

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO II - NUM. 3 - ENERO/ABRIL - 1982

Edipo temprano, «Nachträglichkeit» y conflicto psíquico,
Jaime Szpilka

El loco y el idiota,
Alfredo Fierro

Los sueños y la lógica, según Freud,
Víctor Gómez Pin y Javier Echevarría

Dolor real y sufrimiento imaginario,
Leopoldo María Panero

Entrevista con Rallo,
A. Fernández Liria
y M. Redondo

Programa Parento-Infantil del Centro de Salud de Carabanchel

El Centro de Prevención y Salud Mental de Avilés

Los niños de Institución

ASISTENCIA - HEMEROTECA - CRITICA DE LIBROS
REVISTA DE REVISTAS - PAGINAS DE LA ASOCIACION

Páginas de la Asociación

EL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE IBIZA

En diciembre pasado fui a Ibiza y me quedé sorprendido al ver en las calles, tiendas y numerosos establecimientos públicos un cartel en grandes títulos que decía: «Salud mental. Todos somos responsables». Eran los carteles de la campaña de sensibilización e información del Patronato para la Protección de la Salud Mental de Ibiza y Formentera.

Al Dr. Leopoldo Irrigible, Jefe de los Servicios Psiquiátricos del Consell Insular de Ibiza y Formentera, le conozco desde hace más de diez años. Lo que desconocía era su modestia profesional. Está dirigiendo desde hace dos años una de las pocas experiencias de transformación psiquiátrica que se están llevando a cabo en este país y la primera importante de promoción de la salud mental en una población que supera los cien mil habitantes. Y todo ello sin darle la menor importancia ni difusión entre los profesionales de la salud mental.

Espero que el equipo de profesionales de salud mental que trabaja en Ibiza cambie pronto de actitud y describan, analicen y difundan su experiencia, que es la mejor manera de que otros podamos aprender de ella. Para de alguna manera obligarles a que lo hagan, me decido a escribir estas breves líneas e interesar a conocer lo que en materia de salud mental allí se realiza.

Ibiza hasta 1981 no tenía más estructura de asistencia psiquiátrica que la consulta de la Seguridad Social. A los pacientes que no podían ser atendidos ambulatoriamente se les enviaba a la Clínica Mental de Palma de Mallorca, donde en 1980 había unos cincuenta enfermos procedentes de Ibiza y Formentera con alrededor de unos diez años de promedio de estancia en dicho manicomio.

Sólo en 1981 se dota a Ibiza de una mínima infraestructura asistencial: un equipo de profesionales y una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en el Hospital Insular de Ibiza. El equipo lo forman actualmente 4 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 asistente social, 5 ATS y 8 auxiliares. La Unidad de Hospitalización, con consultas externas, comienza a funcionar en julio de 1981. En el último semestre del pasado año tuvo 270 ingresos con una estancia media de alrededor de 8 días en la Unidad. Sólo hubo 16 reingresos. Es más, el mismo equipo de salud mental está reevaluando todos los enfermos de Ibiza y Formentera que estaban ingresados en el manicomio de Palma de Mallorca, habiendo conseguido la reinserción en sus domicilios y el tratamiento ambulatorio de las dos terceras partes de dichos pacientes.

El equipo de profesionales de la salud mental de Ibiza es un grupo entusiasta y joven, con una edad media que no llega a los treinta años. Han contribuido a crear en octubre de 1981, el Patronato para la Salud Mental de Ibiza y Formentera que agrupa al Consell Insular, a los Ayuntamientos de las islas, a la Cruz Roja Insular y a la Asociación de Padres de Niños y Adolescentes Subnormales de Ibiza y Formentera que desde hace 11 años venía contribuyendo a la mentalización social en el problema de la subnormalidad. Con el Patronato crean un Gabinete Psicopedagógico y un Servicio de Asistencia a las Toxicomanías.

El Patronato para la Salud Mental de Ibiza y Formentera tiene este año de 1982, por la aportación de sus componentes, un presupuesto de 14 millones de pesetas dedicados a las campañas preventivas, investigación, estudios estadísticos, etc. La «Caixa» (Caja de Pensiones para la Vejez y Ahorro de Cataluña) ha aportado también para los mismos fines un millón y medio de pesetas más, como donación al Patronato.

En diciembre pasado, dicho Patronato inició la campaña de sensibilización e información en materia de salud mental. Distribuyeron más de 500 carteles y dos millares de folletos informativos donde se detallaban los servicios que se ofrecían: la Unidad de Psiquiatría del Hospital Insular con internamientos, consultas y la atención urgente las 24 horas del día, el gabinete psicopedagógico, el servicio de asistencia a las toxicomanías y un departamento de servicios sociales que junto con la asociación de padres ya mencionada facilita ayuda, orientación o información respecto a estos problemas a quienes lo solicitan.

En este mes de marzo el Patronato realizará unas Jornadas sobre asistencia psiquiátrica de urgencia y asistencia psiquiátrica en medio rural dedicada a médicos generales y a otros que no son especialistas en psiquiatría. Asimismo inicia la segunda parte de la campaña de promoción de la salud mental, orientada ahora, en esta segunda fase, a las asociaciones de padres de alumnos y a los profesores y maestros de escuelas y colegios.

A lo largo de 1982 tienen previsto iniciar la atención domiciliaria en situaciones de crisis, abrir dos casas protegidas y una granja para unas quince personas en régimen de media pensión, ya que en Ibiza faltan estructuras de asistencia social. Aún así este equipo no sólo no ingresa en el manicomio de Palma a ninguna persona desde hace más de un año, sino que, como decíamos, está logrando rescatar del manicomio a la mayoría de los enfermos ibicencos. En una población que en invierno tiene unos 100.000 habitantes y en verano alcanza hasta los 250.000, están demostrando que se puede prescindir del manicomio y ofrecer una asistencia psiquiátrica integrada —preventiva, curativa y rehabilitadora— de alta calidad y con gran proyección y solidaridad social.

La contribución con el equipo de salud mental de las diversas instituciones ciudadanas es evidente. Sólo en el mes de diciembre, Radio Popular de Ibiza pasó más de 200 cuñas de la campaña de sensibilización e información y realizó expresamente unos diez programas con coloquios y entrevistas. En ese mismo mes, los diarios locales («Diario de Ibiza», «Ultima hora», «Diario de Mallorca» y «El Día de Baleares») publicaron una treintena de artículos y entrevistas relacionadas con los problemas de la salud mental.

Esta cooperación de la sociedad de Ibiza y Formentera con el equipo de salud mental es encomiable. Al contrario de lo que a primera vista pueda parecer, conseguir este apoyo suele ser más difícil en zonas fuertemente turísticas donde, fuera de las áreas del ocio, la avalancha de la población flotante regular empuja al extrañamiento y la insolidaridad en los nexos sociales. La participación y contribución ciudadana conseguida en Ibiza respecto a los problemas de salud mental es uno de los aspectos destacados de esta experiencia renovadora de la que tenemos muchas cosas que aprender.

Marzo de 1982

Manuel GONZALEZ DE CHAVEZ

Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
Director de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación
Provincial de Sevilla

LAS SITUACIONES VERGONZANTES DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

En los últimos tiempos, los medios de difusión, y este diario en concreto, nos vienen informando de diversos hechos dramáticos que se suceden en las instituciones psiquiátricas (muertes por asfixias y quemaduras en internados que se encontraban atados y, presumiblemente, con exceso de medicación, desaparición de pacientes, construcción de muros para reforzar la seguridad de los establecimientos, etcétera).

Evidentemente, esa especie de crónica negra no revela todo lo que ocurre en los establecimientos psiquiátricos, sino solamente una parte; precisamente, esa parte que aparece como más desgraciada, la que por su carácter de estrepitoso infortunio consigue superar el silencio de los muros y obtener mayor eco social. Mas lo cierto es que tales accidentes no son nada accidentales, sino la expresión de la cotidianidad institucional, que nos remite a su condición arcaica y custodial y a la violencia que se ejerce sobre los internados.

Se ha hablado hasta la saciedad de la inconveniencia de los grandes centros masificados y manicomiales, de su nocividad, del elevado coste económico y social que representan al potenciar la

segregación y contribuir a la cronificación. Pero las palabras no han sido hasta ahora un conjuro eficaz para extinguir tal situación.

La tarea, iniciada hace ya muchos años por Pinel, de separar la miseria de la sinrazón, está en este país aún lejos de concluir. De tal manera, que se puede afirmar, sin temor a caer en exageraciones, que una situación vergonzante define el estado de la gran mayoría de nuestras instituciones psiquiátricas. Situaciones vergonzantes que privan a los internados de una habitabilidad confortable y de unas condiciones de vida dignas, que controlan sus movimientos y cercenan sus libertades, que mediante su estructura despótica y autoritaria violentan, humillan y, a veces, explotan a los internados. Circunstancias, en suma, que cifran el cometido institucional en la gestión de la miseria social; eludiendo, al mismo tiempo, la razón de esa miseria y su lugar de origen.

Se sabe también que esas condiciones antedichas inciden sobre el self de los internados deteriorando su autoestima, creándoles una falsa identidad, negándoles como sujetos y, en fin, sumiéndoles en estados de regresión y de incapacidad social.

Este discurso es tan conocido y de una obviedad tal, que parecería innecesario reiterarlo, si no fuera por el patetismo de los hechos y por la exigencia ética de su denuncia.

La Administración sabe del actual estado de estas cosas; además, no hay ocasión para su olvido, porque el discurrir de los acontecimientos sirve como recordatorio permanente. ¿Cómo explicarse, entonces, su persistencia?

Hay sectores relacionados con la asistencia empeñados en mantener las estructuras manicomiales y la ideología —que sirve para sustentarlas— de la irrecuperabilidad, improductividad y peligrosidad de los enfermos mentales. Los que así piensan, sin embargo, no son muchos; pero se encuentran apoyados por la irresponsabilidad y dejación con que actúan la Administración y el alto ejecutivo sanitario. Pues ya se sabe, las instituciones aludidas no son más que un eslabón, el último quizás, de una cadena que empieza mucho antes: con la ausencia de una adecuada asistencia psicosocial y con la existencia de unos ambulatorios de la Seguridad Social, organizados y concebidos de tal forma, que no permiten otra práctica que la de cubrir recetas apresuradamente; ocultando, en parte, lo que se debía hacer y no se hace: escuchar y valorar con rigor la demanda del paciente. Una práctica de este tipo tiene que favorecer necesariamente el uso arbitrario y excesivo de medicamentos, con el consiguiente despilfarro económico y el desplazamiento permanente de pacientes hacia la cronicidad. Ese gasto irracional descalifica las argumentaciones de los que pretenden explicar la falta de reformas y cambios asistenciales, en base a que sus costes se harían insoportables para la Administración de este país.

La cuestión, a esta altura de los tiempos, desborda ya el marco de lo estrictamente asistencial y entra de lleno en el ámbito de los derechos fundamentales de la persona y del respeto a la Constitución (arts. 16, 17 y 43).

Hace unos 10 años se inició en EE. UU. un proceso por las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas —Souder versus Brenan— que tuvo destacada importancia sobre la evolución del trabajo en los centros asistenciales. El escándalo surgió al descubrirse el caso de un paciente que trabajaba 66 horas semanales en la cocina por dos dólares al mes. El establecimiento fue condenado invocando la constitución norteamericana que prohíbe la esclavitud y la servidumbre involuntaria.

También haciendo valer nuestra Constitución contribuiríamos a erradicar las situaciones vergonzantes de la asistencia psiquiátrica.

José GARCIA GONZALEZ

Vicepresidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

SOBRE HOSPITALIZACION EN LA SEGURIDAD SOCIAL

PROPOSICION NO DE LEY

Aprobado por la Comisión de Política Social y Empleo el 31-3-82

**Creación de servicios de psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social
Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso**

PRESIDENCIA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

La Mesa del Congreso de los Diputados, en su reunión del día de hoy, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 139 del Reglamento, acordó remitir a la Comisión de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso,

relativa a creación de servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social, así como publicarla en el «Boletín Oficial de las Cortes Generales».

Los señores Diputados y los Grupos Parlamentarios disponen de un plazo de quince días hábiles, que expira el 17 de septiembre, para presentar enmiendas.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de junio de 1981.—El Presidente del Congreso de los Diputados, Landelino Lavilla Alsina.

A la Mesa del Congreso de los Diputados:

El Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, al amparo de lo establecido en los artículos 138 y siguientes del vigente Reglamento provisional del Congreso de los Diputados, presenta la siguiente proposición no de ley para que se debata en Comisión.

Proposición no de ley sobre creación de servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social.

El progreso de las ciencias médicas, el desarrollo social y los criterios económicos de recuperación social de las últimas décadas han cristalizado en hechos como el desarrollo y creación de Servicios de Psiquiatría integrados en los hospitales generales como un elemento diferenciado de la oferta asistencial médica.

En tal sentido, abundan los informes del X Comité de Expertos de la OMS, de tal suerte que las nuevas orientaciones asistenciales se han impuesto en la mayoría de las formulaciones sanitarias actuales en países de todos los continentes, demostrando su aceptación social, adecuación asistencial y rentabilidad económica.

Por el contrario, en España los responsables de la Seguridad Social han ignorado la realidad expuesta y han rechazado de forma contumaz peticiones y sugerencias que desde diversos sectores de la población, grupos profesionales, organizaciones sindicales y partidos políticos se vienen haciendo en los últimos años.

Sólo en la Residencia Príncipes de España, de Bellvite, en el Centro Ramón y Cajal de Madrid y en la Casa de Salud Valdecillas, en Santander, hay Servicios de Psiquiatría con posibilidad de hospitalización en la red de hospitales propios de la Seguridad Social.

Tal estado de cosas obliga a la población necesitada de atención psiquiátrica a verse confinada, estigmatizada y forzada a optar entre ingresar en Hospitales Psiquiátricos provinciales o intentar afrontar con sus propios recursos los gastos de una hospitalización privada, opción esta última, que no es dada a muchas personas, trabajadores, funcionarios, autónomos etc., que carecen de recursos económicos suficientes.

Por otra parte, las consultas externas de los hospitales de la Seguridad Social, y no infrecuentemente los servicios de Medicina y Cirugía, atienden a un sinnúmero de ciudadanos que, afectados por problemas psicosociales, ven alterado su bienestar por manifestaciones psicósomáticas y síntomas físicos que al aparecer como de origen orgánico y no contarse con la oportuna colaboración diagnóstica del equipo de psiquiatría, lleva al enfermo a un forzado régimen de análisis y exploraciones (incluso quirúrgicas) en un equivocado intento de hallar la ayuda para sus quejas, intento no pocas veces estéril, y en todo caso, costosísimo para la Seguridad Social, que ve cómo se despilfarran sus recursos.

El desconocimiento de la realidad expuesta por parte de la Seguridad Social ha determinado la inexistencia en ella, de un dispositivo asistencial adecuado a la atención de los problemas que afectan a no menos del 10 por 100 de la población: los problemas de la salud mental.

A nivel ambulatorio asistencial, el dispositivo de la Seguridad Social reúne, juntas, la insuficiencia numérica y la inadecuación del equipo: en la persona del llamado Neuropsiquiatra confluyen las actividades profesionales que correspondan por una parte al Neurólogo y por otra al Equipo Psiquiátrico que debería agrupar a psiquiatra, psicólogo, ATS psiquiátrico y Asistente Social.

La reorganización y adecuación de los dispositivos asistenciales ambulatorios de la Seguridad Social, su reconversión en fórmulas de atención primaria y medicina comunitaria, en la que no deberán cuidarse los aspectos psicosociales, es parte de la necesaria reforma sanitaria.

En cualquier caso, tanto por la necesidad imperiosa ya detectada, como por su demostrada adecuación a planteamientos asistenciales modernos a los que nuestro país debe incorporarse, la creación de Servicios de Psiquiatría completos en la red hospitalaria de la Seguridad Social, sin ser la panacea que permita resolver todos los problemas de salud mental de la población española sería un alivio inmediato de la penosa y en no pocas ocasiones inhumana situación que padecen los enfermos mentales.

Por todo lo expuesto, el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente

Proposición no de ley:

Primero.

El Gobierno, en el plazo de un mes, a partir de la aprobación de esta proposición no de ley, dictará las disposiciones pertinentes a fin de que, con efectos del 1 de enero de 1982, se incluya en la acción protectora asistencial sanitaria de la Seguridad Social el tratamiento de los trastornos psiquiátricos agudos que precisen de internamiento.

Segundo.

Por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social se elaborará un programa de creación y puesta en marcha en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud de Servicios completos de Psiquiatría.

Tercero.

La creación de los Servicios completos de Psiquiatría a que se refiere el apartado anterior deberá comenzar en enero de 1982, finalizando en abril de 1983, a fin de poder periodificar la asignación de los medios humanos y recursos materiales necesarios para el funcionamiento de los Servicios.

Cuarto.

Los Servicios completos de Psiquiatría a que se refieren los anteriores apartados de esta proposición desarrollarán los siguientes cometidos:

A) Asistenciales:

a) Asistencia ambulatoria en Consultas Externas a los pacientes que son remitidos desde los ambulatorios, por el neuro-psiquiatra para estudio o tratamiento especiales.

b) Asistencia ambulatoria en Consultas Externas a los pacientes que sean remitidos desde las consultas externas de otros Servicios Médicos y Quirúrgicos del propio Hospital.

c) Asistencia de veinticuatro horas para las urgencias psiquiátricas que acudan al Servicio de Urgencias de cada Hospital.

d) Asistencia psiquiátrica a los pacientes ingresados en los Servicios médico-quirúrgicos del Hospital cuando sea preciso la colaboración del equipo del Servicio de Psiquiatría.

e) Asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización de los enfermos que, evaluados en las circunstancias recogidas en los puntos a), b), c) y d), así lo requieran para su observación, estudio y adecuado tratamiento.

f) Atendiendo a las necesidades de cada zona y a las características peculiares de cada Hospital se incluirán en los citados Servicios de Psiquiatría, Secciones de Psiquiatría infantil, de hospitalización parcial y de Psicogeriatría.

B) Docentes:

a) Formación postgraduada de personal facultativo a través del programa MIR para médicos y del correspondiente o equivalente programa (PIR) para psicólogos clínicos.

b) Formación especializada de personal de enfermería.

c) Formación especializada de personal auxiliar clínico.

d) Formación del personal facultativo, de enfermería y auxiliar técnico-sanitario de otros Servicios de las instituciones, en los aspectos psicológicos del enfermar físico y su tratamiento adecuado.

C) Investigación:

Las que correspondan a una especialidad médica y los que le son propios por el ámbito psicológico y sociológico de la naturaleza de los problemas con que se enfrenta.

Palacio del Congreso de los Diputados, 10 de junio de 1981.—El portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, Gregorio Peces-Barba Martínez.

REUNION DE EXPERTOS SOBRE ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LOS HOSPITALES GENERALES

Convocado por el Instituto de Salud Mental de la Diputación de Madrid (INSAM) ha tenido lugar, el día 2 de abril en el Castillo de Manzanares, un grupo de trabajo que durante toda la jornada ha reunido a más de treinta expertos en planificación, organización y dirección de servicios de salud mental, jefes de servicios de psiquiatría de hospitales generales, responsables de enfermería psiquiátrica y servicios sociales, y expertos en arquitectura hospitalaria y en sociología y economía sanitaria.

El objetivo central de la reunión, y teniendo como referencia las actividades de planificación de los servicios de salud mental que el INSAM viene desarrollando, fue el estudio concreto de los servicios de asistencia psiquiátrica en los hospitales generales, su función en un marco asistencial integrado, la dotación de personal, material y espacio exigidos y los estándares asistenciales que garanticen una adecuada atención a la comunidad a la que los hospitales deben servir.

Las aportaciones de los participantes, junto con otros estudios y documentos, serán recogidas en un Informe Técnico que el INSAM publicará, y contempladas en la planificación de la Salud Mental.

La síntesis de la jornada de trabajo, efectuada tras la discusión de los problemas planteados puede resumirse en las siguientes conclusiones:

1. Todo hospital general, comarcal o regional, debe poseer una Unidad de Psiquiatría y Medicina Psicológica con personalidad propia.
2. En el estado actual de desarrollo del dispositivo asistencial psiquiátrico las unidades que existen y las que deberán crearse en los hospitales generales funcionantes hoy dispondrán al menos de los siguientes servicios:
 - Hospitalización.
 - Urgencia permanente.
 - Consulta, orientada fundamentalmente a la demanda originada en los servicios médicos y quirúrgicos del propio hospital.
3. No deberá planificarse ni construirse ningún nuevo hospital general sin que en el mismo se contemple la asistencia de una Unidad de Psiquiatría con las características indicadas.
4. Las Unidades psiquiátricas de los hospitales generales deberán adecuar sus dimensiones y funcionamiento al ámbito de responsabilidad del hospital en donde se encuentran ubicadas (comarcal o regional).
5. En cualquier caso, la Unidad Psiquiátrica del Hospital General, siendo uno de los instrumentos asistenciales de los servicios de salud mental de la comunidad, es el único lugar donde, en caso necesario, deberán ingresarse los pacientes necesitados de tratamiento hospitalario.
6. La existencia de este instrumento, y su integración en la red general de asistencia a los problemas de salud mental de la comunidad es función del órgano provincial o autonómico de planificación y evaluación, lo cual permite la coordinación de los distintos dispositivos asistenciales y aumenta la eficacia de sus acciones.
7. Las competencias de planificación, evaluación y gestión tienen un ámbito territorial, si perjuicio de la necesaria coordinación con la política sanitaria del Estado y la colaboración con otros entes autonómicos o provinciales.

COMISION DE ASISTENCIA

El 10 de octubre, 1981, se reunió por primera vez la Comisión de Asistencia. Asistieron los siguientes miembros: Ernesto Díaz Noriega, Fernando Leal, Onésimo González, Cristina Fernández y José García. No asistió y no justificó su ausencia José Luis Piñero.

La reunión se celebraba en base al siguiente orden del día: articulación y método de trabajo de la comisión; elaborar unos puntos de trabajo o programa de acciones para presentar a la Junta Directiva; incidencia y actuación de la comisión ante situaciones de conflicto; formación de un archivo para la organización de la información que la comisión precisa para su tarea.

En lo referente al punto primero se hizo un reparto de tareas y de responsabilidades entre los diversos miembros. Se estimó, en ese sentido positivo, el hecho de que los diversos miembros de la comisión ocupen lugares de práctica diversos, tanto por su función como por su momento evolutivo.

Se debe tender a darle al trabajo de la comisión un carácter descentralizado; por eso se recomendó a cada miembro que busque colaboración en otros profesionales, a nivel provincial o regional, de forma que la comisión pueda recoger el sentir del mayor número de asociados, y por ende, la mayor información posible.

Se estimó que sería necesario que la comisión tuviera dos o tres encuentros por año para poder hacer su labor eficaz.

En cuanto al punto segundo, no se consideró procedente ni eficaz dedicarse ahora a la elaboración de alternativas asistenciales más o menos terminadas. Se valoró que existe un bloqueo en el orden

asistencial y que las acciones prioritarias deben ir dirigidas a desbloquear la situación. En este sentido se han visto necesarias el siguiente conjunto de acciones:

1. Promover cambios asistenciales. Cualquier cambio asistencial es, en principio, positivo, sobre todo por las posibilidades que abre, por lo que desbloquea. Evidentemente, es preciso matizar qué se entiende por cambio. A modo de ejemplo, se vio que construir un nuevo Hospital Psiquiátrico, como se anunció en Salamanca, no representa ningún cambio positivo, sino todo lo contrario. En torno a este tema se acordó elaborar un breve documento en el que se expliciten aquellas condiciones mínimas que debe cumplir todo cambio y aquellas otras decisiones que contribuyen a la institucionalización y la consolidación de lo ya existente.

2. Para potenciar y posibilitar el punto anterior se consideró necesario reflexionar sobre las nuevas formas de trabajo con la Administración. La A.E.N.P. debe ofrecer colaboración a todas aquellas administraciones que se muestren receptivas, orientándolas en los cambios e informándolas sobre el sentir que tiene la Asociación en lo asistencial.

3. La Asociación debe mostrarse beligerante con todas aquellas situaciones asistenciales «vergonzantes» y degradantes. Cuando se tome postura frente a estas situaciones es preciso contactar y trabajar conjuntamente con los diversos profesionales de aquel lugar o región. Se estimó, asimismo, necesario que las denuncias o tomas de postura no se queden en el marco profesional, sino que se implique en ellas a las organizaciones ciudadanas y políticas que sea posible.

4. Que la Asociación se dirija a los responsables de aquellas provincias que tienen en total abandono la asistencia, que incluso envían los pacientes a otras provincias, estimulándolas a que emprendan cambios.

5. Realizar una encuesta/baremo sobre el estado actual de los diversos servicios asistenciales psiquiátricos.

6. Promover intervenciones de tipo jurídico contra aquellas instituciones que conculcan los derechos humanos de sus internados, contactando para ese objetivo con otras organizaciones que se preocupan por la defensa de los derechos humanos.

7. Estudiar el tema de la financiación de los servicios asistenciales. Denunciar aquellas formas de financiación irracional o que limitan las posibilidades de transformación (pago por cama/día; pago por acto, etc.) Insistir en que se remita al poder público provincial o regional los fondos necesarios —de los organismos correspondientes— para disponer de una financiación descentralizada, presupuesto básico para asistencia también descentralizada.

En el punto tres, referente a las situaciones de conflicto, se acordó que la comisión estudie esas situaciones y remita a la Junta la información recogida para que ésta asuma y decida el tipo de intervención que proceda.

En esta ocasión se analizó la situación del Hospital Psiquiátrico de Valladolid, dada la marcha de los acontecimientos, que, según el informante, se orientan a una solución positiva del conflicto, se acordó dirigirse al Presidente de la Diputación de Valladolid interesándose por la situación y estimulándole a potenciar la experiencia de cambio que desarrollan en dicho hospital. Como había decisión previa de la Junta, se ejecutó el acuerdo de la Comisión.

A petición de la Junta Directiva se examinó la situación que se crea ante la puesta en marcha del Instituto Provincial de la Salud en Madrid. Tras examinar toda la información de que pudo disponer esta comisión, se acordó instar a la Junta para que se dirija a la Diputación de Madrid, solicitándole más información. Tampoco pudo la Comisión comprobar irregularidades en la convocatoria y selección de aspirantes a las plazas de ese organismo.

Dentro de este punto, y a título informativo, se conoció la situación en que se encuentran los centros de salud dependientes del Ayuntamiento de Madrid.

En torno al último punto se acordó ir creando la infraestructura de un archivo para todo el material asistencial.

* * *

En la reunión mantenida por la Comisión de Asistencia se examinó el estado actual de la asistencia y se convino en destacar el estancamiento y el bloqueo como unas de sus características más generales. El carácter arcaico y asilar de nuestra asistencia psiquiátrica es recordado con gran frecuencia mediante ese goteo de sucesos (internados asfixiados o quemados cuando se encontraban en habitaciones

de aislamiento o atados a la cama, aplicación de abscesos de fijación, edificación de vallas, etc.) que recogen los medios de difusión. Esos acontecimientos nos remiten a la violencia institucional que se ejerce sobre los internados.

La problemática actual de la salud mental es compleja: de un lado, es preciso afrontar la vieja psiquiatría manicomial que aún prevalece de forma hegemónica; pero al mismo tiempo se avanzan nuevos modelos que tienden a recomponer la psiquiatría oficial, de claro tinte positivista, los cuales reproducen en su esencia la misma lógica de la vieja psiquiatría, aunque propugnen nuevos espacios de práctica.

Ante esta situación, la Comisión estimó oportuno proponer a la Junta Directiva que orientara sus actividades en el tema asistencial, en dos niveles estrechamente vinculados, a saber: a) desarrollar una actitud beligerante y de denuncia con todos los casos de degradación y violencia institucional que podrían definirse generosamente como «situaciones vergonzantes»; b) promover y favorecer las transformaciones y los cambios que desbloqueen el estado actual. En este sentido se consideró oportuno que la AENP publique un breve documento orientador acerca de las propiedades que definen las situaciones vergonzantes y con los principios básicos que han de reunir las experiencias de cambio.

Características que definen las situaciones vergonzantes

1. Las relacionadas con la confortabilidad del hábitat institucional, con la higiene ambiental y con el derecho a unas condiciones de vida humanas. Se incluyen aquí la carencia de una alimentación y vestido dignos, el hacinamiento, la carencia de servicios de equipamiento adecuados, etc. Circunstancias todas estas que revelan en muchas ocasiones una situación de miseria.

2. Las relacionadas con la libertad de los internados, el control y restricción de sus relaciones y movimientos. Afectan éstas a la libertad de expresión y comunicación (control de visitas, correspondencia, etc.) a la libertad de movimientos (unidades cerradas, celdas de aislamiento, imposibilidad de un libre manejo del espacio institucional, etc.), a la rígida separación sexual y al control o prohibición de la interacción entre ambos sexos. Al despojo y control de las pertenencias necesarias para la vida habitual del internado y para el mantenimiento de su identidad. Al control de lecturas y a la restricción de información que concierne a la propia vida y al futuro de los mismos internados.

3. Las relacionadas con la estructura despótica y autoritaria de la institución y con las múltiples acciones de violencia que ella genera. En este apartado se incluirían las vejaciones y humillaciones de que son objeto los internados en sus relaciones con el personal asistencial. La aplicación de métodos coercitivos y de las llamadas «terapias duras» que adquieren, en ocasiones, una clara connotación de castigo. La imposición de trabajos y tareas mediante coacciones que crean una segunda condición: la de enfermo explotado.

4. Si bien las características anteriores son más comunes, y algunas específicas de las instituciones en régimen de internamiento, no todas son exclusivas de ellas. La práctica y organización de algunos servicios ambulatorios son también ejemplos palpantes de la humillación y violencia que padece el enfermo mental. En este marco los aspectos más destacados son: la aplicación de tratamientos irracionales, la falta de escucha y la imposibilidad de una evaluación correcta y la ausencia de la información que le es debida al usuario. Factores todos ellos que contribuyen a producir la cronicidad de los pacientes y, por consiguiente, a deteriorar sus capacidades sociales.

Todos los hechos anteriormente expuestos son vergonzantes porque violan derechos fundamentales de la persona (ver arts. 15, 17, 43 y 45 de la Constitución) y porque inciden sobre el self y la identidad de los internados negándoles como sujetos, potenciando su segregación, creándoles una falsa identidad y, en fin, llevándoles al estado de la cronicidad y de regresión institucional.

Esas condiciones afectan también al personal asistencial deteriorando progresivamente su sensibilidad y creando una indiferencia frente a su práctica rutinaria y custodial.

Denunciar esas situaciones es reivindicar la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el ejercicio de los derechos civiles, de los que el internado es sujeto en tanto no haya sido incapacitado judicialmente.

Principios o condiciones básicas para impulsar los cambios

La Comisión no considera eficaz elaborar ahora alternativas que se ofrezcan como válidas de una vez por todas. Estima que las prácticas alternativas no deben circunscribirse a un modelo técnico ce-

rrado, sus articulaciones y desarrollo dependerán de las circunstancias sociales de cada lugar y también de las mismas condiciones institucionales. Por eso ha estimado más conveniente señalar algunos principios básicos indispensables para desarrollar auténticos cambios.

1. Acabar con las condiciones definidas en el apartado anterior y que podrían sintetizarse en: humanizar las instituciones.

2. Modificar las circunstancias del personal asistencial, tanto en lo relativo a su número como su interdisciplinariedad, formación, cualificación y dedicación. Esta cuestión es aún más compleja en lo referente al personal auxiliar. Si el personal asistencial no posee información y conocimiento sobre la realidad a cambiar no podrá incidir en ella de forma positiva. Potenciar la formación de todo el personal —lo que favorece la difusión del conocimiento y su horizontalización— y redefinir sus «roles» y funciones son pasos fundamentales para el cambio.

3. En el desarrollo y consecución del cambio debe tener carácter prioritario la práctica extrainstitucional (dispensarios, trabajo en la comunidad, con las familias, etc.). El personal más vinculado a los hospitales debe desarrollar también parte de su actividad en el exterior.

Este punto está indisolublemente ligado al siguiente.

4. El trabajo con la institución asilar o manicomial debe ir dirigido a su desmantelamiento y desaparición; este trabajo debe ser paralelo a la organización de servicios en la comunidad y a la provisión de recursos sociales para el apoyo a los ex-internados.

El desmantelamiento manicomial no consiste en el trasvase masivo de los internados a otros espacios institucionales, a los que se cambia de nombre (residencias, asilos, centro de cuidados mínimos, etc.) y en los que quedan abandonados. Esta es una falsa acción desinstitucionalizadora que únicamente obedece al criterio de rentabilidad.

El desmantelamiento del hospital psiquiátrico pasa por crear en él una etapa de Comunidad Terapéutica que contribuya realmente a su democratización y que permita llegar a los internados espacios para su participación y para modificar las relaciones de poder tradicionales.

5. El cambio obliga a la coordinación de todos los servicios asistenciales, tanto en su dependencia organizativa como en sus actividades asistenciales. Las experiencias aisladas y desconectadas no contribuyen a cambiar la situación global: a veces sólo vienen a intensificar la «asistencia en cascada», a duplicar servicios y a multiplicar costes.

6. No nos parece conveniente ni eficaz la creación de centros subespecializados que tienden a propiciar actuaciones escindidas y fragmentarias, lo que crea una gran dificultad para remitirse a la globalidad que vincula a toda la problemática de la salud mental. La diversidad de las conductas patológicas deben abordarse desde equipos y/o centros polivalentes, pero no con centros especiales.

7. Todos los servicios deben ser abiertos y permeables a la comunidad. En sus órganos gestores debe estar representada la propia comunidad y los trabajadores de la salud mental.

8. Deben definirse netamente las fuentes de financiación y acabar con las modalidades que fomentan la institucionalización (ej., pagos por estancia/día).

9. Es necesario ir desarrollando métodos de evaluación de los servicios y estudios del análisis de las demandas.

Hay una serie de acciones que pueden realizarse sin que se modifique en nada esencial la realidad, serían «Seudo-cambios». A modo de ejemplo citamos algunas acciones de ese tipo:

— Las modificaciones meramente arquitectónicas o de fachada (construcción de nuevos edificios u hospitales, elaboración de nuevos organigramas sin modificar la realidad, etc.).

— Todas aquellas transformaciones que no tomen en cuenta los derechos de los usuarios y las necesidades de la comunidad.

— La creación de estructuras o servicios que no se coordinen o integren con la globalidad de los existentes.

Los intentos que, por huir del manicomio y negarle en su papel, lo eternizan al mantenerlo como fondo de saco del resto del dispositivo asistencial.

COMISION DE FORMACION

Cursos monográficos

Uno de los principios generales de actuación de la comisión de formación de la AEN es el de crear actividades de marcado carácter docente, que complementen y amplíen otras actividades que realiza la AEN y que se centran en aspectos de discusión, informativo y de divulgación.

Las características de estos cursos son:

1.º *Objetivos generales:*

1.1. Reconociendo que ya existen actividades docentes, de iniciativa privada y pública, se observa que las mismas se concentran fundamentalmente en Barcelona y Madrid. Con estos cursos se desea fomentar actividades en ciudades que puedan canalizar *la demanda de una o más comunidades autónomas*.

1.2. Los cursos se plantean de *forma continuada* a través de un curso académico (octubre-mayo o junio). Las actividades puntuales (fin de semana, seminario, de dos o tres días) son más fáciles de asumir por un pequeño equipo. La actividad continuada precisa un trabajo y financiación más complejo que la AEN puede asumir.

1.3. Estos cursos se plantean como actividades de *una periodicidad mensual* que pueden servir como *lugar de encuentro y discusión* de distintos equipos de una o varias comunidades autónomas. Este nivel es importante dado que con frecuencia un equipo suele tener reuniones propias de su institución y a la vez asistir a reuniones de índole nacional (congreso, jornadas...), pero existe un vacío a nivel intermedio (comunidad autónoma).

1.4. Los cursos son *unitarios respecto al tema* a tratar durante un curso académico. Cada sesión mensual es un aspecto del tema general. Entre cada sesión mensual los equipos pueden abrir un período de reflexión sobre el tema.

2.º *Organización:*

2.1. En cada sede existirá *un coordinador* del curso correspondiente. Este será designado por la Junta Directiva de la Asociación después de oír a la comisión de formación. El coordinador designado contará con una certificación de su nombramiento para poder ejercer su función con plenas garantías.

2.2. El coordinador puede contar con *los colaboradores* que desee.

2.3. Los miembros de la AEN de cada zona pueden proponer al coordinador correspondiente los temas a tratar en cada curso. Confeccionado el programa, se enviará a la comisión de formación.

2.4. El coordinador señalará el lugar, día y hora donde se celebrará cada actividad. Asimismo contactará con las personas que actuarán como ponentes.

3.º *Financiación.*

3.1. La AEN designará *una parte de su presupuesto* anual para estas actividades.

3.2. Se propone a cada sede otras dos posibilidades de financiación, complementarias de la anterior:

3.2.1. La AEN puede enviar a cada sede, si así se solicita, un paquete de *publicaciones*. Estas se venderán a los precios señalados por la AEN, quedando *un 20 por 100* de lo recaudado para financiación de los cursos.

3.2.2. En cada sede se puede estudiar la conveniencia o no de poner una *cuota* a cada curso. Si la decisión es a favor de instaurar una cuota, se deberá tener en cuenta la normativa de la Junta Directiva de poner una cuota inferior para los miembros de la AEN. Asimismo, cada sede comunicará a la comisión de formación la cuota elegida para coordinar que las cuotas entre las distintas sedes no estén muy distorsionadas.

3.3. El coordinador puede buscar *otras fuentes de financiación* en su zona. En concreto se debe contar con los servicios culturales de las Cajas de Ahorro.

4.º *Periodicidad:*

4.1. Los cursos durarán *un año académico* (octubre a mayo o junio).

4.2. *Cada mes* se celebrará una sesión.

5.º *Programa y publicidad:*

5.1. La confección del programa correrá a cargo de la Asociación. En él se incluirán las actividades de cada serie, así como la dirección del coordinador respectivo.

5.2. El programa será distribuido a todos los socios de la AEN por los circuitos ya establecidos. Asimismo, se enviará a las publicaciones científicas y generales que se indiquen. Una parte de la edición del programa se enviará a cada coordinador para su distribución en cada zona.

5.3. La edición del programa será de 1.100 unidades para la distribución general y 300 unidades para cada sede.

6.º Sedes:

6.1. Se pueden proponer a la comisión de formación, que después de su estudio lo comunicará a la Junta Directiva.

6.2. Para el curso 82-83 se proponen las siguientes sedes y coordinadores:

- Sevilla: Conrado ENGHELGART.
- Asturias: Guillermo RENDUELES.
- Valladolid: José SUSPERREGUI.
- Canarias: Asunción GONZALEZ DE CHAVEZ.

COMISION DE LEGISLACION

La Comisión de Legislación quedó constituida el pasado 13 de noviembre, y por acuerdo de la A.E.N. en asamblea general de sus miembros, compuesta por las siguientes personas:

- Francisco TORRES GONZALEZ (Coordinador).
- Carlos CAMARERO SANCHEZ.
- Teresa CAPILLA RONCERO.
- Francisco José OTERO PEREZ.
- Alicia ROIG.
- Luis VALENCIANO GAYA.

La Comisión es abierta a la colaboración de otros miembros de la A.E.N., al margen de los expresamente comisionados por la asamblea general. Bajo esta perspectiva, ha expresado su deseo de colaborar regularmente con la Comisión Teresa SUAREZ RODRIGUEZ.

En la referida reunión del día 13 de noviembre se comenzó a perfilar una mecánica de trabajo que, en esencia, es la siguiente:

1. Cada miembro de la Comisión enviaría al coordinador una relación del material bibliográfico y legislativo del que dispusiese, para que aquél hiciese la labor de integración y lo hiciese circular a todos los componentes.

2. Se seleccionaron unas áreas preferentes de estudio:

- Ley Orgánica del Poder Judicial.
- Derecho Civil: La tutela.
- Legislación en torno al internamiento psiquiátrico.
- Regulación del consumo de alcohol.

3. Cada uno de estos temas preferentes fue asignado a un ponente, con la siguiente distribución:

- L.O.P.J.: Francisco TORRES.
- Tutela: Alicia ROIG.
- Internamiento Psiquiátrico: Francisco José OTERO.
- Alcohol: Carlos CAMARERO.

4. Cada ponente debería enviar la recopilación bibliográfica, legislaciones comparadas, comentarios o ponencia, etc., al coordinador para que éste lo reprodujera y lo redistribuyera a todos los miembros de la Comisión a través de la A.E.N.

Con independencia de estos estudios, se acordó promover una estadística de enfermos internados en Centros Psiquiátricos por orden judicial. El proyecto de protocolo de recogida de datos fue encargado a Francisco José OTERO.

Se acordó también promover el debate sobre estos temas en el seno de la A.E.N., para lo cual se confeccionarían unos dossiers al efecto y se promoverían unas jornadas de trabajo en la próxima primavera. Asimismo, ir constituyendo una biblioteca y una hemeroteca de consulta a disposición de la Junta de Gobierno y de todos los miembros de la A.E.N.

SUGERENCIAS QUE EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE GRANADA HACE A LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS SOBRE LA LEY ORGANICA DEL PODER JUDICIAL EN LO REFERENTE A LA ORGANIZACION DE LA MEDICINA LEGAL

La publicación en el «Boletín Oficial de las Cortes» del Proyecto de Ley Orgánica del Poder Judicial supone una preciosa oportunidad para poner al día una cuestión que nos viene preocupando desde hace mucho tiempo: la organización de la Medicina Legal en España. La Medicina Forense es un servicio auxiliar de la Administración de Justicia nada baladí. Los peritajes médico-legales, piezas claves en todos los procesos penales y en muchas causas civiles, deben adecuarse al estado actual de la Ciencia Forense, y por tanto, las estructuras que los posibilitan deben modernizarse y actualizarse tanto en su organización como en su filosofía.

La Medicina Legal española está montada básicamente sobre el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, creado por Ley de 1855, comenzando a actuar de modo sistemático en 1862. Sus misiones han sido básicamente las periciales, en el campo penal y civil, aunque la Ley de Enjuiciamiento Criminal les asigna también funciones asistenciales a los lesionados y a los presos. Los Médicos Forenses son funcionarios de la Administración de Justicia adscritos a un Juzgado de Instrucción. Consecuencia de esta estructuración es que los Médicos Forenses actúan aisladamente, cada uno en su Juzgado, con un protagonismo absoluto, sea cual fuera la materia objeto de su intervención.

En el aspecto positivo de esta organización cabe señalar:

1.º Dependier directamente de un Juzgado de Instrucción; de este modo el juez dispone en todo momento y en cualquier lugar de su jurisdicción de un perito médico cualificado.

2.º Unidad en el acto pericial médico; el mismo médico interviene en el proceso de una lesión, desde el parte de esencia hasta el de sanidad. Igualmente el mismo médico hace el levantamiento del cadáver, la autopsia y todos los exámenes complementarios. Los informes periciales tienen, por tanto, una uniformidad y coherencia.

3.º El perito, al estar inmerso en el propio seno de la Administración de Justicia, llega a alcanzar un profundo sentido del porqué jurídico de la pericia, y de este modo puede enfocar mejor sus respuestas y soluciones a los Tribunales.

Estos elementos positivos son los que han hecho que este Cuerpo perdure tanto tiempo y que su estructura no se haya visto modificada.

En el sentido negativo caben hacerse los graves objeciones:

1.ª La Medicina Forense española ha vivido y vive de espaldas a la Especialización Médica. La Medicina ha evolucionado en los últimos veinte años más que en los diez siglos precedentes y de su progreso la Medicina Forense se ha aprovechado muy poco. El Médico Forense sigue practicando un peritaje individualista y abarcando todo el ámbito de las ciencias médicas y a veces aún más (ciencias biológicas) con los conocimientos que él solo puede adquirir.

2.ª Esa Medicina Forense individualista se ejerce, además, aislada de cualquier apoyo tecnológico, instrumental e institucional.

Con la Ley Orgánica del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses de 1947 se intentó paliar en parte esa laguna profesional, creando instituciones que posibilitasen una Medicina Forense especializada. Esas instituciones fueron los Institutos Anatómicos Forenses y las Clínicas Médico-Forenses. Los I.A.F. son meros depósitos judiciales, ínfimamente dotados, sin ningún medio de exploración y sin ningún aditamento que los diferencie de los meros depósitos de los cementerios. A estos locales acuden los Médicos Forenses a realizar sus autopsias, las que les corresponden por el Juzgado al que pertenecen, tal y como acude cualquier otro Médico Forense al cementerio de su partido a hacer la misma operación.

Las Clínicas Médico-Forenses, en número de cuatro, no pueden tampoco ponerse como ejemplo de algo que funciona a satisfacción.

Paralelamente, existe el Instituto Nacional de Toxicología, con tres secciones en Madrid, Barcelona y Sevilla. Este centro, bien dotado y servido por especialistas, tiene igualmente puntos débiles. La territorialidad no cubre adecuadamente a todas las regiones. Se encuentra muy alejado de los centros donde se produce la pericia y en completa desconexión con los peritos y médicos que intervienen directamente en las actuaciones. En el momento presente, justo cuando hay que encarar la reforma, nos encontramos con: Un Médico Forense que excepcionalmente tiene dedicación exclusiva a la función o a la especialidad, que estando adscrito a un Juzgado de Instrucción debe resolver toda suerte de peritajes con su esfuerzo, voluntad y «celo». Unas instituciones que pretendieron rellenar el vacío de la Especialización, pero que no han resuelto prácticamente nada, porque su propia estructura y presupuesto se lo impiden.

Frente a esta organización tenemos las de los países de la Comunidad Europea, otras como Portugal, Suiza, América, etc. En todos ellos la Medicina Forense se hace recaer sobre el Instituto de Medicina Legal. Son centros de ámbito regional donde se resuelven todos los problemas de ciencia forense de repercusión judicial. Se encuentran estructurados jerárquicamente, dotados con plantillas propias de personal especializado y ligados a los Centros Universitarios. Ello permite el aprovechamiento al máximo de los recursos humanos, materiales y una función docente absolutamente necesaria para la formación de los especialistas y de los alumnos de Medicina, amén de desarrollar una tarea investigadora.

La reforma debería tomar lo bueno de ambas instituciones. Hacer pivotar el peritaje sobre los Institutos y conservar un forense de «cabecera» o perito médico oficial adjunto a los Juzgados, desempeñando algunas de las funciones que hoy desempeñan.

Nuestra idea sobre la creación de los Institutos Médico-Legales no es una idea utópica, ni supondría una carga excesiva sobre los Presupuestos Generales del Estado. Se basa en un aprovechamiento al cien por cien de las Instituciones existentes, que en muchos casos sólo sería darle un carácter oficial a lo que de hecho ya viene funcionando de modo oficioso.

ORGANIZACION DE LOS INSTITUTOS MEDICO-LEGALES

Los Institutos Médico-Legales deben crearse en aquellos distritos Universitarios que tengan Departamentos de Medicina Legal. De este modo se cubre toda el área geográfica del país.

En atención al número de habitantes podrían crearse Institutos Territoriales y Provinciales.

1.º *Institutos Territoriales.*

Tendrían, como mínimo, las siguientes secciones:

- a) Tanatología: Con servicio completo de necropsias y análisis anatomopatológicos y radiológicos.
- b) Análisis clínicos.
- c) Laboratorio de Policía Científica: Criminalística, gabinete de identificación, balística, etc.
- d) Toxicología: Análisis toxicológicos y contaminación. Alcoholemias en relación con el tráfico, toxicomanía, etc.
- e) Clínica Forense: Psicología y psiquiatría forense y traumatología.
Servicio de Evaluación del Daño Corporal. Radiodiagnóstico. Eventualmente se concertarían los servicios de otros peritos especialistas, tales como: Otorrino, oftalmología, obstetricia, etc.
- f) Parque móvil para el transporte de cadáveres y desplazamiento de los facultativos a otros lugares.

2.º *Institutos Provinciales.*

Tendrían el servicio de Tanatología, dignamente montado para hacer las autopsias completas.

Las Clínicas Médico Forenses para el reconocimiento de los lesionados.

Los servicios de Tanatología estarían cubiertos por Médicos Especialistas en Medicina Legal y especialmente en Patología Forense, y los segundos por Médicos Especialistas con el Diploma en Reparación del Daño Corporal.

ESTRUCTURACION DE LOS INSTITUTOS TERRITORIALES

Estos Institutos deben nacer tomando como base instituciones ya existentes: Institutos Anatómicos Forenses, Departamentos Universitarios de Medicina Legal y Gabinete de Identificación de la Jefatura de Policía. En las ciudades de Madrid, Barcelona y Sevilla incorporaría las Clínicas Médico-Forenses y el Instituto Nacional de Toxicología. Sumando todos estos recursos tendríamos unos Institutos semejantes a los mejores del mundo.

Los Institutos deberían ubicarse en los lugares que mejor oferta de locales hiciesen, con tendencia a localizarlos en Centros Universitarios por razones de docencia e investigación.

Una coordinación interministerial con los oportunos sistemas de compatibilidades y compensaciones económicas permitiría a la Administración un sustancial ahorro económico, a la vez que se conseguía una mejor función.

En base a todo lo anteriormente expuesto, me permito sugerirle que todo el capítulo IV «De los Médicos Forenses» debe ser rechazado y redactado de nuevo bajo la concepción que antes hemos mencionado y que básicamente se resume así:

1.º Los peritajes médicos forenses y demás problemas médico-legales que puedan plantearse ante la Administración de Justicia. Los Gobiernos Autónomos y Corporaciones Locales deberán resolverse en los Institutos de Medicina Legal.

2.º Los Institutos de Medicina Legal serán de dos tipos: Territoriales y Provinciales. De acuerdo con el ámbito geográfico, población, demarcación judicial y elementos base que sirvan para su funcionamiento y desarrollo (Departamentos de Medicina Legal, Institutos Anatómicos, Clínicas Médico-Forenses, Instituto Nacional de Toxicología).

3.º Los Institutos Provinciales, cuyo desarrollo y competencia dependerá de los presupuestos antes expuestos, estarán adscritos a un Instituto Territorial, que, a su vez, prestará colaboración y ayuda a la resolución de los problemas que a aquéllos puedan plantearse.

4.º En todos los Juzgados de Instrucción, tanto de las ciudades como de las comarcas (actuales demarcaciones de partidos judiciales), existirán los Médicos Forenses, que, a su vez, estarán adscritos a un Instituto.

5.º El ingreso en la plantilla de los Médicos Forenses, adscritos a los Institutos o a los Juzgados, se hará por concurso-oposición entre médicos especialistas en Medicina Legal y Forense.

6.º La provisión de las plazas en los Juzgados de Instrucción de los Partidos Judiciales se pueden establecer por concurso-oposición, dentro de las respectivas Audiencias Territoriales o en el Tribunal Superior de Justicia de las Comunidades Autónomas, entre médicos especialistas. En el supuesto que fuera concursante único se le adjudicaría la plaza y pasaría a formar parte del escalafón de funcionarios. De este modo podría evitarse el que forensias estuviesen desiertas durante muchos años en manos de médicos que no poseen esta formación especializada.

7.º El acceso a los Institutos sería: por concurso de antigüedad, para desempeñar plazas en los Juzgados de Instrucción; y por concurso de méritos, para las distintas especialidades. Los médicos que cubran secciones especializadas deberán tener el título de Especialista en Medicina Legal y Diplomados en la sub-especialidad objeto de la plaza a cubrir.

Las secciones a cubrir por químicos, biólogos, farmacéuticos o funcionarios del Cuerpo de Policía, se harían por concurso de méritos.

8.º Los Institutos Territoriales tendrían «venia docendi» para impartir cursos de formación de especialistas y diplomas de sub-especialidad.

ALTERNATIVA SEGUNDA

En el supuesto de que no prosperase una enmienda a la totalidad del capítulo, sugerimos las siguientes enmiendas al articulado del Proyecto:

Enmiendas al artículo 526. — El cargo de Médico Forense se ejercerá en régimen de dedicación exclusiva a la Medicina Legal, en cualquiera de sus vertientes: Docente y/o pericial.

Los Médicos Forenses son peritos oficiales y no podrán intervenir a instancia de parte, salvo en función de arbitraje, cuando así fuese acordado por el juez o por las partes.

Artículo 527. — Los aspirantes al ingreso en el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses deberán tener el título de Médicos Especialistas en Medicina Legal y Forense.

(Creemos que el actual sistema de oposiciones, o cualquier otro que se adopte, con un temario exclusivamente teórico, no capacita al Licenciado en Medicina para el ejercicio de la función de Médico Forense. La formación de un especialista en Medicina Legal se basa en la observación. El método pericial requiere un aprendizaje que sólo puede adquirirse al lado de otros ya expertos, es decir, la observación médico-legal ha de ser docente y, por tanto, adquirida en un centro idóneo.)

El Centro de Estudios Judiciales, con el asesoramiento y cooperación de los organismos competentes, elaborará los programas de selección y perfeccionamiento, así como los baremos, que deban regir para la adscripción a plazas especializadas.

Artículo 529. — Los destinos serán a un Juzgado de Instrucción o a un Instituto de Medicina Legal bien territorial o provincial.

Artículo 531. — Los Profesores Numerarios de Medicina Legal de los Departamentos Universitarios deberán ser nombrados peritos consultores de la Administración de Justicia y adscritos a la Presidencia de la Audiencia.

(De este modo se da entrada a los Departamentos Universitarios de una manera oficial como órganos consultivos de la Administración de Justicia.)

Artículo 532. — En las capitales de provincia en las que coincida Audiencia Territorial y Facultad de Medicina existirá un Instituto Territorial. En las demás capitales de provincia un Instituto Provincial.

Tanto los Institutos Territoriales como los Provinciales tendrán adscritos los Médicos Forenses necesarios para cubrir los servicios de los Juzgados adscritos a las respectivas Audiencias.

Los Institutos Territoriales tendrán, como mínimo, los siguientes servicios: Tanatología, Laboratorio Médico-Legal y de Policía Científica, Toxicología, Clínica Forense y Parque Móvil.

Los Provinciales: Tanatología y Clínica Forense. De acuerdo con el número de habitantes estos servicios podrían ampliarse.

Artículo 535. — Debe ser suprimido.

(El Instituto Nacional de Toxicología, con sus tres secciones de Madrid, Sevilla y Barcelona, debe integrarse en el correspondiente Instituto Territorial de Medicina Legal.)

MODIFICACIONES QUE LA COMISION DE LEGISLACION DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA PROPONE ANTE EL PROYECTO DE LEY DE REFORMA DEL CODIGO CIVIL EN MATERIA DE TUTELA

A pesar de que tanto el proyecto como las enmiendas de los diversos grupos parlamentarios han sido publicados en el «B.O.E. de las Cortes» y todos los plazos han sido agotados, sin que la AEN haya sido consultada, ni los profesionales de la Salud Mental en general hayan tenido voz en las diversas redacciones, la Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría cree que todavía es tiempo de intentar subsanar algunos errores groseros, si algún grupo parlamentario recogiera la opinión técnica, que en este documento se expresa, en una enmienda *in voce*.

REDACCION ALTERNATIVA QUE SE PROPONE

Art. 200: Son causas de incapacitación los trastornos psicopatológicos y los déficits sensoriales que impidan a la persona dar un consentimiento válido.

Justificación.

Se pretende con ello proteger a aquellas personas que, de forma permanente o temporal, no puedan comprender el alcance de los negocios jurídicos, ni expresar su voluntad ante las proposiciones de los mismos; y, al mismo tiempo, evitar toda discriminación en un texto jurídico, basada en diagnósticos («alcoholismo y toxicomanías habituales»; todas las toxicomanías son habituales), o supuestos etiológicos («anomalías orgánicas o funcionales persistentes». ¿También el ciego o el cojo?), que necesariamente han de incurrir en una especificidad injustificada ante la Ley o en una fuente de confusión doctrinal y científica.

Art. 207: El Juez oír a los más próximos parientes del presunto incapaz, así como a los que tengan la guarda del mismo en instituciones o sean convivientes con él, y sin perjuicio de las pruebas practicadas a instancia de parte, podrá acordar de oficio cuantas se estimen pertinentes.

Art. 211: El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización del Juez que entienda en el sumario de incapacitación, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al Juez dentro de tres días.

Justificación.

La redacción propuesta por el Gobierno es tan confusa, que varios grupos parlamentarios han entendido que este artículo modificaba el Decreto de 1931 sobre el internamiento psiquiátrico en general, cuando el artículo debe referirse y se refiere, tan sólo, al internamiento psiquiátrico de aquellos a los que se le ha abierto un expediente de incapacitación. Por ello, precisando que la autorización judicial debe otorgarla aquel Juez que lleve el sumario de incapacitación, se evita cualquier duda interpretativa y cualquier eventual conflicto jurisdiccional.

CARTAS A LA ASOCIACION

Ilustrísimo Sr.:

En comunicación de 4 de noviembre de 1981, esta Subdirección elevó a V. I. el siguiente escrito:

«Como resultado de la Conferencia de Plenipotenciarios de Viena de 1971 se estableció el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas del mismo año que, suscrito por el Estado español, entró en vigor el 16 de agosto de 1976.

En base a dicho Convenio se establecieron cuatro listas que contienen un total de 32 sustancias sometidas a fiscalización. La lista I incluye por lo general los alucinógenos que somete a la fiscalización más estricta. La lista II, con las anfetaminas y otros estimulantes análogos del sistema nervioso central, con una menor fiscalización. Y las listas III y IV, donde aparecen barbitúricos de acción inmediata y retardada y los depresores similares; además, en la lista IV, la de menor fiscalización, figuran también tranquilizantes más suaves.

El Estado español, en su reglamentación específica, recoge las anteriores listas y reglamenta su fiscalización, pero también establece otra con 70 sustancias psicotrópicas que somete a normas de control (Real Decreto 2.829/1977, de 6 de octubre).

Si bien incumbe a la Organización Mundial de la Salud, la importante función de evaluar los medicamentos psicotrópicos, tanto de los existentes como de los nuevos, así como el promover su fiscalización nacional e internacional y en qué medida, en base al índice UTILIDAD/RIESGO, hemos de entender que para aquellas sustancias ya sometidas a fiscalización, un país miembro puede adoptar otras complementarias encaminadas a reducir esos riesgos, cuando las medidas implantadas no son suficientes, al subsistir un uso indebido que mantiene niveles de cierta gravedad en los problemas sanitarios y sociales sin que a la vez se alteren la utilidad de tales sustancias para determinadas terapias.

En este sentido entendemos la necesidad, en estos momentos, de incluir a las sustancias anfetamínicas con destino a la lucha contra la obesidad, y a los barbitúricos que se emplean y prescriben como hipnóticos y sedantes.

La UTILIDAD de tales sustancias para las aplicaciones indicadas es cuestionable frente al RIESGO que representa el abuso de las mismas o la indebida utilización; ésta en gran medida a causa de la prescripción de estos psicótropos por no especialistas en el tratamiento de trastornos neuropsiquiátricos en unos casos, y en otros, por importantes dificultades en disuadirlos de que receten los barbitúricos como hipnóticos y sedantes, así como por no haberse obtenido una respuesta eficaz de los enfermos para que no insistan en que se les prescriban fármacos como tales sustancias.

En consecuencia, entiende esta Subdirección General de Control Farmacéutico que, con independencia de cumplir con el Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, y de aplicar y complementar las normas contenidas en el Real Decreto 2.829/1977, de 6 de octubre, que procedería desarrollar el siguiente «programa» de fiscalización, con carácter prioritario o de urgencia, en el marco de otras medidas:

1. *A corto plazo* (seis meses).

- 1.1. Suprimir los preparados o especialidades farmacéuticas que contengan anfetaminas de las incluidas en la Lista II del Convenio de 1971, cuya indicación farmacológica o aplicación terapéutica esté destinada a la lucha contra la obesidad.
- 1.2. Suprimir en los preparados o especialidades farmacéuticas que contengan barbitúricos la indicación farmacológica o uso terapéutico como sedante o hipnótico.

2. *A medio plazo* (dieciocho meses).

- 2.1. Solicitar del Instituto Nacional de la Salud, como complemento de las medidas 1.1 y 1.2. que para la prescripción y dispensación de preparados farmacéuticos a base de anfetaminas y barbitúricos se establezcan las medidas cautelares precisas.
- 2.2. Proceder a la adecuación (supresión en su caso) de la composición o fórmula de las especialidades farmacéuticas que contengan alguna sustancia de las incluidas en la Lista II del Convenio de 1971, cuando dichas sustancias no constituyan el principio activo fundamental, al que deba la acción o indicación farmacológica del preparado.

2.3. Implantar, para una más efectiva fiscalización de los preparados con sustancias sometidas en la lista II y III por el Convenio de 1971 los siguientes mecanismos:

- a) La receta especial para su prescripción y dispensación.
- b) La declaración obligatoria de los lotes que los laboratorios fabriquen.
- c) Sistemas especiales de información y publicidad a los facultativos, cuando se trate de tales preparados.

2.4. Establecer la normativa específica que determine los medios a adoptar para el estudio de los «perfiles farmacológicos» de nuevos medicamentos psicotrópicos y para la revisión de los existentes, que permitan determinar la posibilidad de originar dependencia; así como de los principios básicos y su metodología, que faciliten el mejor conocimiento de los posibles riesgos de uso indebido y la evaluación de éstos. Todo ello en función de la utilidad terapéutica de los mismos.

En base a lo anteriormente expuesto, esta Subdirección General de Control Farmacéutico ruega a V. I. remita su autorizada opinión o informe al respecto, así como las sugerencias que estime oportunas que cabría introducir, para la máxima eficacia del programa que se propone.»

Reitero de V. I. remita su autorizado informe u opinión al objeto de contar con los mayores elementos de juicio en la puesta en marcha del programa que se propone.

Madrid, 14 de enero de 1982.

El Subdirector General

NAZARIO DIAZ

RELACION DE CUENTAS DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA DESDE 1-1-81 AL 31-12-81

ENTRADAS:	<i>Pesetas</i>	<i>Pesetas</i>
Ingreso por cuotas	2.092.089	
Devolución cheque extranjero	80.418	
Ingresado del Congreso	160.000	
Libros y Revistas	268.591	2.601.098
SALIDAS:		
Asociación Mundial	97.159	
Publicaciones	1.633.578	
Actividades Asociación (Reuniones, Juntas, viajes, etc.)	167.655	
Imprenta y material oficina	94.626	
Aportaciones Congresos o Jornadas	229.427	
Premios «Luis M. Santos» y «J. M. Sacristán»	100.000	
Cuotas devueltas	229.776	
Intereses y comisiones bancarias	185.869	
Gastos Secretaría	122.265	
Personal	431.000	3.291.355
RESUMEN		
Saldo en Banco al 31-12-80	996.994,59 PTAS.	
Entradas	2.601.098	"
TOTAL		3.598.092,59
Salidas	3.291.355,—	"
SALDO EN BANCO AL 31-12-81	306.737,59	"

CONGRESOS Y REUNIONES CIENTIFICAS

- VI CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES PSIQUIATRICOS.
Oviedo, 1982.
- VII CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGIA.
Santiago de Compostela, 14 al 17 de abril.
Tema general: «El sujeto en la psicología científica actual».
Secretaría: Dept. de Psicología Evolutiva. Facultad de Filosofía. Avda. de Juan XXIII.
- V JORNADAS INTERNACIONALES DE TERAPIA DE FAMILIA.
Tema: «Modelos sistémicos, modelo de crecimiento, hacia el cambio».
Lyon (Francia), 12, 13, 14 y 15 de mayo.
Inscripciones a: Association Lyonnaise de Therapie Familiale, Centre Hospitalier Spécialisé, Rue J. B. Perret, F-69450 St-Cyr-au-Mont-D'Or. Teléfono (7) 822 42 22.
- SIMPOSIO SOBRE «ALCOHOLISMO Y OTRAS TOXICOMANIAS EN EL TRABAJO».
Barcelona, 13-15 de mayo.
Secretaría: Soc. Catalana de Seguridad y Medicina del Trabajo. Tapinería, 10. Barcelona-2.
- INNOVACIONES EN PSICOTERAPIA Y TERAPIA DE FAMILIA.
Niza (Francia), 25, 26, 27 de junio.
Secretaría: Dra. Diana Sullivan Everstine. MRI/ETC. 555. Middlefiel Rd. Palo Alto. California, 94301. USA.
- IX CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA SOCIAL.
París, 5-9 de julio.
Secretaría: 23 rue de la Rochefoucauld, 75009. Paris.
- XII CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA.
Rio de Janeiro, 19-25 de agosto.
Tema: «Psicoterapia y cultura».
Secretaría: a/c Heloisa M. M. Costa. Rua Alcindo Guanabara, 24/sala 813. Rio de Janeiro. RJ-CEP: 20031. Brasil.
- II CONGRESO DE PSIQUIATRIA Y PSICOPATOLOGIA SOCIAL.
Oviedo, 17-18 de septiembre.
Secretaría: Hospital Psiquiátrico de Oviedo.
- IV JORNADAS NACIONALES DE LA AEN.
Octubre.
- XXXIII CONGRESO INTERNACIONAL DEL ALCOHOLISMO Y LAS DROGODEPENDENCIAS.
Tánger, 9-15 de octubre.
Secretaría: ICAA, case postale 140.1001. Lausanne. Suiza.
- SIMPOSIO REGIONAL DE LA WPA.
Marrakech, 31 de octubre a 4 de noviembre.
Tema: «Estados depresivos, ansiosos y delirantes».
Secretaría: T. Chkili. Hôpital Arrazi-Salè-Rabat-Marruecos.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL PARA LA SALUD MENTAL DE LA TERCERA EDAD.
El Cairo, 22 al 25 de noviembre.
Secretaría: Dr. A. M. Ashour. P. O. Box 290. Heliopolis. Egipto.