



Miembro de  
World Psychiatric Association,  
World Federation For Mental Health  
y de Mental Health Europe

# EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Coordinador: Juan Fco. Jiménez Estévez

AEN, diciembre de 2007

Informe elaborado por el Grupo de Trabajo de Psicología Clínica de la AEN

**Coordinador:**

Juan Fco. Jiménez Estévez

**Miembros del Grupo de Trabajo:**

Cristina Azpilicueta  
Pilar Balanza Martínez  
M<sup>a</sup> Eugenia Díez Fernández  
Ángeles Enríquez Soriano  
Consuelo Escudero Álvaro  
Miguel Anxo García Álvarez  
Begoña Olabarría González  
Celia Penedo Cobo  
Xavier Reig Monteagudo  
Isabel Salvador Sánchez  
Ana Vallespí Cantabrana  
Oscar Vallina Fernández

**Colaboradores locales para la encuesta:**

**Andalucía:**

Mercedes Castro García  
Ernesto Feria Martín  
Carmen Jiménez Casado  
Eva Peñín Fernández  
Juan Carlos Maestro Barón  
Fermín Pérez  
Antonio Miguel Quesada portero  
Pedro Vega Vega

**Asturias**

Paz Arias

**Aragón**

Emérita Bara  
Eloína Casas Lechón  
Mercedes De Juan Sanz  
Ángeles Enríquez Soriano  
Anabel Peña  
Alejandra Reboreda Amoedo  
Ana Vallespí Cantabrana

**Baleares**

Isabel Salvador Sánchez

**Cantabria**

Oscar Vallina Fernández

**Castilla la Mancha**

Celia Penedo Cobo

**Castilla León**

Desiderio López Gómez

**Cataluña**

Xavier Reig Monteagudo

**Euskadi**

Emmanuel Azkarate

**Extremadura**

Margarita Silvestre

**Galicia**

Delia Guitián Rodríguez  
Santiago Lago Canzobre  
Gonzalo Martínez Sande  
Alejandro Torres Carbajo  
Roberto Varela Conde

**Madrid**

Laura Hernangómez

**Murcia**

Pilar Balanza Martínez  
Julio C. Martín Sancho

**Navarra**

Cristina Azpilicueta

## INDICE

Introducción.....	
.....	5
Método.....	
...	7
Resultados.....	
.	8
1. Reclasificación como FEA Psicología Clínica	
11	
2. Retribuciones como F.E.A.	
14	
3. Carrera profesional	
16	
4. Denominación de los Servicios de Salud Mental	
18	
5. Acceso a puestos de coordinación / jefatura	
21	
6. Participación en la planificación de la atención	
24	
7. Presencia en los dispositivos de salud mental	
26	
8. Libre elección de especialista	
28	
9. Atención a primeras consultas	
30	
10. Evaluación diagnóstica	
32	
11. Atención a todo tipo de trastornos	
33	
12. Responsabilidad del caso	
35	
13. Atención a urgencias	
37	

14. Indicación de ingreso hospitalario	
39	
15. Transporte sanitario	41
16. Interconsultas y participación en programas de otros servicios	
43	
17. Formación	45
18. Convenios con empresas / asociaciones privadas	
47	
19. Becarios, voluntarios y otras formas de "contratación"	
49	
Conclusiones.....	
.....	51
Recomendaciones.....	
.....	53

## INTRODUCCIÓN

La integración de la especialidad y de los especialistas en psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud y más concretamente en los servicios de salud mental, es una realidad profesional y asistencial que se está consolidando de forma progresiva.

Tras las declaraciones de expertos, como la ya clásica de Alma Ata, la evidencia científica, hoy más que nunca, está poniendo de relieve la importancia del comportamiento humano (cognitivo, emocional, motor y social) en el desarrollo y evolución de procesos relacionados con la salud y la enfermedad. La psicología clínica ha venido a aportar, una perspectiva complementaria a la meramente biológica, para la evaluación y tratamiento de los procesos patológicos en general, y de los trastornos mentales en particular. Por ello, la incorporación de la figura del psicólogo clínico a los

equipos asistenciales multidisciplinares, derivados de los modelos de desinstitucionalización de la asistencia a los enfermos mentales y el impulso de la psiquiatría comunitaria, ha contribuido al desarrollo del actual modelo de Salud Mental Comunitaria centrado en la atención biopsicosocial de los trastornos mentales y del comportamiento, superando esquemas obsoletos basados en una visión biologicista y reduccionista del tratamiento.

Tras una temprana incorporación de los psicólogos a los dispositivos sanitarios durante los años 80, para atender la necesidad de construir el nuevo modelo de atención a la Salud Mental, que llevó a las 5 comunidades autónomas posiblemente más implicadas en la Reforma a crear los primeros Programas PIR (desde 1983 a 1990), así como la necesidad de extender el modelo diseñado para disponer en todo el Estado de profesionales especializados con los que atender la creciente demanda asistencial garantizando una formación adecuada y normativizada de los mismos, llevó en 1993 al Ministerio de Sanidad a realizar la primera convocatoria estatal para la formación de Especialistas en Psicología Clínica.

Este proceso continuó con la constitución en 1995 de la Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación y Cultura (a imagen de las Comisiones Nacionales del resto de especialidades sanitarias), que elabora el primer programa de la especialidad siguiendo los desarrollos habidos en los programas autonómicos de la década anterior y que incorpora instrumentos no existentes hasta entonces en la formación de especialistas, como el circuito de rotación o las tutorías, que posteriormente fueron incorporados en programas de otras especialidades médicas. El programa de la especialidad de Psicología Clínica fue aprobado en 1995, publicándose en 1996, y aunque sufrió recortes para ello, permitió la efectiva continuidad del camino de oficialización.

Finalmente, la promulgación del Real Decreto 2490/1998 por el que se crea y regula el título de especialista en psicología clínica, la constitución de la primera Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica un año después y la posterior inclusión del psicólogo clínico como especialista sanitario en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, ha ratificado oficialmente la normalización de la presencia del psicólogo clínico en el Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, a pesar de la realidad jurídico-sanitaria arriba descrita, la adaptación de las administraciones sanitarias a la misma, reconvirtiendo las plazas asistenciales y normalizando el estatus profesional, así como las funciones y responsabilidades de los psicólogos clínicos como especialistas se ha ido demorando por cuestiones político-administrativas, que ya en 2005 llevó a la propia AEN a preocuparse por el retraso elaborando un informe y proponiendo una serie de recomendaciones para que nuestra asociación

contribuyera a acelerar los cambios administrativos y asistenciales que permitieran la normalización de la psicología clínica en los dispositivos asistenciales (Escudero C y cols.: Informe sobre la normativa legal y la reclasificación de plazas de psicólogos clínicos en el SNS. Conclusiones y recomendaciones. AEN 2005).

Dos años más tarde, los ritmos para la normalización son tremendamente variables en el conjunto del Estado. Aún en muchas comunidades autónomas las plazas asistenciales para el ejercicio de las funciones propias del especialista en psicología clínica no han sido reclasificadas en plazas de facultativo especialista en psicología clínica, manteniéndose como plazas de profesionales no sanitarios en clara contradicción con lo establecido en las disposiciones legales ya señaladas, lo que mantiene una concatenación de circunstancias administrativas, profesionales y asistenciales que obstaculizan el ejercicio profesional y la plena normalización en la estructura sanitaria. Este retraso contribuye en numerosas realidades asistenciales, a mantener y prolongar actitudes de consideración profesional limitada y subordinada por parte de otros profesionales y gestores sanitarios, no acorde con la capacitación y la responsabilidad plena, que en el ámbito de sus competencias, tiene cualquier otra especialidad sanitaria.

## METODO Y LIMITACIONES

La presente encuesta ha sido elaborada y propuesta por el Grupo de Trabajo de Psicología Clínica de la AEN, siendo aprobada y distribuida para su cumplimentación por comunidades autónomas a través de su Junta Directiva. Las preguntas han sido seleccionadas considerando su relevancia por su significación en relación con la normalización del desempeño profesional del especialista en psicología clínica como un facultativo especialista más, formando parte de los servicios de salud mental a los que aporta el valor añadido de los conocimientos teórico-prácticos propios de la especialidad para una atención comprehensiva de la atención a usuarios y los procesos que son atendidos en nuestros dispositivos sanitarios.

**Tabla 1. Ítems incluidos en el cuestionario**

1. Reclassificación como FEA Psicología Clínica
2. Retribuciones como F.E.A.
3. Carrera profesional
4. Denominación de los Servicios de Salud Mental
5. Acceso a puestos de coordinación / jefatura
6. Participación en la planificación de la atención
7. Presencia en los dispositivos de salud mental
8. Libre elección de especialista
9. Atención a primeras consultas
10. Evaluación diagnóstica
11. Atención a todo tipo de trastornos
12. Responsabilidad del caso
13. Atención a urgencias
14. Indicación de ingreso hospitalario
15. Transporte sanitario
16. Interconsultas y participación en programas de otros servicios
17. Formación
18. Convenios con empresas / asociaciones privadas
19. Becarios, voluntarios y otras formas de "contratación"



La recepción de encuestas para su procesamiento comenzó en enero de 2007 y se ha cerrado en diciembre de 2007. Las comunidades que han remitido sus datos son las 14 que se relacionan en la Tabla 2:

<b>Tabla 2. Comunidades participantes</b>
Andalucía Aragón Asturias Baleares Cantabria Castilla la Mancha Castilla León Cataluña Euskadi Extremadura Galicia Madrid Murcia Navarra

La metodología requería obtener la información por provincias para obtener una mejor aproximación a la posible variabilidad dentro de una misma comunidad autónoma. Sin embargo, únicamente tres comunidades autónomas constituidas por varias provincias (Andalucía, Aragón y Galicia) han cumplimentado sus datos de forma provincial; dos de las comunidades (Castilla la Mancha y Cataluña) han optado por enviar los datos de forma global para toda la comunidad, dos comunidades (Castilla León y Euskadi) han remitido los datos de una única provincia (Salamanca y Guipúzcoa, respectivamente), entendiéndose que los datos son representativos para el conjunto de la comunidad; además, seis de las comunidades (Asturias, Baleares, Cantabria, Madrid, Murcia y Navarra) son uniprovinciales. Tenidas en cuenta estas circunstancias relativas a la recopilación de los datos, finalmente se ha decidido presentar los datos de forma global, por comunidades.

De otro lado cabe señalar que dado el formato de la encuesta diseñada con respuestas dicotómicas (SI/NO), en algunas ocasiones ha resultado difícil determinar de forma absoluta una opción (por ejemplo, la respuesta es SI para algunos dispositivos y NO para otros). Se ha mantenido el criterio de destacar la

opción que represente de forma más mayoritaria la cuestión abordada, según el criterio del informante.

## RESULTADOS

En la Tabla 3 podemos observar una primera aproximación global a los resultados. En ella se presentan las comunidades que han aportado la información, ordenadas por número de respuestas positivas. El rango posible se establece entre 0 y 19. Un mayor número de respuestas positivas implicaría una mayor normalización de la situación de los psicólogos clínicos en los servicios de salud mental, aunque en una aproximación más fina podríamos convenir en que todas las respuestas positivas no tienen la misma significación para el propósito de la encuesta.

Andalucía	14
Asturias	13
Cantabria	13
Murcia	12
Navarra	12
Cataluña	10
Galicia	10
Aragón	9
Extremadura	9
Baleares	8
Castilla la Mancha	8
Castilla León	7
Euskadi	3
Madrid	
Promedio	10

En la Tabla 4, podemos observar los ítems en los que menos del 50 % de las comunidades han respondido de forma positiva.

**Tabla 4: Ítems del cuestionario respondidos positivamente por menos de un 50 % de las comunidades.**

Ítems	Frec.	%
14. Indicación de ingreso hospitalario	6	43
7. Presencia en todos los dispositivos de salud mental	5	36
1. Reclasificación como FEA Psicología Clínica	4	29
15. Transporte sanitario	4	29
4. Denominación de los Servicios de Salud Mental	3	21
17. Formación	3	21
18. Convenios con empresas / asociaciones privadas	1	7

En la Tabla 5, podemos observar los ítems en los que más del 50 % de las comunidades han respondido de forma positiva.

**Tabla 5: Ítems del cuestionario respondidos positivamente por un 50 % o más de las comunidades.**

Ítems	Frec.	%
10. Evaluación diagnóstica	14	100
11. Atención a todo tipo de trastornos	12	86
12. Responsabilidad del caso	11	79
16. Interconsultas y participación en programas de otros servicios	10	71
2. Retribuciones como F.E.A.	9	64
3. Carrera profesional	9	64
6. Participación en la planificación de la atención	8	57
5. Acceso a puestos de coordinación / jefatura	8	57
9. Atención a primeras consultas	7	50
8. Libre elección de especialista	7	50
13. Atención a urgencias	7	50
19. Becarios, voluntarios y otras formas de "contratación"	7	50

Pasemos a detallar el estado del ejercicio de la psicología clínica en los servicios de salud mental, ítem por ítem, indicador por indicador, a partir de las respuestas discretas y observaciones aportadas por las comunidades autónomas que han cumplimentado la encuesta. Antes de ello, señalar que las observaciones aportadas al cumplimentar la encuesta no pretenden relacionar la casuística de modo exhaustivo, sino simplemente ejemplificar el sentido de la respuesta global o de excepciones dignas de reseñar.

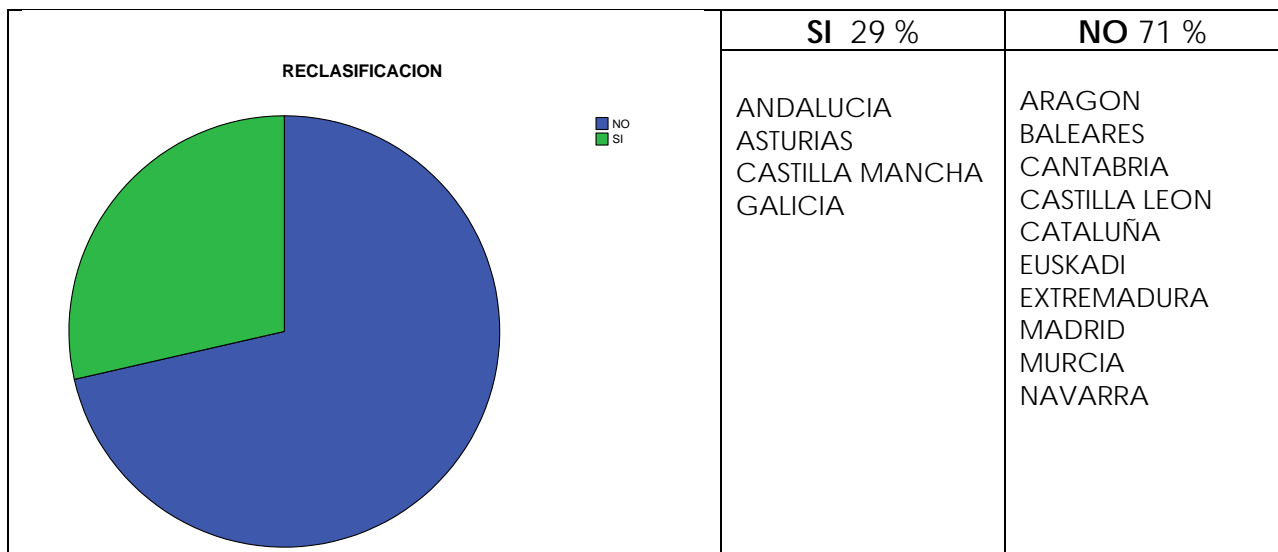
## 1. Reclasificación como FEA Psicología Clínica

*¿Se ha producido la reclasificación de las plazas de todos los psicólogos (atención especializada – se incluye rehabilitación- y atención primaria), que ejercen sus funciones como psicólogos clínicos, en FEA Psicología Clínica?*

Se ha producido procesos de reclasificación como Facultativos Especialistas de Área en 4 de las 14 comunidades autónomas: Andalucía, Asturias, Castilla la Mancha y Galicia.

En algunas comunidades como Castilla la Mancha Extremadura y Madrid se han producido procesos de reclasificación que no han incluido las plazas de psicólogo del ámbito clínico-asistencial de la rehabilitación psicosocial. En Euskadi se ha producido un proceso de reclasificación, pero no a Facultativo Especialista de Área sino a Facultativo Técnico Especialista. En Cataluña sólo se han reclasificado los pertenecientes a la red pública, que representan una proporción minoritaria.

	<b>SI</b> 29 %	<b>NO</b> 71 %
--	----------------	----------------



Las comunidades en las que no se ha producido la reclasificación o en las que cabe hacer alguna observación son las siguientes:

#### BALEARES

No se ha producido la reclasificación. Para nuevas contrataciones, cada área de gestión decide: Gerencia de A.P. de salud no exige en las contrataciones nuevas el título de especialista, pero a sus especialistas les paga como FEA. Los Hospitales de Son Dureta y Son Llátzer si exigen la especialidad en las nuevas contrataciones. La empresa pública GESMA que gestiona privadamente, sobre todo los recursos de rehabilitación, no exige la especialidad.

#### CANTABRIA

Aún no se ha producido la reclasificación, a pesar de las promesas de la administración para proceder en este sentido.

#### CASTILLA LA MANCHA

Los psicólogos clínicos de AE sí están reclasificados, los de AP están reconocidos como especialistas, pero falta terminar los trámites administrativos para equiparar sus retribuciones. Los psicólogos de rehabilitación pertenecen a una fundación de la Consejería de Sanidad (FISLEM) que no ha procedido a la reclasificación ni requiere la especialidad para trabajar en ella, a pesar de que el Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha especifica que los psicólogos de los dispositivos de rehabilitación serán especialistas en psicología clínica, además de que la Cartera de Servicios del SNS y la Estrategia de Salud

Mental del SNS reconocen la rehabilitación psicosocial como asistencia sanitaria.

#### CASTILLA LEON

No están reclasificados los psicólogos clínicos: Ejem: Consorcio Hospitalario de Salamanca que comprende Equipos de Salud Mental, Hospital de Día, Unidad de Rehabilitación, Unidad de Tratamiento del Alcoholismo (UTA) que no están integrados en el Sistema de Salud de Castilla y León.

#### CATALUÑA

La mayoría de los psicólogos clínicos pertenecen a entidades proveedoras con las que establecen contratos laborales. En los pocos recursos que dependen del ICS (Instituto Catalán de Salud) y de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública-Red Hospitalaria de Utilización Pública) se ha producido dicha reclasificación. En este momento se ha aprobado un convenio de sector en proceso de aplicación y contempla la categoría de psicólogo especialista.

#### EUSKADI

La reclasificación en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se ha dado como Facultativo Técnico Especialista no como Facultativo Especialista de Área.

#### EXTREMADURA

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) están concertados por el Servicio Extremeño de Salud, perteneciendo dos de ellos a las Hermanas Hospitalarias y el resto (cinco) a las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales que son quienes contratan a sus trabajadores y no todos los psicólogos contratados son psicólogos clínicos.

#### MADRID

En Rehabilitación Psicosocial y Laboral no se ha producido ningún proceso de reclasificación; administrativamente depende de Servicios Sociales y no de Sanidad. En Salud Mental existen aún algunas plazas dependientes de atención especializada cuyo contrato se estipula como "psicólogo" "personal no sanitario" cuando las funciones que se ejercen en dicha plaza son propias de psicólogo clínico (por ejemplo: área 2, área 5, área 6, área 11).

#### MURCIA

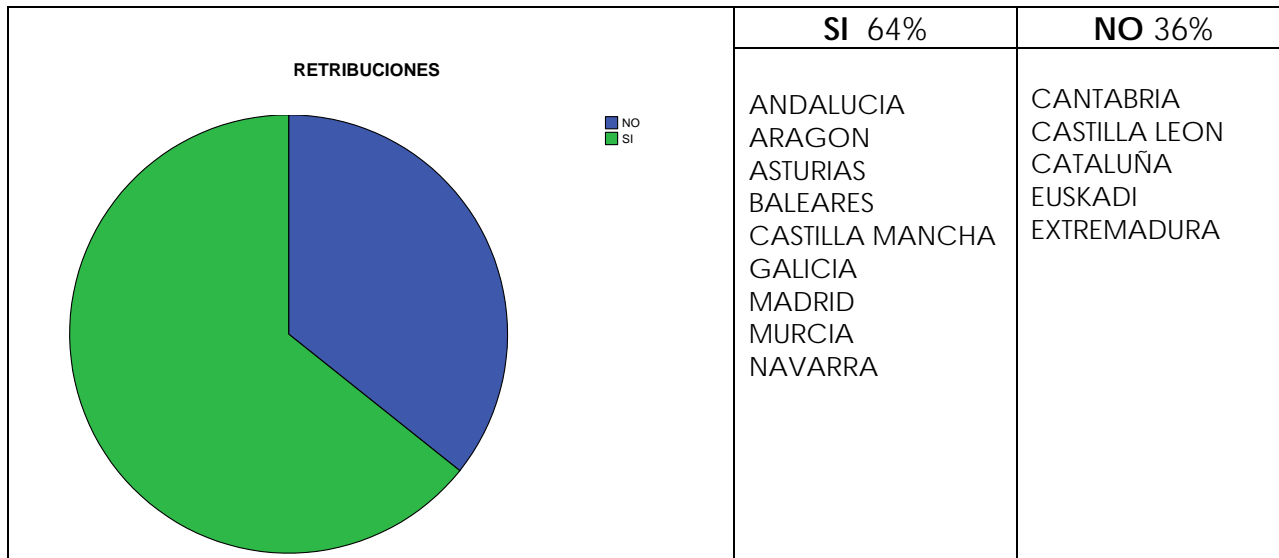
Las plazas no están definitivamente reclasificadas como FEA. Se ha producido una adscripción provisional a la categoría de Psicólogo Clínico por promoción interna temporal, mientras se culmina el proceso de reconversión.

## **2. Retribuciones como F.E.A.**

*¿Los FEA Psicología Clínica perciben las retribuciones correspondientes a los facultativos especialistas?*

En 9 de las 14 comunidades (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla la Mancha, Galicia, Madrid, Murcia Y Navarra), los psicólogos clínicos perciben las

retribuciones correspondientes a los facultativos especialistas. No están homologadas las retribuciones en Castilla León, Cantabria, Cataluña ni en Euskadi. En Extremadura en los CRPS no se perciben retribuciones de especialista.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no perciben las retribuciones correspondientes a F.E.A. o en las que cabe hacer alguna observación son las siguientes:

#### CASTILLA LA MANCHA

Los psicólogos clínicos que desempeñan su labor asistencial en atención primaria, no perciben las retribuciones de facultativo especialista aun teniendo reconocida la especialidad.

#### CASTILLA LEON

Los Equipos de Salud Mental, Hospital de Día, Unidad de Rehabilitación, Unidad de Tratamiento del Alcoholismo (UTA), no están integrados en el Sistema de Salud de Castilla y León, sino que pertenecen a un Consorcio Hospitalario (vgr. Salamanca).

#### CATALUÑA

En los centros del ICS y de la XHUP las retribuciones son las correspondientes a facultativo especialista. En la red de Salud Mental concertada con proveedores existen diferencias variables, según las entidades. Pero la diferencia más importante es la que supone un distinto



nivel salarial entre los centros concertados y la XHUP. Hay un plan, iniciado en 2006, del Departamento de Salud, para conseguir que en el 2008 estén equiparados todos los salarios al nivel de la XHUP. Asimismo se está trabajando en un convenio marco para la red de salud mental.

#### EUSKADI

En Osakidetza se percibe, desde hace unos meses, el Complemento Específico. El Complemento de Hospitalización lo cobran solamente los psicólogos clínicos que trabajan en hospitales y todos los PC de Álava.

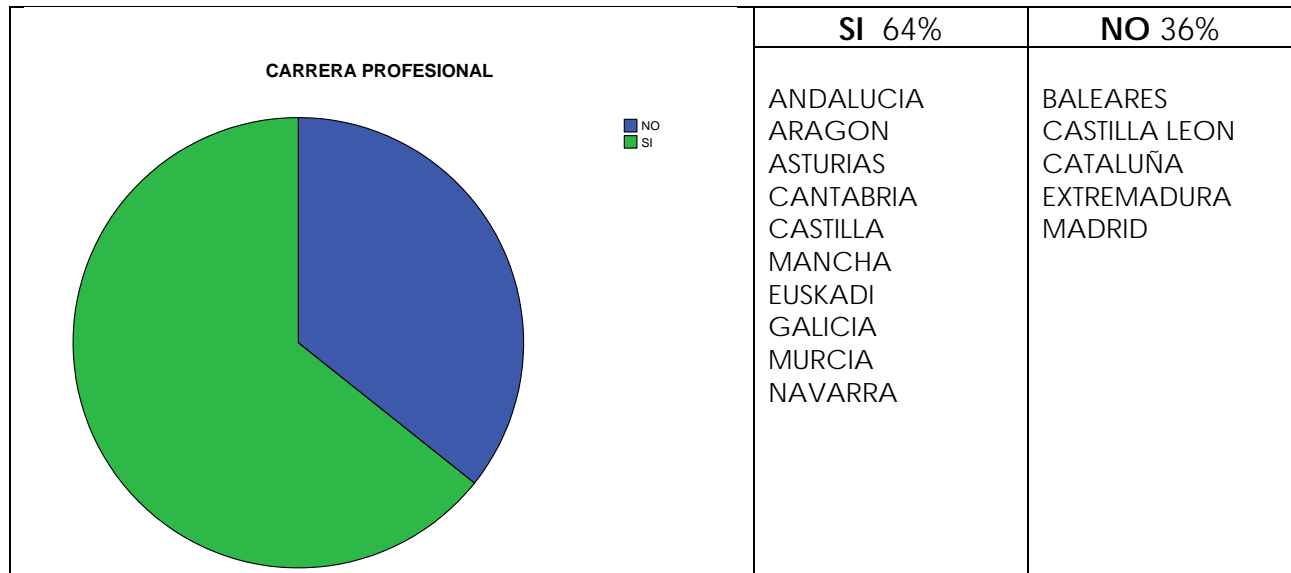
#### EXTREMADURA

En los CRPS no se perciben retribuciones de especialista. En el Servicio extremeño de Salud sí.

### **3. Carrera profesional**

*¿Los FEA Psicología Clínica, están incorporados a la carrera profesional?*

En 9 de las 14 comunidades (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla la Mancha, Euskadi, Galicia, Murcia y Navarra), los psicólogos clínicos han sido incorporados a la carrera profesional. En Baleares, Castilla León y Cataluña, los psicólogos clínicos no tienen acceso a la carrera profesional. En Madrid la situación es muy heterogénea. En Extremadura, en los CRPS y Hospitales Psiquiátricos no tienen acceso.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no tienen acceso a la carrera profesional y en las que cabe hacer alguna observación son las siguientes:

#### BALEARES

Sólo los Psicólogos Clínicos de la empresa pública GESMA (Gestión Sanitaria de Mallorca) tienen acceso a la carrera profesional.

#### CASTILLA LA MANCHA

Los psicólogos clínicos que desempeñan su labor asistencial en dispositivos que dependen del SESCOAM, están incluidos en la Carrera Profesional. No tienen acceso a la carrera profesional los que desempeñan su labor asistencial en dispositivos que dependen de las diputaciones.

#### CASTILLA LEÓN

No.

## CATALUÑA

Existe carrera profesional en el ICS, incluyendo a médicos y enfermeras solamente.

Algún centro, excepcionalmente, tiene carrera profesional. Se está elaborando un plan que incluye la carrera profesional, aunque no se contempla más que a partir del 2009.

## EXTREMADURA

Sí en todos los dispositivos de Servicio Extremeño de Salud. No en CRPS y en Hospitales Psiquiátricos, donde tampoco los psiquiatras de estos hospitales tienen acceso.

## GALICIA

Están incorporados a la carrera profesional pero a través de una regulación que les discrimina respecto a los demás facultativos especialistas. Están en curso procesos judiciales sobre esta cuestión promovidos por psicólogos clínicos.

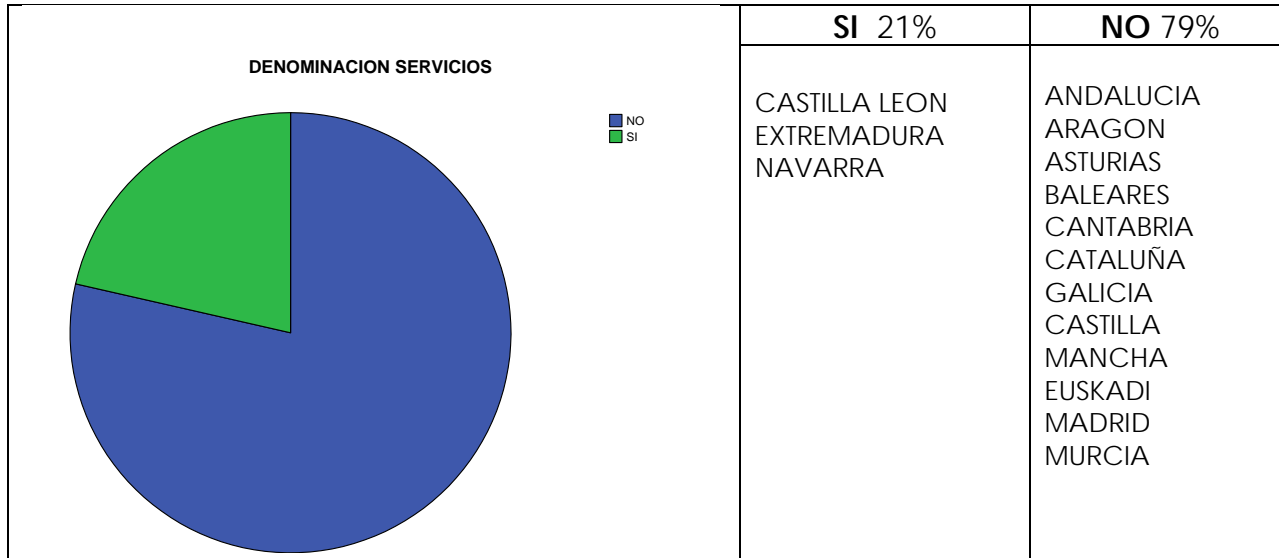
## MADRID

Sólo están incluidos en la carrera profesional quienes tienen mayor antigüedad y accedieron a ella cuando dependían de la Comunidad Autónoma. En la actualidad se está en proceso de estatutarización y a la carrera profesional únicamente accederá el personal estatutario.

#### 4. Denominación de los Servicios de Salud Mental

*Todos los servicios/dispositivos/unidades son denominados como servicios de salud mental (se excluyen denominaciones como Psiquiatría o Psiquiatría y Salud Mental).*

Según los datos recibidos, únicamente Castilla León, Extremadura y Navarra declaran que todos los dispositivos de la red reciben la denominación de de salud mental. En el resto de las Comunidades Autónomas evaluadas se sigue utilizando la denominación de servicios/unidades de psiquiatría sobre todo para la denominación de las unidades hospitalarias. En ocasiones esta opción nominal no es una mera cuestión semántica y conlleva la no disponibilidad de psicólogos clínicos en el ámbito hospitalario, tanto para la atención de pacientes ingresados en las unidades de hospitalización breve, como para la participación en urgencias, interconsultas o programas de intervención de psicología clínica en otros servicios hospitalarios.



Las comunidades en las que no se ha generalizado la denominación de Salud Mental para la denominación de todos los servicios y unidades y en las que cabe hacer alguna observación son las siguientes:

ANDALUCIA

Huelva: Para las unidades de agudos se usa el término de unidad de "psiquiatría" en el lenguaje hospitalario frecuentemente.

Jaén: Si bien en la mayoría sí se denominan como "salud mental", vg. En el listado de teléfonos del Complejo Hospitalario (marzo de 2004) aún se consigna: "Jefe Servicio Psiquiatría" (por coordinador de USM-HG) Y "Servicio: Psiquiatría" (en vez de "Servicio: S.M.) y "Coordinador área Psiquiatría".

Málaga: Servicios de Psiquiatría de los hospitales.

## ARAGÓN

Los dispositivos de Salud Mental Comunitarios se denominan "Centros de Salud Mental". Mientras que los servicios, secciones y dispositivos de Salud Mental Hospitalarios se denominan de "Psiquiatría". Únicamente 2 de las 6 Unidades de Corta Estancia cuentan con Psicólogo Clínico. En un Sector Sanitario de Zaragoza persisten las consultas externas de psiquiatría de adultos y de infanto-juvenil en el hospital general. Los recursos específicos de rehabilitación psicosocial tienen su nombre específico.

## ASTURIAS

Las unidades de hospitalización aguda se denominan Unidades de Psiquiatría. El resto de los SS son de Salud Mental o de Rehabilitación.

## BALEARES

UHB de los hospitales de Son Dureta, Manacor, Inca y Son Llátzer, se denominan Unidad de Psiquiatría. El Hospital de Día de Son Dureta se denomina: Hospital de Día Psiquiátrico y el Hospital de día de Son Llátzer: Hospital de Día de Psiquiatría. Sin embargo, en el Decreto de ordenación de la atención a la salud mental no existen esas denominaciones.

## CANTABRIA

En Cantabria no existe un servicio autonómico de salud mental, ni una dirección regional o figura similar (coordinador, etc.) Todos estamos agrupados en los servicios de psiquiatría de las gerencias de especializada de cada área de salud.

## CASTILLA LA MANCHA

La denominación es Servicio de Psiquiatría en todos los casos. Sin embargo, en los Servicios Centrales del SESCAM, dentro de la Dirección General de Asistencia, existe un Servicio de Salud Mental.

## CATALUÑA

Existen denominaciones de área de psiquiatría en los hospitales generales y los monográficos, sobretodo correspondientes a unidades de agudos y subagudos, y algunos hospitales de día. El resto de servicios comunitarios

tienden a ser denominados de salud mental (Centro Salud Mental, Centro de Día en Salud Mental, ...).

#### EUSKADI

Así como los centros de salud mental extrahospitalaria de adultos se llaman Centro de Salud Mental, los centros especializados en salud mental infantil se denominan Equipos o Centros de Psiquiatría Infantil en las 3 provincias que componen la CAV, salvo en Galdácano, donde hace relativamente poco tiempo, el centro que se denominaba Unidad de Psiquiatría Infantil, pasó a Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, a propuesta de una psicóloga del equipo.

#### GALICIA

Las denominaciones utilizadas son unidades o servicios de psiquiatría. Los dispositivos ambulatorios reciben en la mayor parte de las ocasiones el nombre de "Unidades de Salud Mental" o "Unidades de Psiquiatría y Salud Mental".

#### MADRID

Exclusivamente los servicios de atención ambulatoria a nivel de distrito (servicios/centros de salud mental). Los hospitales de día se califican como hospitales de día psiquiátricos. Las unidades de hospitalización breve (y/o agudos) se denominan servicios de Psiquiatría. Incluso a la red asistencial se le denomina "Red de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental de la Comunidad de Madrid". Y al plan de actuación se le denomina "Plan de Asistencia psiquiátrica y Salud Mental (2003-2008)".

#### MURCIA

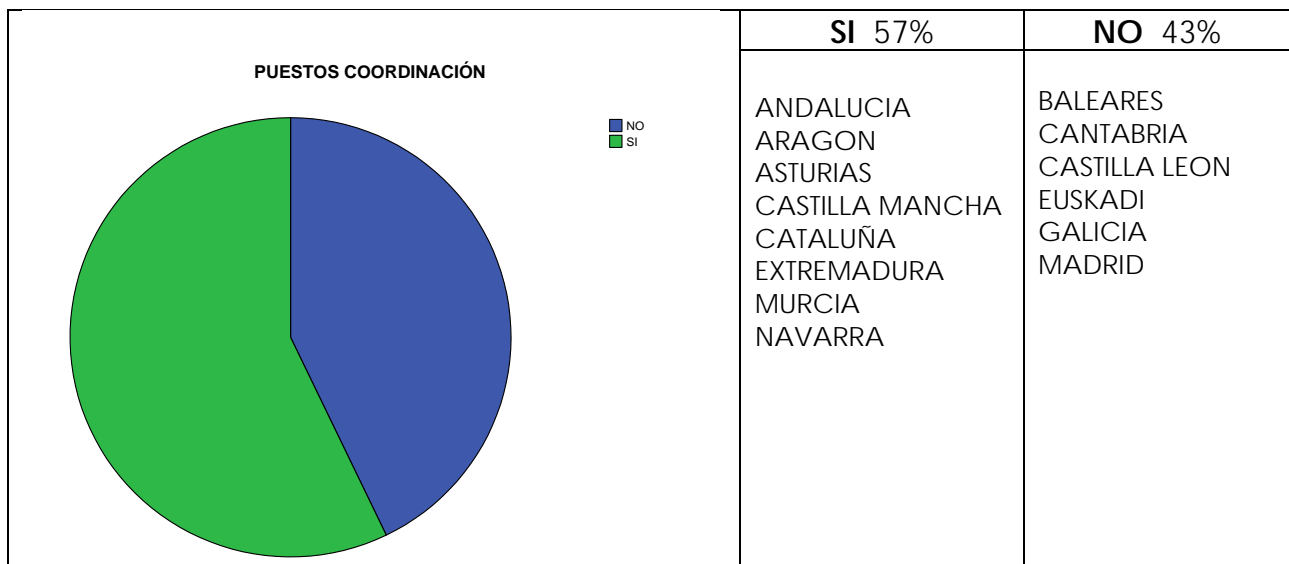
La denominación del servicio es Subdirección general de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica; las Unidades de agudos de los Hospitales se denominan unidades de Psiquiatría, los centros de salud mental si se denominan así: centros de salud mental

## 5. Acceso a puestos de coordinación / jefatura

*Los psicólogos clínicos tienen la posibilidad de concursar y ser nombrados como coordinadores / jefes de unidad o servicio de salud mental.*

Únicamente en 9 de las 14 comunidades evaluadas (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares Castilla la Mancha, Cataluña, Extremadura, Murcia y Navarra), los psicólogos clínicos pueden ser nombrados en puestos de jefatura/coordinación. No obstante, incluso en estas comunidades la posibilidad teórica queda oscurecida por la casuística dada la baja frecuencia de nombramiento de psicólogos en tales puestos. En Aragón, donde se ha reconocido recientemente esta posibilidad, no existe ningún psicólogo clínico con nombramiento. En otros casos, como ocurre en Asturias o Castilla la Mancha, aunque algunos psicólogos clínicos ejercen como coordinadores en algunos dispositivos, sin embargo lo hacen sin un nombramiento oficial que les reconozca tal responsabilidad ante la institución. En Cataluña, aunque en la actualidad es posible, se está preparando una reglamentación que en su borrador veta el acceso de los psicólogos clínicos a los puestos de dirección.

	<b>SI</b> 57%	<b>NO</b> 43%
--	---------------	---------------



Las comunidades en las que los psicólogos no tienen acceso a las jefaturas o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ANDALUCIA

La frecuencia general de coordinadores de dispositivos es baja y aunque en otros momentos ha habido hasta dos Coordinadores de Área de Salud Mental, en la actualidad no hay ninguno que sea psicólogo clínico. (Vgr. en Málaga en teoría sí se puede ser coordinador; en la práctica, sólo existe en toda la provincia una jefatura de unidad -USMIJ-...que data de principios del IASAM -1988 ó 1989-).

#### ARAGON

A nivel teórico sí que existe la posibilidad de ser nombrados administrativamente (Orden de 4 de julio de 2006, del Departamento de Salud y Consumo, por el que se regula provisionalmente la figura de Coordinador de Salud Mental en el ámbito del Sector Sanitario). La realidad es que las provistas hasta ahora, han sido ocupadas por psiquiatras.

#### ASTURIAS

En la practica ningún psicólogo es coordinador de Área, en algunos dispositivos lo son pero sin remuneración por ello, solo a titulo de responsabilidad de programa o de dispositivo.

#### BALEARES

En el Ib-Salut no hay convocatoria oficial para la mayoría de puestos de coordinación. El nombramiento se realiza por criterio del Jefe de Servicio.



En la empresa pública GESMA si hay convocatoria oficial para la coordinación de UCR y U.M.E. y se pueden presentar los Psicólogos Clínicos.

#### CANTABRIA

En cualquier dispositivo sanitario regional. Solo se contempla esa capacidad en personal médico. Decisión política.

#### CASTILLA LA MANCHA

Jefaturas con nombramiento no, sí como coordinadores de algunos dispositivos. En estos casos, son nombramientos no oficiales y fuera de la estructura jerárquica del SESCAM. En las diputaciones de Ciudad Real y de Toledo, existen Jefaturas de Sección de Psicología Clínica. En la UME de Guadalajara, dependiente de la Diputación, la coordinadora es una psicóloga clínica.

#### CASTILLA LEON

Salamanca: Unidad de Hospitalización, Equipos de Salud Mental, Unidad de Trastornos Duales, Unidad de Convalecencia. Dependen del SACYL.

#### CATALUÑA

En la actualidad se está elaborando un sistema de acreditación de servicios que definirá esta cuestión. En el borrador no se contempla que los psicólogos clínicos puedan coordinar dispositivos de salud mental.

#### EUSKADI

A las jefaturas de Salud Mental sólo pueden acceder médicos-psiquiatras. Las convocatorias no se han abierto a los psicólogos clínicos. Sí existe algún caso de coordinador de Unidad de Día, pero la jefatura del Servicio sigue correspondiendo a un psiquiatra.

#### GALICIA

Coruña: No

Lugo: Sólo en la unidad de alcoholismo la coordinadora es Psicóloga Clínica, probablemente porque no hay psiquiatra ni médico en esa unidad. Cuando en una unidad se propuso con acuerdo de todos los miembros (Psicólogo Clínico, Psiquiatra, Enfermera) que el coordinador fuese el Psicólogo Clínico la institución no lo permitió.

Orense: Ningún Psicólogo Clínico de Ourense tiene esta posibilidad.

#### MADRID

La realidad es que en todo Madrid sólo hay un jefe de servicio (de distrito) que sea psicólogo clínico y un coordinador de Hospital de Día por razones

históricas. No hay un acceso real en estos momentos para los psicólogos clínicos.

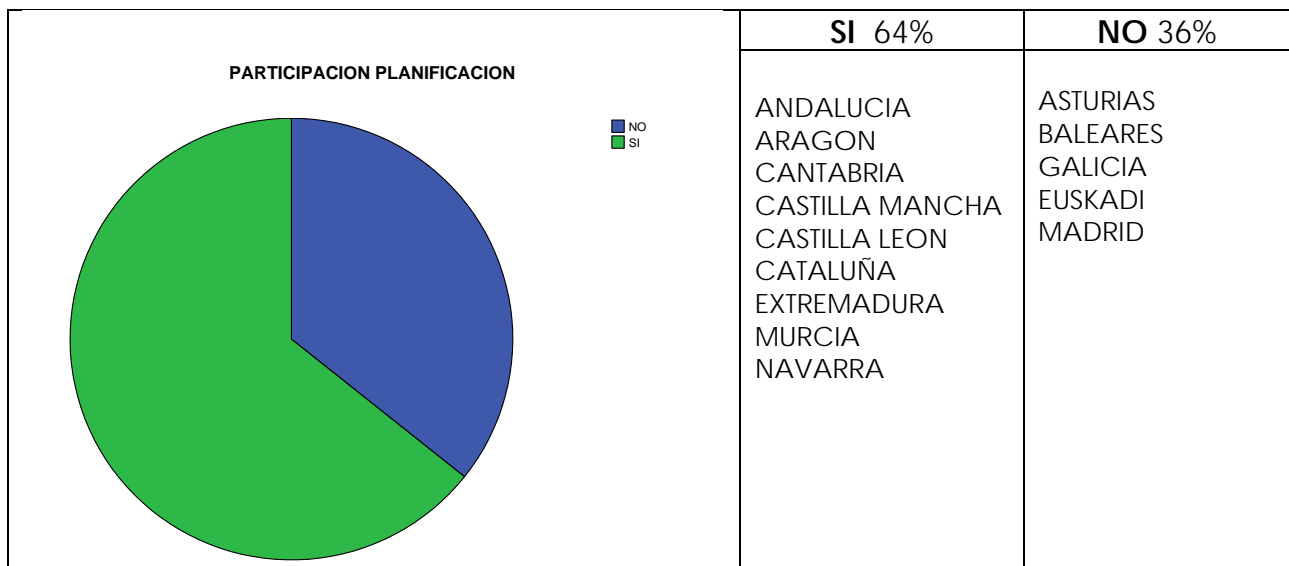
#### MURCIA

Los PC pueden ser coordinadores o jefes de unidad o de servicio en servicios centrales o en centros de salud mental, pero NO en hospitales, los jefes de servicio de hospitales siempre son psiquiatras. Sí que hay algún coordinador de programa (p.e. Adultos) o de centro de salud mental.

## 6. Participación en la planificación de la atención

*Los psicólogos clínicos participan en todos los espacios de planificación de la atención a la salud mental (dispositivos, servicios, programas autonómicos).*

En 9 de las 14 comunidades de las que tenemos información, los psicólogos clínicos participan en los diferentes ámbitos de planificación asistencial. Sin embargo la participación está limitada o es escasa en Asturias, Baleares, Galicia y Euskadi.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no participan en todos los órganos de planificación o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ARAGON

No todos los sectores sanitarios ni los dispositivos de SM de la Comunidad Autónoma se encuentran en la misma situación. Sólo en algún sector sí que son convocados para participar en comisiones de ingresos y seguimiento de pacientes, etc. Sí que han estado presentes en los grupos de trabajo de los programas autonómicos de SM (Rehabilitación Psicosocial, Infanto-Juvenil) al igual que el resto de profesionales (psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales).

#### ASTURIAS

Los psicólogos no participan en los ámbitos de planificación asistencial.

#### BALEARES

En teoría sí, pero en la práctica, por ejemplo, en el nuevo Comité Técnico de salud mental sólo hay un psicólogo que trabaja en Servicios Sociales, no en sanidad.

#### CASTILLA LA MANCHA

En la mayoría de las áreas los psicólogos clínicos participan en temas de planificación, coordinación, salvo en Cuenca y Toledo que, en la

práctica, los psicólogos clínicos no están presentes en muchas de las comisiones.

#### EUSKADI

Sí han participado en los Consejos Técnicos de cada provincia así como en la elaboración del Plan Estratégico de Gipuzkoa. No han participado en la elaboración del Plan Estratégico de Bizkaia ni en el plan Estratégico de la Comunidad Autónoma.

#### GALICIA

Sólo se invita a algunos espacios, se desconocen los criterios. Plan estratégico aprobado sin participación de psicólogos clínicos en su diseño final.

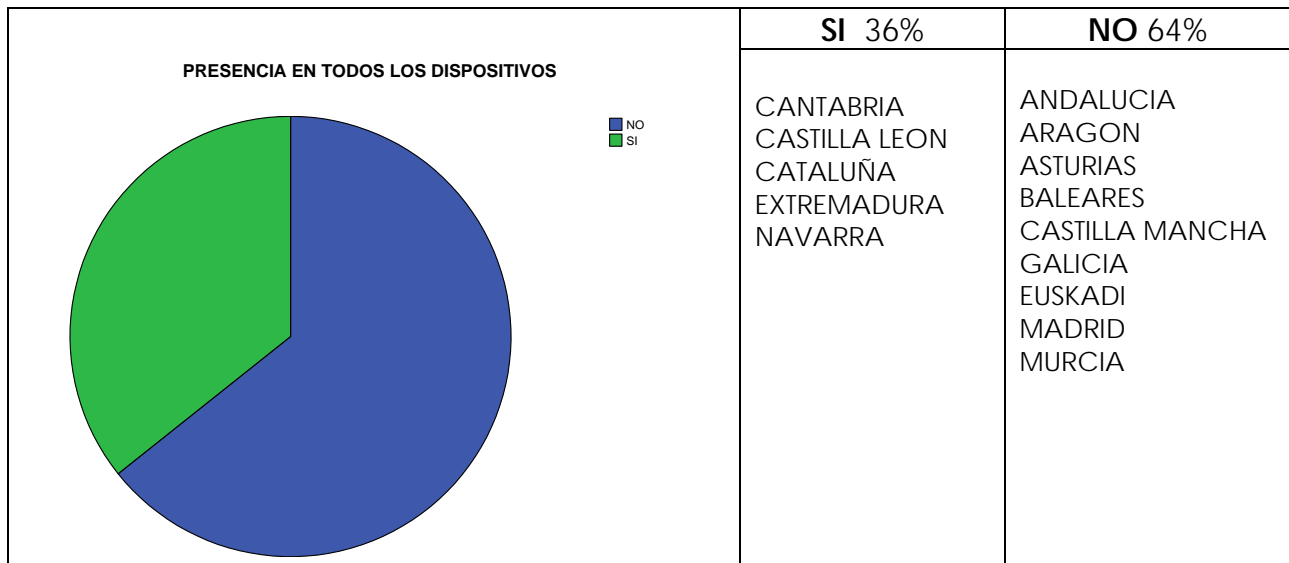
#### MADRID

Depende del lugar institucional de dependencia y el área sanitaria. En las estructuras dependientes del antiguo Insalud es prácticamente inexistente dicha participación. En la parte correspondiente a las estructuras dependientes de la antigua comunidad autónoma (SERMAS, Oficina Regional de Salud Mental) la participación de los psicólogos clínicos es algo mayor, sin llegar a una adecuada representación en ningún caso. Resulta por ejemplo significativa la ausencia de psicólogos clínicos en grupos de trabajo que participaron en la elaboración del Plan de Salud Mental vigente en la actualidad (algunos ejemplos: Psicogeriatría, Continuidad de cuidados, Organización y Funcionamiento de los Servicios, Patologías y demandas emergentes entre otros).

## 7. Presencia en los dispositivos de salud mental

Los psicólogos clínicos prestan sus servicios en **todos** los dispositivos de salud mental.

Únicamente cinco comunidades (Cantabria, Castilla León, Cataluña, Extremadura y Navarra) declaran la presencia de psicólogos clínicos en todos los dispositivos de la red de salud mental. La ausencia más generalizada y significativa se da en las unidades de hospitalización breve de los hospitales generales, aunque también se declaran centros de salud mental y dispositivos de rehabilitación sin psicólogos clínicos.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no están presentes en todos los dispositivos o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ANDALUCIA

Huelva: No hay psicólogo clínico en la URA.

Sevilla: No están presentes en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (Unidades de Agudos) de Virgen del Rocío, V. Macarena, V. de Valme y V. de la Merced.

Málaga: Las plazas de unidades de Hospitalización se han perdido o derivado a interconsulta.

#### ARAGON

Huesca: Ni en la Unidad de Corta Estancia del Hospital San Jorge, ni en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sto. Cristo de los Milagros (Unidad de Larga Estancia, antiguo H. Psiquiátrico).

Zaragoza: No hay presencia de Psicólogos Clínicos en 3 de las 4 Unidades de Corta Estancia (Agudos), ni en consultas externas hospitalarias de

adultos del HCU Lozano Blesa. Tampoco hay PC en los Servicios de Psicopatología en los hospitales donde existen estos servicios.

#### ASTURIAS

No hay Psicólogos Clínicos en las Unidades de Hospitalización de agudos ni en unidades de tratamiento de adicciones.

#### BALEARES

En las UHB de los Hospitales de Manacor, Ibiza y Menorca no hay Psicólogo Clínico contratado todavía, pero en el Plan de Salud Mental se contempla una plaza en cada uno.

#### CASTILLA LA MANCHA

Hay Psicólogo Clínico en las Unidades de Hospitalización Breve y programas de enlace e interconsulta excepto en Cuenca y Toledo en la UHB. En el caso de Toledo, sí que existe un programa de interconsulta y enlace en el hospital general que depende del SESCAM. Tampoco hay psicólogos clínicos en los CRPSL y no todos los psicólogos de las UCA son especialistas.

#### EUSKADI

Existen Centros de Salud Mental dependientes de Osakidetza sin Psicólogo Clínico. Como el Centro de Salud Mental de Llodio, el Centro de Salud Mental de Gros en Donostia...

#### EXTREMADURA

En Extremadura se da la situación de que son los psiquiatras los que NO prestan sus servicios en los dispositivos de Rehabilitación, excepto en los hospitalarios (Unidad de Media Estancia y Unidad de Rehabilitación Hospitalaria ambas en los Hospitales Psiquiátricos).

#### GALICIA

Coruña: Programa de continuidad de cuidados, psicogeriatría (Ferrol).

Lugo: La unidad de trastorno mental severo no tiene psicólogo clínico, consta de psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermera y auxiliar de enfermería.

Orense: Faltan Psicólogos Clínicos en dispositivos como Psicogeriatría, Interconsulta y Atención Temprana.

#### MADRID

La mayoría de las Unidades de Hospitalización Breve no disponen de psicólogo clínico, así como los programas de enlace/interconsulta. Los demás dispositivos cuentan con psicólogos si bien subrepresentados (por ejemplo, hospitales de día).

#### MURCIA

Existen dos unidades hospitalarias de agudos en Cartagena y Lorca que aun no cuentan con PC.

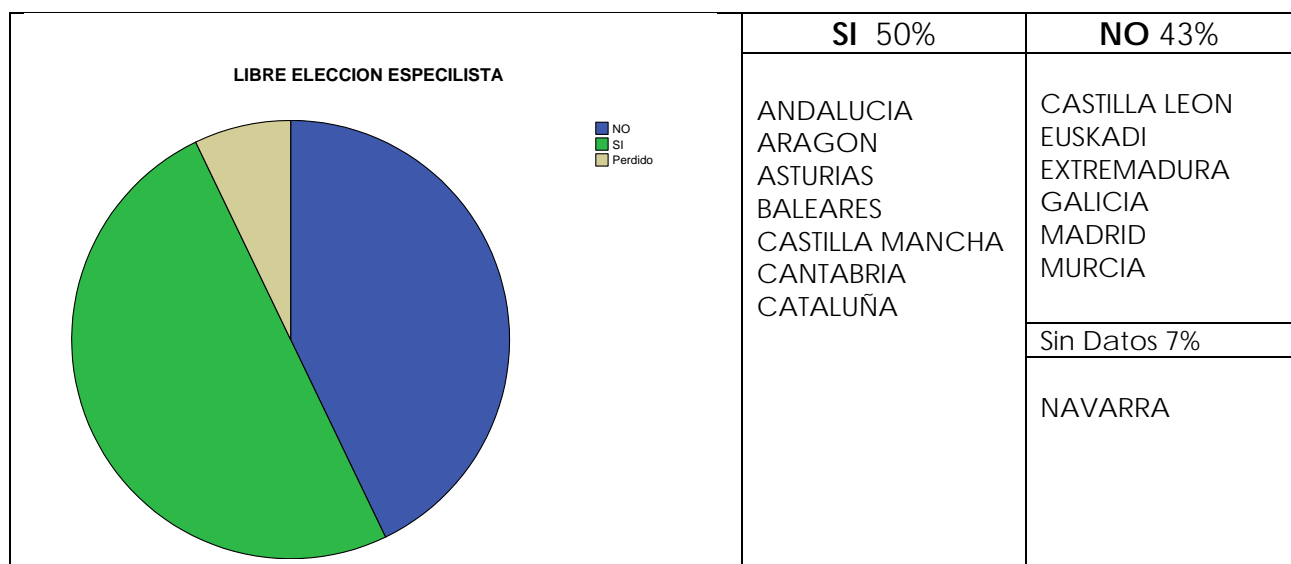
## NAVARRA

Con la excepción de una de la Unidades de Hospitalización Psiquiátrica ( Hospital Virgen del Camino) donde no existe la figura de psicólogo clínico.

## 8. Libre elección de especialista

*Los usuarios tienen la posibilidad de determinar la libre elección de un especialista en psicología clínica.*

En 7 de las 14 de las comunidades informadas, los usuarios pueden acceder a un especialista en psicología clínica, si así lo desean. No tienen acceso a este derecho los usuarios de Castilla León, Euskadi, Galicia, Madrid o Murcia.



Las comunidades en las que los usuarios no pueden elegir para su atención un especialista en psicología clínica o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

## ANDALUCIA

Aunque en Andalucía está regulada la libre elección de especialista y los usuarios pueden solicitar en salud mental que les atienda un psicólogo clínico esta posibilidad está limitada por la baja ratio de psicólogos clínicos disponibles. De otro lado, en el sistema informático para la historia clínica digital (DIRAYA) con el que desde AP se solicita cita a salud

mental, únicamente aparecen relacionados de forma clara y explícita los psiquiatras, con lo cual no es posible derivar directamente a un psicólogo clínico.

#### ARAGON

Zaragoza: En la normativa autonómica vigente no se contempla la Salud Mental, ni Psiquiatría ni Psicología Clínica, como de libre elección de especialista. Sin embargo, si el usuario lo solicita justificadamente, se valora la posibilidad.

#### CASTILLA LA MANCHA

Normalizado para todas las especialidades sanitarias.

#### CASTILLA LEON

Todos los servicios de Salud Mental del Área de Salud de Salamanca. No se contempla la elección de especialista en salud mental.

#### CATALUÑA

Dentro de un servicio se puede pedir libre cambio de especialista, y se acepta si se considera conveniente y hay posibilidades de ello.

#### EUSKADI

No existe la libre elección para ninguna especialidad sanitaria. Aunque en algún dispositivo de salud mental se atienden las peticiones de atención psicológica de algunos pacientes, esta posibilidad no se contempla en la mayoría de ellos.

#### EXTREMADURA

Ni de psicólogos ni de psiquiatras en ningún dispositivo, aunque se facilitan cambios a las personas que por alguna razón la solicitan, valorando los motivos del cambio.

#### GALICIA

Al igual que sucede con otros especialistas, el usuario ha de justificar su deseo de cambiar de profesional y la propuesta de cambio puede ser aceptada o rechazada.

#### MADRID

En ningún dispositivo de la red asistencial en Madrid es posible la libre elección de especialista, ni en psicología clínica ni en psiquiatría. En algunos casos se tiene en cuenta (pero no es determinante) la información aportada por el médico de Atención Primaria en el PIC o por el paciente en entrevista de recepción (si la hay); también se puede solicitar, mediante escrito al jefe del servicio de salud mental de distrito, el cambio de especialista.



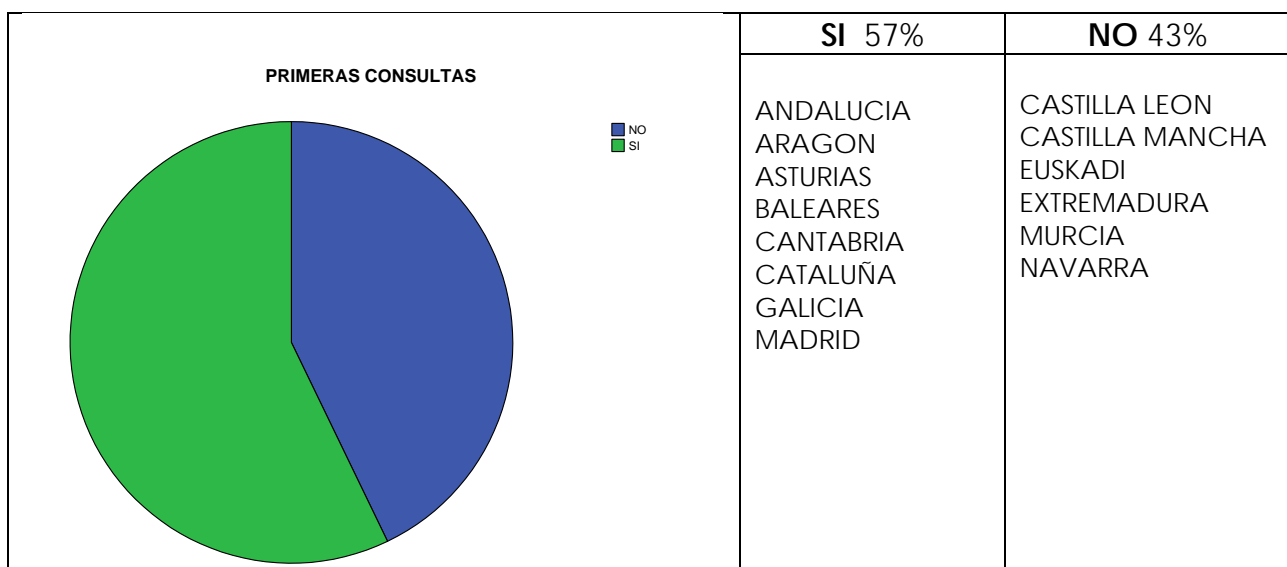
## MURCIA

No existe la libre elección de especialista en Salud Mental, ni en ninguna otra especialidad en esta Región.

## 9. Atención a primeras consultas

*Los psicólogos clínicos atienden, según criterios establecidos de organización de la demanda, las primeras consultas tras la derivación desde Atención Primaria.*

Los psicólogos clínicos participan en la atención de las primeras consultas en Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Cataluña, Galicia y Madrid. En Castilla León no atienden primeras consultas y en Castilla la Mancha, Euskadi, Extremadura y Murcia este tipo de atención depende de los dispositivos. En Navarra no se atienden primeras consultas de adultos, aunque sí infantojuveniles.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no participan en la atención a las primeras consultas, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ARAGON

Existen algunas excepciones, donde primero son atendidos por el psiquiatra y después se derivan al psicólogo clínico.

#### CASTILLA LA MANCHA

Oficialmente, sí. Pero en la práctica ocurre que en Guadalajara y Cuenca se ha decidido que no se derivan pacientes desde AP a Psicología Clínica y que se derivan primero a psiquiatría.

#### CASTILLA LEON

No se atienden a primeras consultas en ninguno de los servicios de Salud Mental del Área de Salud de Salamanca.

#### EUSKADI

No existe un criterio único en cuanto a qué profesional debe realizar las primeras consultas; varía en los diferentes Centros. En el CSM de Irún, no. Es el Jefe de Servicio quien se reúne periódicamente con los médicos de cabecera de la zona y decide qué casos van a atender los psiquiatras y cuales los psicólogos. En el Hospital Psiquiátrico de Guipúzcoa el psicólogo solo atiende los casos que le derivan los psiquiatras.

#### EXTREMADURA

Hay variación según los equipos de SM.

#### GALICIA

Coruña: No atienden a primeras consultas ni en la Unidad de Salud Mental de Ferrol ni en las del Área del Hospital de Conxo de Santiago

#### MADRID

Sí en la mayoría de los dispositivos, pero no en todos. Queda a expensas del jefe de Servicio o de área. Por ejemplo, en las áreas 7 (H. U. Clínico San Carlos) y 11 (H. Doce de Octubre) los psicólogos clínicos no atienden primeras consultas; sólo derivaciones de psiquiatras.

#### MURCIA

En algunos centros se hace pero no es una práctica generalizada todavía, aunque la tendencia es ir incorporando al psicólogo clínico a las primeras visitas en la mayoría de los centros.

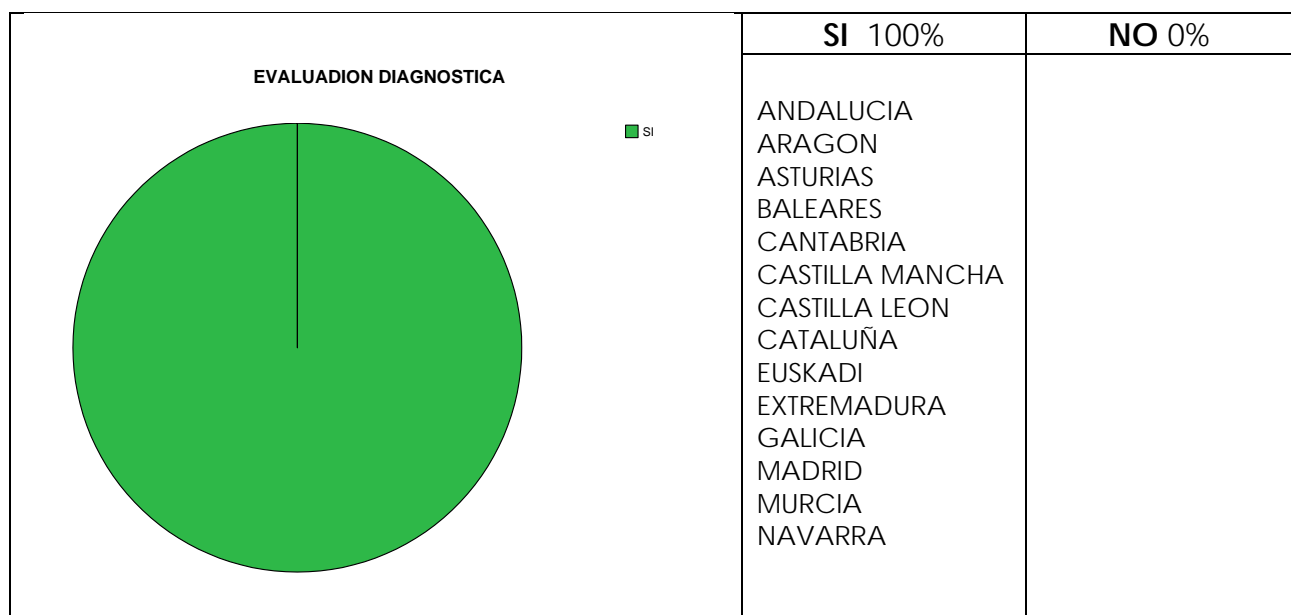
#### NAVARRA

En los CSM, los psicólogos no pueden atender las primeras consultas de adultos. No obstante, si pueden hacerlo en niños y adolescentes.

## 10. Evaluación diagnóstica

*Los psicólogos clínicos realizan la evaluación y establecen el diagnóstico de los pacientes de los que son responsables.*

En las 14 comunidades informadas, los psicólogos clínicos son responsables de la evaluación y diagnóstico de los pacientes atendidos. Sin embargo, se dan preocupantes excepciones en Madrid.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no desempeñan la función de evaluación diagnóstica, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### MADRID

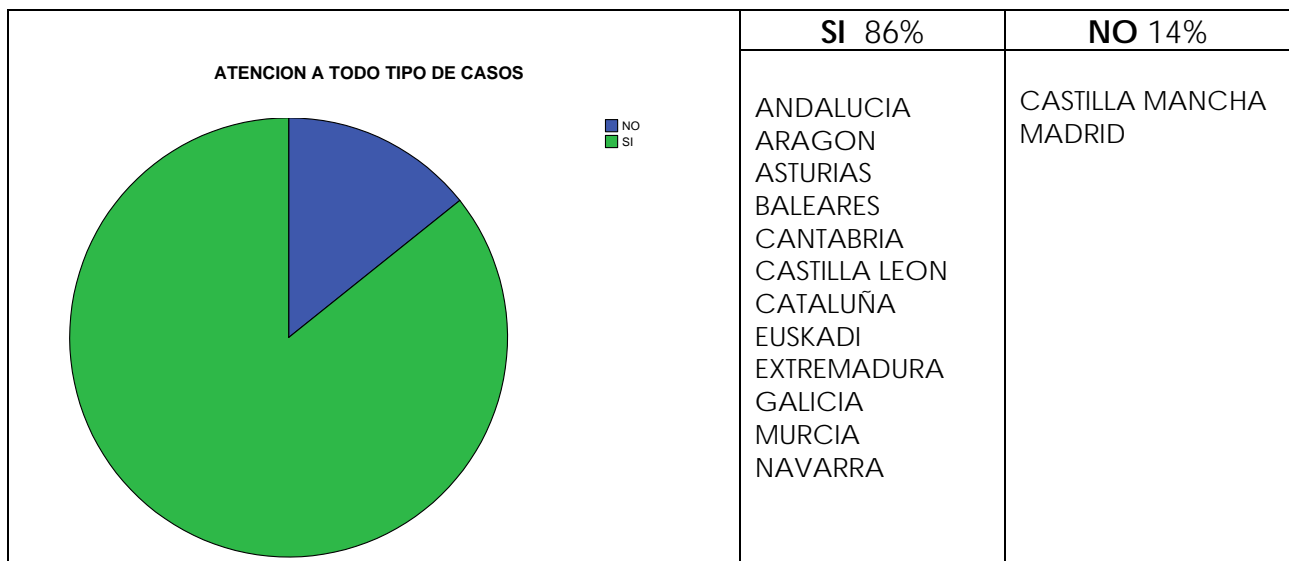
Sí en la mayoría de los dispositivos, pero no en todos. Queda a expensas del jefe de Servicio o de área. Por ejemplo, en las áreas 7 (H. U. Clínico San Carlos) y 11 (H. Doce de Octubre) los psicólogos clínicos NO atienden primeras consultas: sólo derivaciones de psiquiatras.

## 11. Atención a todo tipo de trastornos

*Los psicólogos clínicos intervienen en todo el espectro de trastornos que son atendidos en su dispositivo.*

Todas las comunidades informadas salvo Castilla la Mancha y Madrid declaran que los psicólogos clínicos participan en la atención de todo tipo de trastornos. En Madrid la situación es heterogénea, con una tendencia creciente a que el psicólogo clínico atienda la "patología menor". En Galicia (Pontevedra) y Aragón (Teruel) se declaran excepciones en el mismo sentido.

	<b>SI</b> 86%	<b>NO</b> 14%
--	---------------	---------------



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no participan en la atención de todo el espectro diagnóstico de casos, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ARAGON

Aunque existe gran número de profesionales que atienden todas las psicopatologías, todavía hay PC que no atienden habitualmente trastornos mentales graves en los CSM (depende de la organización interna de cada dispositivo).

#### CASTILLA LA MANCHA

Aunque en teoría participamos en la atención de cualquier trastorno, en la práctica, no vemos en muchos casos los Trastornos de espectro Psicótico, T. Bipolar, esquizofrenia,... Depende de las Áreas.

#### GALICIA

Pontevedra: No

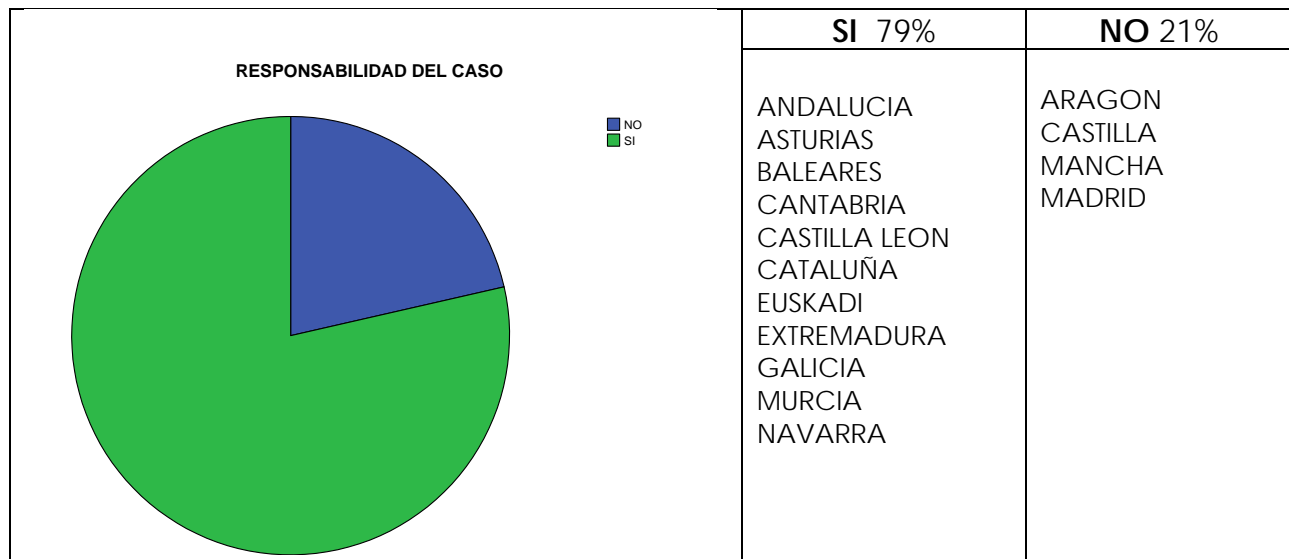
#### MADRID

Depende en del jefe de distrito o de área. No obstante, existe una tendencia creciente a derivar los casos denominados como "patología menor" a los psicólogos clínicos (especialmente trastornos adaptativos), existiendo así bastantes profesionales que no atienden habitualmente trastornos del espectro psicótico, t. depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de alimentación, trastornos de la personalidad, etc.. Esto se emplea en ocasiones como argumento que justifica las contrataciones de psiquiatras en vez de psicólogos clínicos en las nuevas plazas.

## 12. Responsabilidad del caso

*El psicólogo clínico tiene la plena responsabilidad de los casos que atiende, asumiendo la labor de coordinación con otros profesionales del equipo cuando el caso lo requiere.*

El psicólogo clínico, en la mayoría de las comunidades informadas, tiene la responsabilidad del caso que atiende. En Aragón, la responsabilidad no es asumida por los psicólogos clínicos en las unidades de internamiento (corta, media o larga estancia), y en Castilla la Mancha la responsabilidad del caso suele ser compartida con el psiquiatra. En Madrid la situación es variable, estando limitada la responsabilidad en varias áreas y servicios.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no tienen la plena responsabilidad de los casos atendidos, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ARAGON

Teruel: Unidad de Corta Estancia.

Zaragoza: En los centros de internamiento tanto de hospitalización de agudos, como en unidades residenciales de media estancia (rehabilitación) o de larga estancia, la responsabilidad recae casi con exclusividad en el psiquiatra de la unidad o psiquiatra que atiende el paciente. También sucede en algún CSM.

#### CANTABRIA

La responsabilidad es compartida en la mayoría de los casos con el psiquiatra referente.

#### CASTILLA LA MANCHA

Depende de casos pero en general la responsabilidad es compartida con un psiquiatra. En algunos dispositivos al psicólogo clínico no se le permite participar en las comisiones de derivación o ingreso de los pacientes.

#### CATALUÑA

Normalmente se trabaja en equipo, compartiendo la responsabilidad con el resto de profesionales. Muchas veces depende de la patología.

#### GALICIA

Orense: En el Hospital de Día, desde hace un año, es el Jefe del Servicio (de Salud Mental) el que tiene tal responsabilidad.

#### MADRID

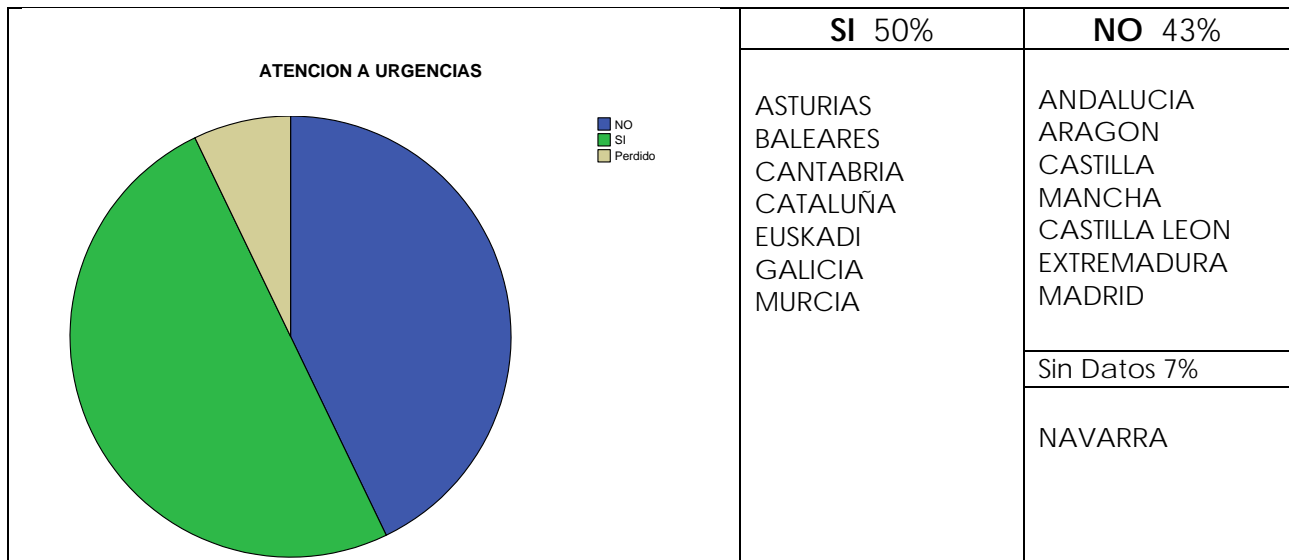
Depende en principio de factores similares a los aludidos en los ítems anteriores (jefe de distrito o de área) pero se ve restringida en determinadas decisiones. Por ejemplo, en algunas áreas no puede realizar determinados informes oficiales (ej: comisión de tutela), informes para Interrupción Voluntaria del Embarazo, cirugías bariátricas... que deben ir acompañados siempre por la firma de un psiquiatra (además de indicaciones de ingreso, solicitud de transporte sanitario, que se mencionan más adelante).



### 13. Atención a urgencias

*Los psicólogos clínicos participan en la atención a la demanda urgente que es atendida en su dispositivo.*

En 6 de las 14 comunidades informantes (Asturias, Cantabria, Cataluña, Euskadi, Galicia y Murcia - con algunas excepciones en Asturias y Galicia-) se declara que los psicólogos clínicos participan en la atención de las urgencias. En Baleares, Castilla la Mancha (con excepción de un Área), Castilla León y Madrid (con la excepción de un área), no se participa en las urgencias. En Andalucía, Aragón y Extremadura la situación es heterogénea.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no participan en la atención a la demanda urgente que es atendida en su dispositivo, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ANDALUCIA

Los psicólogos clínicos de las unidades de hospitalización de estancia breve no participan en la atención a las urgencias del hospital. En los ESMD la situación es dispar, en unos los psicólogos clínicos atienden urgencias y en otros no.

#### ARAGÓN

Teruel: En ningún dispositivo se participa en la atención a urgencias.

Zaragoza: En la mayoría de los CSM de adultos las urgencias de pacientes nuevos son atendidas por psiquiatras exclusivamente. En algún CSM Infanto-Juvenil también son atendidas por PC. En algunos CSM de adultos, si son urgencias de pacientes conocidos, habitualmente se realizan indistintamente por psiquiatras o psicólogos clínicos, según la organización interna de cada equipo asistencial. En la única Unidad de hospitalización psiquiátrica breve en la que hay PC, no se participa en la atención a las urgencias del hospital.

#### ASTURIAS

En algunos centros los psicólogos clínicos atienden urgencias y en otros depende de la decisión del coordinador del dispositivo

#### BALEARES

No está contemplada la asistencia a urgencias en las U.S.M. ni en las U.C.R.

En U.H.B. No, ni en urgencias hospitalarias.

#### CASTILLA LA MANCHA

Únicamente en algunos dispositivos de un área.

#### CASTILLA LEON

Ni en Equipos de Salud Mental ni en el Servicio de Urgencias del hospital.

#### CATALUÑA

La urgencia, como visita no programada en el Centro de Salud Mental: SI  
La urgencia hospitalaria: NO

#### EXTREMADURA

No en todos los casos. No en todos los ESM está implantada la atención de urgencias.

#### GALICIA

Coruña: No atiende en el caso de Unidades de Hospitalización para determinar ingreso (Santiago, Ferrol).

Pontevedra: No

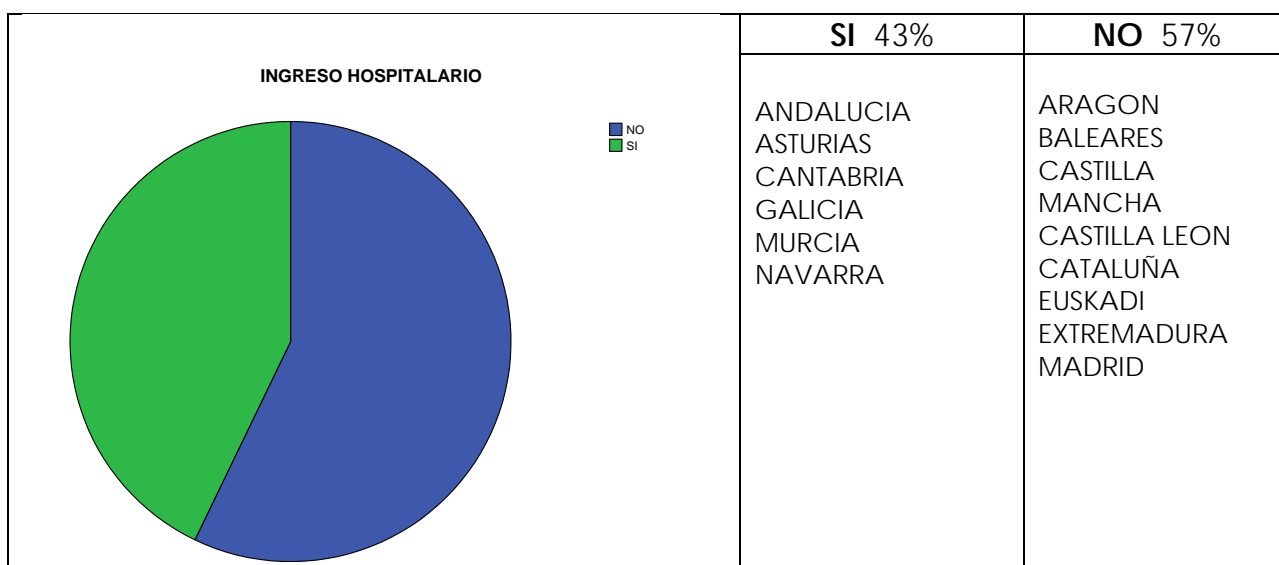
#### MADRID

En líneas generales, no. Sólo existe un área sanitaria (9) en la que los psicólogos clínicos atienden demanda urgente de forma similar a los psiquiatras. El motivo aludido por algunos jefes de distrito es que lo suponen "una pérdida de tiempo, dado que los psiquiatras pueden realizar más funciones".

## 14. Indicación de ingreso hospitalario

*Los psicólogos clínicos indican el ingreso hospitalario de los pacientes de los que son responsables, en atención programada o urgente, cuando éste es necesario.*

Únicamente 6 de las 14 comunidades informantes (Andalucía, Asturias, Cantabria, Galicia, Murcia y Navarra) declaran que el psicólogo clínico realiza la indicación de ingreso hospitalario. En algunas comunidades se considera un acto médico.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no determinan la indicación del ingreso hospitalario de aquellos pacientes que lo requieren, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

ARAGÓN

Zaragoza: Desde los CSM, los PC hacen derivaciones a urgencias hospitalarias pero el psiquiatra de guardia que los atiende es quien tiene la decisión última de aceptar el ingreso. Para derivar a otros recursos de internamiento prolongado (Media o Larga Estancia), en teoría, el PC puede indicar el ingreso, pero casi el 100 % de los casos lo realiza el psiquiatra.

#### CASTILLA LA MANCHA

En algunas áreas y en algunos dispositivos los psicólogos clínicos participan en la indicación de ingreso, pero se considera en todas las áreas un acto médico.

#### CASTILLA LEON

En algunas áreas y en algunos dispositivos los psicólogos clínicos participan en la indicación de ingreso, pero se considera en todas las áreas un acto médico.

#### CATALUÑA

Depende del centro, el psicólogo puede plantearlo pero la hoja de derivación debe firmarla el psiquiatra, en otros puede hacerlo directamente. En infantil suele hacerlo el terapeuta referente indistintamente que sea psicólogo o psiquiatra.

#### EUSKADI

En general, no. Exigen la firma del psiquiatra. En Gipuzkoa se han dado casos de rechazar un ingreso indicado por un psicólogo clínico.

#### EXTREMADURA

No en todos los casos. No en todos los ESM está implantada la atención de urgencias que se derivan a las urgencias hospitalarias y es en el hospital donde se decide el ingreso por el psiquiatra de guardia.

#### GALICIA

Orense: En todos los dispositivos, los ingresos son indicados por especialistas en psiquiatría.

#### MADRID

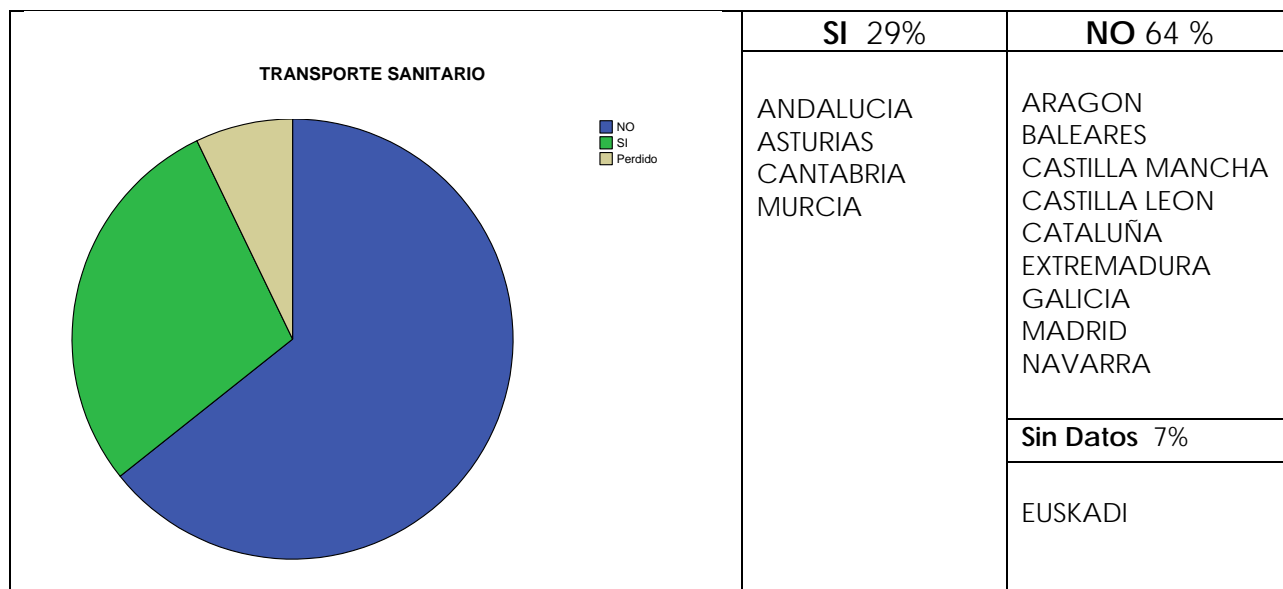
En términos generales, no. Cuando se acepta la indicación de ingreso por parte de un psicólogo clínico suele depender de factores no oficiales (como conversación telefónica directa con unidad de hospitalización) pero no mediante informe escrito. La unidad de hospitalización de adolescentes del H.U. Gregorio Marañón no acepta indicaciones de

ingreso por parte de psicólogos clínicos. En cualquier caso, tal y como se ha indicado anteriormente, los psicólogos clínicos cada vez atienden menos patologías que puedan requerir un ingreso hospitalario por lo que cada vez es menor la posibilidad de ejercer esta función.

## 15. Transporte sanitario

*El psicólogo clínico valora y prescribe el transporte sanitario cuando éste es necesario para la correcta atención del paciente.*

Únicamente en 4 de las catorce comunidades se informa de que el psicólogo clínico realiza la prescripción de transporte sanitario. En el resto de las comunidades es considerado un acto médico.



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no prescriben el transporte sanitario de aquellos pacientes que lo requieren, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ANDALUCIA

Jaén: En algunos sitios sí (vg. ESMD Jaén), en otros No (vg., Hospital Neurotraumatológico, en que sólo lo puede prescribir un médico).

Málaga: En los hospitales piden que sea un médico quien prescriba el transporte sanitario.

#### ARAGÓN

Teruel: En ningún caso.

Zaragoza: La prescripción de transporte sanitario la realiza el psiquiatra o el médico de Atención Primaria.

#### BALEARES

Lo realiza el Médico de Atención Primaria

#### CASTILLA LA MANCHA

En ninguno de los dispositivos ni de las áreas. Es función de Atención Primaria.

#### CASTILLA LEON

La Inspección médica sólo contempla la firma de un médico especialista.

#### CATALUÑA

La indicación de transporte sanitario se considera un acto médico.

#### EUSKADI

No aporta información al respecto.

#### GALICIA

Únicamente se prescribe transporte sanitario en Orense.

#### MADRID

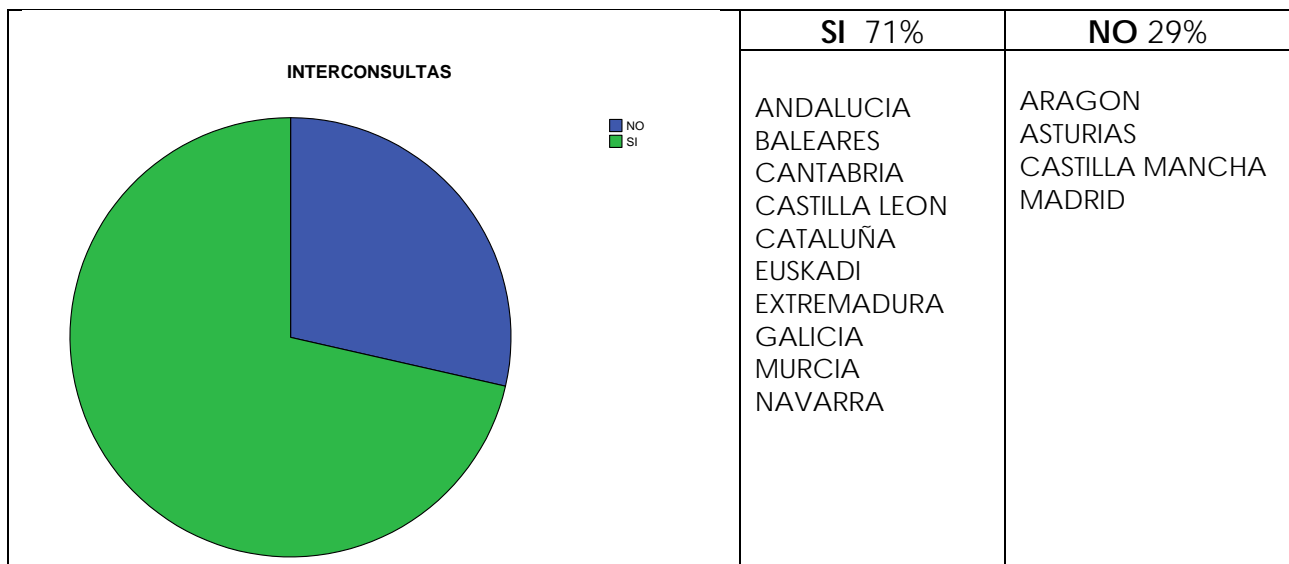
En ningún caso. Se requiere firma de "médico" y no de facultativo especialista.

## 16. Interconsultas y participación en programas de otros servicios

*El psicólogo clínico realiza interconsultas y participa en programas de atención sanitaria de otros servicios hospitalarios.*

En 10 de las 14 comunidades informantes los psicólogos clínicos suelen participar habitualmente en programas de interconsulta. En Aragón, Asturias, Castilla la Mancha y Madrid no es algo normalizado.

	<b>SI</b> 71%	<b>NO</b> 29%
--	---------------	---------------



Las comunidades en las que los psicólogos clínicos no realizan interconsultas ni participan en programas con otros servicios sanitarios, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ARAGÓN

Teruel: Sólo se realiza en la Unidad de Agudos de forma muy esporádica. En el resto de dispositivos no.

Zaragoza: El PC no está integrado sistemáticamente en los programas de atención sanitaria de los otros servicios de los hospitales generales, determinado por la escasa presencia del PC en dicho medio. Desde algunos CSM sí que se realizan interconsultas puntualmente.

#### ASTURIAS

No en todas las áreas sanitarias. Depende del coordinador de Área, la asignación de profesionales a cada programa...

#### CASTILLA LA MANCHA

En general poco desarrollado como programa específico de Psicología Clínica de Enlace, salvo en los hospitales generales de Ciudad Real, Guadalajara y Toledo (SESCAM) en los que existe como tal.

#### CASTILLA LEON

En los Servicios de Salud Mental del Área de Salud de Salamanca. No se incluye en el ámbito administrativo-institucional del que dependen.

#### EUSKADI



Se ha creado hace poco en el Hospital Psiquiátrico de Guipúzcoa un puesto de psicólogo que se dedica a hacer interconsultas. En otros hospitales son requeridos a veces los psicólogos para hacer interconsultas.

#### GALICIA

Orense: En la Unidad de Hospitalización de Agudos no.

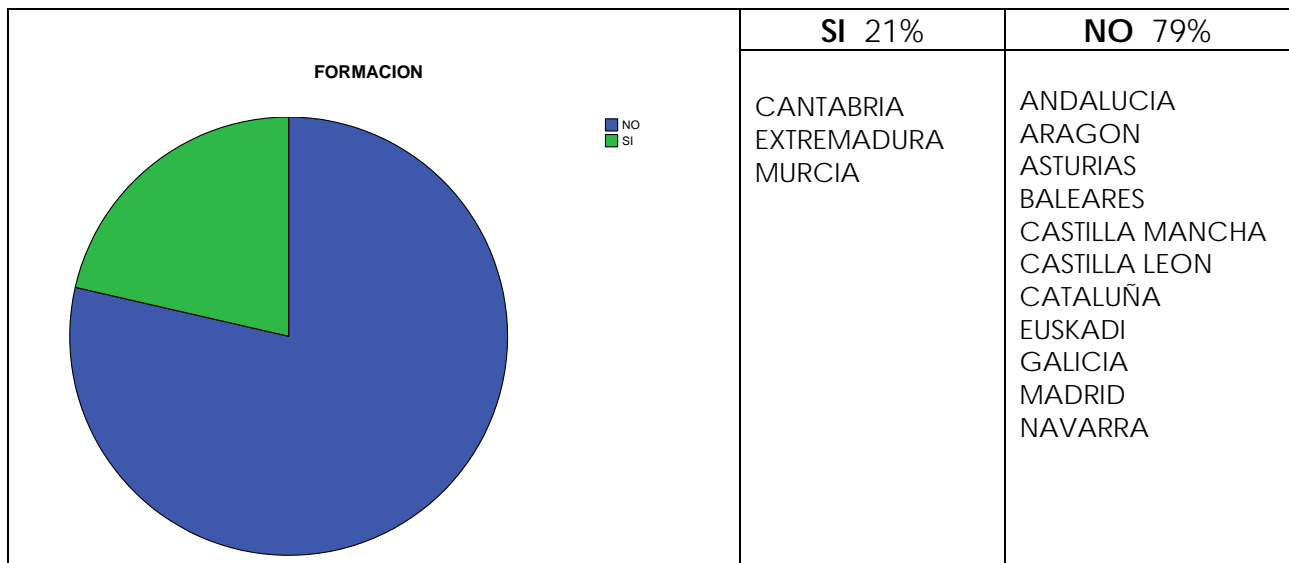
#### MADRID

No en todas las áreas sanitarias. Esas funciones son ejercidas en muchas ocasiones por psicólogos voluntarios, alumnos de postgrado, becarios, etc.

## 17. Formación

*El Servicio o el Programa autonómico de Salud Mental tienen implementado un programa de formación continuada que garantiza la formación específica de los psicólogos clínicos.*

Únicamente Cantabria, Extremadura y Murcia declaran una formación continuada que garantice la formación específica de los psicólogos clínicos.



Las comunidades en las que el Servicio o el Programa autonómico de Salud Mental no tienen implementado un programa de formación continuada que garantiza la formación específica de los psicólogos clínicos, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ANDALUCIA

El servicio y el programa Autonómico de salud mental no tienen un programa de formación continuada específico para psicólogos clínicos. Sólo existen actividades de formación específicas para enfermería. Sí se realizan desde ambas instancias actividades de formación continuada a las que pueden asistir los psicólogos clínicos.

#### ARAGON

No existe un programa autonómico de formación continuada específico para Psicólogos Clínicos ni para ningún otro profesional de SM. Los programas anuales de formación continuada son multidisciplinares, tanto los autonómicos como los que organizan las Unidades Docentes donde hay Psicólogos Internos Residentes (únicamente 2 Unidades Docentes acreditadas para PIR en todo Aragón, 1 plaza en cada una).

#### ASTURIAS

No es específico para psicólogos clínicos, es formación continuada para todos los profesionales de salud mental.

#### BALEARES

No hay un programa Autonómico de Formación Continuada. Cada Área de Salud (De Gestión) Mental tiene el suyo propio dirigido a todos los profesionales de su área.

#### CASTILLA LA MANCHA

No hay un programa específico para ningún colectivo. La formación continuada esta dirigida a todos los profesionales de salud mental.

#### CATALUÑA

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones en su propuesta 8 plantea potenciar la formación continuada y el sistema docente postgrado. Todo está planteado sin distinción entre los profesionales. Ejemplo: curso troncal de la formación MEF y PEF: es común. Todas las entidades proveedoras tienen programas de formación continuada para los equipos, pero sin espacios separados para los psicólogos clínicos. Existe una gran variabilidad.

#### EUSKADI

En Osakidetza- Servicio Vasco de Salud no existen programas específicos de Formación Continuada para Psicólogos Clínicos. Sin embargo, se han organizado algunos cursos concretos de formación.

#### GALICIA

La FEGAS es la institución responsable de los cursos de formación continuada, y los contenidos de los cursos que organiza están dirigidos a todos los profesionales de salud mental.

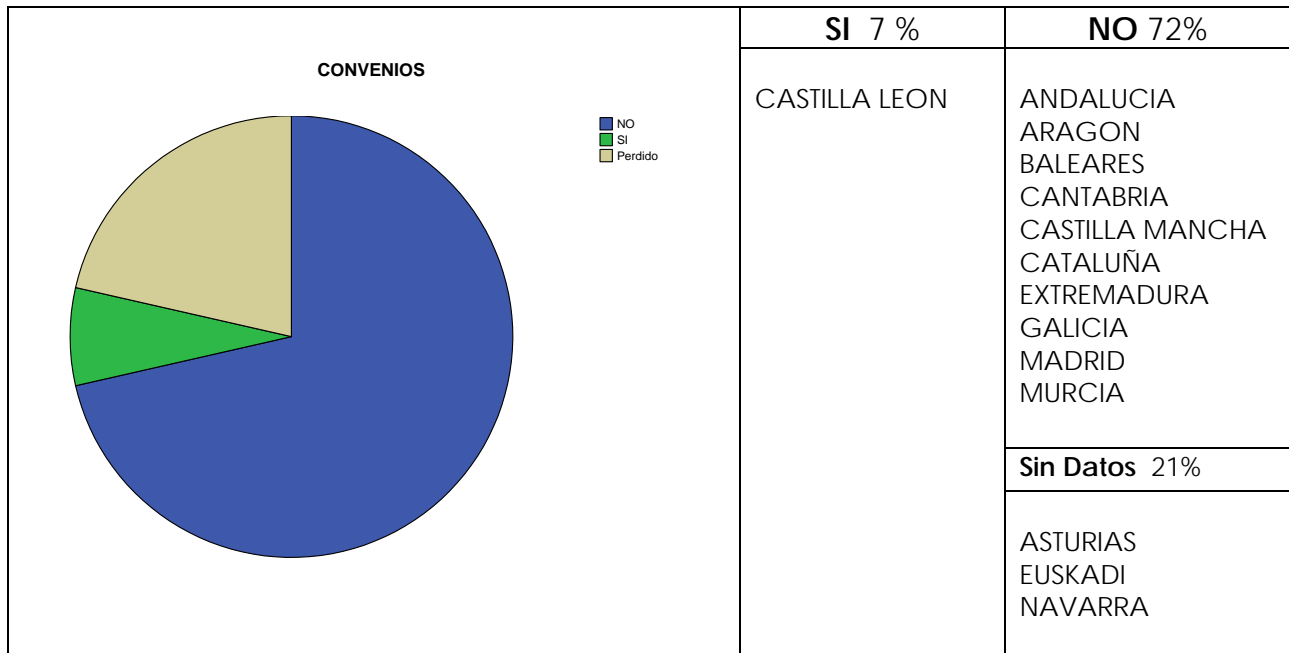
#### MADRID

Se garantiza el acceso a cursos de formación continuada por parte de los psicólogos clínicos pero no es específica sino compartida con otros profesionales de Salud Mental.

## 18. Convenios con empresas / asociaciones privadas

*En los convenios suscritos por el Servicio Regional de Salud con asociaciones y/o empresas privadas para la realización de prestaciones a la salud mental se requiere la titulación de especialista sanitario a los psicólogos contratados.*

Únicamente Castilla León declara la exigencia de la titulación de especialista en psicología clínica en las empresas con convenios para la prestación de servicios.



Las comunidades en las que no se exige a las entidades privadas con convenios asistenciales que los psicólogos contratados sean especialistas en psicología clínica, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

#### ANDALUCIA

En Málaga se encuentra el único centro con un concierto con el Servicio andaluz de Salud para la atención clínica de pacientes derivados desde las diversas áreas de salud mental. No tenemos constancia de que se exija la titulación de especialista en psicología clínica a los psicólogos contratados.

#### ARAGON

Zaragoza: No exigen la titulación de Psicólogo Especialista en PC en ninguno de los servicios concertados: Centros de Día, Unidades de Media Estancia, Centros de Inserción Laboral.

#### BALEARES

Asociaciones dirigidas a patologías concretas como Asociación de mujeres con cáncer de mama, Asociación de niños oncológicos, etc.

#### CANTABRIA

El programa de rehabilitación se realiza desde servicios sociales y ahí no se exige tal requisito.

#### CASTILLA LA MANCHA

En este caso sólo estarían las UCAS y los CRPS. En ellos no se exige la especialidad de psicología clínica.

#### CATALUÑA

Se recomienda, pero no se exige, por lo que esta disposición queda al arbitrio de las empresas privadas que con frecuencia no la cumplen.

#### EXTREMADURA

Las asociaciones de familiares que se hacen cargo de los tratamientos de rehabilitación no siempre tienen contratados psicólogos clínicos.

#### GALICIA

Coruña: Asociación Española de lucha Contra el Cáncer (Santiago)  
Orense: La Asociación de Familiares de Enfermos Mentales (Morea), la Asociación Española contra el Cáncer

#### MADRID

En Rehabilitación Psicosocial y Laboral NINGUNO, dado que administrativamente depende de Servicios Sociales y no de Sanidad.

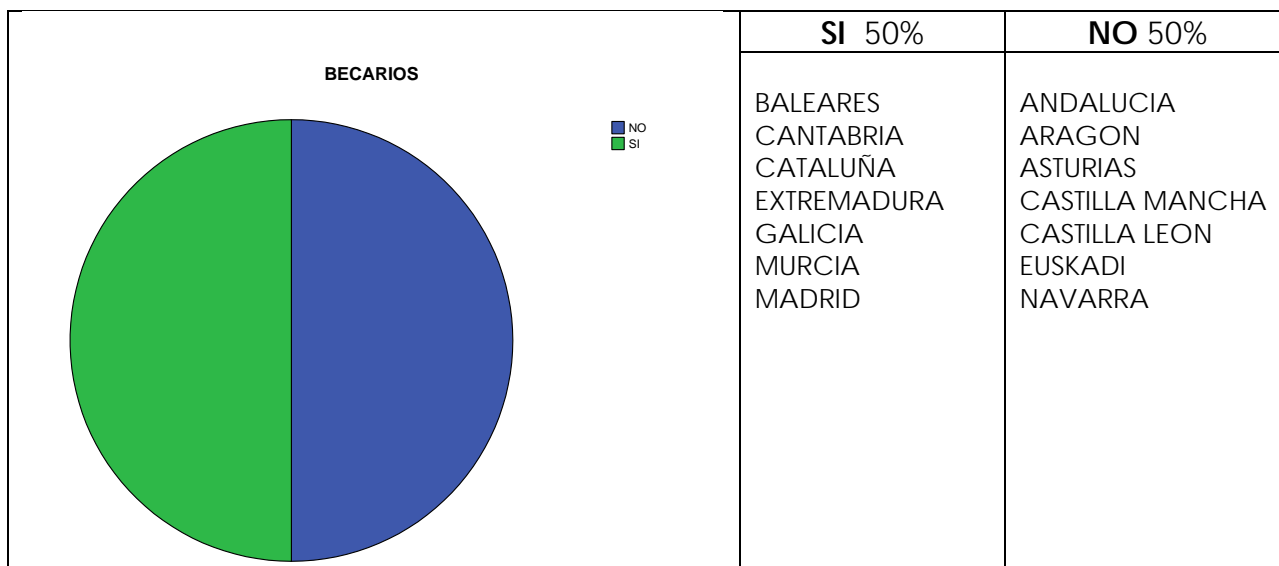
#### MURCIA

Servicios concertados de Rehabilitación sociolaboral dependientes de fondos Europeos; Unidades privadas de media estancia, concertadas.

## 19. Becarios, voluntarios y otras formas de “contratación”

*En el ámbito territorial de aplicación de esta encuesta son reclutados becarios o voluntarios que finalmente realizan tareas asistenciales (tanto en salud mental como en otras especialidades sanitarias) que son propias de un especialista en psicología clínica.*

En 7 de las 14 comunidades se informa de la presencia de psicólogos becarios, alumnos de posgrado o voluntarios, no especialistas, para la realización de funciones clínicas. En Cantabria, están vinculados a proyectos de investigación. En Cataluña, existen contratos en prácticas para psicólogos no especialistas y realización de funciones de especialista por alumnos de másteres, bajo la supervisión de un especialista. Sin embargo, en Murcia o Madrid desempeñan de forma independiente funciones propias del especialista en psicología clínica.



Las comunidades en las que se reclutan becarios o voluntarios para finalmente realizar tareas asistenciales propias del especialista en psicología clínica, o en las que cabe hacer alguna observación, son las siguientes:

### ANDALUCIA

Granada: Al menos esta situación se da en la prestación de atención psicológica por convenio con Asociación Española de Lucha contra el

Cáncer y en el Servicio de Neurología del Hospital de Traumatología (HU Virgen de las Nieves), asistencia neuropsicológica ligada a planes formativos de la universidad.

#### ARAGON

Zaragoza: Algunos de los hospitales generales de Zaragoza cuentan con la presencia de becarios psicólogos que no tienen la especialidad de PC para realizar tareas de neuropsicología, por ej. También sucede lo mismo en otros servicios de Psiquiatría que cuenta con becarios (psicólogos sin la especialidad) y voluntarios. La frecuencia es mayor en los servicios y programas donde no hay plazas de PC, porque no se crean o no se convocan, aunque también se produce en hospitales y dispositivos donde sí que hay PC.

#### BALEARES

En el hospital General (Unidad del Dolor) y el Hospital Joan March (Desintoxicación, alcoholismo y Cuidados Paliativos), ambos dependientes de la empresa pública GESMA, tienen Psicólogos voluntarios.

#### CANTABRIA

Todos los programas de investigación de la autonomía se apliquen desde el dispositivo que sea, disponen de becarios, en unos casos realizan tareas asistenciales y en otros no. Depende del contenido y funciones de la investigación, así como de la cualificación del personal contratado. No es lo mismo una investigación relacionada con la Universidad y estudiantes del programa de doctorado, u otra relacionada exclusivamente con el sistema de salud.

#### CATALUÑA

Existen contratos en prácticas con psicólogos sin experiencia previa.

#### EXTREMADURA

Asociaciones de familiares de Enfermos Mentales. Asociaciones de pacientes de otras patologías (Cancer, Alzheimer/ Demencias, Enfermedades Raras, etc).

#### GALICIA

En el Hospital Clínico de Santiago en el Servicio de Neurología, becarios no especialistas desarrollan funciones diagnósticas, con la justificación de que son especialistas en Neuropsicología. En el mismo Hospital en el Servicio de Pediatría mediante un sistema de beca de investigación se realizan actividades de consulta.

## MADRID

En todos excepto en los servicios de salud mental de distrito se incluyen: voluntarios, alumnos de posgrado a los que se asigna funciones asistenciales independientes, becarios de investigación que ejercen funciones asistenciales... Especialmente en hospitales generales en diferentes servicios (p.e: Oncología; Neurología, servicios específicos de trastornos de alimentación...).

## MURCIA

Asociaciones de usuarios, servicios de rehabilitación concertados con la administración

## CONCLUSIONES

Como puede observarse en los datos obtenidos en la encuesta, el estado del ejercicio de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud, representado en las catorce comunidades que han presentado sus datos, muestra una realidad bastante deficiente. Considerando que los ítems de la encuesta son indicadores lo suficientemente válidos como para acercarnos a esta realidad podemos afirmar que, teniendo en cuenta el conjunto de las comunidades informantes, estamos a medio camino (52 %) de alcanzar los objetivos que nos acercarian a la normalización del ejercicio profesional de la especialidad de psicología clínica.

La variabilidad de la casuística es alta y mientras que alguna comunidad habría alcanzado a cumplir un 74 % de los indicadores otras, como sorprendentemente Madrid, apenas han alcanzado un exiguo 16 %. Aun así, más allá de la neutralidad de las cifras estadísticas, hemos de tener en cuenta que no todos los indicadores tienen la misma relevancia o la misma prioridad. Así mientras la libre elección de especialista (posible en el 50% de los casos) puede tener un valor más relativo ya que esta opción no está reconocida o regulada como derecho en todas las comunidades, el que únicamente el 29% de las comunidades informantes hayan procedido a la recalificación de las plazas de psicólogo en plazas de FEA Psicología Clínica, es inaceptable nueve años después de la promulgación del RD por el que se crea y regula el título de especialista en psicología clínica. Realmente, este es un indicador de oro que condiciona en gran medida la consecución de los siguientes. Aún así, observamos cómo a pesar de que el 29 % de las comunidades han reclasificado las plazas, considerando por tanto a los psicólogos clínicos del



sistema sanitario como especialistas sanitarios, únicamente un 50 % de estas comunidades declaran una posibilidad real de participación en la planificación de la atención a la salud mental y un 75% el acceso a los puestos de jefatura de los dispositivos y servicios, posibilidad que se aleja hasta el 57% en ambos casos si consideramos el conjunto de las comunidades. Paradójicamente, algunas de las comunidades no reclasificadas sí declaran que los psicólogos clínicos participan en las tareas de planificación asistencial, o en el acceso a puestos de coordinación. Incluso, estos porcentajes pueden considerarse relativos ya que algunas de las comunidades que han respondido positivamente a tal indicador han matizado que con frecuencia tales posibilidades son más teóricas que reales, siendo con frecuencia el índice de participación escaso o referido a niveles inferiores de decisión (por ejemplo, con la ausencia en los órganos de planificación autonómicos), o con una representación en las jefaturas realmente baja, e incluso, en el caso de dos comunidades, con “nombramientos” al margen del sistema jerárquico de la administración, únicamente reconocidos “de hecho” dentro del servicio.

Esta situación, manifiestamente mejorable, viene acompañada de otro indicador relevante por su gran significación: únicamente tres de las comunidades (21%) declara que todos los dispositivos de la red de salud mental tienen tal denominación. Aunque en algunas de ellas son varios los tipos de dispositivos que siguen conservando la denominación de unidades/centros/servicios de psiquiatría, está predominantemente extendido su uso para las unidades de internamiento hospitalario. Esto con frecuencia deriva en la inexistencia de plazas de psicólogos clínicos en unidades de hospitalización breve, tanto para la atención multidisciplinar de los pacientes ingresados en las mismas como para la participación en interconsultas y procesos para los que se requiere la intervención del psicólogo clínico en otros servicios de los hospitales generales. La denominación de tales unidades o servicios como psiquiatría marcan una distancia con un modelo asistencial multidisciplinar en el que la presencia de otros especialistas como los psicólogos clínicos puede no tener lugar, como es comunicado con excesiva frecuencia.

Precisamente la no dotación de plazas de psicólogo clínico en numerosas unidades de hospitalización es la principal responsable de que únicamente el 36% de las comunidades autónomas declaren que estos especialistas están presentes en todos los dispositivos de la red asistencial de salud mental. Sin embargo algunas de ellas también declaran que no están presentes en otros dispositivos como centros de salud mental o unidades de rehabilitación, que aun suponiendo una excepcionalidad se mantienen en el tiempo de forma

absolutamente incomprensible, o con mucha mayor frecuencia con una infradotación no solo en relación a la población a atender sino también en relación a otros profesionales del servicio.

Otros indicadores de este estudio son especialmente significativos en cuanto a las dificultades que tiene el psicólogo clínico para ser considerado como un especialista sanitario, con plena capacidad en el ámbito de sus competencias, para tomar decisiones sobre las necesidades asistenciales de la población que tiene asignada. En este sentido la limitación a la atención a las primeras consultas (en el 57% de las comunidades), a las urgencias (50% de las comunidades), a la indicación del ingreso hospitalario (en el 43% de las comunidades), o a la prescripción de transporte sanitario (en el 29%) es evidente.

Finalmente, señalar la ausencia casi generalizada de planes formativos que garanticen la necesidades profesionales de formación continua específica para la especialidad de psicología clínica (carecen de planes específicos el 83% de las comunidades), a pesar de ser una obligación de la administración sanitaria, reconocida en las respectivas líneas estratégicas, para potenciar y actualizar los conocimientos y habilidades, y garantizar a la población atendida una asistencia eficiente y de calidad. Lo más habitual es la participación en programas formativos interdisciplinares, con frecuencia relacionados con la planificación de servicios e implementación de políticas de salud mental que, si bien son fundamentales para la integración multidisciplinar y la mejora de la organización asistencial del servicio, no garantizan las necesidades de formación continuada específicas del especialista en psicología clínica.

La AEN, como asociación de profesionales de la salud mental que ha impulsado la implantación de un modelo asistencial comprehensivo y multidisciplinar para la atención a la salud mental, en aras de la normalización de este modelo multidisciplinar, tiene que multiplicar sus esfuerzos para que la psicología clínica alcance el lugar que le corresponde como especialidad sanitaria, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Sabemos de lo ardua de esta tarea por las múltiples resistencias que viene generando la incorporación de esta "nueva" especialidad sanitaria en un área tradicionalmente atendida por la especialidad de psiquiatría, en parte recogidas entre los indicadores de este estudio. Sin embargo, sabemos que apostar por la normalización de la psicología clínica es apostar por la atención multidisciplinar que requiere la complejidad biopsicosocial de la problemática asistencial de los trastornos mentales y del comportamiento.

## RECOMENDACIONES

Por ello, proponemos que la AEN y sus secciones autonómicas trabajen de forma activa para:

1. Acelerar el proceso de reconversión de las plazas de psicólogo del sistema sanitario en plazas de Facultativo Especialista en Psicología Clínica, tal como establece el Real Decreto 2490/1998 por el que se crea y regula el título de especialista en psicología clínica y su posterior inclusión como especialista sanitario en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en todas las comunidades autónomas donde aún no se ha realizado, así como su incorporación a la carrera profesional y las retribuciones contempladas para los especialistas sanitarios.
2. Defender el requerimiento de la especialidad de psicología clínica para la dotación de plazas asistenciales de psicólogo en todos los centros asistenciales públicos y en los convenios con centros privados.
3. Generalizar la denominación de planes, programas, servicios y unidades de salud mental, como una garantía de su orientación multidisciplinar, así como la dotación de plazas de psicólogo clínico en todos los dispositivos de salud mental.
4. Potenciar el papel del psicólogo clínico en la planificación y organización de los programas, servicios y procesos asistenciales, así como su participación en la gestión de servicios y unidades.
5. Defender la plena actuación y responsabilidad profesional del psicólogo clínico en todos los ámbitos asistenciales en los que participa, sin menoscabo de las competencias de otros especialistas cuando se requiera su concurso.
6. Potenciar los programas de formación continuada para la atención de las necesidades específicas de la especialidad de psicología clínica.