

REVISTA DE LA  
**ASOCIACION  
ESPAÑOLA DE  
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO III - NUM. 6 - ENERO/ABRIL - 1983

**Juegos psicóticos,**  
Fernando Colina

**Arte y simulacro,**  
Francisco Pereña

**Libros y folletos de psiquiatría en España,**  
J. L. Barona

**Psicoprofilaxis en el embarazo,**  
R. Gómez Esteban y S. Amilivia

**Comentarios acerca de dos casos de hemodiálisis infantil,**  
J. L. Pedreira y cols.

**La reforma asistencial psiquiátrica en la provincia  
de Barcelona,**  
Luis Cabrero Avila

**DEBATE: Informe del INSAM,  
Administración y Asistencia Psiquiátrica**  
Onésimo González

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

# Páginas de la Asociación

---

## EN TORNO AL CAMBIO

### DOCUMENTO PROVISIONAL DEL GRUPO DE TRABAJO CREADO EN TORNO A LA COMISION DE ASISTENCIA

*Participantes: A. Calvé, M. Gómez Beneyto, J. L. Cabrero, F. Marquínez, F. Torres, J. M. Freire, O. González, M. González de Chávez, F. Leal, C. Fernández Alvarez, E. Díaz-Noriega y J. García.*

La reunión se inició discutiendo aspectos de procedimiento: si el trabajo se iba a circunscribir a revisar y tratar cuestiones o problemas concretos e inmediatos o a la elaboración de un marco más general que permitiera enmarcar una estrategia de cambio asistencial.

Se explicitaron las razones que impulsaron la creación de este grupo de trabajo, así como las funciones de la Comisión de Asistencia y su dependencia de la Junta Directiva.

Hubo acuerdo en que mediante la acción de este grupo de trabajo se debería profundizar en los diversos aspectos alternativos en el área de la salud mental, de tal manera que se pueda extraer de su trabajo un cuerpo de opinión y unas elaboraciones sobre aspectos concretos y genéricos de la estrategia asistencial. El producto de su trabajo se trasladaría a la Junta Directiva y en base a él se expondrá al Ministerio de Sanidad, con quien se tiene pendiente una entrevista, las posiciones y expectativas de la A.E.N.P.; posiciones que, de forma sintética, podrán hacerse públicas a través de los medios de difusión.

La A.E.N.P. podrá asesorar a la Administración si, como tal Institución científica, se le solicita; esta colaboración no ha de menoscabar la independencia de criterio y actuación de la A.E.N.P. En cualquier caso la Asociación no debe esperar pasiva la elaboración de proyectos asistenciales por parte de la Administración y limitarse a su crítica, cuando sea pertinente, sino que debe tomar la iniciativa adelantando sus orientaciones generales y aquellos problemas que requieren una solución urgente.

Se pasó después a debatir los conceptos y elementos básicos en torno a los cuales ha de articularse el marco genérico en el que se han de encuadrar las estrategias de alternativa asistencial.

Se señaló que la referencia conceptual de orden genérico sería el de *la psiquiatría comunitaria y de la implantación de servicios completos en la comunidad*. Sin embargo, es preciso explicitar en lo concreto lo que representa la aplicación de los presupuestos en ella implícitos, porque parece haberse generado una terminología que es entendida de manera multívoca por los diversos profesionales.

Se recordó que la Asociación había manifestado ya su criterio en dos documentos, publicados en la Revista, que trataban de las «Características que definen las situaciones vergonzantes de muchas instituciones» y de los «Principios o condiciones básicas para impulsar los cambios» (ver «REVISTA DE LA ASOCIACION», núm. 3, 1982, págs. 118-119). Estos principios básicos, necesariamente muy sucintos, necesitan de un desarrollo y una adecuación.

## ELEMENTOS BASICOS DEBATIDOS

### I. De la integración

Es necesario instar al Ministerio para que se dote de una estructura con competencias definidas en orden a la elaboración y control de los programas globales de salud mental y asistencia psiquiátrica. Esta estructura

debería ser un interlocutor presente cuando se aborden con el Ministerio estos temas y tener una responsabilidad global claramente atribuida.

La creación de organismos de salud mental dotados de amplias atribuciones integrados en el organigrama del Ministerio de Sanidad fue una recomendación hecha por un comité de expertos de la O.M.S. hace ya muchos años, y la experiencia ulterior, en diversos países, ratificó el acierto de tal recomendación.

Esa diferenciación en el nivel superior del Ejecutivo facilitará el que se establezcan niveles de responsabilidad sucesivos en los diversos ámbitos (autonómico, provincial, etc.).

Existe una necesidad apremiante de acabar con la dispersión, con «ese terreno de nadie en que toda iniciativa es posible», y de contar con un marco referencial asumido por el Ministerio. En tanto esto no ocurra, los diversos proyectos de cambio y transformación están sujetos a una gran inestabilidad y son de una vulnerabilidad enorme, según prevalezcan o cambien los criterios de la «administración» de turno. Si ese marco referencial no se elabora con rapidez pueden ponerse en marcha iniciativas tan dispersas que después no sea posible darles un encuadramiento en un marco común.

Los niveles que se delimiten en la Administración más periférica, con funciones normativas, de planificación y control, han de estar perfectamente integrados en los correspondientes organigramas de la estructura sanitaria general. La desvinculación de los órganos encargados de la salud mental de la estructura sanitaria general —a través de órganos autónomos u otras fórmulas— no favorecen la integración, por el contrario favorecerán una organización verticalista y compartimentalizada de las diversas estructuras sanitarias.

Ese marco normativo de orden general y estatal debe permitir a los otros niveles (nacionalidades, regiones, etc.) expresar y desarrollar sus funciones de programación, planificación y coordinación, de tal manera que sea precisamente la posibilidad de esa pluralidad de concreciones lo que da sentido y materializa las directrices de orden general.

En el ámbito asistencial y de organización de servicios y funciones es preciso definir qué representa la integración.

La integración conlleva el cambio del modelo conceptual de intervención del equipo primario de salud, en el sentido de redefinir sus funciones y reforzar los elementos socio-psicológicos, así como una actuación por parte de los profesionales de salud mental no fragmentada ni escindida en el área sanitaria correspondiente. Esto remite al debate de los centros superespecializados, unidades autónomas, etc. Queda abierta la cuestión de dónde situar a los profesionales o equipos de salud mental. Sin duda, no deben organizarse de forma paralela y superpuesta al equipo de salud primario. El debate queda inconcluso a la hora de decidir si han de estar al mismo nivel; es decir, en ese mismo equipo de salud primaria, o bien en un segundo nivel y articulados orgánicamente con él.

La integración implica también los servicios sociales: se deberá articular una *integración socio-sanitaria*.

El marco o unidad en la que debe concretarse la integración socio-sanitaria será el *área sanitaria*: ningún recurso implantado en el área funcionará de forma autónoma o desvinculada del resto de recursos socio-sanitarios.

El enunciado anterior exige la *definición de las áreas básicas*, de forma adecuada, para la gestión de los servicios socio-sanitarios y para implantar en ellas servicios con capacidad para realizar acciones preventivas, de tratamiento y detección, y de rehabilitación. Exige también definir el modelo de jerarquización de los servicios de salud.

Es muy improbable, si no totalmente inverosímil, que pueda desarrollarse una auténtica integración de servicios socio-sanitarios, si no se va hacia un modelo de *SERVICIO NACIONAL DE SALUD*.

De todas formas, la integración funcional de servicios y recursos debería iniciarse ya en las comunidades o territorios en los que, por sus peculiaridades político-administrativas, sea viable.

## II. De los recursos asistenciales

Necesidad de hacer una evaluación, sin perfeccionismos paralizantes, de los recursos existentes y de su adecuación para los objetivos que se señalan en la estrategia que se diseñe.

Redundando en lo dicho, es preciso destacar la existencia de múltiples recursos que se superponen en sus intervenciones, que multiplican la demanda, que generan una «asistencia en cascada», que fragmentan al individuo y dejan, de otra parte, amplias «zonas» descubiertas.

La eficacia del servicio mejor intencionado será limitada, si no está coordinado con el resto de los existentes en su ámbito.

En este capítulo aparece como tarea primordial la superación de aquellos recursos — instituciones — sobre cuya nocividad existe un gran acuerdo, y a los que es necesario aplicar una acción especial desinstitucionalizadora. Acción que tampoco debe ser aislada o escindida, sino simultánea con el resto de intervenciones sanitarias que se desarrollen en el área.

En este campo de las acciones desinstitucionalizadoras conviene definir los objetivos con claridad y precisión: definir programas, objetivos y recursos alternativos para alcanzarlos.

A la hora de definir los recursos necesarios para desarrollar una nueva estrategia asistencial y de promoción de la salud es obligado primar aquellos precisos para intervenir en la propia comunidad, también conocidos como extra-hospitalarios, y los posibilitan la permanencia en la propia comunidad de personas con limitaciones en su autonomía. El tema de la hospitalización, cuando existe cobertura y disponibilidad por parte de otros servicios, ha de ser redefinido con estricto rigor.

Las acciones desinstitucionalizadoras no deben partir de cero, ni olvidar experiencias habidas en este país, tanto para valorar aspectos positivos y aún utilizables como para reconocer sus errores y no repetirlos.

### **III. De la formación del personal asistencial**

Es necesario abordar con nuevos criterios la formación en psiquiatría de los médicos y de los especialistas. Por lo que se refiere a estos últimos es preciso modificar tanto el «currículum» como los lugares donde habitualmente se les imparte esa formación.

Definir la profesionalización del personal auxiliar y la formación pertinente.

Acotar en los servicios sanitarios un espacio para la formación clínica y comunitaria de los psicólogos (PIR u otras fórmulas).

### **IV. Financiación**

En un S.N.S. la financiación estaría claramente apoyada en los presupuestos generales del Estado.

En la actualidad, y en la perspectiva de una integración funcional, la financiación deberá proceder de la entidad administrativa que cubre el riesgo del usuario. En nuestras circunstancias, debería serlo mayoritariamente a cargo de la Seguridad Social. Se deben suprimir formas de financiación que impiden el desarrollo de un nuevo modelo asistencial: pago por cama/día, por acto médico, etc. Cuando estas entidades no tengan servicios asistenciales propios en determinadas zonas, deberían evitarse duplicidades y concertar sus prestaciones con otros servicios de la red pública, si los hubiere.

### **V. Organización democrática y participativa**

Los respectivos servicios deben organizarse de forma participativa, que implica no sólo la participación de los profesionales de la salud sino también de la comunidad.

### **VI. La situación jurídica y legislativa**

Se debe abordar la situación jurídica de los internados, la legislación en torno a los internamientos, y la legislación psiquiátrica en general que en la actualidad no favorece el desarrollo de un modelo de implantación de servicios completos en la comunidad.

El Coordinador de la  
Comisión de Asistencia,  
J. GARCIA

## SERVICIOS PSIQUIATRICOS DE LA DIPUTACION DE SEVILLA

### 1. NOTA DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION, ENVIADA A LA PRENSA EN EL PASADO MES DE ENERO

La Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, enterada de la no renovación del contrato de Director de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Sevilla al doctor Manuel González de Chávez, Presidente de la Asociación, y de la supresión de la Junta de Gobierno (representativa) del Psiquiátrico de Miraflores, sustituida por un Consejo de Gerencia (no electivo) y de la no autorización a realizar reuniones de trabajo intersectoriales entre los diversos equipos del Hospital —según venía haciéndose con anterioridad—, quiere manifestar públicamente su preocupación por si estas medidas fueran encaminadas a paralizar la reforma psiquiátrica sevillana, al tiempo que designa una comisión para recabar información directamente a la Diputación de Sevilla, por cuanto desconoce cuáles son los argumentos técnicos y/o político-sanitarios en los que se basan tales medidas.

En la actualidad, se está realizando en Andalucía un esfuerzo coordinado y respaldado por las Administraciones locales y autonómicas para cambiar la situación anacrónica de la salud mental: Huelva, Málaga, Sevilla y Jaén son exponentes de esta labor que tuvo su reflejo público en las IV Jornadas de la Asociación, celebradas en diciembre pasado en Jaén. Una regresión de la reforma psiquiátrica en Sevilla podría ser de graves consecuencias para el cambio de la salud mental en la nacionalidad andaluza.

### 2. PLENO DE LA DIPUTACION DE SEVILLA

D. ANTONIO JIMENEZ HERNANDEZ, SECRETARIO GENERAL DE LA EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL DE SEVILLA

**C E R T I F I C A :** Que en la Sesión Plenaria Ordinaria celebrada por esta Excma. Corporación Provincial el día treinta de diciembre de mil novecientos ochenta y dos, se registraron las siguientes intervenciones literales, de los Sres. D. Javier Aristu Mondragón y D. Miguel Angel Pino Menchén, en relación con el punto que a continuación se cita.

«Urg. 3. — Denuncia del contrato con el Dr. D. Manuel González de Chávez:

**Sr. Aristu:** Sin intervenir sobre este punto que para nuestro Grupo, pues aclara desgraciadamente una situación que nos parecía confusa en los últimos meses; si es voluntad mayoritaria de esta Corporación, con el voto en contra de nuestro Grupo, de prescindir, denunciando, el contrato con el actual Gerente de los Servicios Psiquiátricos, quisiéramos intervenir en el sentido de, como decía anteriormente el portavoz de la UCD, que estar por la reforma, que yo dudo, implica, evidentemente, estar por los reformadores. No ha existido en la Historia de este mundo ninguna política que esté de acuerdo con una reforma, en abstracto, si no está de acuerdo con lo que implica esa reforma. Evidentemente que para nuestro Grupo, como Grupo Político y como responsables que hemos sido hasta ahora, que somos, de la Visitaduría del Psiquiátrico, ha sido realmente lamentable asistir durante este último año, yo diría que casi desde los dos últimos años, a, podríamos denominar, la movida del Psiquiátrico. Desde una serie de presiones del punto de vista social que, indudablemente, han existido, de diferentes sectores de la sociedad sevillana, de determinados sectores profesionales que, en ningún momento, han estado convencidos de una reforma moderna y progresiva de la asistencia psiquiátrica, desde los obstáculos implícitos que evidentemente el Grupo de la UCD ha estado marcando en la gestión de esta Corporación, no sólo de la Gerencia y también, por qué no decirlo, a las dudas, a las ambigüedades que el Grupo Socialista ha tenido con el tema de la reforma psiquiátrica. En ningún momento nosotros queremos adoptar el papel de valedores personales del actual Gerente, pero sí, también por otro lado, no caer en la argucia de pensar que existe una reforma en abstracto, si no se está de acuerdo con la persona que fundamentalmente ha impulsado, desde el punto de vista gerencial y clínico, dicha reforma, hasta el punto de que en una situación económica, profesional y yo diría que incluso humana, bastante lamentable del actual Gerente, en el mes de agosto implícitamente se le garantiza el mantenimiento, la prórroga del contrato en unas condiciones que, evidentemente, tenían que ser mejores que las que actualmente tiene, y tengo que decir que en esa garantía entra, incluso, el actual Consejero de Sanidad y Consumo de la Junta de



Andalucía. Actualmente asistimos a una definición ya, por parte de la Presidencia y del Grupo Socialista, de prorrogar como máximo el contrato al Gerente hasta el mes de mayo. Nos parece que, evidentemente, el puesto de una Gerencia de los Servicios Psiquiátricos es merecedor de un trato laboral y humano mucho mejor del que se le puede estar dando. Pensamos que desde ese punto de vista, ya digo que lamentablemente, pero afortunadamente, asistimos ya a una aclaración absoluta y total de cuál es la postura de los Grupos de parte de esta Corporación, con respecto al mantenimiento del actual Gerente. Por otro lado, pensamos que es necesario proseguir, continuar y desarrollar la reforma del Psiquiátrico, y repito: si es voluntad mayoritaria de esta Corporación con el voto en contra nuestro, de poner las cosas de tal manera que el actual Gerente no tenga más remedio que en el mes de febrero cesar en el cargo porque, evidentemente, parece casi de broma decir que se le va a prorrogar seis meses el contrato cuando asistimos en esta Casa, en el último año, a prórrogas y a establecimiento de contratos por períodos de cuatro años, que a mí, objetivamente, se me tiene que demostrar por qué en el caso de la Gerencia esta Corporación no puede comprometerse seriamente en unas condiciones laborales con un cargo de la importancia que tiene la Gerencia de los Servicios Psiquiátricos, como para tener que prorrogárselo sólo seis meses. Termino en el sentido de que, bien lo que nos queda a esta Corporación, como la Corporación que venga, la experiencia positiva y los aspectos negativos que haya podido tener la gestión de los aspectos psiquiátricos en nuestra provincia, siga adelante en los aspectos positivos y defina seriamente el Partido que, evidentemente, va a tener dentro de pocos meses el mayor protagonismo en todos los temas de la Corporación Provincial que, evidentemente, defina cuál va a ser su política psiquiátrica y que, en ese sentido y a pesar de los pesares, yo le desearé los mejores éxitos.

**Sr. Pino:** Gracias, Sr. Presidente. Hubo un tiempo en este país que existió una persona que creyó que podía prolongar su poder político más allá de su vida física, y pensó que lo podía dejar todo atado y bien atado, y tiempo después se encontró con que no era así. No solamente hubo un tiempo, en este país, y una persona que pensó eso, hubo otros tiempos, otros países y hubo otras personas que también pensaron de forma similar. Pero eso es imposible. Lo que pasa es que parece ser que ahora hay personas o grupos que intentan dejar atado más allá de su propia presencia y de su propio peso específico, en determinadas circunstancias. Yo creo que para hacer una reforma, y quiero dejar a salvo la integridad personal del Dr. González de Chávez, que para hacer una reforma no es necesario con tener unos criterios claros en política sectorial —en este caso en política psiquiátrica— sino que es necesario, al mismo tiempo, acometer y ser portador de una reforma a otros niveles de la sociedad. En este caso, el nombramiento del Dr. González de Chávez se hizo en esta Corporación con un compromiso además. Se le respaldaría durante un período de tiempo que duraría el mandato de esta Corporación. Nosotros estamos dispuestos a mantener el compromiso que se adoptó y que, posiblemente, el portavoz del Grupo Comunista no conoce porque en aquel momento no estaba aquí, y no se lo han contado; el compromiso que se adoptó en aquel momento, de respaldar al Gerente de los Servicios Psiquiátricos durante todo el período de tiempo que durara esta Corporación. Y por eso es por lo que proponemos la prórroga del contrato hasta, incluso para que no haya un período vacacional, un período de ausencia de estructuras dentro del Psiquiátrico, la prórroga del contrato hasta el mes de mayo o hasta el mes de junio. Cumplimos nuestro compromiso, pero pensamos que hay que buscar en todo momento a las personas más idóneas para desarrollar y llevar a cabo las distintas tareas y para hacer la reforma no es necesario ser reformador sino, y valgan las palabras, que es preciso ser reformista. Difícilmente se puede hacer de otra forma distinta, y no se puede pretender que se va a modificar una política determinada cuando, al mismo tiempo, se están manteniendo privilegios para determinados cargos dentro del mismo Centro. Por ello es por lo que nuestra posición es muy clara: una posición coincidente, además, con los responsables de política sanitaria, de política de salud, del Partido Socialista, no solamente ya a nivel federal, no solamente, perdón, a nivel regional con la Junta de Andalucía, sino también a nivel federal, y en él el Ministerio de Salud Pública. Es necesario profundizar en la reforma psiquiátrica que en estos momentos se está desarrollando desde la Diputación Provincial. Y lo mismo que en la vida política se ha puesto de manifiesto que para períodos de transición, determinadas personas pueden valer, determinadas estructuras, determinados instrumentos pueden valer, pero para otros no; entendemos que es el momento de encontrar instrumento más idóneo para profundizar en esa reforma psiquiátrica, y seguir adelante en el camino de una sociedad más libre, más pluralista y más democrática también para el Psiquiátrico.

**Sr. Aristu:** Como réplica, Sr. Presidente, y aunque nunca me gustan las réplicas, pero de entrada las alusiones del portavoz Socialista me parecen de mal gusto, al menos el comparar la persona de un señor como D. Francisco Franco con el Grupo Comunista, me parecen comparaciones que no ha lugar, puramente anecdóticas, evidentemente. Por otro lado, respecto al tema de los compromisos adquiridos, evidentemente que tienen su versión. Yo tengo otra que no coincide con la del Sr. Pino. Y no voy a aludir ni a sacar aquí a la luz compromisos de despacho, pero que, evidentemente ha habido por parte de responsables del Partido Socialista su compromiso con el mantenimiento del Dr. González de Chávez, eso es evidente, y que ha habido compromisos personales por parte de responsables de la Corporación y de la Junta de Andalucía, eso es evidente. Esconder bajo la fórmula de la prórroga de seis meses el mantenimiento de la relación me parece,

cuando menos —lo dije antes— una broma también de mal gusto con el cargo de una Gerencia. Un Gerente que pierde un puesto asegurado en la Diputación de Madrid, porque se le garantiza en cierta medida su mantenimiento en el cargo de la Gerencia de los Servicios Psiquiátricos, y que nos encontramos que ahora ni va a tener la plaza en Madrid ni va a tener la plaza en Sevilla. Y respecto a la coherencia sanitaria del PSOE yo le deseo, realmente se la deseo, pero que en la práctica no lo estoy viendo porque desde diferentes portavoces del Partido Socialista, las opiniones sobre el tema de la reforma psiquiátrica son bastante contradictorias. Finalmente, respecto al tema de que necesitan otras personas para profundizar la reforma psiquiátrica, está en su derecho de decirlo, lo único que falta decir es si es condición inexcusable para conseguir eso: el carnet del Partido Socialista. Si ésa es la condición para conseguir la reforma psiquiátrica, evidentemente eso refleja una opción de los problemas de la gestión de los asuntos sociales, con los cuales, evidentemente, no coincidimos, y si entramos en el fondo del asunto, entremos y veamos cuáles son los aspectos que realmente motivan que el Grupo Socialista no garantice el mantenimiento de esa persona en el cargo de la Gerencia. Entremos en el fondo, pero no andemos rodeando y dando anécdotas, cuando menos, repito, creo que tenemos bastante, las opiniones con las diferentes actuaciones que ha tenido el Grupo Socialista sobre el tema psiquiátrico.

**Sr. Pino:** Muy brevemente, Sr. Presidente, porque me parece que el Sr. Aristu se ha excedido en su réplica, al menos en lo que políticamente se entiende qué es una réplica. Yo lo único que quiero decir...

**Sr. Presidente:** Yo le rogaría que su intervención no diera lugar a dúplica.

**Sr. Pino:** Eso es. Yo lo único que quiero decir, Sr. Presidente, es lo siguiente: Es que parece ser que hay quien está interesado en que no se valore la gestión que se haya realizado en el Hospital Psiquiátrico. Pensamos que esa gestión hay que valorarla, que ya es una gestión de tres años, que hay que valorarla y que tiene que ser la nueva Corporación quien también la valore y quien pueda tomar decisiones, sin que estemos hipotecando su posible toma de decisiones en un punto tan importante como es éste. Nosotros no queremos estar hipotecando futuras decisiones, aunque hay quien sí tenga su interés. Es todo.»

Y para que conste, y surta los efectos oportunos, expido la presente certificación, a petición del Sr. Vicepresidente 1.º de la Corporación, D. Javier Aristu Mondragón, y con el visto bueno del Sr. Presidente, en Sevilla a doce de enero de mil novecientos ochenta y tres.

### **3. ANALISIS DE LA SITUACION QUE ATRAVIESA EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MIRAFLORES DE SEVILLA**

#### **ANTECEDENTES**

En el año 1980, a instancias de un grupo de trabajadores del Hospital Psiquiátrico de Miraflores, fundamentalmente el Comité de Empresa, con mayoría de CC.OO., apoyado por auxiliares y algunos técnicos, la Diputación Provincial de Sevilla asume la iniciativa de poner en marcha un proceso de cambio en dicho Centro. Uno de los primeros problemas que se plantean es quién asume la Dirección de tal proyecto en el Hospital Psiquiátrico, ya que el Dr. D. Julio A. Guija Fernández (expedientado actualmente por faltas injustificadas al trabajo), Director en aquellos momentos, no parecía ser la persona adecuada debido a que su forma de ejercer tal cargo era una de las quejas reiteradas por parte de los trabajadores que estimaban necesaria la transformación de este Hospital.

Aparece la necesidad, por tanto, de la figura de un Gerente que pueda asumir y conducir dicha transformación. Se empiezan a barajar nombres y, entre los candidatos posibles, figuran el Dr. Tortajada, propuesto por el grupo socialista de la Diputación Provincial de Sevilla, el Dr. González de Chávez, propuesto por la A.E.N. atendiendo a la propuesta del Diputado Visitador perteneciente al grupo comunista de pedir ternas a organismos científicos, y el Dr. Trujillo propuesto por algunos técnicos del Centro.

En el Hospital Psiquiátrico de Miraflores, ante el temor de que la Diputación Provincial imponga su candidato, se crea una Junta de Gobierno al amparo de un Decreto de 1980 con el fin de intervenir en la selección y someter a su juicio la terna propuesta.

Finalmente, el candidato elegido es el Dr. González de Chávez a pesar de no ser el deseado por algunos técnicos del Centro, miembros de la Junta de Gobierno, ni por el grupo socialista de la Diputación Provincial de Sevilla.

A partir de este momento se inicia un período de dificultades como consecuencia de las resistencias externas e internas respecto a la propuesta del Dr. González de Chávez de ampliar la plantilla del Centro en número de doce psiquiatras, cuatro psicólogos y cuatro asistentes sociales tras selección pública y, por otra parte, el bombardeo espectacular de la prensa local manipulada por parte de algunos técnicos del Hospital y el grupo centrista de la Diputación, donde se vertían ataques personales en un intento de desacreditar públicamente al nuevo Director de los Servicios Psiquiátricos.

En abril de 1981 el Dr. González de Chávez propone las directrices de la reforma psiquiátrica: la potenciación del trabajo en equipo; la sectorización; la necesidad de iniciar un estudio epidemiológico para una mejor planificación de la asistencia psiquiátrica en Sevilla y provincia; la reorganización del Servicio de Rehabilitación; la apertura del Club Social de pacientes; la puesta en marcha de las consultas ambulatorias; la creación de un Archivo Central de historias clínicas e informatización del trabajo de asistencia social y la creación de la Escuela de Auxiliares Psiquiátricos.

Como consecuencia de las resistencias ya reseñadas y la aparición de informes litigantes al respecto, este proyecto de reforma no es aprobado hasta julio de 1981 en Sesión Plenaria de la Diputación Provincial de Sevilla.

A finales del 81 tiene lugar una campaña difamatoria puesta en marcha por la UCD y la prensa de Editorial Católica («El Correo de Andalucía») que da lugar a la apertura de una investigación en el Centro a petición del grupo de diputados de la UCD y autorizada por el Presidente de la Diputación Provincial. En el curso de esta investigación se produjeron robos y publicación de documentos clínicos que ratificasen la campaña de prensa, que al ser denunciados por los compañeros del Sector afectado provocan la apertura de un expediente a los mismos por haber calificado de inmoral la actitud del grupo centrista de la Diputación. Ante la amenaza de expediente se produce una reacción de apoyo masivo a los presuntos sancionados con la petición mayoritaria al Presidente de la Diputación de que convoque una reunión extraordinaria de la Junta de Gobierno del Hospital (aprobada en sus fines y composición en Sesión Plenaria del 3 de noviembre de 1981) en calidad de Presidente de la misma para esclarecer la situación. A pesar de haber cubierto los requisitos legales para la convocatoria extraordinaria de la Junta de Gobierno, el Presidente de la Diputación no sólo no la convoca, sino que ni siquiera se celebran ninguna de las trimestrales previstas con carácter ordinario en el reglamento de dicha Junta de Gobierno, así como las que posteriormente se solicitaron con carácter extraordinario. Esta situación irregular se mantiene hasta que con fecha 8 de enero de 1983 se nos comunica la disolución de la misma por Decreto Presidencial. Con esta actitud queda destruido el único órgano democrático y representativo del Hospital.

Por otra parte, el funcionamiento en equipo así como la sectorización y las diferencias contractuales de los técnicos (laborales y funcionarios), empiezan a crear un malestar entre técnicos que disfrutaban de posiciones privilegiadas en la situación previa a la reforma.

Sería conveniente señalar que de forma simultánea a estos acontecimientos, y a lo largo de todo el proceso de reforma, un grupo de trabajadores de ideología afín a la extrema derecha y bien relacionado con el antiguo Director del Centro, ponen en marcha una campaña continuada de acusaciones y amenazas a las personas que avalaban el proceso de transformación del Hospital, manifestándose anónimamente a través de panfletos y pintadas.

## SITUACION ACTUAL

Iniciamos el análisis de la situación actual en el verano pasado, momento en el que además de iniciarse un proceso de evaluación de la reforma por estamentos y servicios hospitalarios, durante el que se ponen de manifiesto posturas contrarias a las directrices observadas por la reforma, la Diputación Provincial impone el control horario mediante firmas con exigencia del cumplimiento de las 42 horas semanales para todo el personal técnico, sin atender previamente las diferencias salariales antes observadas entre técnicos laborales y funcionarios.

En este marco referencial destacamos, por su repercusión posterior, los siguientes hechos:

1. Desmantelamiento de la Unidad de Psicoterapia de Grupo con el fin de integrarla en los Sectores, dando lugar a un enfrentamiento de los trabajadores (técnicos y auxiliares) de dicha Unidad con el Dr. González de Chávez y entre los técnicos.
2. Reagudización del conflicto salarial de los técnicos laborales por agravio comparativo con los técnicos funcionarios de nueva contratación, iniciándose medidas de presión de boicot a todas las actividades ini-



ciadas con la reforma. El malestar provocado por la no resolución por parte de la Diputación del conflicto de los técnicos laborales es imputado emocionalmente al Dr. González de Chávez como único responsable.

3. Iniciación de contactos de los sectores más contrarreformistas del Hospital con parte del grupo socialista de la Diputación Provincial de Sevilla.

4. La contratación, a instancias del PSOE de la Diputación, a la empresa SOFEMASA para realizar un estudio del estado actual de la organización de los centros sanitarios de la Diputación y propuesta de reestructuración de los mismos. En dicho informe se constata:

a) La desaparición en la práctica de las funciones del Director de los Servicios Psiquiátricos.  
b) La propuesta de reorganización a través de una estructura jerárquica de corte piramidal, donde la toma de decisiones y la información están limitadas exclusivamente a los canales jerárquicos, imposibilitando el trabajo en equipo. Esta jerarquización se basa en conceptos anticuados de organización de empresa.

5. Contratación en diciembre del 81 por un período de cuatro años de D. Angel Ojeda Avilés como Director Económico-administrativo de los Servicios Sanitarios de la Diputación Provincial.

6. Creación en noviembre del 82 por Decreto Presidencial del llamado Consejo de Gerencia como órgano asesor del Gerente del Area Sanitaria que coincide en la persona de D. Angel Ojeda. Este órgano asesor está compuesto por:

- Gerente del Area Sanitaria (Sr. Ojeda).
- Director de los Servicios Psiquiátricos (Dr. Chávez).
- Director Clínica Psiquiátrica (Dr. Gotor).
- Director Hospital Psiquiátrico (Dr. Guija) que, al hallarse sancionado por seis meses en la actualidad, es sustituido por el Subdirector del Hospital Psiquiátrico, Dr. Baras Valenzuela.
- Administrador del Centro (Sr. Aguilar).
- Jefe de Personal (Sr. Amores Méndez).
- Jefe de Enfermería (Sr. Figueroa).
- Sr. Arquitecto de la Diputación Provincial.

Las primeras reuniones del Consejo de Gerencia se celebran en fechas en las que el Director de los Servicios Psiquiátricos no puede asistir por hallarse ausente justificadamente.

Si bien se recoge en el Decreto por el que se constituye este Consejo de Gerencia que su función es de asesoramiento al Gerente del Area Sanitaria, en la práctica se autodenomina y constituye como órgano de Dirección colegiada con capacidad decisoria y ejecutiva, aplicando las líneas básicas del informe SOFEMASA, y quedando como único espacio de toma de decisiones al estar derogada la Junta de Gobierno y anulada la capacidad decisoria de los equipos en la nueva planificación del Centro.

7. La puesta en marcha de la red extrahospitalaria a través de Centros Comarcales de Salud, creados poco antes de las elecciones al Parlamento andaluz por convenio entre la Diputación y los Ayuntamientos, prescindiendo de la opinión y colaboración de los trabajadores del Hospital Psiquiátrico y sin esperar los resultados del estudio epidemiológico que se venía realizando para una mejor planificación de la asistencia psiquiátrica en la provincia de Sevilla y una mejor utilización de los recursos.

8. La celebración, a finales de diciembre de 1982, de las elecciones sindicales con el triunfo de la candidatura independiente vinculada a ideologías de la extrema derecha, tras la pérdida de credibilidad de los miembros del Comité de Empresa precedente (básicamente de CC.OO.) por hallarse implicados en la defensa del proceso de reforma y de los problemas asistenciales, dado que la reforma había supuesto una radicalización del trabajo que implicó la pérdida de ciertos privilegios económicos a los trabajadores. En estos momentos se observa un cambio de actitud en sentido favorable de la Diputación hacia el actual Comité de Empresa, frente al escaso eco que el anterior Comité tenía en la Corporación.

9. La decisión no justificada de esta Diputación Provincial de no prorrogar el contrato del actual Director de los Servicios Psiquiátricos, Dr. González de Chávez, más allá de seis meses, frente a los cuatro años por él solicitados como fundamentales para estabilizar el proceso de reforma. Las razones esgrimidas por el grupo socialista, con el apoyo de la UCD, se reducen a que no se trata de la persona idónea y al deseo de no hipotecar a la próxima Corporación.

Estos argumentos no nos parecen convincentes por las siguientes razones:

a) Una reforma psiquiátrica no puede ser evaluada en menos de dos años de funcionamiento esperando resultados imposibles de conseguir en dicho plazo.

b) El análisis y la evaluación de la reforma psiquiátrica de Sevilla y de la gestión del Dr. González de Chávez sólo es válido en función de los objetivos y directrices aprobados por la Diputación en julio del 81.

c) Con posterioridad a la contratación de D. Manuel González de Chávez se han realizado contratos por períodos de cuatro años de duración (y mayor retribución económica) como el de D. Angel Ojeda y D. Carlos Conde (pertereciente al equipo de SOFEMASA y contratado como Gerente de Personal), que, al parecer, no van a comprometer ni hipotecar a la próxima Corporación.

Por todo ello, queremos hacer constar nuestra preocupación acerca del futuro de las reformas psiquiátricas iniciadas en otros hospitales psiquiátricos (andaluces y del resto del país) dada la falta de apoyo real que el poder político ha prestado a dichas iniciativas a pesar de arrogarse el protagonismo de las mismas. La situación concreta del Hospital Psiquiátrico de Miraflores ya está produciendo efectos negativos sobre un proceso de cambio iniciado hace dos años en Sevilla, que había empezado a demostrar su eficacia a pesar de las resistencias internas y la actitud poco clara de la Diputación Provincial de Sevilla.

Ante la situación descrita, queremos denunciar públicamente la actitud ambigua de la Diputación Provincial de Sevilla ante el proceso de reforma psiquiátrica seguido en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores, al mismo tiempo que exigir de dicha Corporación argumentos válidos que justifiquen la no contratación del Dr. González de Chávez por más de seis meses, así como la obstaculización a un proyecto iniciado con la aprobación en Sesión Plenaria de dicha Diputación Provincial de Sevilla.

Sevilla, 25 de enero de 1983.

**Jesús M. CABEZUDO ARTERO**  
Vicepresidente de la A.A.N.

**Teresa CAPILLA RONCERO**  
Secretaria de la A.A.N.

**Cristina VILLALBA QUESADA**  
Vocal por Sevilla de la A.A.N.

#### **4. ENUMERACION DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA LABOR REALIZADA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MIRAFLORES DURANTE LA GESTION DEL DR. GONZALEZ DE CHAVEZ, DIRECTOR DE LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS DE LA EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL DE SEVILLA**

**Enviado con ruego de publicación por el Diputado Provincial de Sevilla Antonio Sánchez Acosta**

Sin ánimo de hacer un balance exhaustivo de la labor realizada en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores en el período de gestión del Dr. González de Chávez, bajo la dirección del grupo comunista de la Diputación, encargado de la visitaduría del Hospital, enumeramos, brevemente, algunos de los aspectos más significados de la reforma psiquiátrica emprendida en el curso de los dos últimos años en el Centro y la provincia.

##### **1. Duplicación del personal técnico**

Debido a que la plantilla anterior del Hospital Psiquiátrico de Miraflores (trece psiquiatras, dos psicólogos y ocho asistentes sociales) era una de las más bajas de España en relación al número de pacientes internados, se contrataron doce psiquiatras, cuatro psicólogos y cuatro asistentes sociales, tras convocatoria pública y abierta.

##### **2. Trabajo en equipo del personal técnico y auxiliar**

El trabajo en equipo de los diversos profesionales de la salud mental sustituye a la forma de trabajar anterior, aislada, individualista y estrechamente jerarquizada. Con el trabajo en equipo se amplía la concepción de los problemas de los enfermos mentales, tanto en sus causas como en su expresión y tratamiento, integrando los diversos enfoques biológicos, psicológicos y sociológicos. El trabajo en equipo aumentó el potencial terapéutico de la institución, facilitando la homogeneización y aprendizaje mutuo de los miembros del equipo.

### **3. Nuevas actividades terapéuticas**

En estos dos años las actividades psicoterapéuticas del Hospital se han multiplicado considerablemente. Semanalmente se llevan a cabo más de 40 sesiones o reuniones de terapia de grupo (grupos de agudos, de crónicos, de psicóticos, de neuróticos, de preparación de asilos, asambleas de pacientes, sesiones de terapia familiar, reuniones con enfermos ingresados en observación, sesiones de bioenergética, H.W.M. con enfermos agudos, grupos de terapia ocupacional, grupos de teatro, etc.).

Las actividades terapéuticas de grupo se han multiplicado en cinco o seis veces con respecto a las existentes en 1980. Casi todos los enfermos de nuevo ingreso reciben alguna forma de psicoterapia.

### **4. Supresión del tratamiento con electrochoque**

Desde octubre de 1981 hasta la actualidad no se ha vuelto a poner un electrochoque a ningún enfermo ingresado en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores. Con anterioridad, 1980 por ejemplo, uno de cada cinco enfermos ingresados recibía electrochoque. Después de un control estadístico que se inició en 1981, el número de este tipo de tratamiento fue reduciéndose hasta desaparecer. Desde octubre de 1981 hasta la fecha para indicar un electrochoque el médico que lo proponga debe discutir el caso con los demás miembros del equipo y obtener el consentimiento del enfermo o sus familiares.

### **5. Reducción del número de internados**

En estos dos años el número de pacientes ingresados en Miraflores ha disminuido en 150. Sin llevar a cabo ninguna política de desinstitucionalización, sino procurando que aquellos enfermos que salgan del Hospital se encuentren siempre en mejores condiciones personales y terapéuticas que dentro del mismo, y la mayor actividad asistencial de la plantilla del Centro ha permitido disminuir en casi un 15 % el número de pacientes internados.

### **6. Sectorización de la provincia**

Para una mejor atención a los pacientes y un aprovechamiento más racional del personal técnico y auxiliar, se procedió a la sectorización de la capital y la provincia. Se crearon tres grandes sectores asistenciales que incluían distritos municipales y comarcas rurales, de modo que en toda la atención de los pacientes procedentes de cada uno de esos sectores correspondiese a los mismos equipos terapéuticos.

### **7. Creación de guardias psiquiátricas**

Con anterioridad a la reforma emprendida no existían psiquiatras de guardia para la atención urgente de los pacientes, tanto los internados como otros que pudiesen acudir al Centro en busca de ayuda o internamiento. La reorganización de la guardia incluye la presencia durante las 24 horas del día de un médico internista y un médico psiquiatra, lo que ha supuesto una mejor atención de las urgencias y una disminución considerable de internamientos innecesarios.

### **8. Reorganización del Servicio de Medicina Interna**

Este Servicio ha sido considerablemente mejorado en estos dos años. Dispone en la actualidad de cinco médicos internistas que trabajan diariamente en el Centro con jornada completa y están en conexión estrecha con los equipos psiquiátricos de los Sectores.

Esto ha permitido una mejor atención de los problemas somáticos de todos los internados, una disminución considerable de envío a otros hospitales de pacientes y la atención detenida, sin demora y sin masificaciones de todas las consultas de medicina interna que se solicitan, controlándose al día todos los tratamientos de este tipo y las exploraciones complementarias que se precisan.

## **9. Campaña de erradicación de la tuberculosis**

Dentro de las actividades realizadas en estos dos años, se ha llevado a cabo un control radiológico de tórax de todos los pacientes internados. De este modo se han podido detectar a unos enfermos con procesos pulmonares diversos y algunos casos de tuberculosis que han sido sometidos a tratamiento.

## **10. Control ginecológico**

En colaboración con el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial se ha realizado igualmente un reconocimiento sistemático de mujeres internadas en el Centro con vistas a la prevención de afecciones ginecológicas y, en especial, el cáncer uterino.

## **11. Programa de revisión dietética**

Gracias a la colaboración entre el Servicio de Medicina Interna y la Intendencia se ha efectuado una reorganización y programación de las dietas alimenticias de los pacientes, ajustándolas a las necesidades calóricas del tipo de vida que realizan y con vistas a la evitación del sobrepeso que sufría un gran número de internados, como consecuencia de dietas arbitrarias e irracionales.

## **12. Adquisición y actualización de material técnico-sanitario**

En estos dos años se ha renovado completamente el material técnico de Radiología y Laboratorio, adquiriendo, además, algunos instrumentos de los que carecíamos, como el tomógrafo, la reveladora automática, fotómetro, etc.

## **13. Diversas mejoras relacionadas con la Intendencia**

Debido al trabajo del Intendente, de nueva contratación en este Centro, se ha podido ordenar e inventariar los almacenes de todo tipo de productos (alimentación, ropa, material de limpieza, farmacia, etc.), suprimiendo diversas irregularidades y llevando a cabo mejoras que implican considerables ahorros económicos. Asimismo, se ha preparado la reestructuración de la cocina en personal y bienes de equipo.

## **14. Mejora en el mobiliario**

En estos dos años se ha empezado a dotar a diversos Sectores y Pabellones del Centro de mobiliario de nueva adquisición.

## **15. Biblioteca**

Se ha creado, asimismo, la biblioteca científica del Centro y se ha aumentado la cuantía de libros que se adquirieron para la misma.

## **16. Archivo central**

Se está llevando a cabo la creación y organización de un archivo central de historias clínicas, inexistente con anterioridad.



## **17. Mejoras en el suministro de agua**

Con objeto de atender al Centro en los casos de reducción del suministro de agua con motivo de la sequía, se ha habilitado y dotado de instrumentos técnicos y sanitarios un pozo de agua en el interior del recinto del Centro, que permite cierto grado de autosuficiencia del Hospital en los casos de restricciones.

## **18. Adquisición de un equipo de video**

Hemos adquirido, con fines terapéuticos y docentes, un equipo de video portátil y se ha habilitado diversas salas o habitaciones para su utilización.

## **19. Docencia al personal auxiliar**

En estos dos años se han llevado a cabo varios cursos y seminarios dedicados a la formación del personal auxiliar. Algunos de ellos han sido realizados exclusivamente por personas de este Centro y otros en colaboración con el INEM. Los temas tratados han sido diversos: Clínica psiquiátrica, dinámica de grupos, técnicas básicas para el cuidado del paciente, introducción a la medicina somática, primeros auxilios y socorrismo, etc. En estos cursos han participado más de la tercera parte de los auxiliares del Hospital.

## **20. Docencia a A.T.S. y Asistente Social**

Se ha reanudado la docencia a A.T.S. y A.S. que estaba desde hacía años suspendida. Dicha docencia se lleva a cabo en colaboración con la escuela de A.T.S. de la Residencia «Virgen del Rocío» y la escuela de la Cruz Roja, y con la escuela oficial de A.S.

## **21. Docencia a estudiantes de Medicina**

La docencia a los estudiantes de Medicina se ha desarrollado en estos dos años por todo el personal técnico de los Servicios Psiquiátricos. Los estudiantes de Medicina han podido conocer en su período de prácticas el funcionamiento del Hospital y han asistido a reuniones y actividades de los diversos equipos. Recientemente el Convenio firmado entre la Diputación Provincial y la Universidad de Sevilla permitirá consolidar estas actividades docentes.

## **22. Docencia a Psicólogos y estudiantes de Psicología**

En estos dos años el Hospital se ha abierto también a la docencia de Psicólogos y estudiantes de Psicología, que han colaborado voluntariamente en las actividades realizadas. Unos 40 Psicólogos han venido trabajando regularmente con nosotros con vistas a la participación en el estudio epidemiológico de la provincia.

## **23. Estudio epidemiológico**

Con el objeto de conocer realmente la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en la provincia de Sevilla, hemos venido trabajando durante estos dos años, en colaboración con la Cátedra de Medicina Social y Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, en la preparación y realización de un estudio epidemiológico cuyas dos primeras fases están ya acabadas y las siguientes preparadas para su inmediata realización.

#### **24. Fichas informatizadas de trabajo social**

Para facilitar el trabajo social con vistas a las actividades de rehabilitación y reinserción de los pacientes internados, se ha confeccionado por las A.S. del Centro, en colaboración con el Servicio de Informática de la Diputación, una ficha que contiene todos los datos necesarios para llevar a cabo esta tarea y que puede ser introducido en el circuito del ordenador de la Diputación.

#### **25. Primeras experiencias de trabajo en la Comunidad**

Por cada uno de los equipos de los diversos Sectores se han iniciado diversas experiencias de trabajos comunitarios y de colaboración con servicios educativos, sanitarios y sociales de la provincia. A modo de experiencia piloto se ha realizado una labor más detenida de asistencia a pacientes a domicilio, dinámica de grupos, intervención con grupos familiares, etc., en el barrio de San Jerónimo y, también, en la barriada limítrofe de Pino Montano, que plantea la necesidad de incidir en las actitudes de la población hacia los enfermos mentales y en las relaciones que se producen a causa de la presencia de los pacientes del barrio.

#### **26. Apertura del Club Social**

En este período de tiempo también se ha abierto el Club Social en el interior del Hospital, para facilitar la convivencia y socialización de los pacientes. A este Club Social se le va a dotar, de modo inmediato, de diversos servicios que actualmente están localizados en diversos lugares del Centro (tiendas de productos realizados en los talleres por los enfermos, bibliotecas, peluquerías, etc.).

#### **27. Camping y veraneo de los internos**

Los internos, a lo largo del verano, además de utilizar la piscina que está en el recinto del Hospital, han podido acudir en grupos reducidos a campings en la costa de Huelva y a una residencia que la Diputación Provincial posee en el pueblo de Chipiona y que, hasta ahora, nunca había sido utilizada por los internos de Miraflores.

Muchos de los pacientes que han ido a la playa en estas ocasiones no habían salido del Centro desde hace más de 10 ó 15 años.

#### **28. Grupos de teatro**

Entre las actividades terapéuticas iniciadas en este período está la del grupo de teatro que, con fines terapéuticos, se ha organizado con la colaboración de personal y pacientes y que ha representado con éxito una obra de creación propia en el salón de actos del Centro, que ha sido grabada en video para su difusión fuera del mismo.

#### **29. Reducción de horas extras innecesarias**

Otro de los aspectos organizativos que vale la pena subrayar es el ahorro de casi 60 millones de pesetas en horas extras que realizaba el personal y que, sin detrimento de ninguna actividad asistencial y con la simple organización laboral correspondiente, se han demostrado innecesarias.

De la misma forma, la organización del trabajo de los A.T.S. ha permitido cubrir los turnos de tarde con tres de ellos, mientras antes sólo había un A.T.S. para todo el Centro en jornada de tarde.

#### **30. Modificación de las Ordenanzas fiscales**

Para conseguir que la Seguridad Social se vea obligada a pagar el internamiento de los enfermos mentales y apoyándonos en sentencias favorables a dicho pago de las Magistraturas de Trabajo y el Tribunal Cen-

tral de Trabajo, se promovió una modificación de las Ordenanzas fiscales de la Diputación, haciendo a la Seguridad Social responsable solidaria del pago de la asistencia y abriendo un camino jurídico que permita en un futuro resolver esta cuestión.

### **31. Junta de Gobierno representativa**

Por primera vez en un Centro Psiquiátrico se ha creado una Junta de Gobierno representativa de todos los profesionales de la salud mental implicados (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, A.T.S., auxiliares psiquiátricos y personal no sanitario). Dicha Junta de Gobierno fue aprobada por el Pleno de la Corporación del 3 de noviembre de 1981.

### **32. Atención psiquiátrica a pacientes judiciales**

Otra iniciativa de gran interés, que ha sido resultado de la colaboración entre el Centro Penitenciario de Sevilla y los Servicios Psiquiátricos de la Diputación, es la creación de una normativa para la atención, la mayoría de las veces en la misma prisión, de las personas con problemas mentales que estén en la misma en calidad de procesados y presos, normativa que ha sido sancionada por unanimidad por la Junta de Jueces Penales de Sevilla.

### **33. Apertura del Centro a los medios de comunicación y a diversas instituciones sociales**

Para facilitar la labor informativa y hacer frente a diversas noticias intencionadamente falsas o falseadas producidas por personas que en el interior del Centro se oponían, en función de sus particulares intereses, a la reforma psiquiátrica, se ha venido facilitando el acceso y conocimiento del mismo a diversos sectores sociales (centros escolares, AA.VV., etc.) y, en especial, a la prensa y la radio que, con total libertad, han podido realizar su trabajo informativo, conociendo la verdadera realidad del Hospital Psiquiátrico.

### **34. Salta la tapia**

Como consecuencia de esta misma apertura del Hospital a toda la población, se llevó a cabo, los días 4, 5 y 6 de junio del pasado año una feria de Miraflores denominada «Salta la tapia», en la que se invitaba al conocimiento de la realidad manicomial que se está transformando. A lo largo de los tres días unas 20.000 personas visitaron el Hospital Psiquiátrico y participaron en los diversos festivales y actividades culturales y recreativas que tuvieron lugar, cambiando sus prejuicios respecto a la institución manicomial y conviviendo e interactuando con las personas internadas.

### **35. Apertura de consultas ambulatorias**

Desde primeros del presente mes el Hospital Psiquiátrico dispone de consultas ambulatorias para la atención de todas las personas que lo soliciten. En un breve plazo de tiempo se van a abrir también consultas específicas para la atención psiquiátrica infantil, de acuerdo con los presupuestos económicos ya aprobados y unas obras en realización.

Sevilla, 2 de febrero de 1983.

## 5. BALANCE DE DIEZ MESES EN LA GESTION DE INTENDENCIA

### INTRODUCCION

Evidentemente, en el Hospital Psiquiátrico estaba suficientemente justificada la creación del puesto de Intendente, cuyo cometido comenzó a principios de abril de 1982, con una línea directriz maestra de elevar el nivel de servicio y esto, a ser posible, con una reducción del gasto; incomprensible «a priori» pero realmente conseguido, quedando todavía mucho camino por recorrer, al menos tres veces más.

Ni que decir tiene que lo anterior ha sido posible porque la gestión anterior era deficiente y fácilmente superable. El sistema de control y la racionalidad era precario y, consecuentemente, el nivel de despilfarros, fugas y gastos inadecuados era alto.

### DIAGNOSTICO

**Viveres y artículos de limpieza.** —Las entradas se registraban mediante los M-1 *formalmente*, si bien la recepción cuantitativa y cualitativa era muy deficitaria. Las salidas registradas en los M-6 de almacén no correspondían, en su mayoría a las reales; por ejemplo, o se daban automáticamente a las entradas sus correspondientes salidas (sólo en teoría) o cada vez que se comenzaba una partida o una caja (?), quizá más por miedo a los posibles errores en el incremento de secuencias de registrar las salidas reales que por disponer de una mercancía ya dada de salida, pero que efectivamente se encontraba «libre» dentro de los almacenes.

No se contabilizaban los consumos de las diferentes unidades de consumo o receptoras, ni existían vales de salida de almacén, firmados por las personas decisorias o responsables dentro de cada unidad y, por supuesto, se pudiera siempre demostrar los destinatarios de las mercancías.

El inventario efectuado en abril del 82 no coincidía, pues, en absoluto, con lo registrado, observando que las existencias reales superaban, generalmente, a aquéllas.

La ausencia de controles reales representaban una importante cantidad de productos descontrolados, con la importancia que de ello se pueden derivar. Ni qué hablar de la diversificación de almacenes, estanterías inadecuadas, cobertura de necesidades a falta de realizar ya que nadie las captaba, del vacío que existía de la necesaria interrelación con la Central de Compras y unidades receptoras o consumidoras, etc.

**Cocina.** —A partir de mayo de 1982 se confeccionan unos menús semanales que se exhiben en los pasillos y comedores de las diferentes plantas y pabellones para información de los pacientes y exijan su contenido, equilibrados en valores vitamínicos, calóricos, etc., con un abanico suficiente de alimentos para la compensación justa a nivel dietético, de donde, poco a poco, se ha ido imponiendo una colaboración por parte de los cocineros y no ha faltado en absoluto voluntariedad, si bien ha exigido, por parte de Intendencia, un gran aporte de tiempo, tacto e inyección continua de emotividad, aunque los medios técnicos disponibles eran tercermundistas. Después de varias reuniones de la dirección con todo el personal de cocina en un clima de colaboración transparente se ha confeccionado un proyecto de reestructuración detallado, tanto personal como material, encontrándose desde hace más de un mes «congelado».

### RESULTADOS ECONOMICOS

He aquí una visión macro-económica respecto a la adjudicación semestral de viveres y material de limpieza en los tres últimos semestres:

	<i>Pesetas</i>	
Adjudicación primer semestre 1982 .....	32.356.620	
Adjudicación segundo semestre 1982 .....	28.863.903	- 3.492.717
Petición primer semestre 1983 .....	27.885.306	- 937.081
		<hr/> - 4.429.798 <hr/>



Hemos llegado a una reducción del gasto semestral de 4.429.798 pesetas, pero fácilmente *duplicables* si la dotación de medios ya planificada en cocina se pusiera en funcionamiento como, por ejemplo, self-service, inclusión de cámaras frigoríficas en despensa, etc.

Al ahorro semestral mencionado hay que sumarizar el *aumento* del nivel de servicio conseguido que sólo en parte se encuentra, por ejemplo, en el desayuno: chocolate en días festivos, «Nesquik» en alternos, con gran variedad de alimentos, que hay que darlos pues el menú semanal se hace público a los pacientes, no pueden quedar en los «almacenillos» de planta, en almuerzos inclusión casi constante de ensaladas (lechugas con tomate, atún...), en cenas inclusión casi constante de un tercer plato y en postres con enriquecimiento de su variedad, aparte de las frutas convencionales, como natillas, yogures (el 30 % más que antes) con lo que, efectivamente, este aumento se puede fácilmente cifrar entre el 15 y 20 % que, redondeando hacia el mínimo, supone, aproximadamente 4.800.000 pesetas. Pero, ¡ojo!, esto supone la parte de nivel de servicio cifrable, existe otra como puntualidad, agilización de cobertura de necesidades, intensificación de la comunicación, intensificación fiestas en plantas para los pacientes en las que la cocina colabora improvisando ensaladas, etc.

Resumiendo este capítulo de despensa si sumamos:

	<i>Pesetas</i>
Ahorro semestral .....	4.429.798
Aumento nivel servicio (sólo lo cifrable) .....	4.800.000
<b>TOTAL SEMESTRE .....</b>	<b>9.229.798</b>

## PROYECTOS EN CURSO Y RESULTADOS PREVISIBLES

**Farmacia.**—Existe el sistema ideal para fomentar el despilfarro, fugas y deterioro así como para conseguir los desfases imaginables de imputaciones entre los tratamientos reales nominativos por pacientes y salidas reales de farmacia, una verdadera «economía de papeles» cuya frecuencia diaria de vales se acumulan en cantidades que son incontrolables. Aún sin ayuda de la informática, que incomprensiblemente no existe, se ha diseñado la forma manual para llevar no sólo un control racional sino un alivio administrativo y laboral por las diferentes plantas, pero hasta la presente no ha habido semáforo verde, aún después de la elección de la persona hace mes y medio para implantarlo. No supone inversión alguna ni de medios técnicos ni de personal. Se trata, simplemente, de confeccionar unos cuadrantes pacientes/tratamientos que, sumariados éstos por módulos o sectores sirven de salida para la Farmacia, pero salidas que van sólo de acuerdo con la ficha de tratamiento ni más ni menos, nada de vales firmados por la persona válida o no, nada de vales firmados ya en blanco por las plantas, nada de medicamentos tirados por las taquillas en situación de surplus, etc. vamos impensable, faltan palabras para un país con recursos limitados. Calculo aquí, como mínimo, redondeando hacia abajo, del 15 al 20 % que, indudablemente, nos demostrará más, pero en principio son 4.000.000 de pesetas al menos anuales.

**Lavandería.**—Otra selva a cuyo frente está una religiosa de 78 años, con un personal compuesto mayoritariamente por pacientes y con un aporte de medios técnicos deficientes, inadecuados al que le acompaña un servicio de mantenimiento ineficaz con la resultante, pues, en gasto de detergente, deterioro de ropa (cientemente ropa atrasada de más de un mes con la consecuente pestilencia y putrefacción). Aquí existe también una planificación de medios humanos y técnicos a la espera del semáforo verde.

**Almacenillos.**—Si sumáramos sus existencias (bajo la custodia de religiosas gobernantas) sería tan cuantiosa como los almacenes principales del Centro, con el costo económico que ello conlleva, deterioro, obsolescencia y la pérdida de control, especialmente en tejidos y calzados que actualmente se está *intentando* controlar.

**Inventario general.**—El qué o cuánto inventariable parecía no necesario a nivel administrativo. Se hacía un inventario anual pero era más formal que real y se basaba, principalmente, en datos *históricos* más lo comprado en el año. Aquí se ha concebido un sistema desgraciadamente no mecanizado por falta de medios, para llevar a tiempo real lo inventariable y saber en cada momento las existencias y su ubicación, consecuentemente detectando cualquier falta.

## RESUMEN

Podríamos resumir el ahorro anual (cifrable) real y previsible (valorado con excesiva prudencia) en:

	<i>Pesetas</i>
Real alimentación y limpieza .....	8.859.596
Previsible .....	9.000.000
Aumento nivel de servicio actual (lo cifrable) .....	9.600.000
Previsible Farmacia (muy bajo) .....	4.000.000
<b>TOTAL (sin contar otros) .....</b>	<b>31.459.596</b>

(\*) Nota Bene. — Estamos en una economía alza (los precios no bajan: suben).

Se hace necesario mencionar que la gestión y los proyectos antes detallados y otros de menor importancia, por el momento, se han desarrollado por parte de Intendencia, si bien con el apoyo de la dirección, pero con dificultades y contratiempos por parte de la Administración, que consideraba de inicio la figura del Intendente como encargado de sólo la Despensa y parece que lo avanzado en otras parcelas, por lo anteriormente expuesto, tiende a «congelarse».

Seguimos luchando para que los proyectos se hagan realidad, pues parece valen la pena, aunque hasta la presente de la gestión realizada sólo ha habido resonancia por parte de la dirección cesada de forma positiva.

Sevilla, 8 de febrero de 1983.

## CENTRO DE HIGIENE MENTAL DEL CARMELO

La A.C.S.M. (Associació Catalana per la Salut Mental), en virtud de lo expuesto en sus estatutos, y concretamente en el apartado 3.º de sus fines («potenciación y defensa de las alternativas en la asistencia psiquiátrica que superen la ideología y la práctica manicomial») contempla con profunda preocupación como:

1. Un equipo con un funcionamiento *democrático y alternativo* despide a dos personas después de cuatro años de trabajo en el CAP-CHM del Carmelo (durante los tres primeros años de forma totalmente gratuita y, más tarde, con la subvención del Ayuntamiento y el concierto con la Diputación) en diciembre de 1981.

2. Con el *despido* de estas *dos personas* y con el *cese voluntario* provocado por estos hechos de *otras tres*, desaparece lo que había definido durante mucho tiempo el CAP-CHM del Carmelo y lo había situado como modelo ante la Administración y otros Centros de lo que era el trabajo comunitario en un barrio: El Carmelo.

Esta línea comunitaria había consistido en un contacto y trabajo periódico, con todas las instituciones del barrio (AA.VV., Escuelas, Esplais, Consejo de Distrito, etc.) y con los habitantes del mismo, con el fin de sensibilizar a la población de lo que significa la «locura», el manicornio, el desarraigo de la persona en el momento del ingreso, etc... Así como en ofrecer una línea asistencial alternativa a la que viene desarrollándose desde otros estamentos e instituciones clásicas.

3. El equipo *coordinador* despide, aprovechando la coyuntura creada por la Diputación de reducción de plantilla, a las personas que le resultaban *molestas* por las diferencias ideológicas, personales y profesionales, cerrando, con ello, un área que sólo les servía de fachada: El área comunitaria.

4. Pensamos, a raíz de estos hechos, que el trabajo comunitario en un barrio no tendría que ser fruto del esfuerzo individual de un Centro, sino el compromiso de los entes públicos que financian la Asistencia Psiquiátrica (Diputación de Barcelona) en dedicar mayores partidas para la creación de recursos en la comunidad, y no contemplar la Asistencia en términos cuantitativos, sino de calidad asistencial y de prevención.

También queremos adherirnos al acto que protagonizó la AA.VV. del Carmelo que, al intentar aclarar con el equipo del Centro dicha situación, se les impidió la entrada, claro exponente de la falta de un planteo serio de la comunidad, base fundamental de toda alternativa psiquiátrica. Dicha Asociación ha hecho una denuncia pública a los medios de comunicación, *no* reconociendo al equipo que permanece en el CAP del Carmelo en la actualidad.

## LA FEDERACIÓ D'ASSOCIACIONS DE VEINS A L'OPINIÓ PÚBLICA

### LA ASOCIACIÓN DE VECINOS DEL CARMELO ANTE EL DESPIDO DE DOS TRABAJADORAS DEL CENTRO DE HIGIENE MENTAL DEL CARMELO

La Asociación de Vecinos del Carmelo denuncia el despido por parte de la Coordinación del Centro de Higiene Mental del Carmelo de dos de sus trabajadoras, lo cual supone la desaparición del Área de Acción Comunitaria del Barrio en el Centro de Asistencia Primaria (CAP) del Carmelo.

El Centro de Higiene Mental del Carmelo nace como una asociación de trabajadores de asistencia psiquiátrica que intenta responder a las *necesidades expresadas a través de la propia Asociación de Vecinos*, a la problemática que en este campo se produce en el barrio. En este contexto, y ya desde el primer momento, se acuerda entre el Centro y la Asociación de Vecinos que el carácter de la asistencia no se reduzca a una acción terapéutica más o menos individualizada, sino que esta misma acción tenga un carácter más integral, inmersa en todo un conjunto de actuaciones en las áreas de asistencia social, de relaciones con otras instituciones psiquiátricas y, sobre todo, con una estrecha relación con la dinámica comunitaria del propio barrio.

Posteriormente, la Diputación de Barcelona pone en marcha una red de Centros de Asistencia Primaria (CAP) en Salud Mental, uno de los cuales queda ubicado en el barrio del Carmelo, estableciéndose un convenio entre la propia Diputación y el Centro de Higiene Mental del Carmelo para su gestión y funcionamiento. A pesar que la Diputación expresa su acuerdo con el criterio asistencial antes dicho, los condicionamientos en cuanto a horario y número de personal que se concretan en el referido convenio no son los más adecuados para cubrir los objetivos previstos. A pesar de estos inconvenientes durante todo este año pasado, el Centro de Higiene Mental procura mantener una serie de horario y personal adecuados, al tiempo que se van manifestando una serie de contradicciones en el seno del propio Centro, sobre todo por parte del sector de Coordinación, que cada vez más manifiesta su tendencia a *reducir las áreas de trabajo más comunitario en beneficio de las de asistencia terapéutica individualizada*.

En la actualidad, y en el momento de tener que renovar los contratos, todos los conflictos y contradicciones latentes estallan concretándose en el despido, por parte de los responsables de Coordinación Enric Mora y Clara Bardón, de estas dos trabajadoras. Este despido se concreta a partir de una «votación interna» de todo el equipo.

Ante estos hechos, la Asociación de Vecinos envió una representación al Centro de Higiene Mental para escuchar las razones que los habían llevado al despido de las dos trabajadoras. El equipo decidió no recibir a los representantes del barrio, reincidiendo en su actitud de hacer las cosas al margen de la Asociación de Vecinos, mas teniendo en cuenta que las despedidas eran las que asumían la relación con el barrio.

Ante este hecho, propio de una institución ajena y extraña al barrio, la Asociación de Vecinos del Carmelo expresa su extrañeza por la falta de voluntad de diálogo por parte del Centro, al tiempo que manifiesta su preocupación por el hecho de que una institución de la que es cofundadora se ponga al margen de los intereses del barrio y adopte estas posturas totalmente antidemocráticas.

**Asociación de Vecinos del Carmelo  
Federación de Asociaciones de Vecinos de Barcelona**

(\*) En el próximo número de la Revista publicaremos el informe de una Comisión enviada por la Junta Directiva de la Asociación para informarse de la situación.

### CARTAS ENVIADAS AL PRESIDENTE DE LA DIPUTACION Y AL DIPUTADO PRESIDENTE DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE BARCELONA

A petición de la Asociación Catalana para la Salud Mental, la Junta de Gobierno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en la última reunión celebrada el día 22 de enero del presente año, al tener conocimiento de la situación inestable por la que atraviesa la incipiente reforma de la asistencia psiquiátrica de la provincia de Barcelona, ha decidido enviar a dos destacados expertos en asistencia psiquiátrica, el Dr. Víctor Aparicio Basauri, Vicepresidente 2.º, y al Dr. Ernesto Díaz Noriega, miembro de la Comisión de Asistencia, con el objeto de recabar la información precisa que difundir a todos nuestros asociados y manifestar expresamente nuestro apoyo al plan de reforma de la asistencia psiquiátrica que se ha iniciado en Barcelona.

Le agradecería facilitase a estos dos miembros de la Asociación, en la medida de lo posible, los medios a su alcance para que puedan realizar la tarea que la Asociación Española de Neuropsiquiatría les encomienda. Muchas gracias por su amabilidad.

27 de enero de 1983.

Manuel GONZALEZ DE CHAVEZ

## **CARTA ENVIADA AL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO**

Excmo. Sr.: La Junta Directiva de esta Asociación solicita la regulación de la formación postgraduada, según el modelo MIR, para los licenciados en psicología que desean trabajar en el campo de la psicología clínica, tanto hospitalaria como extrahospitalaria. Consideramos que la actual situación es discriminatoria para este grupo de profesionales con respecto a los que tienen acceso al sistema MIR (médicos, biólogos, farmacéuticos, químicos). Asimismo, en nuestra opinión, la formación postgraduada de los psicólogos clínicos redundaría en una mejora de la calidad de la asistencia psiquiátrica.

**Víctor APARICIO BASAURI**  
Presidente de la Comisión de Formación

## **ENTREVISTA DE LA JUNTA DIRECTIVA CON EL SUBSECRETARIO DE SANIDAD**

El pasado día 11 de marzo, la Junta Directiva mantuvo una entrevista con el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, Dr. Pedro Sabando, expresándole su preocupación por la situación de la Salud Mental y la necesidad de una rápida actuación en una serie de aspectos básicos. En todo momento el Dr. Sabando estuvo de acuerdo con los planteamientos efectuados.

Los puntos mínimos (de inmediata aplicación) que la Junta expuso son:

1. Creación de un organismo con carácter normativo de Planificación, a nivel ministerial que, sin perjuicio de la necesaria descentralización y competencias autonómicas, posibilite unas líneas comunes en todo el Estado y sienta las bases de una reforma de la Salud Mental en el marco de un Servicio Nacional de Salud.
2. Zonalización de la asistencia, unificando en cada área todos los recursos públicos (Seguridad Social, AISNA, Diputación, Ayuntamientos y entidades contratadas), tanto a nivel preventivo como curativo o rehabilitador.
3. En cada área, los equipos de los Servicios de Salud Mental se harán cargo de toda la demanda y de las diversas estructuras públicas existentes: Unidad de Admisión, Centros extrahospitalarios, Servicios Hospital General, Hospital Psiquiátrico, etc., y de la prevención y promoción de la Salud Mental.
4. Coordinación de los Servicios de Salud Mental con los sanitarios generales y los de Asistencia social.
5. Separación de la Neurología y de la Psiquiatría en los ambulatorios de la Seguridad Social. Dedicación completa de los sanitarios de estas consultas e integración en los equipos del área.
6. Atención especial a la Psiquiatría infantil, absolutamente ignorada en nuestro país.
7. Control de la creación de nuevos servicios para evitar la duplicación.
8. Financiación de los Servicios de Salud Mental sin discriminación de ningún tipo.
9. Reestructuración de la Comisión de Especialidades que evite la absoluta parcialidad de la actual, que viene perjudicando la formación y, por consiguiente, la asistencia.

## **INFORMA LA ASOCIACION ANDALUZA DE NEUROPSIQUIATRIA (Federada a la Asociación Española de Neuropsiquiatría)**

El día 20 de enero se reunió la Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, con carácter urgente y extraordinario, con el objeto de considerar la grave situación por la que atraviesan los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Sevilla y para definir la postura de la Asociación ante ello.

Además de los datos de conocimiento público (informaciones en la prensa local y regional, entrevista al Dr. González de Chávez, opiniones del diputado Sr. Arjona, intervenciones de los señores diputados en el pleno ordinario de 30 de diciembre, etc.) pudimos conocer el análisis de la situación del Hospital de Miraflores elaborado por los miembros de la directiva de la Asociación (vicepresidente, secretaria, vocal por Sevilla) que prestan sus servicios profesionales en el mismo y cuyos argumentos, valoraciones, denuncias y exigencias hace propias la Junta Directiva. Conocimos, por último, la opinión sobre la situación del Hospital expresada por diverso personal, de todos los estamentos, así como alguno de los contenidos de una entrevista celebrada por el Dr. González de Chávez con diputados provinciales y el Sr. Consejero de Sanidad de la Junta y asesores del mismo.



La conclusión de todo ello es que se ha iniciado una verdadera contrarreforma de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Sevilla, políticamente se han impuesto las tesis de UCD que, cual Cid redivivo, gana batallas después de muerto. Las resistencias, ambigüedades y contradicciones del grupo socialista de la Diputación no han permitido generar la decisión política suficiente para romper el espeso muro de resistencias e intereses que definen y mantienen el manicomio y se oponen a la reforma. Dos decretos de la presidencia de la Diputación de los últimamente acordados, disolviendo la Junta de Gobierno uno e impidiendo una reunión técnica intersectorial otro nos hace retroceder en el túnel del tiempo a la práctica política de las diputaciones franquistas más reaccionarias.

1. Se ha denunciado el contrato y se prescinde de los servicios del Dr. González de Chávez sin argumentarlo técnica ni políticamente. El único dato de cierto valor es el aparente juego de palabras del diputado Sr. Pino: se prescinde de un reformador porque se va a una política reformista, es decir, lavado de cara manteniendo la estructuras (el manicomio) intactas.

2. A pesar de la reiteración verbal de continuar la reforma, la realidad es que:

2.1. Las funciones de dirección las asume el Consejo de Gerencia, carente absolutamente de representatividad e impulsor de un modelo organizativo jerárquico y piramidal opuesto al carácter democrático y participativo que debe tener cualquier proyecto que tenga por objeto dismantelar el manicomio y sustituirlo por dispositivos abiertos en la comunidad.

2.2. Se disuelve la Junta de Gobierno por decreto presidencial de 8 de enero.

2.3. Se impide la continuación de las reuniones intersectores, también por decreto presidencial (excepto las autorizadas por el Consejo de Gerencia).

2.4. Se prescinde de la opinión personal del psiquiatra y del estudio epidemiológico en marcha a la hora de definir las actividades extrahospitalarias.

3. Es necesario señalar algunas de las contradicciones que pone de manifiesto la referida situación.

3.1. En primer lugar de la Corporación (en realidad del Presidente) consigo misma, entre una decisión firme, expresada públicamente (últimos días de noviembre de 1981) de continuar la reforma ante las resistencias públicas del Sr. Ales, Dr. Guija, un grupo no identificado de técnicos y parte del personal religioso y la actuación actual de verdadero brazo político de quienes se oponen al cambio.

3.2. En segundo lugar, la contradicción existente entre las actuales decisiones de la Diputación y alguno de los apartados del programa sanitario socialista. La disolución de la Junta de Gobierno y el traslado del poder al Consejo de Gerencia es contradictorio con el compromiso electoral de órganos participativos en los Hospitales.

3.3. Por último, y es la contradicción que más nos interesa señalar, la que se produce entre la postura pública, el compromiso público del Consejero de Salud de la Junta de profundizar y generalizar las reformas emprendidas en Jaén, Sevilla, Huelva o Málaga, enfrentándose a las resistencias y asumiendo los conflictos, la incomprensión y el coste político que esto significa, y la posición actual de la Diputación de Sevilla, netamente contrarreformista.

4. El dismantelamiento del manicomio, objetivo de la reforma de Miraflores, debe ser paralelo al desarrollo de estructuras y servicios alternativos abiertos, en la comunidad, y a la coordinación y/o integración funcional con otros hoy dispersos en multitud de organismos, en la perspectiva de la constitución de una red de Servicios de Salud Mental con dispositivos intra y extrahospitalarios a cargo de equipos multidisciplinarios comprometidos con áreas o comarcas concretas de población. Sin embargo, el dismantelamiento del manicomio es, antes que una exigencia técnica, una necesidad política y jurídica. El manicomio es un lugar donde con justificaciones supuestamente técnicas se conculcan derechos constitucionales reconocidos, aparte de ser un espacio generador de enfermedad y sufrimiento psicológico. Se mantiene en función de los intereses personales, corporativos e institucionales que satisface, que no han tenido ningún problema en manifestarse públicamente y ante los que ha sucumbido la Diputación sevillana. Esto, en la situación histórica y política del país, es un verdadero anacronismo.

5. Sabemos que el manicomio no sólo deteriora a los en él encerrados, sino que condiciona la práctica asistencial del personal tratante. Como dice Balint, los años de experiencia manicomial incapacitan para comprender y cambiar el clima psicológico de la asistencia. Esta reflexión debe ser tenida en cuenta por la Diputación de Sevilla a la hora de plantearse dónde busca el apoyo y la iniciativa técnica para la reforma. Los instrumentos jurídicos, administrativos e, incluso, financieros los tiene en los programas electorales de los partidos políticos que hoy la constituyen. Sólo tiene que cumplirlos.

\* \* \*

El día 19 de febrero se celebró, conforme a lo previsto, una nueva reunión de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, en esta ocasión en Almería. Se trata de una reunión más de las que, con frecuencia bimen-

sual, vienen realizándose en los diferentes psiquiátricos andaluces, y ha sido la primera convocada formalmente por la Asociación tras la asamblea constituyente celebrada en Jaén el 10 de diciembre de 1982.

Nos reunimos algo más de medio centenar de profesionales de los diversos estamentos, y tras una visita al Centro, del que es de destacar su proximidad al núcleo urbano, las características físicas y de hábitat que hacen de él un lugar confortable y humano, así como el notable desarrollo de los servicios de terapia ocupacional y laborterapia. Existen también servicios de consulta externa, tanto para pacientes previamente hospitalizados como en régimen exclusivamente ambulatorio. Pasamos, a continuación, a debatir el primer tema (psiquiatría extrahospitalaria) donde conocimos el proyecto elaborado en Almería, de apertura de servicios extrahospitalarios, de acuerdo con el mapa sanitario de la provincia y tras realizar un análisis de la demanda de hospitalización. A continuación informaron los compañeros de Huelva, por una parte, una reflexión sobre una experiencia de trabajo extrahospitalario de varios años de desarrollo, así como los proyectos más inmediatos dentro del programa en curso de sectorización de la asistencia. Informaron después de su experiencia los servicios psiquiátricos de la Diputación de Jaén y de Sevilla.

Por la tarde, y dentro de una reunión de carácter administrativo de la Asociación, se dedicó la mayor parte del tiempo a analizar la situación del psiquiátrico de Miraflores de Sevilla, tras la decisión de la Diputación de no renovar el contrato al Dr. González de Chávez y la adopción de una serie de medidas de signo claramente inelucionista y que hacen temer seriamente por la reforma allí emprendida.

Por parte de un responsable técnico de la Junta de Andalucía se produjo una invitación formal a la Asociación Andaluza para participar en la elaboración de la alternativa psiquiátrica en la comunidad autónoma.

Se fijó, por último, la fecha y el contenido de la próxima reunión, a celebrar en Granada, en torno al tema de los internamientos judiciales en el mes de abril.

**Onésimo GONZALEZ ALVAREZ**  
Presidente de la Asociación Andaluza

### **RESEAU: Red de alternativa a la psiquiatría**

El RESEAU INTERNACIONAL es un movimiento nacido en enero de 1975, que intenta agrupar a personas interesadas por una alternativa al actual sistema psiquiátrico y a cualquier proceso de marginación. En su texto constituyente se decía que se trata de insertar las luchas sobre la salud mental dentro del conjunto de las luchas de los trabajadores por la defensa de su salud, y en coordinación con todas las luchas de las fuerzas sociales y políticas por el logro de la transformación de la sociedad. Desde su fundación las actividades del RESEAU han sido una serie de reuniones internacionales para reflexionar sobre el trabajo de los equipos de diferentes países, así como acciones de defensa y de solidaridad con colectivos o personas que han tenido dificultades profesionales o judiciales por una práctica psiquiátrica alternativa. Hoy este movimiento está extendido por diversos países europeos (Italia, Francia, Bélgica, Holanda, Alemania Federal, Suecia, Suiza y España), Estados Unidos y algunos países latinoamericanos (Méjico, Brasil, Honduras y Colombia). La secretaría actual está en TRIESTE (Franco Rotelli. *Servizi psichiatrici. Habitazione Via Giulia I. Tel. 040/ 76 72 78. Trieste. Italia*). Las personas interesadas en recibir el boletín, que se edita periódicamente, pueden enviar 100 f.f. a esa dirección.

### **PROXIMO CONGRESO**

Utrecht (Holanda), 7 a 10 de abril.

Secretaría: Kongres GGZ Bylthovwerstraad 6 3511 ZC Utrecht.

---

Nota. — Existe un libro en castellano que recoge textos de este movimiento. «Reseau Internacional. Alternativa a la psiquiatría». Appiani Editora. Barcelona. 1979.

**COMISION DE DOCENCIA  
CATEDRA LAFORA-MIRA**

**C U R S O S**

**Las Palmas**

**«PSICOSOMATICA»**

Dirigido por **Antonio de la Nuez** (psicoanalista).

Lugar: Colegio Universitario de Medicina. Sesiones mensuales.

Organización: Asunción González de Chávez. C/. 2 de Mayo, 9, 4.º Tel. (926) 26 32 86.

**Oviedo**

**«DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS A LAS TECNICAS  
DE INTERVENCION EN CRISIS»**

Dirigido por **Guillermo Rendueles** y **José García González**.

Lugar: Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Sesiones quincenales (martes, 19 h.).

El curso terminará con unas jornadas en el mes de mayo.

Organización: G. Rendueles. C/. Marqués de S. Esteban, 17, 2.º, puerta 6. Tel. 35 78 59. Gijón.

**San Sebastián**

**«APROXIMACION A LA PSICOSIS»**

Sesiones: 26 de marzo, «**Psicosis Infantil**» (C. Cobo) y mesa redonda sobre «**Atención a la psicosis infantil en Euskadi**» (A. Lasa, J. Fuentes, I. Orbe). 23 de abril, «**Enfoque de la psicosis desde el vértice de Bion**» (L. Grimberg). 18 de junio, «**La psicosis de Freud a Lacan**» (J. Szpilka).

Lugar: Salón de la Caja de Ahorros Provincial.

Organización: D. Aparicio Tellería, C. Azpilicueta, C. Odriozola y A. Oliván Plazaola. Avda. Navarra, 4. Tel. 28 49 00.

Colaboran: Departamento de Psicología Social (Zorroaga) y Colegio Psicólogos.

**S E M I N A R I O S**

**Valencia**

**«HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA ESPAÑOLA»**

Fechas: **29 y 30 de abril**.

**Temas:** La ideología de la Ilustración y el tratamiento moral (J. Espinosa). Los condicionantes sociopolíticos de la psiquiatría de la postguerra civil (P. Maset). La producción y el consumo del saber psiquiátrico en la España franquista: Las actas luso-españolas (E. Jorda). La producción y el consumo del saber psiquiátrico en la España de entreguerras (J. Bedate). Actitudes hacia la enfermedad mental en la prensa diaria valenciana de principios del siglo XX (M. A. Luengo). La contribución española a la literatura psiquiátrica circulante en la comunidad médica internacional durante el período de entreguerras (A. Roig). J. Sanchis Banús: Los fundamentos históricos de su pensamiento psiquiátrico (J. L. Baroba). Las ideas sobre la histeria en la prensa médica española del siglo XIX (A. Rey). Psicología médica y patología psicossomática a mediados del siglo XIX: La obra de Peset y Vidal (L. Liviano). El manicomio de Valencia en el siglo XVIII (C. Ciscar). Además participan: R. Sancho de San Román, E. Doménech y J. Corbella.

Organización: Antonio Rey González. Avda. de la Constitución, 57, 7.º Valencia.

**Santander**

**«METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA»**

Fecha: Segunda quincena de septiembre.

Organización: J. L. Vázquez Barquero. Servicio de Psiquiatría. Centro Médico Valdecilla.

**La programación general de la Cátedra Lafora-Mira es realizada por la Comisión de Docencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.**