



ACERCA DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA COMO ESPECIALIDAD SANITARIA

BEGOÑA OLABARRÍA¹ Y MIGUEL ANXO-GARCÍA²

¹ Ayuntamiento de Madrid, España

² Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña, España

Resumen: La constitución de la psicología clínica como especialidad sanitaria en España sólo es comprensible en el marco del proceso modernizador que vivió la sociedad española después de la restauración de la democracia. El desarrollo y profunda transformación de la sanidad española, el proceso de reforma de la atención sanitaria a la salud mental (la reforma psiquiátrica) y la creación y consolidación del sistema de formación MIR (médicos internos residentes) para la capacitación de facultativos especialistas, fueron los factores que posibilitaron que el colectivo profesional de la psicología, con la importante contribución de sectores académicos, iniciara el proceso de construcción de la psicología clínica como especialidad sanitaria.

Palabras clave: Especialidades sanitarias, psicología clínica, sanidad pública española, proceso de construcción.

On the construction of clinical psychology in Spain as a health specialty

Abstract: The constitution of clinical psychology as a health speciality in Spain is only understandable within the framework of the modernization process that took place in Spanish society after the restoration of democracy. Spanish public health system's development and deep transformation, the process of reform of health assistance in mental health (with the psychiatry reform), and the creation and consolidation of the psychological intern residents training system for the capacitating of specialists were the factors that allowed the collective of psychology professionals, with an important contribution from academics sectors, to start the process of constructing clinical psychology as a health speciality.

Keywords: Health specialties, clinical psychology, Spanish public health system, process of construction.

PRESENTACIÓN

El proceso de construcción de la especialidad de Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología, ha estado mediada por valores, metas, por procesos ligados al contexto de su surgimiento, por discursos profesionales e ideológicos implícitos y explícitos, debates, experiencias colectivas desarrolladas,

intenciones y objetivos concretos relativos a macrocambios sociales buscados que alcanzaban a los servicios sanitarios públicos, a su concepción, a su modelo y con ello también a las ideas que sustentan la formación, a los cuestionamientos de algunas seguridades establecidas previamente con su carga de prejuicios y tendencias.

Estos esfuerzos se llevaron a cabo en situaciones difíciles y con gran escasez de medios. De esto queremos aquí dar cuenta, porque la consistencia de lo aquí escrito no está —lo sabemos— sólo en la descripción explicativa del proceso de construcción de nuestra especialidad.

Recibido: 14 diciembre 2010; aceptado 15 enero 2011

Correspondencia: Begoña Olabarría González. Francisco de Diego, 3-1.º A 28040 Madrid. Correo-e: beolagoera@gmail.com

lidad, de los pasos dados. Para nosotros está también y significativamente en la presentación del marco al que respondía y al que buscó contribuir desde su especificidad. Y a los discursos y posiciones que lo sustentaron y las líneas colectivas en las que se integraba y a las que aportaba.

Con frecuencia ciertos academicismos olvidan el carácter vivo del texto desconociendo la posible fecundidad que, uniéndonos con el pasado del que partimos y en el presente desde el que hablamos, nos prepara en cierto sentido para la tarea de comprender, de valorar el diseño de la acción futura. El lector también cuenta con sus propios contextos referenciales desde los que hace la lectura y el diálogo.

Por su carácter vivo queremos reconocer una intención explícita: el específico compromiso con la especialidad sanitaria de la psicología clínica y de sus prestaciones en el campo de intervención, con el Sistema Nacional de Salud (SNS) y con el modelo de formación PIR (psicólogos internos residentes).

También buscamos favorecer, contribuir, a que el desconocimiento y/o la ignorancia y el olvido activos referidos a este proceso, establecidos a nuestro juicio al servicio de intereses espurios puedan ser desvelados y abordados, y en su caso interpelados. El conocimiento de cada uno sobre lo acaecido que nos afecta es reducido, y frecuentemente lo más global lo percibimos a través de un lenguaje que llega a nosotros codificado por instituciones y organizaciones que administran nuestro saber del saber. En lo que se refiere a muchos de los pasos dados en el proceso de construcción de esta especialidad y esta formación de especialistas en psicología clínica, se han producido por algunas organizaciones de la psicología acciones (muchas veces después negadas) que han estado a punto de generar daños estrepitosos y cuyos efectos aún siguen estando pendientes de valorar suficientemente. Han enfrentado la especialidad con irresponsables actos organizativos y campañas, dilapidando a nuestro juicio los recursos de todos.

Algunos colegas, estudiantes, compañeros de otras profesiones, políticos, administradores, etc. quedaron con ello confundidos. La especialidad de Psicología Clínica que suponía sin

duda una adquisición colectiva para el SNS, sus profesionales, el desarrollo del conocimiento especializado, ciudadanos, etc. fueron puestos en cuestión, así como muchas de las actuaciones necesarias para su implementación, para poder andar el camino de la atención integral a la salud y para lograr la formación de sus especialistas. Todavía hay restos, flecos activos de esas actuaciones, que como rescoldos suponen a nuestro juicio un riesgo que, paradójicamente, ha sido generado desde dentro de nuestro propio colectivo de la Psicología.

Ese lamentable empeño cuenta con sus propias organizaciones «profesionales y científicas»; en él participan esas «eminencias» que propugnan la modalidad de quienes explícita o implícitamente formulan sin más que modernidad, progreso, ciencia, especialidad, formación, conocimiento y campo de intervención son nociones que se dan la mano y son equivalentes a la simple desaparición de trabas a la satisfacción sin límites de sus intereses en un mercado cuyas grandes líneas de expansión buscan controlar.

Finalmente, la tendencia a la parcelación propia del *especialismo* aislacionista, la penetración creciente de distintos intereses económicos en el SNS, el papel de la industria farmacéutica en el proceso formativo de los especialistas y en la formación continuada y sus tendencias fragmentadoras en la aplicación de conocimientos, la desatención a las nuevas necesidades y demandas de una población afectada por importantes cambios demográficos, sociales, étnicos, económicos, y culturales, las necesidades surgidas de las concepciones provenientes de la atención sanitaria realizada en sistemas complejos y en su articulación con otras redes de servicios y prestaciones (Servicios Sociales, Justicia, Educación, etc.) obliga en el campo de intervención a reflexionar, debatir y elegir entre opciones de desarrollo e implementación de necesarias e insuficientemente desarrolladas prestaciones de la psicología clínica en el SNS y fuera del mismo.

Hemos de expresar un convencimiento: el de que la formación de los especialistas sanitarios y específicamente la de los especialistas en Psicología Clínica no puede concebirse separada de los contextos de la asistencia en nuestro

país, que cuenta desde 1986 con un Sistema Nacional de Salud que cubre a toda la población en los tres niveles de atención sanitaria. Este hecho de salud pública condiciona el carácter de la formación de los especialistas sanitarios en el SNS en relación al que supone una aportación a su vez.

Vamos a procurar dar resumida cuenta tanto del proceso de construcción de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria en nuestro país como del soporte de valores y opciones que lo ha venido sustentando y alumbrando caminos. Para hacerlo de manera consistente es necesario a nuestro juicio conocer cómo llegamos hasta aquí, cómo llegamos a tener establecida por ley la especialidad sanitaria de la Psicología que es la Psicología Clínica. Ello tal vez favorezca tener específica perspectiva de conocimiento y análisis de lo existente, sin entrar en los cortocircuitos de la resignación realista o la frustración utópica.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESPAÑA EN LA TRANSICIÓN

El sistema sanitario español en la Transición

La etapa de la Transición (tomaremos como fecha de referencia del inicio de esa etapa la muerte de Franco en noviembre de 1975), en lo que a la Psicología Clínica se refiere, introduce objetivos y primeros desarrollos que hoy nos parecen «naturales». Hoy consideramos natural que los avances de nuestro que-hacer teórico/técnico se entretujieran en y con los servicios sanitarios públicos. Un entretujido que hace a lo técnico, a lo teórico, a lo conceptual, también a lo ideológico y sociopolítico, que se fragua principalmente durante los años 70 y que tiene su presentación o expresión en los importantes cambios que transformaron el país en tantos aspectos y, entre ellos, el sanitario. Dicha etapa perdura, de forma aproximada, hasta la primera mitad de los 80.

El inicio de la Transición abre en lo sanitario el debate y la expresión de demandas que también caracterizan a otros ámbitos (Educación, Justicia, etc). El referente para el cambio era la sanidad pública de los países europeos, princi-

palmente Gran Bretaña y Suecia, cuyos modelos socialdemócratas de servicios nacionales de salud eran admirados. Era evidente que la sanidad pública española, entonces Previsión Social, ni en términos de cobertura, ni de gasto público, ni de áreas de intervención era aceptable (González Catalá y Vicente Merino, 1985). La necesidad de la introducción de cambios sustanciales en esta materia era un hecho incontrovertible. Los profesionales, los partidos políticos, la ciudadanía, reclamaban transformaciones. Los debates con la participación de muy diversos sectores se sucedían con intensidad, desorden y riqueza. Este gran debate sanitario estableció bases con cierto grado de consenso para el desarrollo posterior de la necesaria reforma sanitaria.

El retraso en la Previsión Social española queda puesta de manifiesto en términos económicos: En 1975 el gasto público era del 24,7 del producto interior bruto, mientras que la media de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) era del 40,2% (Tanzi, 1988). En 1975 las transferencias económicas del Estado a la Seguridad Social en España eran 28 veces menos que la media de los países de la OCDE (González Catalá y Vicente Merino, 1985).

En la Legislatura Constituyente de 1977 se crea un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social por primera vez independiente del Ministerio de Trabajo, pero que no gestionó el Instituto Nacional de la Salud. En poco tiempo se deroga esta creación. Tras diversos avatares queda adscrito al Instituto Nacional de la Salud.

Las medidas específicas desarrolladas en el campo sanitario durante la Transición en aplicación y desarrollo de la Constitución Española (BOE 311 de 29/12/1978, pp. 29313-29424) fueron escasas, ocasionales y sin lógica interna, pero cabe destacar la liquidación del Instituto Nacional de Previsión y la creación, mientras se debatía y elaboraba la Constitución, de cuatro institutos dedicados cada uno a una parcela de la política social pública: El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para la atención sanitaria; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para la gestión de las pensiones; el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), para las prestaciones a la tercera

edad y los disminuidos físicos y psíquicos; el Instituto Nacional de Empleo (INEM), para la gestión del desempleo. Así mismo se creó la Tesorería General de la Seguridad Social, que mejoró la gestión económica del sistema, si bien aumentó la rigidez administrativa (Gonzalo González, 1985). En 1981 el Ministerio de Sanidad y Consumo queda adscrito al Instituto Nacional de la Salud.

Además de la falta de modelo sanitario para impulsar la construcción de la necesaria nueva estructura y organización sanitarias, la importante crisis económica que coincide con la Transición y que arroja al desempleo a millones de trabajadores, dificultaba una expansión del imprescindible gasto público. Se produce una importante incapacidad entre 1975 y 1982 para modificar el *statu quo* sanitario con arreglo a los cambios que se estaban manifestando aceleradamente en lo socioeconómico, ideológico y político en el Estado.

En resumen, con contradicciones, confusión, inseguridad, y temor en el desarrollo de los cambios imprescindibles en lo sanitario, los poderes públicos se circunscribieron básicamente e insuficientemente a la expansión de la población cubierta, siguiendo un modelo mutuo, no de cobertura universal como derecho ciudadano constitucional. En 1982 todavía el 14,4% de la población no contaba con ningún procedimiento público de Seguridad Social (Fundación Foessa, 1983).

Durante la Transición, la producción de información para la mejora de la planificación sanitaria, así como su calidad, es escasa. Datos tan básicos para diseñar y planificar cambios como el número de personas con cobertura sanitaria y su evolución temporal desde la creación del seguro obligatorio de enfermedad, eran desconocidos, manejándose cifras aproximativas con diferencias entre sí de varios millones. Lo mismo ocurría con los recursos humanos y materiales y su distribución en el territorio del Estado (De Miguel, 1978, 1979, 1983). Por eso se realizan importantes estudios y propuestas (informes, libros blancos, pactos, etc.), pero no generan cambios en el ámbito sanitario. De hecho la existencia de una amplia coincidencia acerca de la necesidad apremiante de cambiar sustancialmente el sistema sanitario, recogida

incluso en la Constitución, no generó cambios. Antes al contrario, los principios rectoros, organizativos, el modelo de financiación, el modelo de atención, etc. se caracterizaron por la continuidad con la etapa anterior a la Transición.

Los resultados de las encuestas a la población y a los médicos del sistema mostraban el descrédito de la Seguridad Social ante la población, la falta de confianza de los ciudadanos en los médicos y la prestación recibida, y la opinión mayoritaria y generalizada entre los médicos de la necesidad de reforma. Pese a lo anterior existía un consenso acerca de importantes vacíos de la cobertura sanitaria española:

(1) La cobertura sanitaria de la población no era un derecho constitucional efectivo del ciudadano, sino que seguía un modelo mutuo, es decir, que dependía de la condición de recibir una nómina (y aún con ello había sectores de producción excluidos).

(2) La población cubierta recibía diferentes prestaciones de servicios en función del régimen al que estuviese adscrita.

(3) Los trabajadores autónomos en muchas ocasiones no realizaban contribuciones, con lo que quedaban al margen del sistema de prestaciones sanitarias, como también quienes no habían trabajado nunca y no estaban casados con alguien que sí contase con contrato laboral fijo.

(4) La atención primaria era muy deficiente (los médicos contaban con horarios muy restringidos y cupos de población muy altos, no se abrían historias clínicas, etc.).

(5) El número de camas hospitalarias era el más bajo de Europa y las urgencias estaban saturadas.

(6) La organización y gestión del sistema estaba fragmentada entre diversas instituciones con falta de coordinación entre ellas.

(7) Se contaba con un modelo de atención asistencialista, rígida y estereotipadamente medicalizado y una visión biologicista y parcializada del sujeto.

(8) El estado calamitoso de la asistencia psiquiátrica era denunciado y reconocido (Fraga, 1976; García, Espino y Lara, 1998; González de Chávez, 1980; Montoya, 1978;): saturación manicomial, enfermos institucionalizados,

deshumanización de la atención, estado calamitoso de los centros, etc. La hospitalización psiquiátrica era la prestación más establecida y definida (a través de la Ley de Bases de la Seguridad Social). Ante la situación de la asistencia psiquiátrica, mayoritariamente de carácter manicomial y, en tantas ocasiones, terrible, en 1976 y como única consecuencia del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Sanitaria (1975) se asignaron fondos para la asistencia psiquiátrica, que no sólo resultaron muy insuficientes, sino que quedaba definida como prestación social, no sanitaria. Se aumentó así su marginalidad.

(9) La crisis del «síndrome tóxico» producida en 1981 puso sobre el tapete la exigencia y la urgencia de abordar una reforma.

Por todo lo expuesto, parece preciso establecer alguna hipótesis explicativa del por qué de esa continuidad, de la falta de introducción de cambios relevantes en lo sanitario durante la Transición. Hemos de considerar que la Seguridad Social, con todos sus defectos, era una enorme organización que realizaba como principal organización sanitaria pública del Estado prestaciones a muy importantes sectores sociales. Además no existían procedimientos adecuados de información sanitaria producidos por el sistema.

Posiblemente todo ello conllevó la apertura de escenarios para el debate y el consenso, que generaron procesos y tiempos complejos. Lo que se produce con un carácter singular en la etapa de la Transición es la participación de múltiples actores en múltiples escenarios (y su importante interrelación) en el gran debate sobre las reformas imprescindibles, entre ellas la sanitaria. Aparecen múltiples publicaciones incitadoras de tomas de decisión y de posición. Grupos de profesionales (en el campo de la salud mental, la AEN, y en organización corporativa la Sección de Psicología del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados, que desaparece a partir de la creación del COP en 1979) apostaron por reformas profundas en los modelos de atención. También colaboraron activamente los diferentes partidos políticos y los sindicatos recientemente legalizados.

De este modo, durante la Transición la idea de un cambio en lo sanitario tenía fuerte iden-

tidad y se vinculaba a cambios e innovaciones profundas en: (a) la cobertura asistencial pública y única, establecida como derecho ciudadano; (b) la organización de un SNS; (c) la modernización de la gestión; (d) la financiación pública; (e) la defensa de la atención primaria tanto organizativa como conceptualmente; (f) la defensa de la salud como un todo integral de abordaje interdisciplinar; (g) la defensa de modelos comunitarios; (h) la promoción de la participación; (i) la concepción de la atención a la salud como derecho ciudadano democrático; (j) la defensa de la integración de los recursos sanitarios dispersos; (k) la promoción del principio organizativo y conceptual de la territorialización, de los equipos interdisciplinarios, de la prevención y la promoción de la salud; (l) la defensa de la imprescindible reforma psiquiátrica y la creación y organización de servicios de salud mental alternativos a la atención hospitalaria y manicomial.

Durante esta etapa surgen paralelamente a los procesos relativos a la Seguridad Social, algunos cambios institucionales de interés para la Psicología Clínica, como la apertura a los psicólogos y otros profesionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), que había sido en 1973 «tomada» por jóvenes psiquiatras líderes de los movimientos psiquiátricos que veremos más adelante; la creación del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) en 1979 con fuertes componentes entonces de contribución a los procesos de cambio democráticos; el desarrollo de los títulos universitarios (licenciatura y doctorado) específicos de psicología y el inicio de la incorporación de algunos psicólogos a tareas sanitarias en servicios sanitarios periféricos a la Seguridad Social, como los del Síndrome Tóxico o en dispositivos creados por los ayuntamientos y las comunidades autónomas con carácter ejemplarizante que no podían cubrir la asistencia del conjunto de la población.

Movimientos y debates sanitarios relevantes para la Psicología Clínica durante la Transición

La conciencia pública en torno a la necesidad de la reforma sanitaria se había iniciado

antes de la Transición, desde el inicio de los setenta a través de la conflictividad protagonizada por profesionales sanitarios en torno principalmente a la asistencia y específicamente a la formación de los especialistas. Reclamaban reformas laborales, cambios en la atención sanitaria y en la formación, y junto a ello en el régimen político.

Especial relevancia alcanzaron los «conflictos psiquiátricos» que se extienden por toda España durante la década de los 70. Veamos una panorámica no exhaustiva. En 1971: Hospital Psiquiátrico de Oviedo, en primer lugar, seguido en el mismo año por las Clínicas Psiquiátricas del Hospital Francisco Franco de Madrid; en 1973: Instituto Mental de la Sta. Cruz, Barcelona; en 1974: Hospital Psiquiátrico de Bermeo en Vizcaya y Hospital de Salt de Gerona; en 1975: Hospital de Conxo de Santiago de Compostela; en 1978: Hospital Psiquiátrico de Valladolid. Líderes de este movimiento apuestan por su participación en la AEN, incorporándose a su junta directiva en 1977 con Valentín Corcés como presidente, e iniciando una nueva etapa en esta asociación (García et al., 1998; González de Chávez, 1980; Lázaro, 2000).

Paralelamente, la organización médica colegial es denunciada reiteradamente por su alejamiento del colectivo profesional y su carácter no democrático. La rígida tradición en los colegios profesionales en que la ley obliga a los profesionales a formar parte de ellos pagando cuotas, se hace patente y se producen fuertes cuestionamientos de su legitimidad y representación desde distintos ámbitos democráticos. Tal vez por ello la influencia colegial/corporativa organizada de los médicos en los debates sobre la salud y la reforma sanitaria no fue relevante (a excepción de las presiones para la evitación de cambios). De hecho se abrieron otros múltiples escenarios donde participaron, junto con otros profesionales y grupos interesados, los primeros jóvenes licenciados con currículum específico en psicología.

Algunas de estas administraciones, ante la demanda social existente en materia sanitaria y su falta de abordaje gubernamental, crean nuevos servicios sanitarios de carácter ejemplificador, con nuevas ideas, nuevos modos de atención y nuevos profesionales, fundamental-

mente en prestaciones sanitarias públicas ambulatorias de salud mental, atención primaria integral, salud sexual y reproductiva. Sin embargo estos nuevos servicios mayoritariamente quedaban situados fuera de la estructura del INSALUD por lo que no tenían obligación —y no ejercían— cobertura asistencial/sanitaria a toda la población.

Pero es ahí y en ese momento cuando se produce una incorporación significativa de psicólogos a estos servicios sanitarios públicos con equipos multidisciplinares (equipos del Síndrome Tóxico, Centros Municipales de Salud, Equipos Municipales de Planificación Familiar, Centros de salud mental que empezaban entonces a crearse, etc.) que juegan un importante papel en la verificación de nuevos modos de hacer en lo sanitario, superando desde entonces las intervenciones de los psicólogos que habían sido meramente evaluadoras, psicodiagnósticas, y abriéndose con sus discursos y conocimientos a los intentos de reforma, considerando la salud como un campo interdisciplinario de intervención desde una concepción integral bio-psicosocial del sujeto en su contexto y un modelo comunitario donde el principio de territorialidad se consideraba elemento regidor de la futura reforma.

Los entonces vigentes estudios de psicología eran muy nuevos y eran producto de una trayectoria de esfuerzo directamente vinculada tras la guerra civil al Dr. J. Germain (Carpintero, 1994; Olabarria, 1995) y al pequeño grupo de discípulos que supo aglutinar, entre los que destacan M. Yela, J.L. Pinillos y M. Siguán, que vienen a jugar un papel fundamental en el diseño de dichos estudios universitarios, que alcanzan *currículum* propio, específico, en 1968, aunque dentro del título de Filosofía y Letras, lo que representaba un importante avance por el contenido formativo específico (Carpintero, 1994). Por tanto, estos primeros licenciados de la psicología surgen en los años setenta y tienen un rápido crecimiento: en 1978 existían estos estudios de psicología en ocho universidades españolas con título de Licenciatura (un crecimiento exponencial ya entonces seguramente alarmante). Carpintero aporta el dato de que durante los setenta y hasta 1983 se licenciaron unos veinte mil psicólogos. Un joven

colectivo profesional que tuvo que abrir los campos de intervención profesional de la psicología, hasta entonces prácticamente inexistentes.

Pronto algunos de los primeros licenciados, hasta diciembre de 1979, se agrupan y crean las secciones de psicólogos de los Colegios de Doctores y Licenciados, que, a diferencia de los colegios de médicos, buscan jugar un papel democrático. Los *Cuadernos de Psicología 3* y el *Boletín de la Sección de Psicología* del Colegio de Doctores y Licenciados, dan cuenta ya de las primeras experiencias profesionales en que se rompía con la idea profesional del psicólogo/testólogo. Surgen también revistas de psicología y/o abiertas a ella que inician la diversificación del escenario de publicaciones (Tortosa, 1989).

La participación de los profesionales de la joven psicología española durante la Transición en los múltiples escenarios de debates (sanitarios, educativos, universitarios, sindicales, políticos, etc) en defensa de la interdisciplinariedad, de nuevos modelos de atención (García y Olabarria, 1993; Leal, 1997), de la apertura de los ámbitos de intervención (configurados hasta entonces de maneras patrimonialistas y cerradas), de la promoción de la salud, de lo comunitario, de la salud integral, de la atención primaria, de la desinstitutionalización psiquiátrica y otras (horfanatos, etc.), permitió a nuestro juicio una visión social de estos profesionales como dinamizadores de cambio con aportaciones de conocimientos nuevos en el que-hacer sanitario (Escudero y Olabarria, 2000).

La apertura de la AEN a los psicólogos, y la penetración de estos primeros profesionales de la Psicología en equipos multidisciplinares con el diseño y ejecución de nuevos modos de hacer en salud y en salud mental, y la creación del COP en 1979 marcó un punto de inflexión que configura un nuevo escenario junto a las facultades de psicología. Los psicólogos autodenominados «clínicos», no obstante, sufríamos muchas carencias: no existía una especialización clínica propiamente dicha tras la licenciatura, nuestra propia denominación como psicólogos clínicos era «voluntarista». Cada cual buscaba con sus propios medios la formación

que podía (en el mejor de los casos), sin perfil formativo ni profesional. No contábamos con lugares donde ejercer en servicios sanitarios públicos, en muchas ocasiones y desde visiones corporativistas del ejercicio más conservador de la Medicina, se pretendía una reducción de nuestro ejercicio al de meros evaluadores/testólogos al servicio de una estrecha Psiquiatría más que del ciudadano o de la mejora del sistema sanitario, de sus modos de hacer y de su modelo de atención.

Los mismos psicólogos debatíamos intensamente los contenidos de la Psicología Clínica. No existía una definición específica, consensuada y legal de la Psicología Clínica y mucho menos una estrategia de acción dirigida a configurar la especialidad sanitaria. No era sólo que la Ley de Especialidades entonces vigente, proveniente de 1955, estuviera referida a las especialidades médicas, ni tampoco que fuera casi impensable entonces para los sectores dominantes en lo sanitario la incorporación de la psicología clínica como nueva especialidad sanitaria, no sólo con nivel de investigación y conocimiento que justificase su acceso a dicha condición, sino también con contenidos relevantes para la atención integral. Fue también que la juventud e inexperience de los primeros psicólogos en la Transición, la definición de prioridades urgentes en lo social, unido al desconocimiento provocado por la «exclusión» casi total de la Psicología de los servicios sanitarios públicos y todo lo que en torno a ella se establecía, dilató para nosotros mismos una adecuada consideración de muchos extremos importantes, también el de la búsqueda de un adecuado reconocimiento oficial de este ejercicio como saber especializado.

En la Transición se dio curso a un importante debate iniciado unos años antes en torno a la deficiente modalidad de formación de los especialistas en Medicina en España, que se realizaba hasta ese momento fundamentalmente vinculada al ámbito académico (escuelas universitarias, cátedras ligadas a hospitales clínicos, en el mejor de los casos) y básicamente al margen del ejercicio en servicios sanitarios acreditados a tal fin. Esta situación es abordada por el Real Decreto 2015/1978, de 15 de junio,

por el que se regula la obtención del título de médico. Este Real Decreto suscitó potentes críticas por cuanto no satisfacía las necesidades de reforma en la formación de médicos especialistas. Se trató de una norma que mantenía vigente el modelo fijado por la Ley de 1955 con base en las escuelas profesionales y las cátedras de Medicina y declaraba subsistentes, de manera transitoria, los poco rigurosos sistemas paralelos al MIR (médicos internos residentes) para concesión de títulos de especialistas vigentes en ese momento. Con todo, este Real Decreto da unos vacilantes primeros pasos hacia el establecimiento del sistema MIR como vía para la obtención de una especialidad, lo que fue su principal novedad, pues definió otros lugares y modo de realizar la formación especializada. Se produce, así, por primera vez, aunque de manera ambigua, una confluencia entre normas generales de formación y las sectoriales de la Seguridad Social.

Pero lo que seguramente cabe destacar de este real decreto de 1978 respecto a lo que nos ocupa, es que los psicólogos colectivamente estuvimos al margen completamente de todo ese proceso, más que por ninguna exclusión del mismo, por ausencia plena de posibilidad, incluso ausencia de conciencia de la misma. Ausencia que no sólo provenía de fuera, estaba también en nosotros mismos. El rápido crecimiento del ámbito académico de la Psicología que parecía absorber todos los esfuerzos en materia de formación, y la manera de establecerse éste, al margen de los campos de aplicación, junto a la ausencia de psicólogos en el medio sanitario público, posiblemente justifiquen esta falta de participación colectiva de la Psicología en este debate que sólo a partir de la segunda mitad de los años ochenta alcanza a establecerse vinculándose a los procesos de reforma sanitaria y especialmente de Salud Mental (Olabarria, 1998).

La AEN, que lideró los «conflictos psiquiátricos» de los 70 antes reseñados, abrió la asociación en 1977 a otros profesionales y especialmente a los psicólogos en el marco de un importante discurso de cambio en materia de reforma psiquiátrica y salud mental. Fue muy relevante este hecho tanto en sí mismo como por su significación, reconocimiento y la in-

fluencia en los servicios sanitarios públicos de la AEN (Olabarria, 2003).

Por otra parte el objetivo de un colegio profesional propio, buscado en su creación tal vez con ingenuidad como democrático, no corporativista, vertebrador de la profesión, defensor de la interdisciplinariedad, promotor de la actualización rigurosa acorde con las necesidades y nuevas demandas de la población, hacia el aumento de la calidad de vida de la ciudadanía, consumió importantes energías colectivas. Su consecución en diciembre de 1979 (Decano: Carlos Camarero; Secretario General: Adolfo Hernández) favoreció, junto al desarrollo de lo anterior, la participación de los psicólogos en los diversos escenarios de debate con una nueva entidad e identidad y, con ello seguramente, una entrada profesional en distintos campos de intervención, entre ellos el sanitario. Entrada que se produce significativamente al iniciarse los años ochenta, en el marco de las transformaciones impulsadas desde las corporaciones municipales y autonómicas, como antes ha quedado reseñado (Olabarria, 1998).

Es en 1979 cuando se crean facultades de Psicología independientes. Pero en los años de la Transición muy pocos profesionales de la Psicología encontraban marco institucionalizado en servicios sanitarios públicos para su ejercicio profesional. En 1976 seis psicólogos trabajaban en todo el Estado y ello en hospitales psiquiátricos o en servicios de psiquiatría hospitalarios realizando exclusivamente evaluación psicológica y psicodiagnóstico al servicio y como instrumento del que-hacer psiquiátrico y su modelo predominante de atención, hospitalario y manicomial.

De manera densa, cargada de energía, de empuje, de altas tasas de desempleo y también de contradicciones, en la Transición a nuestro juicio se produce en torno a la Psicología Clínica:

(1) La aparición de una combativa y singular generación de licenciados de la Psicología formados con los primeros estudios de licenciatura de *curriculum* específico que constituyen la primera generación de profesionales.

(2) La inclusión y participación en espacios y escenarios de debate múltiples, para el cambio en lo sanitario.

(3) La incorporación de psicólogos a la AEN y a sus debates y propuestas de cambio en la Salud Mental.

(4) La creación del COP, como colegio profesional democrático, entonces enfrentado a los modelos del corporativismo.

(5) La primera incorporación significativa de psicólogos a servicios sanitarios públicos en el marco de las transformaciones emprendidas por las administraciones locales.

(6) La aparición de facultades de Psicología generadoras de perfiles curriculares y título específicos.

(7) Un salto cuantitativo y cualitativo en la investigación.

Dicho de otra manera, se estableció cierto corpus teórico/técnico y la masa crítica suficiente para el afianzamiento y nuevos desarrollos para la Psicología Clínica que se materializan tras esta etapa de la Transición.

EL MARCO NORMATIVO DE LAS ESPECIALIDADES SANITARIAS Y LA CONDICIÓN PERIFÉRICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

El objetivo de constituir la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología y con ello la formación de sus especialistas, se configura al final de la Transición, no en el marco de los debates acerca de los nuevos modos en la regulación de las especialidades médicas, cuyo exponente mayor en esa época es el Real Decreto 2015/1978, origen de lo que sólo llega a perfilarse y definirse claramente en 1984 con el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

El Real Decreto de 1984 (Ministerio de la Presidencia, 1984) acaba con la ambigüedad en cuanto al modelo de formación de especialistas médicos, deroga expresamente la Ley de 1955, rebajada a rango reglamentario por la Ley General de Educación de 1970 y el Real Decreto 2015/78. Establece el sistema MIR como modelo para la formación de médicos especialistas recogiendo normativamente las propuestas, discurso, y experiencias sostenidas por la coor-

dinadora de residentes durante los años 70. Entre otras muchas innovaciones que introduce este real decreto, cabe destacar:

(1) Establece la necesidad de seguir un programa formativo establecido como médico residente durante su ejercicio profesional en servicios sanitarios especializados y acreditados para la formación especializada que han de reunir requisitos previamente definidos por los ministerios implicados (Sanidad y Educación).

(2) Clasifica a las especialidades según requieran o no formación hospitalaria.

(3) Crea el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y las Comisiones Nacionales de cada especialidad como estructura de asesoría de ambos ministerios, dotándolas de amplias competencias y funciones en el marco de la formación de especialistas. Esta estructura cuenta hoy con un consolidado prestigio científico.

(4) Establece las directrices que presidirán los requisitos mínimos que han de cubrir los servicios sanitarios para alcanzar entidad de Unidades Docentes .

(5) Instaura un sistema objetivo e igualitario para el acceso desde la licenciatura a estas plazas de formación en el que todos los candidatos tienen las mismas oportunidades.

El modelo del sistema MIR supuso una ruptura con un enfoque academicista de la formación de especialistas y un empuje hacia la consideración de que en lo sanitario el aprendizaje especializado era un aprendizaje profesional en servicios públicos acreditados a tal fin de acuerdo a un programa de cada especialidad, creándose las Comisiones Nacionales de cada Especialidad como órganos asesores de la Administración en esta materia. Así pues lo que oficialmente se había iniciado tímidamente en 1978, se finaliza esencialmente en 1984, a través de dicho real decreto, con una mayor y mejor regulación de la normativa de formación de especialistas que define un modelo y termina con las contradicciones y ambigüedades. El sistema MIR durante estos años ha demostrado una gran eficacia y ha permitido dotar a la sanidad española de profesionales excelentemente formados, comparables con los mejores de los países de Euro-

pa y América. Sin embargo, cuando en 1984 se regula el sistema MIR para la formación de los especialistas se establece con carácter específico y exclusivo para los médicos.

La comunidad científico/profesional de la Psicología se encontraba situada periféricamente, cuando no al margen del sistema sanitario público, y por tanto también periféricamente a la norma que se establecía para las especialidades. De esta manera, los primeros pasos para el establecimiento de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria de la Psicología, se establecen estratégicamente desde la consideración de la necesidad de establecer un perfil profesional de psicólogo clínico, consensuado, riguroso y acorde con las necesidades sanitarias detectadas y los proyectos de reforma a desarrollar.

Así, es 1983 el año en que el ministro E. Lluch apuesta por la constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, cuyo *Informe* (1985) tanta incidencia tuvo en los procesos de transformación y reforma y que recogía la necesidad de la formación de especialistas para la Psicología (García et al., 1998), año en que se pone en marcha la primera experiencia del programa de formación PIR (psicólogos internos residentes) en la Comunidad Autónoma de Asturias (Consejería de Sanidad de Asturias, 1983), experiencia seguida después por otras cuatro comunidades (Olabarría, 2003), año en que se inicia el proceso hacia la institucionalización de la psicología clínica como especialidad sanitaria de la psicología, que se produce en 1998 (Ministerio de la Presidencia, 1998), con los apoyos de la AEN, el COP, la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), y otras instancias y organizaciones de la Psicología (COP, 1989) y fuera de la misma (Olabarría, 1998, 2003). Desarrollos muy importantes que se realizaban mientras se elaboraba la Ley General de Sanidad de 1986, que recogía la atención sanitaria como un derecho ciudadano y una obligación del Estado, creaba por primera vez en España el Sistema Nacional de Salud (SNS) e incorporaba la atención a la Salud Mental como prestación imprescindible y normalizada del SNS a los ciudadanos.

EL PROCESO HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Es precisamente al finalizar la Transición, en 1982, cuando se producen los pasos más significativos hacia la institucionalización oficial de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. Pasos indisolublemente unidos a los cambios sanitarios y reformas tanto estructurales como de pensamiento y modos de hacer en los servicios sanitarios públicos, que se prolongan hasta la segunda mitad de los noventa.

En los años 80 el empuje para la puesta en práctica de cambios en lo sanitario se hace notar extraordinariamente. En el ámbito sanitario público las tensiones inmovilistas son evidentes y los procesos de reforma se ven condicionados pero no frenados. A comienzos de esta década muchos gobiernos de comunidades autónomas impulsan cambios significativos en y con los recursos sanitarios que gestionan. Los psiquiatras que habían participado en el movimiento por el cambio del modelo en la formación de los especialistas, siguiendo las posiciones que aportaba la Comisión Ministerial creada en 1983, impulsan esta reforma en el ámbito de la Salud Mental, la cual adquiere importante significación y alcanza relevancia más allá de su ámbito específico. Así, los primeros programas de formación postgraduada para psicólogos en servicios sanitarios públicos de acuerdo a un programa específico (PIR) se crean en comunidades autónomas que destacan por sus avances en procesos de reforma sanitaria y psiquiátrica (Olabarría, 1998).

El programa PIR de formación especializada para psicólogos se establece, además de Asturias (pionera en 1983), por Andalucía (1986), Navarra (1988), Madrid (1989) y Galicia (1990), sin refrendo de los dos ministerios implicados en la aprobación de especialidades sanitarias y en los programas de formación: el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación. Fijémonos que todo esto se produce después de 1982, es decir, cuando la concepción social mayoritaria es que van a iniciarse muchos de los cambios fraguados durante la Transición, pero que estaban pendientes. Fue un esfuerzo

sostenido por estas comunidades, que año tras año realizaban sus convocatorias públicas de plazas, definiendo sus programas de formación y servicios sanitarios al margen de y sin reconocimiento oficial de administración ministerial responsable de la formación de especialistas sanitarios.

El PIR se configura entonces como un modelo alternativo en la formación de especialistas sanitarios, que posee características muy definitorias, rasgos muy acusados de un modo de concebir y hacer la formación y la especialidad de Psicología Clínica, que podía mostrar su bondad, como así fue.

Hoy sabemos que en 1983 el PIR, obviamente, entraba (tal vez en liza y, desde luego, sin conciencia de ello por la comunidad profesional de la Psicología) en el campo normativo para la formación de los médicos especialistas (que se estaba construyendo aún), profesionales sanitarios superiores que, como hemos visto, contaban desde 1955 con regulación específica a tal fin, con un modelo poco riguroso que se apoyaba fundamentalmente en escuelas universitarias, cátedras y el colegio de médicos. Este modelo, considerado en los debates de la Transición ampliamente obsoleto, contaba con fuertes intereses para su mantenimiento en ámbitos internos y externos a la Medicina que seguramente influyen en sectores de la Psicología. De hecho, durante años se mantuvo entre la comunidad científico/profesional de la Psicología una soterrada pero no menos potente tensión acerca del modelo para la formación PIR, proponiéndose (bajo la misma denominación) una modalidad de doctorado con prácticas en centros sanitarios, que nunca llegó a existir como tal. Debate que ni la primera convocatoria PIR por Asturias, ni los sucesivos programas PIR autonómicos, ni el Real Decreto 127/1984 por el que se regulaba la formación médica especializada, consiguieron encauzar ni hacer finalizar.

Tengamos en cuenta que la Ley de Reforma Universitaria (LRU; Jefatura de Estado, 1983) había supuesto también un punto de inflexión. Esta LRU estableció tres posibilidades de formación de postgrado en el marco de la Universidad como institución pública: (a) los doctorados; (b) los masteres, títulos privados de

formación profesional especializada que suponían aproximadamente dos años de formación. (c) los cursos de especialización, de características similares a los anteriores y con una duración aproximada del 50% de los masteres.

Estas dos últimas opciones regidas desde la LRU no contaban con la validez administrativa requerida para conseguir la especialidad sanitaria que sólo el Ministerio de Sanidad conjuntamente con el de Educación pueden establecer por vía normativa específica. Pero a pesar de semejante evidencia, fueron elemento fundamental de la sorda y dura oposición (tantas veces de «juego sucio») que desde ciertos sectores del ámbito académico de la psicología (con alianzas en pequeños sectores de instituciones de la psicología y la psiquiatría) se fraguó frente al PIR, defendiendo intereses particulares frente a los colectivos, lo que hace más relevante aún el compromiso y generosidad de quienes —individual y organizativamente— desde los mismos ámbitos apoyaron, defendieron y colaboraron en el proyecto modernizador.

Vemos por tanto hoy que la formación de los especialistas sanitarios de la Psicología Clínica es resultado de un proceso complejo en el que se parte de una formación de licenciatura en Psicología. Realizada dicha licenciatura en el ámbito académico, sujeta a avatares básicamente ajenos a la ubicación profesional y las necesidades sociales, de lo que es sólo un ejemplo la total carencia de adecuación entre el número de profesionales a formar en las facultades de Psicología y las necesidades sociales (¿se podría hablar de recursos públicos inadecuadamente invertidos en facultades que lanzaron cada año a miles de titulados generalistas que en poco tiempo perdían la adecuación de su capacitación si no lograban alcanzar una ubicación profesional?) de manera tal que el exponencial e imprudente crecimiento de licenciados en Psicología en nuestro país llegó a ser uno de los elementos que algunos sectores involucionistas pretendieron utilizar sostenidamente como parte del argumento contra la especialidad. Era también una formación ajena a las necesidades del futuro profesional, de las instituciones en las que desarrollará su labor, de los usuarios de los servicios y sus demandas. Además estaba condicionada por la gran diver-

sidad en los programas de formación de licenciatura en las numerosas facultades de Psicología del país, lo que tiene el efecto de que esta licenciatura en Psicología carecía de bases comunes de formación en todo el Estado y por tanto de un perfil homogéneo, lo que ha tenido el efecto progresivo de producir un perfil profesional tal vez algo difuso. No obstante, sin duda los estudios universitarios de Psicología globalmente considerados aportaron *curricula* formativos diversos, sí, pero con peso, rigor y coherencia internos que han dotado de cualificación científica y profesional reconocible a los licenciados.

El modelo PIR desarrollado e implantado progresivamente desde 1983 por y en las comunidades autónomas antes reseñadas con el apoyo de la AEN y el COP, supuso que tras la licenciatura y tras la superación de un examen de acceso a la formación especializada en Psicología Clínica, ésta se realizara desde el ejercicio profesional tutorizado, con progresivas cotas de responsabilidad asistencial, en base a un programa único realizado en servicios sanitarios especializados que deben alcanzar parámetros de calidad definidos y configurar una red de prestaciones (Olabarria, Escudero y García, 1993) siguiendo un programa formativo específico de la Especialidad.

Podemos ver por tanto que este modelo (PIR) de formación de especialistas en Psicología Clínica está muy alejado, no se superpone ni es equivalente, a un programa de formación de postgrado con prácticas supervisadas. Durante el PIR el futuro especialista está inmerso como profesional en formación -no como alumno- en el SNS en servicios sanitarios especializados, el medio primordial de intervención clínica de la especialidad, acreditados para la formación de especialistas, alcanzando cotas progresivas de responsabilidad clínico-asistencial de manera tutorizada y en un abanico de servicios, prestaciones diversificadas y de los tres niveles de atención sanitaria, así como dirigidas a los diferentes tramos de edad de la población que consulta en los mismos. En dichos servicios se desarrolla la formación de acuerdo al Programa de la Especialidad, diseñado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica y aprobado por los

Ministerios de Sanidad y Educación, integrándose los futuros especialistas en los equipos de profesionales de dichos servicios o unidades docentes acreditadas.

El modelo de residencia para la formación de especialistas en Psicología Clínica, también con sus dificultades, es un proceso estructurado acorde con un modelo sanitario y sus demandas y necesidades, adecuadamente normativizado y muy positivamente valorado tanto fuera como dentro de nuestras fronteras por sus excelentes resultados en cuanto a la capacitación de los especialistas sanitarios. Su calidad y eficacia obliga a la consideración progresiva de nuevos desarrollos en los que trabaja la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica.

Consideramos importante destacar la significación que en torno al proceso del PIR tuvo el *Informe* de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) por cuanto desde una óptica de continuidad de cuidados propugnó: (a) El paso de un modelo de atención con referente central de intervención en el hospital psiquiátrico, a una red de servicios diversificados de salud mental, sobre un territorio definido e integrado en el sistema nacional de salud como servicios especializados de segundo y tercer nivel de atención. (b) La especial atención a la coordinación y cobertura a la Atención Primaria. (c) El establecimiento de un modelo de prestaciones basadas en una concepción interdisciplinaria y comunitaria de las prestaciones. (d) Una especial atención a la necesaria «*regulación de la formación postgraduada de los psicólogos*»... acorde con las necesidades que se desprenden del modelo propuesto y vinculada a la red pública de servicios.

En realidad, las bases del PIR de Asturias (en 1985 todavía el único existente) contenían ya en 1983 dichos principios rectores, los cuales se mantuvieron más tarde en todo el proceso de creación de los programas PIR autonómicos y finalmente en el programa estatal de 1993 y hasta el real decreto de creación de la especialidad de psicología clínica en 1998. En 1986 se publica la Ley General de Sanidad (Jefatura del Estado, 1986) creándose el Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollando con ello el principio constitucionalmente establecido de con-

siderar la protección de la salud como derecho para el 100% de los ciudadanos, y al Estado como responsable de establecer los instrumentos para ello e iniciándose la *reforma sanitaria* global. Y con ello un marco aún más sólido donde la psicología había de ubicarse.

El SNS introduce en el nuevo eje organizativo a las comunidades autónomas al producir las primeras transferencias sanitarias del Estado a las mismas, y contribuye a favorecer no sólo reformas estructurales y de financiación sino también nuevos modos de atención tanto en la Atención Primaria como en la especializada con un carácter más integral y por tanto favorecedor de la apertura de servicios especializados a la Psicología además de los de Salud Mental.

En esta situación de cambio, tuvimos la oportunidad de definir desde la responsabilidad de cargo en la nueva Junta de Gobierno del COP la elaboración en 1987 del Documento-Base para el PIR (COP, 1990) que logra su aprobación en los órganos de gobierno de la organización colegial. Se trató de un documento ampliamente consensuado y que permitió aglutinar en su derredor iniciativas y voluntades múltiples no exentas de oposición jugada más o menos abiertamente. Sólo un año después se establece un acuerdo entre el COP y la AEN que se plasma en el *Documento base acerca de la formación de Especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR* (COP y AEN, 1990). Y en 1990 el COP y seis comunidades autónomas (Asturias, Andalucía, Castilla-León, Galicia, Madrid y Navarra) elaboran conjuntamente el *Documento marco sobre la formación postgraduada en Psicología Clínica a través de un sistema PIR* (COP, 1990).

Si los dos primeros documentos establecían el modelo formativo del PIR acorde con el modelo sanitario a impulsar, el tercero no solamente lo suscribía básicamente sino que también enunciaba nuevos propósitos: (a) Estimular el desarrollo de nuevos programas de formación postgraduada en Psicología Clínica siguiendo un modelo PIR. (b) Favorecer unas bases comunes a todos ellos, de manera que al tiempo diesen cabida a las especificidades propias de los lugares de aplicación; dicho de otra manera, favorecer una homologación entre los distintos

programas aplicados en distintas comunidades autónomas. (c) Facilitar a las instancias ministeriales competentes un programa seriamente elaborado y contrastado por la experiencia que agilizase y favoreciese la inclusión de la especialidad de Psicología Clínica a través de un sistema PIR en el marco de un futuro decreto regulador de las especialidades en Ciencias de la Salud. (d) Equiparar la formación especializada del psicólogo que trabaja en el campo de la salud a la que reciben otros profesionales con ejercicio en el mismo campo, favoreciendo a la vez una mayor identidad e interdisciplinariedad profesional.

Al tiempo, comprometía a las comunidades autónomas que lo suscribían y que no contaban aún con programa PIR, a su inmediata puesta en marcha, lo que así ocurrió con Madrid y Galicia, aunque no con Castilla-León que se «descolgó» del proceso. Esta convergencia de distintas instituciones en torno a objetivos y modelo consensuados sobre el «cómo» del PIR y el «hacia dónde», favoreció una mayor vertebración del mundo científico-profesional de la psicología clínica, aún no oficializada (COP, 1989), de los apoyos de otros profesionales colindantes (la Comisión Nacional de Psiquiatría desde finales de 1988 mayoritariamente expresó su apoyo al PIR en distintas ocasiones) y de algunas comunidades autónomas cuyo liderazgo en los procesos de reforma en Salud Mental en el Estado era un hecho. Ya en el Documento Base acerca del PIR y en su Introducción se expresaba en torno a éste del siguiente modo (pág. 59):

(1) Está directamente vinculado a los servicios especializados de la red sanitaria, lo que permite el establecimiento de un equilibrio entre la investigación básica y la investigación aplicada, en relación todo ello a las necesidades que la demanda social en los servicios públicos plantea. Ello habrá de permitir además una mejor y/o mayor adecuación de los instrumentos del psicólogo al campo de intervención.

(2) Vincula la formación postgraduada al ejercicio profesional y ello no sólo porque aparecen profesionales vinculados a funciones docentes, sino también porque al estudiante de la especialidad se le reconocerá el ejercicio pro-

fesional que realiza al tiempo que su formación, a través de un contrato laboral.

(3) Posibilita y favorece una mayor identidad profesional tanto internamente como en relación a otros colectivos profesionales de distintas disciplinas que realicen funciones en campos de intervención común, así como en relación a los ciudadanos que demandan sus servicios como especialistas.

(4) Contribuye al reconocimiento de la psicología clínica como profesión sanitaria en el marco de la sanidad española, de acuerdo a la Ley General de Sanidad y al Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

(5) Permitirá una homologación de derecho de los psicólogos especialistas en relación a los titulados superiores de otras disciplinas vinculadas al campo de la salud (médicos, farmacéuticos).

Dicho de otro modo, en el marco de un modelo de atención sanitaria que primaba lo comunitario y lo interdisciplinario desde una óptica de atención integral y de continuidad de cuidados a la población de un territorio delimitado, la opción que tomaba la formación PIR resultaba central, pues definía cómo el especialista en Psicología Clínica ha de aprender, «cómo» que marca un devenir de perfil profesional y una reproducción al menos parcial del mismo en su futuro que-hacer especializado, contribuyendo al desarrollo del corpus teórico-técnico de la Psicología Clínica con formulaciones imprescindibles y acordes con los objetivos de atención que el modelo comunitario de atención y la reforma sanitaria emprendida reclamaban y al tiempo contribuían a establecer.

De esta manera el PIR respondía no sólo a una necesidad científico-profesional, sino también a una construcción epistemológica según la cual el cómo de la adquisición del conocimiento por el profesional resulta decisivo para un enfoque integrador de la Psicología Clínica y su incorporación en el complejo ámbito de la Sanidad pública configurando campos complejos de intervención comunitaria que precisan de abordajes interdisciplinarios para una atención integral desde una visión holística de la salud bio-psico-social (Echeburúa, de Corral y Sala-

berría, 2010). En materia de Psicología Clínica la formación PIR desde una base amplia de conocimientos, afianzó ejes y parámetros muy novedosos tales como:

1. *Rotaciones siguiendo el principio de territorialidad.* Ya desde el primer programa autonómico de formación PIR, la idea de que una sola institución sanitaria no podía contener por sí misma la suficiente capacidad formativa en las distintas modalidades diversificadas de intervención de que la Psicología Clínica debía disponer, perfiló el primer Programa de Formación de Especialistas Sanitarios en España que establecía rotaciones, estancias con objetivos y tiempos pautados en dispositivos asistenciales de segundo y tercer nivel de atención especializada en salud mental y básicos de un territorio (por tanto sobre una población establecida) sanitario (áreas sanitarias, con centros de Atención Primaria obligadamente atendidos por y coordinados con el centro de salud mental) definido. Las rotaciones habían de realizarse al menos por: centro de salud mental, servicio hospitalario y servicios de rehabilitación de pacientes crónicos, en diferentes segmentos de edad. El primer programa de formación de especialistas que incorpora y desarrolla el eje de la rotación como elemento de la formación, es el de Psicología Clínica, rompiendo con ello el prejuicio según el cual existe una equivalencia entre especialidad, hospital y formación de especialistas. La rotación ha sido con posterioridad un diseño incorporado por otros programas de otras especialidades sanitarias.

2. *Formación para el trabajo comunitario y en el contexto.* Hacia la actuación transversal en trabajo por programas con la inclusión de un criterio de red de servicios diversificados, con el centro de salud mental como eje central.

3. *Formación para intervenciones desde una concepción interdisciplinaria, para una atención más integral.* La inclusión de un criterio de equipo multiprofesional en los criterios de acreditación de unidades docentes, con competencia profesional entre sus integrantes simétrica en la configuración de estatus epistemológico entre saberes y complementaria en función de las intervenciones a realizar, favorecía el desarrollo de dicho eje interdisciplinario,

que conlleva la dimensión de complejidad de la atención biopsicosocial. Se buscaba que la especialización en psicología clínica afrontase durante el proceso del PIR el riesgo del aislamiento especialista. Hoy las unidades docentes multiprofesionales acreditadas en los servicios sanitarios públicos especializados, son una realidad para muchas especialidades.

4. *Tutoría*. Progresiva asunción de responsabilidad clínica por el PIR en un proceso tutorizado por los psicólogos (clínicos) de los servicios sanitarios acreditados para esta función. De hecho, también el primer programa de formación de especialistas que contempla y desarrolla desde los primeros programas autonómicos de formación la figura del tutor, es en España el PIR. Su relevancia quedó reconocida por los ministerios de Sanidad y Educación, de manera que los programas de todas las especialidades sanitarias incorporaron posteriormente esta figura y función del tutor.

5. *Definición de un perfil formativo*. Especializado, con objetivos específicos en línea y contextualizado en y con los objetivos asistenciales de los servicios acreditados, dentro de una modalidad de ejercicio profesional tutorizado con progresivas cotas de responsabilidad asistencial, y con un marcado carácter de autoimplicación y autoformación responsable en un marco asistencial de calidad.

Es decir, en los años ochenta se producen las condiciones (académicas, profesionales, de reforma sanitaria y cambios en modelos de atención) para abordar la institucionalización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria en el marco de un proceso de transformaciones múltiples. Pero era un marco inestable, también para la Psicología Clínica: la Administración pública competente en materia de creación de especialidades y en la formación de especialistas, los ministerios de Sanidad y de Educación, aún no intervienen. A lo largo de estos años y hasta 1993 las cinco comunidades autónomas de Asturias, Andalucía, Navarra, Madrid y Galicia mantienen el esfuerzo de sus convocatorias PIR con el respaldo y apoyo múltiple y continuado del COP, de la AEN y progresivamente de diferentes sectores y organizaciones de la psicología, como AEPCP desde su creación. La

implantación del modelo de residencia para la formación de los especialistas, supuso el establecimiento de parámetros asistenciales y docentes de calidad para la acreditación de servicios sanitarios a tal fin.

En 1993 el Ministerio de Sanidad realiza la primera convocatoria de plazas de formación especializada para psicólogos siguiendo el modelo PIR ya establecido y rodado por aquellas comunidades autónomas. Naturalmente la convocatoria era estatal, si bien es de destacar que se trató de un compromiso y una apuesta que se ejercía a través de la convocatoria exclusiva del Ministerio de Sanidad. Ello daba cuenta de cómo el Ministerio de Educación aún no había aceptado la necesidad de especialistas sanitarios de la Psicología Clínica y del PIR, por eso no participó en ella, porque representaba *de facto* asumir pública y oficialmente una próxima creación oficial de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica. En 1994 se lleva a cabo la segunda convocatoria (BOE 178 de 27/07/1994, Orden de 21/07/1994), efectuada ahora por el Ministerio de la Presidencia porque ya se trataba de convocatoria conjunta de los ministerios de Sanidad y Educación y Ciencia, lo que suponía la aceptación por este último de la importancia e interés, la necesidad, de avanzar hacia la regulación oficial de la Especialidad. La tercera mantiene el modelo de ésta y, a partir de ella, desaparecen los programas previos que convocaban las mencionadas comunidades autónomas; el modelo se mantiene hasta el momento actual, siendo convocadas anualmente de forma ininterrumpida. Esto supuso el cierre definitivo de la etapa PIR autonómica y el comienzo de la nueva etapa con un modelo y programa de formación PIR para toda España, dirigido a la formación de psicólogos especialistas de psicología clínica por la administración central competente en materia de especialidades sanitarias. Pero aún la especialidad no se crea oficialmente.

Como ya hemos indicado en otro lugar (García y Olabarría, 1993), la incorporación de psicólogos clínicos a los servicios sanitarios públicos en el marco de la reforma potenció para la psicología clínica el desarrollo de las técnicas, la incorporación de nuevos enfoques teórico-técnicos, los modelos comunitarios con de-

sarrollos en el territorio, una específica visión integral bio-psico-social de la salud, abrió nuevos ámbitos de investigación, configuró el PIR como modelo de formación y docencia especializada, nuevas posibilidades de intervención confrontando a la Psicología con demandas sólo posibles en los servicios públicos desde una óptica de continuidad de la atención, la búsqueda de contrastación de la utilidad de instrumentos clínicos del psicólogo, la ruptura de la obsoleta concepción de la Psicología Clínica como disciplina que únicamente afronta la enfermedad abriéndose hacia todos los procesos de salud-enfermedad en los tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario; redujo la tendencia a la fragmentación y al cerrado *especialismo* en la disciplina, obligando el afrontamiento de la compleja construcción práctica del discurso interdisciplinario al confrontar al psicólogo clínico al trabajo en equipo con otros profesionales, la diversificación de las técnicas en función de las demandas y necesidades de la población y de otros profesionales sanitarios a que se buscaba atender y los modelos de atención y sanitarios a impulsar; e incrementó exponencialmente el número de psicólogos clínicos en los servicios sanitarios públicos. Uno de los efectos de todo ello tal vez fue el auto y heteroreconocimiento como profesionales de la Psicología Clínica, su necesidad en el SNS con el crecimiento progresivo y muy significativo de la demanda ciudadana, y la necesidad de abordar oficialmente la finalización del proceso de creación de la especialidad y con ello de la formación de sus especialistas.

En esa primera convocatoria de 1993 se expresa la necesidad de la formación de especialistas en Psicología Clínica por las necesidades abiertas en el SNS. Es decir, se establece por primera vez un compromiso en cuanto a la definitiva oficialización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria, poniendo en marcha el programa de formación vinculado a los servicios territorializados de Salud Mental acreditados a tal fin y de acuerdo a un programa de formación. Si en octubre de 1993 el Ministerio de Sanidad publica la primera convocatoria a las pruebas selectivas para formación especializada de psicólogos, los siguientes años noventa expresan un avance que se va produciendo

inexorablemente, pero con una lentitud que en muchas ocasiones pone al límite las contradicciones y voluntades pareciendo quebrar el proceso.

Finalmente en 1998 (2 de diciembre), enfrentado con grandes dificultades, se publica (por acuerdo de los dos ministerios con responsabilidad en materia de formación de especialistas sanitarios: el Ministerio de Sanidad, que lideraba, y el Ministerio de Educación, que aceptaba) el Real Decreto por el que se crea y regula la especialidad de Psicología Clínica (Ministerio de la Presidencia, 1998). Poco después (2 de febrero de 1999), el Consejo General de Colegios de Médicos, la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica interponen sus respectivos recursos contencioso administrativos contra esta especialidad. Recursos que básicamente comparten tanto la fecha exacta de interposición, como la forma y el fondo. Los Ministerios de Sanidad y Educación, con el apoyo de la AEPCP, AEN, ANPIR y el COP defienden la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología. Una conmoción recorre la comunidad científico-profesional de la Psicología y los equipos de profesionales de los servicios sanitarios públicos del Estado. Finalmente es en noviembre de 2002 cuando se publican las sentencias (Tribunal Supremo, 2002) relativas a los recursos contencioso-administrativos antes mencionados. Todas ellas resultan favorables a la especialidad de Psicología Clínica, ratificándose dicho Real Decreto. Es decir, se cierra al finalizar el año 2002 la fase de legalización, de institucionalización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. Casi veinte años después, si tomamos como inicio la publicación en 1983 de la primera convocatoria PIR por la Comunidad Autónoma de Asturias al inicio de su reforma sanitaria y de su relevante reforma psiquiátrica (García et al., 1998), la Psicología Clínica quedaba legalmente establecida en España como especialidad sanitaria de la Psicología.

Este proceso cuenta con una configuración que otorga sentido. Y esta configuración del «sentido» de un saber, un sentido que lo engloba y trasciende, aporta una inevitable visualización de los valores que jugaron papel destacado

en la actuación colectiva así como las distintas posiciones que en torno a ellos diversos grupos sostuvieron. Resulta por tanto natural también que para muchos exista una tentación de oscurecer, desconocer o modificar la construcción del proceso, evitar reflexionar sobre ello. Y ello no se hace sólo para el presente. Se trata de estrategias para el futuro, pues todo puede trastocarse si se logra borrar o confundir el sentido del proceso.

Así empezó a ocurrir a continuación. Los daños provenientes de influyentes grupos y organizaciones de nuestra propia colectividad de la Psicología vienen desde 2003 provocando conflictos locales, desastres que posiblemente devienen de confundir ser con ocupar. La ilegítima defensa de intereses particulares desde ciertas organizaciones influyentes de la Psicología y el miedo de influyentes grupos de sus dirigentes ante sí mismos y ante los demás ha desembocado en demasiadas ocasiones ya en formas soterradas de violencia que podrían haber dañado muchos objetivos, entre ellos — aunque no el único — el supuestamente compartido unánimemente en la comunidad científico-profesional de la Psicología en torno a la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. Pero el miedo no sólo afecta al futuro, sino también al pasado en singular entrelazamiento: quienes temen afrontar su pasado, igualmente temen al futuro.

A nuestro juicio conocer el proceso de construcción e institucionalización de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología en nuestro país, permite identificar adquisiciones y también errores, y abordar la tarea de la reflexión responsable y colectiva sobre el futuro, construyéndole —al menos en parte. Tras esas públicas y organizadas actuaciones de poderosas organizaciones de la Psicología contra la especialidad creando confrontaciones corporativas internas innecesarias, no resulta ya sorprendente ver la concurrencia de patrimonialismos corporativistas internos que pueden en ocasiones revertir en condicionar los modos de conocer y empobrecer las aportaciones profesionales al medio social del que participa.

Ahora es preciso y urgente abordar mejoras tanto en la presencia de las prestaciones en el SNS, en los modos de su inclusión, en sus ca-

racterísticas en el ámbito de ejercicio privado, en el desarrollo de la investigación, en la formación de especialistas y en la formación continuada. Creemos poder decir que en ello las líneas de *sentido* en las opciones y valores continúan. Veamos cuáles fueron y cómo se establecieron en el proceso.

OPCIONES Y VALORES EN EL SISTEMA FORMATIVO PIR Y EN LA CONFIGURACIÓN DEL PERFIL DE LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Se ofrecen estas reflexiones con la perspectiva de más de diez años de existencia legal de la especialidad de Psicología Clínica y de más de veinticinco años de trabajo para construirla. Las hacemos cuando se abren nuevas y esperanzadoras posibilidades de desarrollo de la especialidad en el SNS. También en un momento del cambio del sistema formativo universitario de la psicología española como consecuencia de la necesaria adaptación al espacio europeo de educación superior y cuando aún no ha finalizado el conflicto abierto en su seno desde el 2003, en el que sectores profesionales y académicos muy concretos, ocupantes de estructuras organizativas profesionales y académicas de representación general, haciendo una utilización sectaria de las mismas apostaron por intereses de parte subordinando el interés general y pretendieron sin éxito, entre otros objetivos, cuestionar (tanto en su valor pedagógico como administrativo) el modelo y el sistema de interno residente de formación de psicólogos especialistas en Psicología Clínica. Querían regresar de ese modo, reeditándolo, al viejo y caduco modelo de formación especializada de profesionales sanitarios, realizada en condición de alumnos bajo la dirección y dependencia de las escuelas y los departamentos universitarios (felizmente superado hace décadas en la Medicina española con el nacimiento y consolidación del sistema MIR)¹.

¹ En 1970 la Coordinadora MIR en su *Manifiesto* definía los componentes esenciales de ese profesional en período de formación especializada (Coordinadora MIR, 1970):

El Programa de formación especializada en Psicología Clínica mediante el sistema formativo interno residente (i.e., el PIR) fue una opción entre otras que quizás pudieran haber sido posibles. Acostumbrados a un orden administrativo de las cosas que parece casi «natural» (realidad que ya está impuesta en el imaginario de nuestros estudiantes universitarios cuando se proyectan a un futuro profesional como psicólogos clínicos e imaginan el recorrido que han de seguir, y del que forma parte inevitable el PIR), debemos saber, para valorarlo con justicia, que el PIR como opción tiene tras de sí motivos, concepciones, formas de trabajo y alianzas, también personas concretas, a favor y protagonizando su construcción; y otras en contra de la misma.

Ya desde sus inicios en la primera mitad de la década de los 80 se explicitaron dos vías posibles para la realización de la formación especializada en Psicología Clínica. Una vía universitaria en la que se prolongaba con nuevos contenidos de conocimiento el modelo formativo de la licenciatura y que carecía de proyecto estratégico de desarrollo profesional para la Psicología, y otra vía profesional que buscaba la capacitación en Psicología Clínica mediante el ejercicio profesional del licenciado/a en psicología en *condiciones formativas*, e integraba ésta en la Sanidad Pública y el proceso de institucionalización del desarrollo profesional, creando condiciones para la definición legal futura de un nuevo facultativo sanitario y un espacio específico para la Psicología Clínica en

la sanidad española. La vía universitaria era en aquel entonces débil e inconcreta, ya que la Universidad poco podía ofrecer a quienes recién egresados se enfrentaban a las exigencias del ejercicio profesional en la práctica sanitaria.

La «vía profesional» será la que se irá estableciendo como opción más adecuada para la formación especializada en psicología clínica. ¿Por qué ese modelo, el interno residente, y no otro? Varias y diversas son las razones. La primera está formulada en negativo pero a nadie se le escapa su importancia: porque el otro modelo con aspiraciones, la vía universitaria, además de ir contra el progreso histórico² (Segovia de Arana, 1971), no alcanza ni a formularse coherentemente como consecuencia del limitado grado de desarrollo, recursos, experiencia y capacidad formativa de la mayor parte de los departamentos de las facultades de psicología. Pero, ya en positivo, los motivos principales tras esa opción eran:

(1) La vivencia y consciencia de la necesidad de la formación especializada en psicología

² En 1971, en el marco del histórico *Seminario de hospitales con programas de graduados*, Segovia de Arana (1971) afirmaban en defensa de la propuesta del sistema de formación especializada interno residente para médicos (MIR): «Otra modalidad para la formación de especialistas es la que ahora existe y se desarrolla en los Centros o Institutos o Escuelas de especialización, adscritos a las cátedras de la Facultad de Medicina y en tres o cuatro centros extrauniversitarios, que funcionan de la misma forma. Estas escuelas de especialidad son prolongación posgraduada de la cátedra y funcionan de manera independiente y autosuficiente, es decir, sin conexión con otros servicios del propio hospital. El Director de la escuela es el catedrático de la asignatura, que establece el programa de estudios, que, en ningún caso de los hasta ahora publicados, es de una duración superior a dos años. El médico no tiene dedicación completa y no es remunerado, sino que, por el contrario, paga derechos de inscripción de matrícula.» También definían el profesional MIR: «Los médicos residentes dedican toda su actividad al hospital en régimen de plena dedicación, con lo que se acelera su capacitación profesional en la especialidad elegida y adquieren responsabilidad progresiva; reciben remuneración y no pagan derechos de matrícula o inscripción». Y se oponían radicalmente al desarrollo de la formación especializada en el marco de la institución universitaria: «Debería prohibirse en nuestras Facultades la iniciación precoz de cualquier especialidad durante la carrera».

«Médico interno y residente (M.I.R.) de Hospital es un licenciado en Medicina que ejerce su profesión en un medio hospitalario, durante un tiempo limitado, en condiciones de responsabilidad progresiva, programada y supervisada para completar su formación básica y adquirir así el grado de especialización y conocimientos que el moderno ejercicio de la medicina, condicionado por las necesidades de la sociedad, exigen... Esta caracterización de M.I.R., hoy vigente, plenamente comprobada en la mayoría de los países desarrollados, puede resumirse de cara a un reconocimiento jurídico en 2 puntos fundamentales: 1.- Prestación de asistencia sanitaria que exige la desaparición del concepto de becario y la remuneración basada en dicha asistencia. 2.- Adquisición de unos conocimientos a través de este ejercicio supervisado mediante una estructura docente que es el hospital reconocido para tal función.»

gía clínica era sentida y alcanzada por profesionales que, al incorporarse a los escasos puestos de trabajo que existían por aquel entonces (finales de la década de los 70 y primera mitad de los 80) en la sanidad pública (posteriormente SNS una vez ordenada y regulada desde 1986 por la Ley General de Sanidad), constatan la escasez de conocimientos, pero sobre todo de habilidades, para responder profesionalmente a las problemáticas humanas y sanitarias que buscan poner bajo su responsabilidad. Estos profesionales, algunos de ellos pioneros de la psicología en la sanidad española son conocedores por experiencia propia de los límites que la formación universitaria tiene para dar respuestas en la intervención sanitaria.

(2) El modelo hacia el que mirarán esos profesionales que toman colectivamente la iniciativa será el modelo interno residente, fraguado desde los debates de finales de los 60 y comienzo de los 70 por la Coordinadora MIR para la formación de especialistas médicos (García González, 2011; González de Chavez, 2003). Ese programa, consolidado e impulsado definitivamente con la promulgación del Real Decreto 127/1984 por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista (Ministerio de la Presidencia, 1984), había ido logrando imponerse en la Medicina española en un esforzadísimo y largísimo proceso que tuvo su comienzo a finales de los años 50 y al que podemos poner como final la fecha del real decreto antes citado. Casi treinta años durante los cuales médicos innovadores y capaces (formados algunos de ellos fuera de España) demostraron que el MIR era un buen sistema formativo, que podía dotar al país de los médicos especialistas que necesitaba la sociedad, y que abría las puertas al crecimiento científico de la Medicina española (Segovia de Arana, 1971). Treinta años en los que tuvieron que enfrentar los intereses y maniobras de buena parte de las cátedras universitarias de las facultades de Medicina que pretendieron hasta el final, a pesar de ser manifiestas sus importantes carencias, controlar directamente la formación de los especialistas médicos.

(3) Si la AEN fue decisiva como promotora del PIR, el proceso de cambio en la aten-

ción a la salud mental que significaba la reforma psiquiátrica fue la gran razón y principal motivo original de la necesidad de su existencia. La reforma requería nuevos profesionales y nuevas capacitaciones y creaba a su vez nuevos escenarios de trabajo que daban espacio profesional a la psicología (ya sin tuteladas y sin definiciones de su capacidad externas a ella misma). Y a su vez los directores de la reforma habían estado involucrados en la lucha por la creación y asentamiento del MIR como sistema de formación de especialistas médicos.

(4) La conciencia en los impulsores de esa vía de que la estrategia necesaria y conveniente para el desarrollo de la Psicología Clínica en España tenía que aprender de la experiencia de los especialistas sanitarios por antonomasia: los médicos, y realizar también contribuciones al Modelo de Interno Residente de formación de especialistas sanitarios.

(5) La deducción consiguiente de los efectos laborales y profesionales que ocasionaría la transformación de los puestos de trabajo como psicólogos del SNS en plazas de especialista por efecto de la creación de la especialidad. Ello situó el saber especializado de la Psicología Clínica en el estatus epistemológico que le correspondía, de máximo nivel oficial en lo sanitario, al psicólogo clínico en los máximos niveles de complejidad profesional del sistema, de responsabilidad clínica, técnica y de consideración profesional y laboral. Esa realidad, ya tangible (aunque para algunos aún sólo se le ha hecho visible uno de sus componentes) de la existencia de la especialidad sanitaria de Psicología Clínica, tan sólo está en sus comienzos y es una pequeña parte, aunque imprescindible, para desarrollar todas sus potencialidades y con ello poder realizar su mejor contribución a la sociedad.

Sobre estas bases, de protagonistas, ideas, relaciones y experiencia se define una opción, la que hemos llamado «Modelo Interno Residente», que tenía y tiene como componentes nucleares:

1. *La formación especializada se realiza mediante la práctica responsable de la profesión para cuyo ejercicio habilita el título de*

licenciado. Es decir: es un profesional ejerciente (por lo tanto contratado, remunerado, y con los derechos laborales correspondientes reconocidos) quien trabajando se está formando como especialista. No está de más recordar que a ese profesional se le ha de suponer y se le reclama su trabajo profesional y la capacitación básica suficiente para el ejercicio profesional autónomo. Sobre esa conciencia de sí mismo y ese estatus en la organización sanitaria, profesional en formación especializada, se hace posible pedagógicamente un proceso formativo único que creará un especialista.

2. *La formación se realiza a lo largo de un proceso de responsabilización creciente en el cual el residente progresa en el grado de autonomía sobre decisiones y acciones clínicas*. Pareciera invitar este señalamiento sobre uno de los componentes nucleares del modelo interno residente a una mirada paternalista (pedagógicamente anticuada si se quiere) sobre el proceso de aprendizaje en realización por el futuro especialista. Nada más equivocado que la concepción subyacente a esa forma de ver las cosas. Esa progresión constituye antes que nada un elemento de garantía sanitaria y se debe al derecho principal del paciente/usuario a la mejor asistencia posible (conforme a los recursos disponibles y conocimientos existentes), pero es también condición didáctica para garantizar el progreso formativo mediante confrontaciones con la complejidad del trabajo especializado con posibilidades de resolución exitosa por el residente, de tal forma que pueda generarse en él/ella la autoconfianza necesaria para la autodirección de su aprendizaje y para la intervención solitaria cuando ésta deba ocurrir, siendo todo el proceso *tutorizado*.

3. *La formación se realiza en un contexto real*, respondiendo real y de forma realista a las demandas asistenciales reales de la población de un territorio definido y que es atendida en función de un derecho constitucional, por tanto en los servicios donde se atiende todo tipo de demanda, necesidades asistenciales y población. No existe el especialista en abstracto, como no existe el problema de salud o sanitario sin un contexto que cuando menos lo nombre y defina como tal. No se forman espe-

cialistas sobre el papel sino transformando la realidad de la que forman parte. El contexto formativo no es otro que el sistema sanitario español (público por lo tanto, ya que los servicios sanitarios privados en nuestro país no constituyen en rigor sistema sanitario), con sus excelencias y sus insuficiencias, con sus oportunidades formativas y sus carencias docentes. La demanda asistencial real es la que llega a nuestro sistema sanitario público, sectorizado geográfica y poblacionalmente, abundante en posibilidades formativas ya que no hace selección de la demanda en función de criterios pronósticos, económicos o sociales de cualquier tipo (bien puede decirse que en su periplo formativo el residente de cualquier especialidad sanitaria se encontrará en el SNS español con toda la diversidad propia de su objeto científico-profesional). Y a esa demanda deberá responder de forma realista dando cuenta y probando la aplicabilidad de lo aprendido hasta entonces, desechando lo menos válido entre sus conocimientos, aprendiendo a diferenciar la teoría de la aplicación, soportando la angustia de tener que participar rigurosamente de la búsqueda para crear respuestas nuevas (a problemas nunca descritos suficientemente en la bibliografía) que con cierta frecuencia constatará que requieren un sólido desarrollo profesional para formularlas. O lo que es lo mismo: en la dialéctica teoría-práctica, el especialista deberá revisar la teoría y su relación con ella desde las exigencias de la práctica y desde la comprobación de la capacidad transformadora de la realidad que su teoría dice conocer y explicar.

4. *El proceso formativo se produce en el marco de relaciones con figuras tutoriales* que si en lo más visible realizan la supervisión de la práctica y orientan y satisfacen los componentes formales de la ejecución del programa, en lo que es probablemente más decisivo ofrecen modelos y provocan dinámicas de identificación/contraindentificación que enmarcan la construcción de la identidad del profesional como especialista.

5. *La formación especializada se produce en el marco de estructuras docentes acreditadas*. Es la totalidad de la Institución la que forma y la red que configuran las rotaciones. Es

todo el conjunto humano profesional organizado con el que trabajará el residente el que contribuirá a su formación. No se incorpora a un aula, ni tan siquiera a un servicio, se incorpora a una institución sanitario-docente (en la terminología de los creadores del MIR era el llamado «hospital docente») que ha debido acreditar que cumple determinados requisitos de dotaciones, organización, actividad y calidad asistencial para ser reconocida como capaz para formar especialistas. Esa institución docente (hoy) es más que un solo servicio, es un conjunto de servicios donde se atienden demandas y se realizan prestaciones diversificadas configurando un entramado que atiende a una población. Y tendrá dicha red de servicios que quedar acreditada para realizar la formación de los especialistas por alcanzar unos niveles de calidad exigidos oficialmente configurándose así como «Unidades Docentes Acreditadas».

6. *El acceso a esa formación se produce por selección mediante procedimiento que garantiza las condiciones de igualdad básica de los/as concurrentes al acceso.* Los seleccionados se incorporan a las plantillas laborales del SNS y trabajarán en el ejercicio de su profesión, insertos en redes de relaciones profesionales que mitigan los efectos antipedagógicos de la jerarquización piramidal de determinadas formas organizativas que niegan estructuralmente un saber no oficial, ahogan la creatividad e impiden la autoconfianza. Todo ello permite desarrollar una relación de colegas con los demás profesionales, resaltar la igualdad básica, crear las condiciones relacionales y subjetivas para superar la relación profesor-alumno propia de otros períodos formativos y generar así la posibilidad para el aprendizaje basado en la experiencia reflexionada y contrastada (materializando así el concepto pedagógico nuclear del sistema formativo interno residente: proceso de autoaprendizaje).

Optar por este camino, por el modelo PIR, conseguir su materialización como posibilidad formativa para los licenciados en Psicología que aspiran a ser especialistas sanitarios, crear la condición de facultativo especialista para los psicólogos clínicos del SNS español, situar a la Psicología en el campo de la Salud ante sus

posibilidades más abiertas de desarrollo profesional y científico (apenas imaginables hace pocos años y muy por encima de la situación en la que se encuentra la Psicología en la práctica totalidad de los países de nuestro entorno geográfico, cultural y sociopolítico), ubicarla en disposición de utilidad como atención sanitaria y servicio público para la población... todo ello fue posible porque el curso del cambio fue *hegemonizado* (en el sentido gramsciano) por un pensamiento de más amplitud y ambición que el corporativo, que al articular la propuesta en el cambio social y para ese cambio la dotó de legitimidad y sentido, y fue impulsado por personas concretas (profesionales ejercientes de la Psicología y sectores significativos del ámbito universitario) que formaban parte en su mayoría de colectivos que protagonizaban la modernización democrática de la sociedad española y que en mayor o menor grado se habían enfrentado en el pasado a *la dictadura*. Esas personas participaban ahora, mientras gestaban el PIR, en los procesos de reforma social y sanitaria en general y psiquiátrica en particular. Y fue gracias a esa participación que pudieron recibir el rico caudal de aprendizajes del sistema MIR y tejer y cuidar la red de relaciones necesarias (personales, profesionales, políticas, ideológicas) que hicieron posible el PIR y la especialidad de psicología clínica tal como hoy la conocemos en España.

Habían optado desde el principio y desde unos determinados valores, por uno de los dos caminos que a nuestro juicio marcan la finalidad que ha de perseguir la formación de especialistas en psicología clínica: «En el fondo, de lo que se trata es de si formamos responsablemente especialistas en Psicología Clínica que con su comportamiento y sus actitudes (¡sólo!) pueden aspirar a reproducir y sostener intereses establecidos (de ellos y de otros), o si formamos especialistas con un bagaje de conocimientos, habilidades y actitudes que les ponen en abierta disposición constructiva y crítica ante el contexto sanitario y social del que deben participar responsablemente, en y desde los lugares que les corresponden para una mejor atención sanitaria a la población y un mejor SNS» (Olabarria, 2003).

REFERENCIAS

- Carpintero, H. (1994). *Historia de la psicología en España*. Madrid: Eudema
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1989). La psicología clínica en España como área científica y profesional: Realidad actual y perspectivas. Conclusiones Jornada de Trabajo, Navas del Marqués. *Papeles del Psicólogo*, 43.
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1990). Documento base acerca de la formación postgraduada en psicología clínica a través de un sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 43-48.
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1990). Documento marco sobre formación post-graduada en psicología clínica a través de un sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 53-59.
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP) y Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (1990). Documento base acerca de la formación de especialistas en psicología clínica a través de un Sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, 49-52.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). *Informe*. Madrid: Ministerio de Sanidad
- Comisión Ministerial para la Reforma Sanitaria (1975). *Informe al Gobierno*. Madrid: Imprenta BOE.
- Consejería de Sanidad de Asturias (1983). *Proceso selectivo de becas para psicólogos en formación*. Resolución de fecha 22 de junio de 1983. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Oviedo: Autor.
- Coordinadora MIR (1970). *Manifiesto*. Madrid: Edición facsimil descatalogada.
- De Miguel, J.M. (1978). *Sociología de la medicina: Una introducción crítica*. Barcelona: Vicens Vives.
- De Miguel, J.M. (1979). *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española*. Madrid: Akal.
- De Miguel, J.M. (1983). *Estructura del sector sanitario*. Madrid: Tecnos.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-89.
- Escudero, C., y Olabarriá, B. (2000). La psicología clínica en el marco de la AEN. En J. Lázaro (Ed.), *Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid: AEN.
- Fraga, M. (1976). La sanidad española a consulta. *Jano*, 217, 13-16.
- Fundación Foessa (1983). *Informe sociológico sobre el cambio social en España 1975-1982. IV Informe FOESSA*. Madrid: Euroamérica.
- García González, J. (2011). *La implantación del hospital moderno en España*. Oviedo: Nobel.
- García, J., Espino, A., y Lara, L. (1998) (Eds.). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos.
- García, M.A., y Olabarriá, B. (1993). Desarrollos y necesidades de la psicología clínica: Aplicaciones en la sanidad pública española. *Apuntes de Psicología*, 38-39, 37-57.
- González Catalá, V., y Vicente Merino, A. (1985). *Análisis económico-financiero del sistema español de Seguridad Social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- González de Chávez, M. (1980) (Ed.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica en España*. Madrid: AEN.
- González de Chávez, M. (2003). La generación de la democracia: De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3, 1.
- Gonzalo González, B. (1985). *Evolución y tendencias de la Seguridad Social durante la crisis económica*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Jefatura del Estado (1983). *Ley de Reforma Universitaria*. BOE número 209 de 1/9/1983, págs. 24.034 a 24.042
- Jefatura del Estado (1986). *Ley General de Sanidad*. BOE núm. 102 de 29/4/1986, págs. 15.207 a 15.224.
- Lázaro, J. (2000). *Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid: AEN.
- Leal, J. (1997). Aportaciones de la psicología clínica en los modelos de atención. En B. Olabarriá (Ed.), *La psicología clínica en los servicios públicos*. Madrid: AEN.
- Ministerio de la Presidencia (1984). *Real Decreto 127/1984, de 11 de enero por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista*. BOE n.º 26 de 31 de enero. Madrid: BOE.
- Ministerio de la Presidencia (1998). *Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica*. BOE n.º 288 de 2 de diciembre. Madrid: BOE.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1993). *Orden de 8 de octubre por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso en 1994 a plazas de formación sanitaria especializada de Psicología Clínica y Radiofísicos Hospitalarios*. BOE n.º 254. de 23 de octubre. Madrid: BOE.
- Montoya, J.L. (1978). Las instituciones psiquiátricas españolas en crisis: apuntes para una reforma. En J.M. de Miguel (Ed.), *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid: CIS.
- Olabarriá, B. (1995). José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España. *Clínica y Salud*, 4, 78-99.
- Olabarriá, B. (1998). La formación especializada en psicología clínica: El PIR. En J. García, A. Espino y L. Lara (Eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Olabarriá, B. (1998). Para una historia del PIR o la psicología clínica como especialidad sanitaria: El proceso

- de una institucionalización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 55-72.
- Olabarría, B. (2003). Introducción. En A. Espino y B. Olabarría (Eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Madrid: AEN.
- Olabarría, B. (2003). La Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la psicología: Antecedentes, proceso de institucionalización, formación especializada y formación continuada. Valoración, reflexiones y propuestas. En A. Espino y B. Olabarría (Eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Madrid: AEN.
- Olabarría, B., Escudero, C., y García, M.A. (1993) .La evaluación de los programas PIR: Un paso estratégico para el reconocimiento de la psicología clínica como especialidad sanitaria. En V. Aparicio (Ed.), *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: AEN.
- Segovia de Arana, J.M. (1971) *Seminario de hospitales con programas de graduados*. Madrid: Edición facsimil descatalogada.
- Tanzi, V. (1988). Tendencias generales del gasto público en los países industriales. *Papeles de Economía Española*, 37, 100-116.
- Tortosa, F. (1989). La psicología en España a través de algunas de sus revistas. *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 79-82.
- Tribunal Supremo (2002). *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 48/1999, interpuesto por la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica contra el Real Decreto 2490/98*. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta, (7 de octubre). Madrid: Autor.
- Tribunal Supremo (2002). *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 49/1999, interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el Real Decreto 2490/98*. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta, (10 de octubre). Madrid: Autor.