

# LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**Resumen:** El presente informe analiza las respuestas a una encuesta realizada a 151 psicólogos clínicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre el grado de desempeño de distintos aspectos del rol de facultativo especialista. Los resultados indican que si bien el rol del psicólogo clínico como facultativo especialista de área no está consolidado, el grado de consolidación depende fundamentalmente de la comunidad autónoma y del dispositivo de trabajo. En este sentido, también se revisan los planes de salud mental de 15 comunidades autónomas (CA) que muestran tanto el escaso papel desempeñado por los psicólogos clínicos en la redacción de los mismos y como la escasa consideración que se hace de las aportaciones de la psicología clínica. Finalmente se concluye con una serie de propuestas para poner en valor a la psicología clínica dentro del SNS.

**Palabras clave:** Psicología clínica, SNS, planes de salud mental, rol facultativo especialista.

## *The clinical psychologists in the Spanish National Health System*

**Abstract:** This paper analyses the results of a survey of 151 clinical psychologists working in Spanish National Health System, who were asked to assess the degree of development of different aspects of clinical psychologists' role as consultants. The results point out that, although the role of the clinical psychologist as a consultant is not yet consolidated, the degree of consolidation depends basically on the autonomous region and on the working environment. Furthermore, the survey analyses the mental health plans of 15 autonomous regions, showing both the little involvement of clinical psychologists in their preparation and the poor value given to the contributions of clinical psychology in general. Finally, the article ends by making some proposals in order to increase the value of clinical psychology in the Spanish National Health System.

**Key words:** Clinical psychology, National Health System, mental health plans, consultant role.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un breve resumen de otro más extenso realizado por la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) y que puede consultarse en [www.anpir.org](http://www.anpir.org). Las publicaciones del RD 2490/1998 y la Orden PRE/1107/2002 reconocieron a la psicología española como una especialidad sanitaria con el mismo modelo de formación y marco legal que el resto de especialidades sanitarias. Desde entonces los psicólogos clínicos son parte integrante y constitutiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) con los mismos derechos y obligaciones que el resto de profesionales sanitarios de nivel facultativo. El informe que damos a conocer en este artículo pretende dar cuenta de las condiciones en las que los especialistas en psicología clínica desarrollan su labor profesional con el objeto de comprobar si su ejercicio profesional se adecua al esperado para cualquier facultativo especialista del SNS, toda vez que legalmente lo son. Para ello hemos realizado dos trabajos diferentes, una encuesta realizada en 2004 a psicólogos clínicos del SNS sobre el rol que desempeñaban en su lugar de trabajo y una revisión de los planes

de salud mental de cada comunidad autónoma para conocer cómo se considera a la psicología clínica y al papel de los psicólogos clínicos.

## SITUACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Esta primera parte del documento recoge los resultados de 151 cuestionarios enviados en 2004 a psicólogos clínicos del SNS sobre el rol que desempeñaban en su lugar de trabajo. La muestra total de encuestas no es representativa ya que faltan muchas de las comunidades autónomas (CA) y dispositivos asistenciales de salud mental del Estado. Los resultados deben tomarse con precaución y no pueden generalizarse a la situación de los psicólogos clínicos de España. Los sesgos en la selección de la muestra así lo aconsejan. No obstante, en algunas CA (Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Baleares) sí se han obtenido un aceptable número de encuestas que si bien no constituyen una muestra representativa de toda la comunidad autónoma, al menos nos sirven para una primerísima

aproximación a la realidad y como tal la presentamos.

### *Resultados obtenidos*

(1) *Criterios que definen que un psicólogo clínico atienda primeras consultas.* Globalmente, el criterio más frecuente es un reparto aleatorio entre el psicólogo clínico (PC) y el psiquiatra. Otros criterios muy frecuentes son la derivación del psiquiatra y la decisión en una reunión de equipo. Por CA, en Andalucía el criterio más frecuente es el que se corresponde con un reparto aleatorio entre el PC y el psiquiatra. En Cantabria lo más frecuente es que los pacientes sean derivados al PC por el psiquiatra. En las otras tres CA informadas la situación es muy heterogénea, siendo los criterios predominantes la derivación del psiquiatra y la decisión tras una reunión de equipo. Atendiendo a los distintos dispositivos, en las Unidades de Media Estancia (UME) el único criterio que define las primeras consultas para los psicólogos clínicos es la derivación directa del psiquiatra. Éste es también el criterio más frecuente en las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), las Unidades de Crónicos y las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En los otros dispositivos la realidad observada es diversa, en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPSL) y en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) los criterios predominantes son el reparto aleatorio entre profesionales y la decisión del equipo. En los Hospitales de Día (HD) no se observa un criterio predominante y por último en las Unidades de Salud Mental (USM) en 35 de cada 100 casos se realiza un reparto aleatorio psicólogo clínico/psiquiatra.

(2) *Cómo se nombra al servicio/dispositivo en los informes de derivación recibidos.* De manera general lo más frecuente es el término salud mental. Igualmente es más frecuente en USM, USMIJ, Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Hospitales de Día. En éstos últimos el segundo criterio más frecuente es psiquiatría, nominación que incluye al PC.

También se utiliza el término psiquiatría englobando al PC, en las UHB y de forma muy frecuente en las Unidades de Media Estancia. En Cantabria lo más frecuente es psiquiatría, englobando con esta nominación al PC.

(3) *¿Cuál es el procedimiento de derivación de pacientes hacia otros dispositivos de la red de salud mental o comunitarios?* Lo más frecuente es que el responsable de derivación sea el facultativo de referencia. También es frecuente que la responsabilidad de la derivación recaiga en los dos facultativos que atienden al paciente, a través de un informe conjunto o de un informe de cada uno de ellos. Las cinco CA reflejan una situación heterogénea. Podemos observar dentro de esta variedad los criterios predominantes, si en Castilla La Mancha y en Valencia lo más frecuente es que la responsabilidad recaiga en un informe de cada profesional implicado; en Andalucía y las Islas Baleares la responsabilidad de la derivación es del facultativo de referencia. En las USM y en las Unidades de Crónicos lo más frecuente es que el responsable de la derivación sea el facultativo de referencia. En las USMIJ la derivación se realiza a través de un informe conjunto de los facultativos que atienden al paciente. En los demás dispositivos no podemos hablar de un criterio predominante.

(4) *En el caso de pacientes tratados por varios profesionales simultáneamente ¿quién realiza habitualmente la derivación hacia otros dispositivos de la red?* Lo más frecuente es que la derivación se realice tras una reunión de equipo o que lo haga de forma indistinta cualquier facultativo del mismo. Si bien en la mayoría de los casos no hay ningún facultativo que de antemano realice la derivación hacia otros dispositivos, en los casos en los que sí lo hay, el psiquiatra deriva 5 veces más que el psicólogo clínico. Excepto en Andalucía, en los demás CA analizadas se observa un significativo número de casos en los que el psiquiatra es habitualmente quien realiza habitualmente las derivaciones. En las Unidades de Media Estancia y Unidades de Hospitalización Breve el responsable de derivación es exclusivamente el psiquiatra. En los Hospitales de Día y en los

CRPSL el facultativo de referencia es el responsable de la derivación. En los demás dispositivos no se observa un criterio definido.

(5) *¿En los informes de derivación a otros dispositivos cómo se denomina más frecuente al servicio/dispositivo?* Si en Andalucía el término más frecuente es salud mental, en Cantabria es psiquiatría, término que también engloba al psicólogo clínico. En las otras tres CA la realidad reflejada es más indefinida pero el término más frecuente es salud mental, que es también más frecuente en las USM, USMIJ y en los Hospitales de Día. El término psiquiatría es el más frecuente en las Unidades de Hospitalización Breve, en las Unidades de Media Estancia y en las Unidades de Crónicos. En las dos primeras psiquiatría nombra también a los PC.

(6) *En relación a los diagnósticos que realiza el PC en los informes escritos o documentos oficiales, la norma del servicio/unidad dispone que:* De forma mayoritaria los informes pueden ir firmados por el PC que los realiza. En todas las CA se observa de forma predominante que los PC pueden firmar los informes que realizan, si bien en Cantabria en 30 de cada 100 casos los informes deben ir firmados obligatoriamente también por el psiquiatra. En la mayor parte de los dispositivos se observa que los informes pueden ir firmados por el PC, si bien las Unidades de Hospitalización Breve deben ir firmados por el psiquiatra o el jefe del dispositivo en un n.º significativo de casos.

(7) *¿Quién envía habitualmente los informes/documentos diagnósticos a otros dispositivos sobre pacientes atendidos tanto por PC y psiquiatra?* En la mayoría de los casos quien envía el informe es el facultativo de referencia. En Andalucía y Baleares en la gran mayoría de los casos la norma es que sea el facultativo de referencia quien envíe el informe de derivación a otros dispositivos. En Cantabria la norma predominante establece que sea habitualmente el psiquiatra. A diferencia de lo que ocurre en el caso de los psiquiatras, en Castilla-La Mancha, Baleares y Valencia es muy infrecuente que sea el psicólogo clínico quien habitualmente envíe los informes. Mientras en las USM, USMIJ y CRPSL predomina que los informes sean fir-

mados por el facultativo de referencia; en las Unidades de Hospitalización Breve, Unidades de Media Estancia, Unidades de Crónicos y Unidades de TCA predomina que sea firmado por el psiquiatra.

(8) *¿Es el psicólogo clínico jefe/coordinador del dispositivo/unidad?* En 114 casos de 141 el PC no es coordinador. Andalucía e Islas Baleares son las dos CA en las que se produce con más frecuencia la posibilidad de que el PC sea coordinador del dispositivo. En la mitad de las Unidades Residenciales de Crónicos encuestadas y CRPSL, y en menor n.º en los Hospitales de Día, los PC son coordinadores del dispositivo.

(9) *¿Participa el PC como representante de su dispositivo en la coordinación de su unidad con otros dispositivos de la red?* La respuesta es mayoritariamente afirmativa, el PC representa a su dispositivo en la coordinación con otros. Andalucía es la CA en la que la respuesta afirmativa se produce de forma más significativa. En Cantabria y Castilla La Mancha los PC representan con menor frecuencia a sus dispositivos. Las Unidades de Hospitalización Breve, las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria y las Unidades de Conductas Adictivas son aquellas en las que es poco frecuente que el PC participe como representante de las mismas en la coordinación con otros dispositivos.

(10) *¿El PC participa en las reuniones de dirección y gerencia?* La respuesta es mayoritariamente negativa, el PC no participa en las reuniones de Dirección/ Gerencia. Cantabria es la única CA donde el PC participa de forma significativa en las reuniones de Dirección y Gerencia. En las Unidades de Crónicos, en las Unidades de Dolor y en las Unidades de Media Estancia se observa la mayor probabilidad de que el PC participe en tareas de Dirección y Gerencia.

(11) *¿Cómo se designa al profesional de referencia del paciente?* Normalmente el profesional referente del paciente es aquel que lo atiende en la primera consulta. Así sucede en Andalucía y de forma distintiva en Cantabria se entiende con más frecuencia que el profesional de referencia es habitualmente el psiquiatra. En las otras tres CA la situación es más indefinida.

Viendo los dispositivos, en todas las Unidades de Media Estancia encuestadas el profesional de referencia es el psiquiatra. Este criterio también es el más predominante en las Unidades de Hospitalización Breve y en las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En las USM y en las USMIJ el profesional de referencia es quien atiende al paciente en primera consulta.

(12) *¿Puede ser el psicólogo clínico referente de pacientes?* En la mayor parte de los casos el psicólogo clínico puede ser referente de pacientes. Cantabria es la única CA en la que en menos de la mitad de casos encuestados el PC no es referente de pacientes. En Andalucía casi exclusivamente pueden ser referentes. En ninguna de las Unidades de Media Estancia encuestadas el PC es referente de pacientes. También es poco probable que en las Unidades de Hospitalización Breve lo sea. En cambio en los CRPSL; HD, USM y USM IJ puede serlo habitualmente.

(13) *¿Decide el PC sobre ingresos hospitalarios o de otros dispositivos?* Andalucía es la única CA en la que de forma mayoritaria el PC puede decidir sobre ingresos en otros dispositivos. El PC no decide sobre ingresos en las Unidades de Media Estancia y en las Unidades de Dolor encuestadas. Tampoco lo hace de forma significativa en las Unidades de Hospitalización Breve y en las Unidades de Crónicos. Sí lo hace en las USM, USMIJ, HD, CRPSL y UCA.

(14) *¿Escribe informes el PC para que el paciente ingrese en los dispositivos pertinentes?* En Andalucía se realizan prácticamente en todos los casos informes de ingreso para otros dispositivos; situación que contrasta con la de Cantabria donde se realizan en un bajo número de casos. En un punto intermedio estarían las otras CA encuestadas. En las UHB, UME y Unidades Residenciales de Crónicos no suele el PC escribir informes de ingreso a otros dispositivos, en cambio si suele hacerlo con frecuencia en las USM, USMIJ; CRPSL, HD y UCA.

(15) *¿Decide altas el PC del dispositivo donde trabaja?* De manera muy mayoritaria el PC toma la decisión de dar altas. En todas las CA encuestadas el PC firma altas, siendo en Andalucía en todos los casos. A excepción de las UHB, Unidades residenciales de crónicos y

UME, en los demás dispositivos el PC da altas frecuentemente.

(16) *¿El PC escribe informes de alta?* El PC sí escribe informes de alta en la mayor parte de los casos. En todos los casos encuestados en la Comunidad Andaluza. En las otras comunidades la respuesta es también mayoritariamente positiva. En las Unidades de Dolor encuestadas el PC no escribe informes de alta. En las Unidades de Crónicos y en las Unidades de Media Estancia el número de respuestas negativas es significativo.

(17) *¿El psicólogo clínico atiende urgencias?* En 66 de los casos encuestados el PC no atiende Urgencias. Sí lo hace en 67 casos. La respuesta positiva es mayoritaria en Andalucía, CA en la que en pocos dispositivos el PC no atiende Urgencias. Por el contrario, en Cantabria no se informa de ningún dispositivo en el que los PC puedan hacerlo. En las otras tres CA la respuesta más significativa es negativa. Las respuestas positivas a la pregunta sobre si el PC atiende Urgencias predominan en las USM, los CRPSL y las Unidades de Conductas Adictivas.

(18) *Apreciación subjetiva de la posición del PC respecto al psiquiatra.* En 46 casos los encuestados informan que aprecian cambios hacia una progresiva menor subordinación. 38 de los encuestados responden que tienen la apreciación subjetiva de subordinación matizando que no perciben cambios sobre esta posición en los últimos años. Por último, 30 de los informantes afirman sentirse en una posición de igualdad respecto a sus compañeros psiquiatras. Andalucía es la CA donde las encuestas reflejan de forma más significativa una apreciación de igualdad respecto a sus compañeros psiquiatras. La respuesta mayoritaria en Cantabria, Castilla La Mancha y las Islas Baleares es de subordinación aunque matizando que se perciben cambios hacia una menor subordinación. En Valencia las respuestas más frecuentes son las que apuntan igualdad y una tendencia hacia una menor subordinación. Las respuestas mayoritarias en todos los dispositivos son las que reflejan igualdad y una progresiva menor subordinación.

(19) *¿El dispositivo está incluido en un área en la que el coordinador/jefe de área, sector o*

*suprasectorial, es un psicólogo clínico?* En casi ningún caso los PC son jefes de área/ sector suprasectorial. Excepto un caso en Castilla-La Mancha, en ninguna CA de las encuestadas los psicólogos clínicos son jefes de área o sector suprasectorial. De los dispositivos de la red, solamente en un caso el PC del CRPSL es jefe de área/ sector suprasectorial.

(20) *¿Existe alguna relación entre el término utilizado para denominar al dispositivo y el hecho de que el psicólogo clínico pueda ser referente del paciente?* En aquellos dispositivos donde se utiliza el término salud mental con mayor frecuencia es más probable que el psicólogo clínico sea referente de pacientes.

### Conclusiones

1. La situación de los Psicólogos Clínicos es muy heterogénea, existiendo gran variabilidad entre comunidades autónomas y entre los dispositivos de una misma comunidad autónoma.
2. De las CA encuestadas sólo en Andalucía el rol de los PC se adecua en mayor medida a lo esperado para los facultativos especialistas; Cantabria es la CA donde más se aleja, mientras que la Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha e Islas Baleares se encuentran en un punto intermedio.
3. En Andalucía, los psicólogos clínicos, en mayor medida que el resto de CA analizadas, ven pacientes en primeras consultas en condiciones de igualdad con los psiquiatras; realizan derivaciones de pacientes, tratados simultáneamente por otro facultativo, a otros dispositivos de la red de salud mental; la norma de los equipos en que trabajan establece que en el caso de envío de informes hacia otros dispositivos pueden firmarlos si son los facultativos de referencia; son designados profesionales de referencia para el paciente; realizan informe para ingreso hospitalario o a otro dispositivo; ven urgencias y se tienen en cuenta sus informes sobre altas y bajas laborales. Igualmente, es en la comunidad autónoma en donde el término empleado mayoritariamente para nombrar los dispositivos asistenciales es el de salud mental. Lo anterior es congruente con las respuestas de la mayoría de los psicólogos clínicos de Andalucía que aprecian de manera subjetiva una posición de igualdad respecto de sus compañeros psiquiatras.
4. En Cantabria, los psicólogos clínicos ven un menor número de primeras consultas porque éstas suelen ser realizadas mayoritariamente por psiquiatras; es habitual que sea el psiquiatra quien realice las derivaciones a otros dispositivos de la red; la norma de los equipos en que trabajan establece predominantemente la obligatoriedad de la firma del psiquiatra para el envío de informes a otros dispositivos; son con menos frecuencia designados profesionales de referencia para el paciente; realizan en menos ocasiones informes para ingreso a otros dispositivos; no ven urgencias y se tienen menos en cuenta sus informes sobre altas y bajas laborales; por último, el término empleado para nombrar los dispositivos asistenciales es el psiquiatría. Lo anterior es congruente con las respuestas de la mayoría de los psicólogos clínicos de Cantabria que aprecian de manera subjetiva una posición de subordinación, con cambios hacia un nivel menor, respecto de sus compañeros psiquiatras
5. En Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana e Islas Baleares, el rol de los psicólogos clínicos como facultativos especialistas está todavía por consolidar. La apreciación subjetiva mayoritaria de los Psicólogos Clínicos encuestados es que se encuentran en una posición de subordinación respecto de sus compañeros psiquiatras, si bien los cambios son hacia una mayor igualdad
6. Exceptuando a la Comunidad Andaluza (si bien no en muchos casos), en relación a las funciones como jefes de equipo/dispositivos, de Servicio, de áreas suprasectoriales, o de representación del equipo ante otras instancias lo habitual en todas las CA es que los psicólogos clínicos no ejerzan esas funciones. Atendiendo a los dispositivos

ocurre lo mismo, excepción hecha en el caso de Unidades de Rehabilitación y Unidades Residenciales de Crónicos, en los que no suele haber dotación de médicos psiquiatras.

7. Los psicólogos clínicos que trabajan en las Unidades de Rehabilitación, Unidades de Salud Mental de Adultos e Infanto-Juvenil son los que se más se acercan al rol esperado para los facultativos especialistas, Y los que menos los que trabajan en las Unidades de Hospitalización Breve y Unidades de Media Estancia.

#### PLANES DE SALUD MENTAL AUTONÓMICOS Y PSICÓLOGOS CLÍNICOS

No es objeto de la presente revisión de los planes de salud mental autonómicos su valoración exhaustiva, no pretendemos entrar a considerar la bondad o pertinencia de los objetivos propuestos, su grado de cumplimiento, su contribución a la mejora de la salud mental de los ciudadanos o la adecuación de las disposiciones y normas legales sanitarias a la especialidad de psicología clínica. Nuestro propósito se limita exclusivamente a comprobar, sobre el mismo texto de los planes de salud mental, el papel otorgado a la psicología clínica, toda vez que desde 2002 puede considerarse finalizado su proceso de institucionalización en el SNS. Siguiendo pues un enfoque muy literal que toma en cuenta el contenido de los Planes de Salud Mental, hemos considerado: el modelo subyacente de cada plan de salud mental (PSM), sus objetivos, la terminología empleada para denominar lo relativo a la salud mental, los redactores del plan, los dispositivos asistenciales y dotación de personal prevista en el plan. Hemos preferido ofrecer siempre los datos de recursos humanos del propio plan, previstos y/o reales.

##### *Planes salud mental autonómicos*

(1) *Plan integral de salud mental de Andalucía (2003-2007)*. El servicio se denomina

Salud Mental. El plan utiliza el término de «atención a la salud mental» y no de «atención psiquiátrica» o «asistencia psiquiátrica». (El plan no habla de psicólogos no especialistas, refiriéndose siempre a la «psicología clínica» y a los «Psicólogos Clínicos»). Este plan no establece ratios de profesionales en los dispositivos. No obstante, el plan indica, dentro de sus líneas de acción, que se dotará de nuevos facultativos a los Equipos de Salud Mental hasta conseguir que la ratio por 100.000 habitantes sea de 6 (no especifica la ratio de psiquiatras y psicólogos clínicos por separado). No establece ninguna ratio en relación a los demás dispositivos. En cuanto a los recursos humanos reales, este plan detalla la plantilla existente hasta el año 2002. Hay 7,7 facultativos por cada 100.000 habitantes (no ofrece la tasa de psiquiatras y psicólogos clínicos por separado). No se especifica la plantilla según el tipo de dispositivo. En relación a la posibilidad de ocupar cargos de responsabilidad y coordinación en los distintos dispositivos o en un área de salud mental, aunque el plan no lo especifica, se entiende que puede ser cualquier facultativo especialista (incluyendo a psiquiatras y psicólogos clínicos).

(2) *Plan de salud mental de Galicia (2002-2005)*. El PSM realiza un análisis de la situación actual de la salud mental en esa CA reconociendo las importantes carencias a nivel de recursos humanos y asistenciales, e identificando los posibles objetivos y líneas de actuación para su periodo de vigencia. En este sentido pretende poner a disposición de la población un psicólogo, un psiquiatra y un enfermero por cada 50.000 habitantes. No se definen las funciones de los distintos profesionales que componen los equipos multidisciplinares. En cuanto a la terminología, unas veces se habla de salud mental y otras se utiliza el adjetivo psiquiátrico para definir el tipo de asistencia o las patologías. Se menciona la mayor parte de las veces a los psicólogos y no a los psicólogos clínicos. No aparecen mencionados a los redactores del plan de salud mental

(3) *Plan de salud mental de Cantabria (1998-2000)*. Revisión en 2002. Se reconoce como deficitario el número de profesionales,

entre ellos el psicólogo clínico, en diferentes dispositivos de salud mental, inferior al considerado óptimo. El PSM considera óptimo disponer de 1 psiquiatra cada 30.000 habitantes mayores de 18 años y 1 psicólogo clínico cada 40.000 habitantes mayores de 18. En los casos en que se hace referencia a quién debe ser el coordinador de los dispositivos, se explicita que debe ser un psiquiatra. El plan se presenta como de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica; se utiliza durante todo el texto la doble terminología psiquiatría y salud mental. Se menciona tanto al psicólogo como al psicólogo clínico, aunque al hablar de las dotaciones de profesionales de las USM se habla siempre de psicólogos clínicos.

(4) *Plan de salud mental de Madrid (2003-2008)*. En ningún momento de la redacción del plan se hace referencia a las funciones de los distintos profesionales aunque sí se menciona la propuesta de elaborar un manual que defina los distintos roles de los componentes de los equipos multidisciplinares. Si atendemos a la terminología utilizada, se diferencia la atención psiquiátrica de la atención a la salud mental; se citan conceptos como asistencia facultativa y asistencia psiquiátrica y se utilizan los términos psicólogo y psicólogo clínico. Entre los redactores del PSM el número de psiquiatras es muy superior al del resto de profesionales (más de cinco veces el número de psicólogos clínicos o de enfermeras). Todos los coordinadores de los grupos de expertos son psiquiatras y en 8 de los 18 grupos no ha participado ningún psicólogo clínico. En las estimaciones de profesionales por habitante que se proponen, la ratio de psicólogos clínicos por habitante es siempre inferior a la ratio de psiquiatras.

(5) *Plan de salud mental de Aragón*. La dotación de psicólogos clínicos que el plan establece es similar a la dotación de psiquiatras en las Unidades de Atención Infanto-Juvenil, Hospital de Día, Unidades Residenciales Rehabilitadoras y CRPSL, mientras que en la Unidad de Salud Mental de Adultos, Unidad de Media Estancia y Unidad de Hospitalización breve, el número de psiquiatras casi duplica al de psicólogos clínicos previstos. Es de reseñar

que el plan no contempla la figura del psicólogo clínico en el programa denominado «psiquiatría de enlace». El plan establece la figura de coordinador de dispositivo sin vincularla a una categoría profesional determinada, a excepción de la Unidades de Media Estancia y Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, en que vincula esta función al médico psiquiatra. En cuanto a la terminología, utiliza la denominación «psicólogo clínico» y «atención en salud mental», y reserva el término «asistencia psiquiátrica» para la atención en unidades de hospitalización breve. La comisión directora del PSM está compuesta por médicos psiquiatras.

(6) *Plan de salud mental para la comunidad autónoma de Extremadura*. El número global de psicólogos y psiquiatras que el plan establece en la red de salud mental es similar, con la particularidad de que gran parte de los psicólogos están ubicados en dispositivos sociosanitarios de carácter privado concertado como técnicos y no como facultativos especialistas. En las diferentes estructuras de coordinación de área, provinciales y regionales, se hace mención a la figura del coordinador sin vincularla a una categoría profesional determinada. En cuanto a la terminología, utiliza el término «psicólogo» y no habla del especialista en psicología clínica. Utiliza la denominación «asistencia en salud mental». El PSM está redactado por un comité compuesto, en su mayoría, de médicos psiquiatras.

(7) *Plan estratégico para los servicios de salud mental de Asturias*. El PSM de Asturias enfatiza, de manera global, la necesidad de un incremento en los recursos humanos, sin especificar categorías profesionales. El PSM no detalla los dispositivos que componen la red de salud mental asturiana ni los profesionales que la integran. Utiliza la denominación «atención en salud mental». El director del plan es un médico psiquiatra.

(8) *Plan de salud de Cataluña. Apartado sobre «Problemas de salud mental» (1996-1999)*. El plan aporta información epidemiológica y de funcionamiento de la red, pero no detalla los recursos asistenciales ni los recursos humanos con los que cuenta, ni realiza una pre-

visión de necesidades de dotación. Se insiste en la necesidad de «cambios en la organización y funcionamiento de los equipos asistenciales» para «superar los problemas de infradetección y/o aplicación de tratamientos inadecuados». No se explicitan los de financiación, ni se designa un organismo de supervisión del cumplimiento de los objetivos del plan.

(9) *Plan autonómico de salud mental de las Islas Baleares (1998-2002)*. A nivel terminológico diferencia la salud mental de la psiquiatría y engloba bajo el término general de asistencia psiquiátrica o psiquiátrico a otras profesiones del ámbito de la salud mental pero diferentes de la psiquiatría. Excepto en las Unidades de Hospitalización Breve, en que asigna las funciones de coordinación/dirección a los médicos psiquiatras, en los demás dispositivos asistenciales de la red el plan no vincula tales funciones a una profesión concreta. En las dotaciones de personal se refiere al psicólogo y nunca al especialista en psicología clínica. Para las USM, UHB y Hospitales de día para adultos el plan de salud mental establece una previsión de dotación para psiquiatras superior a la de los psicólogos clínicos; para los hospitales de día infanto-juveniles la previsión de dotación es superior para los psicólogos clínicos y es igual para las Unidades Comunitarias de Rehabilitación, Unidades de Media Estancia y Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles. El PSM está casi en su totalidad redactado por médicos psiquiatras, dejando poca participación a otras profesiones. La Comisión Institucional de Salud Mental, órgano supervisor del cumplimiento del plan, aunque incluye otros perfiles profesionales igualmente está formada su mayoría por médicos psiquiatras.

(10) *Plan de salud mental de Castilla-La Mancha (2000-2004)*. El plan no asigna explícitamente funciones de coordinación/dirección a ninguna categoría profesional. Aunque el plan de Salud Mental establece que deben ser psicólogos clínicos los que formen parte de las plantillas de los recursos de rehabilitación, en el caso de los CRPSL no se cumple dicho requisito, a diferencia de lo que sucede en los dispositivos dependientes del SESCOG. La dotación

de facultativos en 2004 en los dispositivos de la red es de 120 para psiquiatras y 108 para psicólogos. La terminología empleada en la redacción del plan alude de manera constante a la atención a la salud mental. Los responsables del área de salud mental para el plan de salud mental, integrados en la dirección del plan, son casi en su totalidad psiquiatras. Para la redacción del PSM se ha contado con las asociaciones de familiares de personas con trastorno mental y con un gran número de profesionales, lo cual ha permitido una composición multidisciplinar y plural de los grupos de expertos. No obstante hay que resaltar el gran número de médicos psiquiatras con relación al resto de profesiones.

(11) *Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana, editado en 2001*. La terminología empleada en la redacción del plan diferencia la salud mental de la psiquiatría e incluye dentro del término general de asistencia psiquiátrica a las tareas profesionales y aportaciones de otras disciplinas del ámbito de la salud mental pero distintas de la psiquiatría. No se diferencia a los psicólogos de los psicólogos clínicos. Las estimaciones del plan en materia de recursos humanos en los distintos dispositivos asistenciales establecen ratios inferiores para psicólogos clínicos que para psiquiatras. En relación al número total de facultativos existentes en la Comunidad Valenciana en el 2002 en las Unidades de Salud Mental de adultos e infanto-juvenil, el número de psicólogos clínicos era muy inferior (99) al de psiquiatras (181). En las unidades de hospitalización psiquiátrica, la dotación de psicólogos clínicos es prácticamente inexistente atendiendo a los datos recogidos en el informe de 2003 del Síndic de greuges. Las funciones de coordinación-dirección de los dispositivos dependientes de la Consellería de Sanidad son habitualmente asignadas a los médicos psiquiatras. Los psicólogos ejercen labores de coordinación-dirección en los Centros de Rehabilitación e Inserción, en los que no hay dotación de psiquiatras, y en los Centros Específicos para Enfermos Mentales. Ambos dispositivos dependen de la Consellería de Bienestar Social. Los psicólogos de los Centros de Rehabilitación e

Inserción, a diferencia de los dependientes de Consellería de Sanidad, son contratados fundamentalmente mediante convenios con empresas privadas. No se les exige el título de especialista. Si bien el plan pretende conservar la filosofía emanada del Informe sobre la Reforma psiquiátrica de 1985 y de la Ley General de Sanidad y enmarcar su acción dentro de un abordaje multidisciplinar, en su redacción apenas han participado otras profesiones distintas a la psiquiatría.

(12) *Plan de salud mental de Castilla y León*. Se especifica la necesidad de aumentar el número de profesionales, adecuándolos a ratios eficientes, aunque no se dan datos concretos al respecto. Se establece la necesidad de psicólogos clínicos en los distintos dispositivos, aunque a la hora de indicar el número de profesionales con los que se cuenta únicamente habla de psicólogos sin especificar si poseen o no la especialidad. El número de psiquiatras es significativamente mayor al de psicólogos en todos los dispositivos a excepción de los Centros Rehabilitación Psicosocial (la mayor parte de ellos concertados o dependiendo de fundaciones privadas), estableciéndose una ratio total de 5,74 psiquiatras frente a 3,15 psicólogos por 100.000 habitantes. El PSM utiliza el término psiquiátrico para nombrar a los dispositivos de la red asistencial y diferencia la asistencia psiquiátrica de la de salud mental.

(13) *Asistencia psiquiátrica y salud mental. Plan estratégico 2004-2005. Servicio Vasco de Salud*. No se especifica el número de profesionales necesarios para continuar con la puesta en marcha del Modelo Comunitario, ni qué profesión concreta ejerce las labores de coordinación. Se emplea el adjetivo psiquiátrico de manera que incluye al resto de profesiones del ámbito de la salud mental y se diferencia la salud mental de la psiquiatría. Existe una gran diferencia en la proporción Psicólogo/ psiquiatra dependiendo de si se trata de hospitales concertados (17 psiquiatras frente a 25 Psicólogos) u hospitales de Osakidetza ( 217 psiquiatras frente a 81 Psicólogos). Las ratios de profesionales por cada 100.000 habitantes muestran grandes diferencias siendo la propor-

ción de psiquiatras el doble que la de Psicólogos en servicios extrahospitalarios y el triple en hospitales generales y hospitales monográficos. Todos los participantes en la redacción del PSM son médicos, no existiendo ningún representante de otras profesiones del ámbito de la salud mental.

(14) *Plan de salud mental de Murcia (1999-2001)*. A pesar de plantearse como un plan basado en el Modelo Comunitario con una perspectiva biopsicosocial y un abordaje multidisciplinar, se equipara a nivel terminológico la salud mental a la psiquiatría. Presenta unos objetivos generales y concretos dentro de lo comunitario, sin concretar la dotación de recursos necesarios para alcanzarlos. Muestra los recursos humanos en el año 1997 en los que se observa cierta desigualdad entre el número de psiquiatras y psicólogos (sin especificar si estos últimos son clínicos). Algo similar ocurre con los trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, siendo ambos muy escasos. No se especifica en el PSM sobre qué profesión deben recaer las tareas de jefatura/ coordinación de los equipos de trabajo y/o dispositivos. Los dos redactores principales del plan son médicos psiquiatras.

(15) *Plan de salud mental de Canarias*. En general se habla en este plan de la Atención a la salud mental, del mismo modo que predomina la concepción de lo comunitario. No se especifica si el psicólogo debe ser clínico. No se asignan las funciones de coordinación/dirección a ninguna profesión concreta. La dotación de recursos humanos en enero de 1999 era muy superior para los psiquiatras que para los psicólogos. No se especifican los redactores del plan.

## CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones están referidas a los planes de salud mental de quince comunidades autónomas (faltan Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla):

1. Existe una tendencia muy acusada en las Islas Baleares, País Vasco, Comunidad

Valenciana, Murcia, Castilla-León, Madrid y Cantabria, a utilizar el adjetivo psiquiátrico para referirse al conjunto de la asistencia que todos los profesionales de salud mental prestan, sean o no psiquiatras; o para nombrar a los dispositivos asistenciales. En el resto de Comunidades se suele utilizar de manera predominante el término de salud mental.

2. Las funciones de coordinación/dirección de los distintos dispositivos asistenciales cuando son asignadas explícitamente en los Planes de Salud Mental a una profesión concreta suelen recaer en los médicos psiquiatras; excepción hecha de los dispositivos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Valenciana (en los que no hay dotación de psiquiatras)
3. No se diferencia al psicólogo del psicólogo clínico, excepto en Andalucía, Aragón y Castilla-La Mancha. En Madrid, Castilla y León y Cantabria únicamente se les diferencia al aludir a las Unidades de Salud Mental de adultos.
4. En todas las CA menos Castilla-La Mancha y Extremadura, la dotación de recursos humanos en el nivel facultativo es muy superior para los psiquiatras que para los psicólogos clínicos. Igualmente, la previsión de ratios de los facultativos es siempre superior para los psiquiatras, sobre todo en los dispositivos de hospitalización y Unidades de Salud Mental de adultos. En cambio, en las Unidades de Salud Mental infanto juveniles, las necesidades estimadas o la dotación de recursos humanos es muy pareja, siendo en algún caso levemente superior para los psicólogos clínicos.
5. Hay un significativo mayor número de psicólogos clínicos que de psiquiatras en dispositivos asistenciales de la red pública concertados con empresas privadas. Normalmente estos dispositivos suelen ser de rehabilitación psicosocial o residenciales y suelen tener un carácter sociosanitario dependiendo en algunos casos de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social o sólo de ésta última.

6. Todos los planes están redactados de manera casi exclusiva por grupos de expertos de médicos psiquiatras, excepción hecha en Castilla-La Mancha.
7. Pocos planes de salud mental cuentan con órganos de supervisión y control de los objetivos y líneas de actuación de los mismos y cuando existen están formado de manera casi exclusiva por médicos psiquiatras.

### PROPUESTAS DE FUTURO

Concluido pues, el proceso de institucionalización de la psicología clínica en España, se abre una nueva etapa de puesta en valor, que debe conducir a la especialidad hacia la plena incorporación y participación en los órganos y estructuras que como especialidad sanitaria le corresponden y a la consolidación de los psicólogos clínicos como facultativos especialistas con plena autonomía y responsabilidad en su práctica clínica. Para ello, y a tenor de las conclusiones anteriores, proponemos:

1. El desarrollo de las estructuras existentes en el ámbito de la salud mental para que permitan a los psicólogos clínicos tener capacidad de planificación, organización, gestión, evaluación y control de los procesos asistenciales de los usuarios de los Servicios de Salud.
2. La utilización del término salud mental, en la denominación de los distintos Servicios y dispositivos que conforman la red asistencial a la salud mental., pues da cuenta de la realidad multidisciplinar de la asistencia a la salud mental en nuestro país, no toma una parte por el todo y está en consonancia con el modelo comunitario.
3. La participación en condiciones de plena igualdad y representatividad respecto de otros facultativos especialistas, en todos aquellos órganos creados por las Administraciones Públicas que se encarguen de la planificación, organización, gestión, dirección, evaluación y supervisión de las políticas y asistencia en materia de salud mental.

4. Un incremento sustancial tanto de las ratio psicólogos clínicos/población como del número de plazas de psicólogos clínicos en el SNS de tal forma que permita atender la demanda de atención psicológica por parte de los ciudadanos.
5. La aplicación de la legislación vigente en lo referido a los psicólogos clínicos y la consiguiente explicitación y obligatoriedad de tal denominación en los Planes de salud mental y en los distintos dispositivos asistenciales de la red.
6. La equiparación de los psicólogos clínicos que trabajan en dispositivos asistenciales de la red pública concertados con empresas privadas, a nivel de titulación y condiciones laborales, con los facultativos especialistas

dependientes de las Consejerías de Sanidad y /o Bienestar Social.

ANTONIO J. PALACIOS,  
 MARÍA FRAGA  
 BEGOÑA HOYAS  
 NOA LAÍZ  
 NEREA RODRÍGUEZ  
 ALEJANDRO GONZÁLEZ DE CÁRDENAS  
 GLORIA ESTEBARANZ

Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR)

*Correspondencia:* Antonio A. Palacios, Hospital Provincial de Toledo, Servicio de Salud Mental. Cuesta de San Servando s/n, 45007 Toledo. Correo-e: palaciosru@correo.cop.es. Teléfono: 925 259 350, Fax: 925 259 361