveniente que haya mayor diferenciación y especificidad en la formación de los profesionales de la psicología clínica respecto a los MIR en psiquiatría. Para el profesional de la psicología que trabaje en cualquier nivel del Sistema Nacional de Salud ha de requerirse la cualificación de especialista facultativo mediante la vía PIR pero la especialidad de psicología clínica, tal como está regulada actualmente, no ha de ser la única especialidad. Hay que recordar que el sistema MIR acaba de sufrir una profunda transformación por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica (ACE) para las especialidades en ciencias de la salud, lo que da la posibilidad de establecer un nuevo título de especialista del mismo tronco. La formación completa en las especialidades en ciencias de la salud adscritas al régimen de formación especializada troncal comprenderá dos periodos sucesivos de formación programada: uno de carácter troncal y otro de formación específica en la especialidad de que se trate. En esta primera regulación, una de las pocas especialidades que no ha sido afectada por este cambio ha sido la especialidad de psicología clínica. Por ejemplo se ha establecido el tronco de psiquiatría con dos especialidades que lo integran: Psiquiatría y Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Nos parece oportuno plantear que hubiera un tronco de Psicología Clínica del que partieran varias especialidades. Al menos se nos ocurren las siguientes: Psicología Clínica de Adultos en Salud Mental, Psicología Clínica del Niño y del Adolescente en Salud Mental, Psicología Clínica en Salud Pública y Atención Primaria (Prevención y Promoción de la salud), Psicología Clínica Oncológica y de Cuidados Paliativos y Psicología Clínica Neuropsicológica. Por otro lado habría que definir a qué áreas de capacitación específica ([Real Decreto 639/2014](#), de 25 de julio) podrían optar los especialistas en psicología clínica. Algunos apuntan que una de ellas sería, por ejemplo, el Área de Capacitación Específica en Cuidados Paliativos ([SECPAL, 2013](#)). Este planteamiento supondría un espectacular incremento de plazas PIR ya que proveería a todo el sistema sanitario de especialistas en

psicología clínica, más allá de la actualmente restringida y, con todo, escasa ubicación en psiquiatría/salud mental.

Respecto a la psicología clínica en el Sistema Sanitario Público

El desarrollo de la psicología clínica ha de estar unido a la defensa de la sanidad pública. Es necesario aumentar las plazas de profesionales de la psicología clínicos en la sanidad pública y del número de plazas PIR que se convocan anualmente. Dicho incremento ha de ir acompañado de una mejor optimización y distribución de los recursos de profesionales de la psicología clínica en el sistema sanitario integrando las redes de atención a las drogodependencias, otros recursos dependientes de otras consejerías (rehabilitación de enfermos mentales) y de otras administraciones (ayuntamientos) en los servicios autonómicos de salud, o al menos estableciendo sólidos compromisos de coordinación y colaboración.

La figura del psicólogo clínico está consolidada como facultativo en igualdad de condiciones que los médicos, lo que debe implicar la mejora de la propia 'autoestima' por parte del colectivo de profesionales de la psicología clínica.

Es necesario el establecimiento de criterios para la mejora de la calidad de la atención psicológica y el establecimiento de una cartera de servicios explícita en la que se incluyan los distintos tipos de atención psicológica y especialmente la psicoterapia buscando el equilibrio entre la prevención, la asistencia, la docencia y la investigación.

En esos momentos, con la legislación vigente respecto a las dos profesiones reguladas como sanitarias ([Real Decreto 183/2008](#), de 8 de febrero, [Orden SAS/1620/2009](#) y [Ley 33/2011](#), de 4 de octubre, General de Salud Pública), creo que es necesario defender sin ambigüedades que para cualquier plaza que se cree en el Sistema Nacional de Salud, bien sea en centros propios o concertados para dar cumplimiento a las prestaciones incluidas en la cartera de servicios comunes del mismo, el psicólogo ha de poseer la especialidad en psicología clínica (ya sea vía homologación o vía PIR).

Esto se refiere, desde mi punto de vista, a las plazas que se puedan crear en cualquier nivel y centro dependiente del Sistema Nacional de Salud, tales como en los centros de atención primaria, centros de salud pública, centros de atención a las adicciones, servicios de oncología y dispositivos de cuidados paliativos, servicios de neurología, servicios de ginecología, unidades de atención temprana, unidades de trastornos de la identidad sexual, servicios de cardiología, unidades de rehabilitación de personas con trastornos mentales o cualquier otro. Es decir que el único psicólogo en el Sistema Sanitario Público sea el psicólogo clínico como facultativo especialista con los mismos derechos y obligaciones que el resto de los facultativos, médicos fundamentalmente.

Actualmente la gran mayoría de los profesionales de la psicología clínica están ubicados en servicios o centros de salud mental, denominación eufemística que quiere decir que dependen de servicios de psiquiatría. Una excepción importante son los centros de atención a las adicciones y otros centros como los de promoción de salud en los que los profesionales de la psicología clínica no están supeditados a la psiquiatría.

Partiendo de la situación actual se abren varias posibilidades para la ubicación de los profesionales de la psicología clínica en el Sistema Sanitario Público.

Tres son las vías que vislumbramos presentes actualmente en la profesión:

- A. Entender que toda intervención del psicólogo clínico está en el marco de la salud mental y que en ese marco éstos deben intervenir en equipo junto con los psiquiatras. Este planteamiento implicaría que todos los servicios y centros de psiquiatría pasasen a denominarse 'de Salud Mental' y en ellos estuvieran, en igualdad de oportunidades (en responsabilidades, en

desempeño de puestos directivos, etc.) los dos facultativos especialistas reconocidos: médicos especialistas en psiquiatría y profesionales de la psicología especialistas en psicología clínica. Desde estos servicios/centros de salud mental se ofrecerían las prestaciones de psicología clínica en todos los niveles directamente implicados en la atención a la salud mental (atención primaria, centros de salud mental, hospitales de día, unidades de rehabilitación) y en el resto de los servicios ‘médicos’ mediante labores de interconsulta y ‘enlace’ con los mismos. El trabajo en equipo de los profesionales de la psicología clínica y de los psiquiatras tendría muchos elementos en común y la especificidad vendría dada más por intereses, formación y habilidades que por delimitación de competencias profesionales.

B. Asumiendo básicamente la postura del punto anterior respecto a la implicación del profesional de la psicología clínica en la atención a la salud mental, en igualdad de condiciones que los médicos psiquiatras, esta postura entiende que hay niveles de atención a la salud/enfermedad en general que no requieren el trabajo conjunto con psiquiatría sino con otras especialidades médicas más vinculados, por ejemplo, a la salud pública/promoción de la salud, a la atención a las adicciones, a la atención primaria en salud, a otros servicios más relacionados con la ‘salud física’. Esta postura implicaría que, además de los profesionales de la psicología clínica incorporados a los servicios/centros de salud mental, habría profesionales de la psicología clínica en otros servicios/equipos sanitarios (en Salud Pública/Promoción de la Salud con médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, en Atención Primaria con médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y médicos especialistas en Pediatría, en Adicciones con médicos especialistas en Medicina interna, en Oncología y Cuidados Paliativos con médicos especialistas en Oncología, Medicina Interna, etc., en Ginecología y Obstetricia con médicos especialistas en Ginecología, en Neurología con médicos especialistas en Neurología, en Cardiología con médicos especialistas en Cardiología, en Atención Temprana con médicos especialistas en Neonatología, en Unidades de Trastornos de la Identidad Sexual con médicos especialistas en Endocrinología, etc., etc.). Desde este planteamiento habría profesionales de la psicología clínica en los diferentes niveles de atención a la salud mental en equipo con psiquiatras y profesionales de la psicología clínica en otros niveles de atención a la salud en general en equipos con otros facultativos especialistas.

C. La tercera postura entiende que la psicología clínica tiene un corpus teórico suficiente y una regulación con categoría de especialidad que la habilita para reivindicar la creación de servicios/centros independientes de psicología clínica y de la salud en los que se integren todos los profesionales de la psicología clínica y desde el que se trabaje coordinadamente, por un lado con Salud Mental y, por otro, con los centros de Atención Primaria y otros servicios hospitalarios.

Mi opinión es que se trata de que el conjunto del Sistema Sanitario Público vaya cambiando de paradigma y, por consiguiente, de que vaya introduciendo nuevas prácticas acordes con planteamientos menos biologicistas, más integrales y más participativos.

La psicología clínica puede, en tanto disciplina novedosa, contribuir a la ‘psicologización’ de la atención a la salud/enfermedad, en el sentido de ‘despatologizar’ los problemas psicológicos (Costa y López, 2014), prevenir su aparición, ayudar a su superación y, en general, fomentar la salud en relación con cualquier aspecto del polo salud/enfermedad. En ese sentido cualquier ubicación del psicólogo clínico que suponga autonomía respecto al ejercicio de su labor sin estar supeditado a otro profesional puede servir a los objetivos antes citados.

En cualquier caso, parece recomendable y viable en estos momentos apostar por una ubicación del psicólogo clínico en:

- La Red de Salud Mental (centros de salud mental, hospitales de día y servicios hospitalarios de Salud Mental/Psiquiatría y las unidades de Rehabilitación y Media y Larga Estancia para pacientes ‘psiquiátricos’, en igualdad, cuantitativa y cualitativa, con los médicos psiquiatras.
- Los Centros de Salud Pública, en estrecha coordinación con los centros de Salud de Atención Primaria.
- Los Centros de Salud de Atención Primaria, en estrecha coordinación con los centros de Salud Mental.
- Los Centros de Atención a las Adicciones, en estrecha coordinación con los centros de Salud Mental.
- Los servicios hospitalarios de Oncología.
- Los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa y las Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarios.
- Los servicios hospitalarios de Neurología.
- Los servicios de Obstetricia y Ginecología.
- Los servicios hospitalarios de Neonatología.
- Los servicios de Medicina Interna.
- Los servicios de Cardiología.
- Cualquier otro servicio que lo requiera.

Respecto a los profesionales de la psicología clínica en los hospitales, actualmente parece más viable, e incluso más coherente con planteamientos integrales y de trabajo en equipo, que los profesionales de la psicología clínica se consoliden e incorporen en CADA UNO de los dispositivos hospitalarios.

La creación de servicios independientes de psicología clínica y de la salud que agrupe a todos los profesionales de la psicología clínica, y que desde ahí presten sus servicios al resto de los servicios del hospital, ha de seguir siendo una reivindicación profesional, pero que se nos antoja difícil de conseguir y generalizar a corto y medio plazo.

Conclusión

Podemos decir que la consolidación de la psicología en el Sistema Sanitario Público pasa por el reforzamiento de la especialidad de psicología clínica en todo él, con mayores grados de autonomía y diferenciación respecto a la psiquiatría, acceso a la dirección y gestión de los centros/unidades, creación de más puestos de trabajo en todos los niveles del sistema sanitario, con énfasis en la atención primaria de salud, aumento significativo del número de plazas PIR, puesta en marcha del itinerario grado-máster-PIR, revisión y mejora del programa PIR, puesta en marcha de áreas de capacitación específica (Real Decreto 639/2014, de 25 de julio) a las que puedan optar los especialistas en psicología clínica, e incluso de nuevas especialidades sanitarias dentro del tronco común de la Psicología Clínica (Psicología Clínica infantil, Salud Pública y Atención Primaria, Oncología y Cuidados Paliativos, etc.).

Conflicto de intereses

El autor de este artículo declara que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Costa, M. y López, E. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades*. Ed. Madrid: Pirámide.
- Duro Martínez, J. C. (2013a). *Estudio sobre la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid. La Perspectiva de los profesionales*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de http://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/psicologia-clinica-en-la-sanidad-publica-en-madrid-556eba634e883.pdf

- Duro Martínez, J. C. (2013b). El estado de la cuestión en Madrid de la Psicología Clínica en la Sanidad pública. *Guía del Psicólogo*, 341, 3–8. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/afondo.pdf>
- Duro Martínez, J. C. (2014). Actualizando el Mapa de la Psicología Clínica en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid. *Guía del Psicólogo*, 351, 3–8. Recuperado de <https://issuu.com/collegiooficialpsicologosmadrid/docs/gp201410>
- Duro Martínez, J. C. (2015). *Psicología y Reforma Sanitaria en la década de los 80* (monografía). Colegio Oficial de Profesionales de la Psicología de Madrid. Recuperado de http://www.descargascoppa.es/varios/MONOGRAFIA.PSICOLOGIA%20SANITARIA_AnOS%2080.pdf
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disposición adicional séptima. Regulación de la psicología en el ámbito sanitario. BOE (2011). Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. BOE (2009). Recuperado de <https://www.boe.es/diario.boe/txt.php?id=BOE-A-2009-10107>.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE (2008). Recuperado de <https://www.boe.es/diario.boe/txt.php?id=BOE-A-2008-3176>.
- Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica. BOE (2014). <http://www.boe.es/diario.boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497>.
- SECPAL (2013, febrero). Área de Capacitación Específica (ACE) y Diploma de Acreditación Avanzada (DAA) de Psicología en Cuidados Paliativos. *Monografías SECPAL* n° 2.