

POSICIONAMIENTO DE LA SEPCyS ANTE LA PROPUESTA DE ITINERARIO GRADO – MPGS- PIR

Desde el año 2012, el debate sobre el itinerario Grado – Máster PGS – PIR ha producido un volumen importante de literatura: artículos en revistas científicas, revistas profesionales, y pronunciamientos de diferentes instituciones y asociaciones científicas y profesionales. Cinco años después, podemos afirmar que poca claridad se ha alcanzado en el proceso. Los argumentos a favor y en contra del itinerario se acumulan, **sin que se alcance un consenso claro, y sin que aparezcan argumentos definitivos o irrevocables por su capacidad de persuasión de unos y otros.** Ejemplos de esto serían el recurso a la comparación con las disciplinas que dan acceso a procesos formativos desde el grado (Biología, Químicas, Física) y su contraposición con el acceso desde el grado más máster de Medicina que han hecho, respectivamente, detractores y promotores del itinerario, la comparación con Europa, donde con tranquilidad cualquiera puede elegir cuatro o cinco países que avalen una tesis sobre el itinerario y otros tantos que avalen la contraria, o el número de estudiantes, que según a quién se pregunte son demasiados o demasiado pocos.

Como estudiosos de la psicología, y quizá más aún en tanto en cuanto psicología clínica, todos deberíamos ser conscientes de que la **función** de un argumento es en muchos casos más importante que su valor de verdad o su consistencia lógica. Numerosos autores (Damasio, Lowenstein, Pfister) han puesto de manifiesto el papel de las emociones en la toma de decisiones, y el efecto de las expectativas sobre las mismas. Sin embargo, los psicólogos parecemos estar fallando a la hora de orientarnos a los elementos emocionales que subyacen a nuestros propios posicionamientos, y como en el proverbio miramos el dedo cuando se señala la luna, persistiendo en una lucha dialéctica que convence poco y desgasta demasiado la imagen de la profesión.

La incómoda realidad es que muchos de los actores en el proceso defienden unas y otras posiciones, en buena medida, por miedo, por inseguridad por el propio nicho de trabajo (presente o futuro), y por una noción de injusticia en la manera en la que unos y otros se sienten tratados, que llega a los niveles de agravio, sino de insulto. Es complicado pensar que una solución satisfactoria pueda llegar sin abordar estos aspectos. **Es aún más complicado pensar que una solución viable pueda llegar a satisfacer plenamente a todo el mundo.** Pensar que una solución pueda pasar por la subordinación sin más de una posición a la otra, y que ello habría de ser bueno para la profesión, es directamente impensable. Así, por ejemplo:

- Los **estudiantes** temen no alcanzar una formación que les habilite para el ejercicio, por quedarse fuera del PIR y del MPGS. Se sienten boicoteados por los incrementos en las tasas (los 3500€ del MPGS en universidades públicas) y otros costes económicos, como la preparación del PIR (a un coste entre 1500€ y 2000€ el curso en academias privadas, con un promedio de 3 años de estudio). Ven amenazado su futuro y minimizado el valor su esfuerzo.
- Los **profesionales del ámbito privado**, generalistas por título o habilitados en los registros sanitarios, temen quedar relegados lejos del tratamiento de patologías y ver reducido su ámbito de trabajo. Buena parte de ellos, además de muchos especialistas por vía de homologación que sufrieron los rigores del proceso de convalidación, se sienten minusvalorados e insultados en la solidez de su formación y su valía profesional. Aquellos que participan de la vida académica sienten que se desprecia la formación universitaria y se ignoran sus investigaciones y capacidad docente.

- Los **especialistas**, fundamentalmente aquellos 2000 que han obtenido la especialidad por la vía PIR en estos 19 años, ven cómo sus perspectivas laborales son menos halagüeñas de lo deseable, ya que la posibilidad de contratación en el sistema público es escasa, y temen la competencia que los generalistas (o incluso los especialistas por la vía de homologación) podrían ejercer. Después de seguir el itinerario formativo más largo sienten como un agravio comparativo que profesionales con menos formación oficial tengan acceso a competencias equivalentes a las suyas. Temen, incluso, por la supervivencia de la especialidad.

A esto se podrán añadir consideraciones legales, lógicas, o preocupación por el acceso de los ciudadanos a una atención psicológica de calidad, pero cualquiera mínimamente honesto habrá de convenir que estos elementos están ahí, en el subtexto, entre líneas del discurso.

Uno de los argumentos más potentes a favor del itinerario es el de la **unidad de la profesión** (e.gr., Hermida, 2017). Ciertamente, la profesión está dividida en múltiples ejes (especialistas / sanitarios; practicantes de la psicología basada en la evidencia / practicantes de una psicología no basada en la evidencia, etc.) y la debilidad que se deriva de esta situación es manifiesta. Sin embargo, y sin menoscabar la importancia que el itinerario podría tener para unificar determinadas situaciones, un movimiento por la unidad que se viva con miedo, incertidumbre, y aún más, como un insulto, por una mayoría de la profesión difícilmente va a constituir los cimientos de ninguna unidad duradera, provechosa o satisfactoria.

Es imposible pronunciarse a favor del itinerario sin que esto nos posicione, de forma implícita, sobre el modelo de profesión que queremos para la Psicología. No se puede tomar una decisión en el vacío, de forma aislada. **Es imprescindible que la decisión se articule en el marco de una visión de conjunto de la Psicología como profesión, disciplina académica y sanitaria.** Y es necesario que la propuesta global aborde las inseguridades de todos los colectivos. Durante demasiado tiempo la profesión se ha visto abocada a una sucesión de "parches", crisis y vaivenes fruto de la contraposición de múltiples intereses; va siendo hora de plantear una visión global, que tome como ejes la *práctica basada en la evidencia*; la defensa de la *calidad global de las intervenciones* ofrecidas por los profesionales de la Psicología; la apuesta por una *atención psicológica pública de calidad* sin olvidar que la aportación que desde hace décadas viene haciendo el sector privado, mayoritario en nuestra profesión; la búsqueda de *integración entre las potencias de la Universidad y el mundo sanitario*, para la investigación y la formación; y la lucha por la *accesibilidad a una formación* de calidad, asequible y con unas perspectivas realistas de empleabilidad.

Por todo ello, consideramos que el apoyo a un itinerario Grado – Máster – PIR debe pasar por:

- La reivindicación de los problemas que supone la atención a la Salud Mental de la población desde el modelo actual, y la búsqueda de una **respuesta en la Psicología Clínica y de la Salud**.
- La consideración de la Psicología Clínica y de la Salud como un **área amplia que es patrimonio de la profesión en su conjunto**, y en particular de los titulados en Psicología General Sanitaria y los titulados en la Especialidad en Psicología Clínica.
- La **denuncia sistemática de las elevadas tasas universitarias**, la drástica reducción en las becas y el recorte en la financiación de las Universidades Públicas que las motiva, de una manera que sea eficaz a la hora de presionar a las administraciones implicadas – universitarias, regionales, estatales.
- La **creación de expectativas realistas** en los aspirantes a las Facultades de Psicología, informando sobre el estado del mercado laboral, las necesidades de la

sociedad, las diferentes etapas formativas y los resultados de empleabilidad de los profesionales de la Psicología.

- La **reivindicación del aumento de plazas de PIR** y la búsqueda de pruebas de acceso a la especialidad con un contenido práctico progresivamente mayor.
- La promoción de la mejora de la calidad docente mediante una adecuada **integración de la Universidad con el Sistema Sanitario público y privado**, en la provisión de horas y plazas de prácticas, y en la creación de figuras docentes y asistenciales en la red sanitaria pública, pero ofreciendo también alternativas a la red privada. También mediante el fomento de Unidades Docentes propias de la Psicología en el SNS y la búsqueda de entendimientos entre estas y las Facultades de Psicología.
- El consenso en la consideración de que **el MPGS y la profesión regulada de PGS constituyen el nivel básico de formación para el ejercicio de la psicología clínica y de la salud, con plena capacidad diagnóstica y de intervención**, acompañada del ejercicio responsable de la autorregulación por parte de los PGS, en forma de derivación al especialista a criterio de cada profesional.
- El reconocimiento de la **necesidad de psicólogos en el marco del SNS**, hasta llegar a las tasas por 100.000 habitantes propias de los países más avanzados de nuestro entorno y recomendadas por la UE, la OMS, etc. y que se han venido a cifrar en un mínimo de 7.200 profesionales (Senado de España, 2010) y, especialmente, **la incorporación de la figura del psicólogo en Atención Primaria en el SNS**, como una medida urgente para ofrecer una atención de calidad a la elevada demanda asistencial existente relacionada con la presencia de desórdenes emocionales en la población general.
- El acuerdo de que estos psicólogos deben articular su actividad en unidades y/o servicios propios, u otros medios que **garanticen la posibilidad de emplear los modelos propios de la Psicología** desde una perspectiva de Práctica Clínica Basada en la Evidencia, a nivel teórico y práctico (docente, organizativo y asistencial).
- La reivindicación de que estas unidades y servicios de Psicología deben asumir las tareas y competencias que forman parte del bagaje de nuestra disciplina, desde la psicoterapia a la psicoeducación sobre el funcionamiento psicológico, defendiendo que **el profesional de la psicología es el profesional idóneo, y no otros colectivos que, desde el total respeto a sus funciones y la calidad con las que las desempeñan, carecen de la preparación específica de psicólogos clínicos y sanitarios**.
- La reclamación de que **psicólogos clínicos y sanitarios puedan trabajar integrados en estas unidades públicas**, haciendo cada profesión las aportaciones que se correspondan con su diferente categoría laboral. Especialmente teniendo en cuenta que los recortes presupuestarios del sistema público no podrán asumir los costes en formación de todos los profesionales necesarios para cubrir la demanda existente.
- La reclamación para que se apliquen criterios de troncalidad al PIR, convirtiendo la residencia **en una serie de verdaderas especialidades, que partiendo de un tronco común basado en los conocimientos del grado y del MPGS formen de manera intensiva, durante dos o tres años, en áreas específicas como la atención al trastorno mental grave, la neuropsicología, la psicología clínica infanto-juvenil, o psicooncología y cuidados paliativos, entre otras**.
- La promoción de la **investigación básica y aplicada en Psicología Clínica y de la Salud**, en consorcios que agrupen a la Universidad y al Sistema Nacional de Salud.
- La promoción y el apoyo al ejercicio privado de la Psicología Clínica y de la Salud también desde criterios de rigor, profesionalidad y calidad técnica tanto en la formación como en la práctica de la profesión, facilitando el prestigio de la misma y la defensa de todo el colectivo en contra del intrusismo.

Entendemos que, desde el compromiso con estas medidas, es posible asumir una ordenación racional de la profesión, al tiempo que se garantizan las necesidades y reivindicaciones de los diferentes colectivos en disputa, y se aseguran las alternativas pública y privada para que los consumidores reciban una atención psicológica de calidad.

En Madrid, a 3 de abril de 2017,

El Comité Ejecutivo de la SEPCyS

