

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO III - NUM. 7 - MAYO/AGOSTO - 1983

Ley divina y humana,
Celia Amorós

Itzig, ¿hacia dónde cabalgas?,
Vicente Mira

Problemas psicológicos y laborales en los epilépticos,
F. Bermejo y cols.

Entrevista a José Germain,
Alberto Fernández Liria y Ana Isabel Romero

La visita domiciliaria,
T. Angosto y cols.

La salud mental en la atención primaria,
B. Olabarría

La problemática de la salud mental en Madrid,
P. E. Muñoz y A. Calvé

Asistencia psiquiátrica en Asturias,
José García

DEBATE: Más sobre formación en psiquiatría,
A. Fernández Liria y A. Romero

Páginas de la Asociación

ESTATUTOS DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA (1)

CAPITULO I

DENOMINACION, OBJETO, DOMICILIO, AMBITO TERRITORIAL Y PATRIMONIO DE LA ASOCIACION

Artículo 1.º Se crea la Asociación con la denominación Asociación Española de Neuropsiquiatría, la cual se registrará por los presentes Estatutos y por la Ley 191/1964 de 24 de diciembre y el artículo 22 de la Constitución española.

Art. 2.º La Asociación Española de Neuropsiquiatría tiene como objetivos contribuir, por cuantos medios estén a su alcance, a la difusión y al progreso de las ciencias de la conducta, de la salud mental, y de la asistencia psiquiátrica en España.

Art. 3.º Se establece el domicilio de la Sociedad en Madrid, sede del Consejo General de Colegios Médicos, calle Villanueva, 11.

Art. 4.º La Asociación tendrá como ámbito territorial el del Estado español.

Art. 5.º La Asociación se constituye sin patrimonio social, y se mantendrá económicamente con las cuotas de los socios y los ingresos derivados de las actividades científicas de la Asociación, así como de posibles donaciones. El presupuesto anual de la Sociedad se fija en cinco millones de pesetas.

CAPITULO II

DE LOS SOCIOS

Artículo 6.º La Asociación se compondrá de socios honorarios y numerarios, siendo su número ilimitado.

Art. 7.º El nombramiento de socios honorarios será efectuado por la Asamblea General para distinguir a todos aquellos profesionales que hayan contribuido de forma eminente al desarrollo de las ciencias de la conducta y la salud mental.

Los socios de número ingresarán previa solicitud, avalada por dos socios, que deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en Asamblea General.

Podrán ser miembros de número de la Asociación, cualquier profesional de la salud mental sea cual sea su título o situación estamentaria, siempre que acrediten una vinculación profesional, laboral o administrativa a la salud mental.

Art. 8.º A) Los socios honorarios y jubilados están exentos del pago de cuotas. Los numerarios abonarán la cuota que se determine en las Juntas Generales.

B) Todos los socios estarán obligados a cumplir lo establecido en los presentes Estatutos y acatar los acuerdos de la Asamblea General y de la Junta de Gobierno, y tendrán derecho a intervenir con voz

(1) Revisión de los Estatutos de la Asociación aprobados en octubre de 1980, realizada por un abogado para adecuarlos a la legislación vigente. Esta revisión será presentada en la Junta General que se celebrará en Oviedo, en el marco del XVI Congreso de la A. E. N.

y voto en las Asambleas Generales y a hacer proposiciones por escrito que serán dirigidas al Presidente de la Asociación.

C) Se pierde la condición de socio:

1. Por dimisión por escrito del interesado al Presidente.
2. Por expulsión decidida por la Asamblea General por mayoría simple, a propuesta de la Junta de Gobierno, previa apertura de un expediente contradictorio con audiencia al interesado.
3. Por un retraso superior a dos años en el pago de la cuota y previo aviso. Su reingreso podrá solicitarlo previo pago de la última cuota adeudada, a excepción de lo establecido en el apartado A) del presente artículo.

CAPITULO III

DE LA ASAMBLEA GENERAL

Artículo 9.º La Asociación estará regida por la Asamblea General y dispondrá como órgano propio para el cumplimiento de sus objetivos de una Junta Directiva.

Art. 10.º Constituyen la Asamblea General, todos los miembros numerarios y honorarios que se reúnan para tomar acuerdos, previa convocatoria realizada por el Presidente de la Junta de Gobierno, que será quien presida aquella y dirija los debates.

Art. 11.º Las Asambleas Generales serán ordinarias y extraordinarias:

- a) Las Asambleas Ordinarias se reunirán al menos una vez al año.
- b) Las Asambleas Extraordinarias se reunirán cada tres años coincidiendo con el Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, cuando sean convocadas por la Junta de Gobierno o a los 30 días de la presentación de petición por escrito de al menos 1/5 de los socios con derecho a voto.

Art. 12.º Atribuciones de la Asamblea General.

Es competencia de la Asamblea General Ordinaria:

- a) Aprobación del acta anterior.
- b) Estudio y aprobación, si procede, del balance del año anterior.
- c) Aprobación o denegación del presupuesto de la Asociación.
- d) Estudio y aprobación, en su caso, de la memoria anual respecto al desarrollo de las actividades de la Asociación.
- e) Determinar el importe de las cuotas ordinarias y extraordinarias.
- f) La admisión o expulsión de miembros a propuesta de la Junta de Gobierno.
- g) Aprobar las actividades científicas y las publicaciones que se vayan a realizar.
- h) Elegir el Comité de edición de publicaciones, y las Comisiones Asesoras de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Art. 13.º Son atribuciones de la Asamblea General Extraordinaria:

- a) Elegir la Junta de Gobierno.
- b) Aprobar los Reglamentos que para el desarrollo de los Estatutos redacte la Junta de Gobierno.
- c) Modificar los Estatutos de la Asociación.
- d) Disolver la Entidad.
- e) Solicitar la declaración de utilidad pública.
- f) Disposición y enajenación de bienes.
- g) Constituir e integrarse en Federaciones.
- h) Elegir Comité de edición de publicaciones.
- i) Elegir Comisiones Asesoras y Secciones.

Art. 14.º La Asamblea General, será convocada por la Junta de Gobierno con 15 días de antelación, por escrito, con constancia del orden del día, lugar, fecha y hora de la convocatoria.

Podrán figurar en el orden del día, aquellas proposiciones que determine la Junta de Gobierno, así como las que representen un 10 % de los socios, por escrito, con 10 días de antelación a la celebración de aquella.

Art. 15.º Los acuerdos de la Asamblea General Ordinaria, serán adoptados por mayoría simple de los asistentes. Para constituirse válidamente han de asistir en primera convocatoria, al menos la tercera parte de los socios. En segunda convocatoria serán válidos los acuerdos cualquiera que sea el número

de asistentes con derecho a voto. Los acuerdos de la Asamblea General Extraordinaria, tendrán validez cuando sean adoptados por los 2/3 de los socios.

CAPITULO IV DE LA JUNTA DE GOBIERNO

Artículo 16.º La Asociación estará dirigida por una Junta de Gobierno compuesta por:

- a) Presidente.
- b) Tres vicepresidentes.
- c) Secretario General.
- d) Vicesecretario.
- e) Director de Publicaciones.
- f) Tesorero.
- g) Presidente de las Asociaciones que se adhieran (Vocales).

Art. 17.º Corresponde a la Junta de Gobierno:

- a) Ejecutar los acuerdos tomados por la Asamblea General.
- b) Cumplir y hacer cumplir los Estatutos de la Asociación.
- c) Convocar las reuniones de la Asamblea General y resolver las preguntas reglamentarias de los socios.
- d) Proponer a la Asamblea General la admisión o expulsión de socios.

Art. 18.º La Junta de Gobierno se reunirá al menos, una vez al trimestre, por convocatoria del Presidente. Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos presentes, siendo necesaria la asistencia al menos, la mitad de los miembros para la validez de los acuerdos.

Art. 19.º Son funciones del Presidente:

- a) Representar a la Asociación a todos los efectos legales, científicos y administrativos.
- b) Deberá cumplir y hacer cumplir los acuerdos de la Junta de Gobierno y de la Asamblea General.
- c) Convocar y presidir las reuniones de la Junta Directiva y de la Asamblea General.
- d) Autorizar con su visto bueno, las actas de las sesiones, tanto de la Junta Directiva como de la Asamblea General.

Art. 20.º Los vicepresidentes 1.º, 2.º y 3.º además de sustituir al Presidente en caso de ausencia, enfermedad o por delegación expresa de este, coordinarán las comisiones que se constituyan.

Art. 21.º Son funciones del Secretario:

- a) Sellar y firmar con el Presidente los documentos que acrediten la condición de asociado.
- b) Llevar el registro de asociados.
- c) Autorizar con su firma todo documento que salga de la secretaría.
- d) Firmar el orden del día de las sesiones científicas y Asambleas Generales.
- e) Llevar un registro de las reclamaciones que formulen los asociados, a las que dará el curso que proceda.
- f) Llevar y tramitar los expedientes que una vez terminados pasarán al archivo de la Asociación.
- g) Redactar la memoria de la secretaría y dar lectura de la misma en la sesión inaugural.
- h) Dar periódicamente al tesorero nota de las altas y bajas que se produzcan.
- i) Sostener la correspondencia de la Asociación.
- j) Intervendrá en todos los documentos referentes a cobros y pagos, de los que tomará nota.
- k) Intervendrá, igualmente, el balance que al fin de cada ejercicio ha de presentarse a la Asamblea General.
- l) Es responsable de todo el personal y le corresponde llevar el inventario de la sociedad.
- m) Hacer y firmar con el Presidente las actas de la Junta Directiva y en general copiarlas en los libros correspondientes.
- n) Anotar y leer el resultado de las votaciones.

Art. 22.º El Vicesecretario colaborará con el Secretario General en todas las funciones expuestas en el artículo anterior. Además le sustituirá en caso de ausencia, enfermedad o por delegación expresa de éste.

Art. 23.º Corresponde al Director de Publicaciones cuanto se refiere a la edición de trabajos de la Asociación. Asimismo, será el Director del Boletín o Revista de la Asociación. Contará con un Comité de Edición de seis miembros, elegidos en Asamblea General Extraordinaria entre los que se designará un Subdirector.

Art. 24.º Corresponde al Subdirector de Publicaciones sustituir al Director de Publicaciones en caso de ausencia, enfermedad o por delegación de éste.

Art. 25.º El Tesorero tendrá en depósito los fondos de la Asociación y no efectuará pago alguno sin el correspondiente libramiento autorizado por el Presidente e intervenido por el Secretario. Firmará los recibos de cuotas y presentará al fin de cada ejercicio a la aprobación de la Asamblea General el balance de ingresos y gastos del mismo y propondrá, de acuerdo con el Presidente, el presupuesto para el ejercicio siguiente.

CAPITULO V DE LAS SESIONES CIENTIFICAS

Artículo 26.º La Asociación celebrará una reunión científica anual y un Congreso Estatal, cada tres años. Promoverá reuniones científicas en esos tres años.

Art. 27.º La Asamblea General determinará las fechas y el lugar donde se celebrará el Congreso, así como los temas de las ponencias y las personas encargadas de ellas.

Art. 28.º En sus actividades científicas, la Asociación estará abierta a las diferentes corrientes y orientaciones.

CAPITULO VI DE LAS COMISIONES, SECCIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

Artículo 29.º A fin de facilitar las actividades de la Asociación, se formarán Comisiones y Secciones. Serán elegidas en Asamblea General Extraordinaria, manteniendo su vigencia durante el tiempo de mandato de la Junta de Gobierno.

Art. 30.º El cometido de las Comisiones será el de asesorar a la Junta de Gobierno en los asuntos de interés general para la Asociación. Corresponde a la Asamblea General Extraordinaria determinar el tipo y número de las Comisiones, y así como la elección o eventual revocación de los miembros (uno a cinco) responsables de cada Comisión, que se producirá automáticamente cuando no justifiquen tres ausencias consecutivas de las sesiones de trabajo de la Comisión. La coordinación de las Comisiones estarán a cargo de los vicepresidentes o miembros de las Comisiones en quien delegue la Junta de Gobierno.

Art. 31.º La Asociación tenderá a constituir Secciones, como espacios no institucionalizados de trabajo, que agrupen orientaciones, tendencias o conjuntos de asociados con específicos intereses comunes a nivel científico o profesional. Las Comisiones y Secciones serán elegidas en Asamblea General Extraordinaria a propuesta de la Junta de Gobierno o un número no inferior de 30 socios.

Los socios que propongan las Secciones serán miembros de la misma. Estas tendrán un Presidente y un Secretario elegidos entre ellos.

La Junta de Gobierno estudiará en cada caso el tipo de vinculación de las Secciones.

Art. 32.º La Junta de Gobierno podrá constituir cuantos grupos de trabajo considere necesarios para desarrollar su labor.

CAPITULO VII DE LAS PUBLICACIONES Y REVISTAS

Artículo 33.º Se constituye un Comité de Edición de Publicaciones formado por seis asociados, elegidos en Asamblea General Extraordinaria, y el Director de Publicaciones. Tendrán a su cargo todo lo relativo a las ediciones de la Asociación.

Art. 34.º La Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría estará dirigida por:

- a) El Director de Publicaciones que será el Director de la Revista, y en los casos que se regulan en el artículo 24 de los presentes Estatutos por el Subdirector.
- b) El Comité de Edición (artículo 35 y 23) como consejo editorial de la Revista.

Art. 35.º La suscripción a la Revista se incluirá en las cuotas obligatorias de la Asociación.

CAPITULO VIII DE LA DISOLUCION

Artículo 36.º La Asociación podrá ser disuelta por la Asamblea General Extraordinaria, convocada al efecto, cuyo acuerdo deberá ser tomado, al menos, por 2/3 de los socios asistentes con derecho a voto. A tal supuesto se designará una Comisión Liquidadora integrada por cinco socios que deberá efectuar aquella en el más breve plazo de tiempo.

Art. 37.º Son causas de disolución:

- a) Haber expirado el plazo durante el cual funcionaba legalmente.
- b) Por haber realizado el fin para el que se constituyó.
- c) Ser imposible aplicar la actividad y los medios de que se dispone el fin establecido.
- d) Por sentencia judicial.
- e) Por voluntad de los socios.

Art. 38.º En caso de disolución, el patrimonio económico que la Asociación posea en el momento, será destinado a una Institución Cultural relacionada con la Salud Mental.

CENTRE D'ASSISTENCIA PRIMARIA (C.A.P.) DE EL CARMEL - BARCELONA

En el presente número, tal como informábamos en el número 6, continuamos con más opiniones del conflicto del C.A.P. de El Carmel. En el número 6 aparecieron las opiniones de la Asociación de vecinos de ese barrio y la **Associació Catalana per la Salut Mental**, ambas bastante coincidentes en sus apreciaciones. Hoy aparecen en el informe de la comisión delegada por la A.E.N. y la opinión del equipo que permanece en el C.A.P.

INFORME DEL C.A.P. DE EL CARMEL

Ante la situación creada en la opinión pública por la Asociación de Vecinos del barrio de El Carmel al acusar al Centro de Asistencia Primaria en Salud Mental de despedir a dos trabajadores del mismo, el equipo de profesionales del C.A.P. (formado por: psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y un administrativo) quiere hacer constar lo siguiente:

1.º El convenio de prestación de servicios como C.A.P., que firma el Centre d'Higiene Mental de El Carmel con la Diputación, contempla tan sólo la existencia de ocho contratos. Aunque durante el año 1982, la Diputación, en un pacto verbal, aceptó para nuestro C.A.P. la presentación de trece contratos, con una remodelación de la dedicación horaria (y esto en función de poder mantener un equipo de trabajo amplio, que cubriera a un nivel de calidad las necesidades asistenciales en Salud Mental de la población y comunidades de nuestro sector geodemográfico), ya desde septiembre se nos informó de que esto no sería de ningún modo aceptado para 1983 y de que teníamos que efectuar una reducción de plantilla, hasta llegar a un máximo de diez contratos.

2.º Dada la firmeza y la explícita inamovilidad de la posición de la Diputación, más allá de eventuales declaraciones contemporalizadoras, y luego de un largo y trabajoso proceso de discusión, el equipo descartó la posibilidad de un enfrentamiento total con la Diputación, considerando que éste significaría la desaparición del Centro con su línea actual de trabajo.

3.º La posición de la Diputación fluctuaba entre manifestaciones de buena voluntad política, por un lado, hasta fuertes presiones de tipo económico, por otro (el equipo nunca ha cobrado con menos de cuatro meses de atraso). Al final, en fechas de renovación de convenio, la dureza de la posición de

la Diputación fue lo que hizo que el equipo descartara, como ya hemos dicho, el enfrentamiento. Esta decisión (es importante puntualizarlo) fue acordada democráticamente y con la presencia y discusión de todo el equipo, al igual que todas las que se tomaron después.

4.º Fue entonces cuando el equipo evaluó diversos métodos de resolver el problema legal y económico que se planteaba, puesto que era evidente que, en el mejor de los casos, dos personas del equipo tenían que dejar de pertenecer al mismo. Se acordó mayoritariamente que se haría mediante una votación secreta de acuerdo a unos criterios que incluían 12 ítems (rendimiento en el trabajo, grado de compromiso, antigüedad, etc.).

5.º Durante las discusiones para elegir el método no se pensó en ningún momento que la Asociación de Vecinos debiera participar en la decisión. En opinión mayoritaria, la Asociación de Vecinos debía estar perfectamente informada de los hechos, pero no tenía por qué participar directamente en la elección final. El equipo consideró, y continúa considerando, que éste era un problema que concernía al Centro y que la autonomía de gestión interna del mismo no podía ser cuestionada. Asimismo, se pensó también, en algún momento, que fuese la propia Diputación la que decidiera, comprometiéndola así a asumir hasta el final su posición de firmeza, pero finalmente se descartó dicha posibilidad para priorizar la autonomía del Centro a la hora de abordar sus problemas de gestión.

6.º El día 20 de diciembre de 1982, el equipo en pleno procede a votar y se obtienen así los nombres de las dos personas a las que no se les renovará el contrato. Pocos días después, dos miembros del Centro presentan su dimisión alegando diversas razones más o menos vinculadas a los hechos referidos. Inmediatamente después de la votación (en menos de 24 horas) la Asociación de Vecinos interpreta esta decisión como una supuesta pugna entre líneas ideológicas en la cual la llamada línea «clínica» habría triunfado, de acuerdo con esta hipótesis, sobre la llamada línea «comunitaria». Es importante y necesario precisar que esta interpretación ideológica, esquemática y simplista parte de desconocer tres puntos esenciales:

- I. El C.A.P. surgió precisamente sobre la premisa de no separar nunca lo clínico de lo comunitario.
- II. Las dos personas a las que no se les renueva el contrato no eran en absoluto las únicas que trabajaban a nivel comunitario, existiendo muchos otros miembros del C.A.P. que dedicaban un tanto por ciento importante de sus jornadas laborales a tareas específicamente comunitarias.
- III. La votación secreta (aceptada como la «menos mala» de todas las soluciones) fue realizada incluso por aquellos que resultaron nominados, dado que no hubo nadie que se abstuviera de votar.

7.º A raíz de todo esto, y en función de dicha interpretación errónea, la Asociación de Vecinos ha decidido explícitamente boicotear al Centro, olvidando en todo momento que se trata de un Servicio Sanitario esencial para la comunidad y creando unas condiciones difíciles para la prosecución de un trabajo asistencial de calidad. Pese a esta lamentable situación, dejamos constancia que el C.A.P. se mantiene abierto al diálogo con la Asociación de Vecinos, con la cual en absoluto queremos enfrentarnos a pesar de las repetidas manifestaciones de agresividad y descrédito de las que hemos sido objeto.

Pese a los meses transcurridos (los puntos anteriores fueron redactados en enero del presente año), creemos que la nota aquí transcrita sigue reflejando los hechos que desencadenaron el conflicto que ocupa y tan sólo queremos añadir que lamentamos profundamente que toda una serie de intereses personalistas y políticos que se han mezclado en este asunto puedan empañar la imagen y el prestigio de unos profesionales que actuaron en todo momento democráticamente y con honestidad.

**Equip profesional del C.H.M. en
Salut Mental de El Carmel**

INFORME SOBRE EL CENTRO D'ASSISTENCIA PRIMARIA (C.A.P.) DE EL CARMEL (Barcelona)

Realizado por: Víctor Aparicio Basauri (Vicepresidente segundo de la A.E.N.), José Ernesto Díaz-Noriega (Vocal de la Comisión de Asistencia, Comisión Delegada por la A.E.N.).

Febrero 1983.

MOTIVO DEL INFORME

La razón para la elaboración del presente informe, debe encuadrarse dentro de los objetivos de la A.E.N. entre los que se encuentran el de conocer y contribuir a la difusión de los procesos de transformación y mejora en la asistencia psiquiátrica en España.

Esto supone una descripción de los procesos de transformación y de los problemas y conflictos que surgen en el proceso de reforma.

Por otra parte, esta descripción puede permitirnos conocer y reflexionar sobre algunas de las dificultades con que se enfrentan los intentos de cambio real en la asistencia psiquiátrica allí donde están teniendo lugar, conocer el punto de partida y extraer algunas conclusiones que en alguna medida puedan permitirnos generalizarlas a otras zonas del país que presentan parámetros semejantes.

El presente informe se realiza a petición de la «Associació Catalana per la Salut Mental» a raíz del conflicto surgido en el C.A.P. de El Carmel.

Este conflicto, que aparece en el marco de la transformación de la asistencia psiquiátrica emprendida por la Diputación Provincial en la provincia de Barcelona, tenía como base el despido o exclusión de dos profesionales, previa votación secreta por parte de todos los componentes del C.A.P., y la dimisión de otros dos como consecuencia de la situación creada. Por otra parte, estos profesionales eran, según expresión de la «Associació Catalana per la Salut Mental» y los propios interesados, los que más específicamente realizaban su trabajo en el área llamada «Comunitaria», por lo que se presuponia que existiría una reducción notable de esta actividad, restringiendo por tanto la actuación del C.A.P. a una labor asistencial a lo que se denominaba «Gabinetismo».

METODOLOGIA

La A.E.N. decidió enviar una comisión para conocer de cerca cuales habían sido los factores que habían influido en la aparición del conflicto, teniendo presente la situación global (Líneas de política y planificación sanitaria), el contexto institucional donde surge la crisis y el propio conflicto interno, sus razones y motivaciones.

El hecho de desplazarse en el momento en que la crisis aún no estaba resuelta, permitía observar con más profundidad los planteamientos de las diversas entidades e instituciones con respecto al conflicto, las formas de abordaje, las posibles soluciones que se planteaban desde los diversos organismos implicados y cómo las diversas alternativas para la Salud Mental previstas, influían o habían influido en el desarrollo de los hechos.

La Comisión se desplazó a Barcelona los días 18 y 19 de febrero, siendo excelentemente acogida por todas las personas con quien mantuvo entrevistas y especialmente por las autoridades responsables del Servicio de Psiquiatría, por el Diputado responsable de Sanidad de la Diputación Provincial, por la «Associació Catalana per la Salut Mental», por la Asociación de Vecinos de El Carmel y por el propio equipo del C.A.P. de El Carmel.

Se realizaron entrevistas con el Dr. Cabrero (Director del Servicio de Psiquiatría de la Diputación de Barcelona) y miembros de su equipo, con el Diputado de Sanidad, D. Carlos Grande, con el presidente (Dr. Bellido) y Junta Directiva de la «Associació Catalana per la Salut Mental», con el coordinador técnico (Dr. E. Mora) y profesionales del C.A.P. de El Carmel, con los despedidos (I. García Horcajo y P. Camps) y dimitidos (Alicia Roig y Roser Vecia) del C.A.P., y con la presidenta (Sra. Custodia Moreno), y miembros de la Junta Directiva de la Asociación de Vecinos de El Carmel.

En todas las entrevistas, la Comisión recibió toda clase de datos y opiniones, así como documentos relacionados directamente con la situación conflictiva. También se suministró el plan de reforma de la Asistencia Psiquiátrica de Barcelona con información sobre objetivos y planificación.

Vamos a intentar ordenar la información recogida en los siguientes apartados:

- Estructura previa de la Asistencia Psiquiátrica en la provincia de Barcelona.
- Descripción sucinta (para una mayor información véase el número anterior de la Revista de la A.E.N.) de la reforma emprendida y dificultades que encuentra en su desarrollo.

- Diversas líneas de política sanitaria existentes en la reestructuración o reforma de la asistencia.
- C.A.P. de El Carmel y aparición del conflicto.
- Asociación de Vecinos de El Carmel: su influencia en la comunidad y en el desarrollo del C.A.P.
- Posturas y opiniones ante el conflicto.
- Conclusiones.
- Recomendaciones.

ESTRUCTURA PREVIA, DESCRIPCION DE LA TAREA EMPRENDIDA Y DIFICULTADES ENCONTRADAS EN LA REFORMA DE LA ASISTENCIA

Cuando en abril de 1981, se crea el Servicio de Psiquiatría de la Diputación Provincial, coordinado desde el inicio de forma funcional con los Servicios Sociales y Sanitarios de la Diputación Provincial, se constata que la Asistencia Psiquiátrica Pública en la provincia de Barcelona consiste fundamentalmente en una dotación de 4.000 camas en hospitales psiquiátricos distribuidos por la provincia, de las cuales 3.400 camas pertenecían a Centros privados concertados desde antiguo con la Diputación y sólo 600 camas entre los recursos propios (Clínica Mental).

Todos estos recursos se dedicaban fundamentalmente a la asistencia intrahospitalaria (enfermos crónicos, problemática socio-familiar psiquiatrizada...), no existiendo servicios de asistencia ambulatoria de carácter público, ni dependientes de los hospitales psiquiátricos.

Este tipo de asistencia mermaba casi totalmente los recursos y el desarrollo de la asistencia psiquiátrica de la Diputación. Eran instituciones que por su estructura funcional y tipo de concierto, institucionalizaba y cronificaba la mayor parte de la demanda recibida, pero a la que la Diputación estaba obligada a financiar por razones legales.

Era necesario, sin embargo, y según criterio del Servicio de Psiquiatría, elaborar un plan de asistencia extrahospitalaria y crear una red de Centros que actuando en el territorio donde surge la demanda, la asumieran en el contexto evitando desinserciones, rupturas y como consecuencia el internamiento.

Dada la exigüedad del balance financiero existente, se decidió por un planteamiento que primara el aprovechamiento de los recursos existentes (públicos y privados, ambulatorios y hospitalarios, integrando los tres niveles de prevención y asistencia), potenciando y desarrollando su función en la comunidad.

De esta forma, se elaboraron nuevos conciertos con las Instituciones hospitalarias privadas (era imposible rescindirlas), con el doble objetivo de primar la inversión Terapéutica (creación de U.T.H., pago según índice personal/paciente y no por cama, pisos protegidos, etc...) y disminuir los recursos financieros globales dedicados a este objetivo, extrayendo una parte para el desarrollo de una red de Centros de Asistencia Primaria.

Por otra parte, en diversos distritos y comarcas y creados al amparo y con el apoyo de las Asociaciones de Vecinos, existían un número de profesionales agrupados en torno a Centros de Higiene Mental que, subvencionados en parte por el Ayuntamiento de Barcelona, ejercían actividades terapéuticas y de sensibilización en la comunidad en que estaban enclavados.

Dentro de la línea de aprovechamiento de recursos existentes y tras valorar positivamente su actividad se estableció una serie de conciertos (24-XII-81) en los que tras negociar un organigrama, una plantilla, unas funciones y un presupuesto se les apoyaba con una cantidad global. Pero para esto era necesario la previa transformación de éstos, en empresa o cooperativa. (El Carmel fue el 3-III-82).

DIVERSAS LINEAS DE POLITICA SANITARIA

Simultáneamente se habían desarrollado una serie de contactos entre Diputación y Ayuntamiento (éste subvencionaba parcialmente los Centros de Higiene Mental), con el fin de coordinar los recursos sin que estas conversaciones dieran el resultado previsto. Al parecer, las razones de este desacuerdo fueron por parte del Ayuntamiento de Barcelona la negativa de éste:

1.^a A integrar la prevención primaria en los C.A.P., dejando ésta (Acciones de prevención, trabajo en escuelas, psiquiatría infantil...) a cargo de los Centros de Higiene Mental, lo que suponía una separación

de la prevención primaria de la secundaria y terciaria. Según esto, los C.A.P. debían dedicarse exclusivamente a prevención secundaria (aumento de altas y evitamiento de ingresos).

2.^a Al parecer, se proponía el desarrollo de una asistencia extrahospitalaria a partir del Hospital General criticando la alternativa de desarrollo de una red asistencial a partir de la comunidad o de el Hospital Psiquiátrico o del Hospital General como proponía el Servicio de Psiquiatría, en parte, por lo que suponía de conciertos con entidades privadas.

Esta diversidad de líneas existía igualmente en el seno de la Comisión Informativa de la Diputación.

Podemos inferir que esto presupone opciones de política sanitaria diferentes: Integración o no del Hospital Psiquiátrico en la transformación asistencial, integración o separación de la prevención primaria, secundaria y terciaria, integración parcial o en mayor medida de los recursos de la comunidad, mayor o menor importancia del Hospital General en la reforma etc...

En relación con lo expuesto, todavía en el momento de la visita de la Comisión de la A.E.N., no se había aprobado por la Comisión Informativa de la Diputación, un plan de asistencia primaria y sólo se había aceptado la creación de una red extrahospitalaria (noviembre 1982), con lo que se retrasaba la oficialización del plan, manteniendo una situación inestable, inseguridad ante el futuro, retrasos de hasta cuatro meses en la percepción de los haberes a los profesionales etc...

En este contexto y en una situación preelectoral se desarrolla el conflicto que surge en el C.A.P. de El Carmel.

C.A.P. DE EL CARMEL

— Origen:

En la década de los setenta, se crean en diversos barrios una serie de Centros de Higiene Mental que intentan plantear una alternativa a la asistencia psiquiátrica manicomial. Estos Centros surgen a iniciativas de grupos de profesionales y de Asociaciones de Vecinos. La mayor parte son desarrollados por personal voluntario y casi siempre son gratuitos. Entre esos primeros Centros surge el de El Carmel a través de la vocalía de Sanidad de la Asociación de Vecinos de ese barrio y junto a un grupo de diversos profesionales. La Asociación de Vecinos ha potenciado el Centro dentro de un programa global de obtener cambios profundos en las estructuras sociales y sanitarias del barrio. La Asociación consigue locales para el Centro e interviene para que el Ayuntamiento de Barcelona subvencione una parte de los gastos. Asimismo, invita periódicamente a un miembro del C.A.P. a las reuniones de la Junta con el fin de que exista una nueva comunicación entre ambas partes.

— Evolución:

A partir de diciembre de 1981, la Diputación de Barcelona establece un concierto con diversos C.A.P.s para la asistencia de diferentes zonas. El C.A.P. de El Carmel se responsabiliza de una zona de 200.000 habitantes, que afecta a parte del distrito 8 y 12 de la Ciudad Condal. En este concierto, la Diputación da una cantidad global de dinero según la actividad concertada y en base a unos módulos que establece, asimismo, fiscaliza los gastos que realizan los C.A.P.s y dicta unas normas flexibles sobre el número de profesionales por C.A.P. y funciones a realizar.

En esa época, el Ayuntamiento reduce sus subvenciones a los C.A.P.s y sólo la dirige parcialmente a las actividades de psiquiatría infantil. El área de adultos entra dentro del concierto de la Diputación.

El C.A.P. de El Carmel queda con un concierto para ocho profesionales, aún cuando internamente mediante un reparto de horas y sueldos ese módulo de ocho es repartido entre 13 y 15 trabajadores. Asimismo al firmar el concierto el C.A.P. debe constituirse como empresa para dar validez jurídica a esa nueva relación administrativa. Esto ocurre el 3 de marzo de 1982. A partir de ese momento el C.A.P., jurídicamente, se separa de la Asociación de vecinos. Sin embargo, este hecho no fue valorado en esa época, incluso las AA.VV. tienen conocimiento del mismo unos meses después. La nueva forma de organización de tipo empresarial lleva consigo la designación de un presidente de la empresa (Dra. Clara Bardon), que dirige el C.A.P. junto al coordinador técnico (Dr. E. Mora).

En su quehacer cotidiano el C.A.P. tiene dos áreas de trabajo: una denominada comunitaria, encargada de los aspectos sociales, de las relaciones con la comunidad y del engarce con el resto de la estructura asistencial (Hospital, Asilo...), y otra área que centra más su trabajo en el propio C.A.P. a nivel de las terapias tanto individuales como grupales. Ambas áreas hasta unos tres meses antes del conflicto se coordinan adecuadamente y adquieren una buena imagen ante la comunidad y la administración (Diputación).

EL CONFLICTO

En septiembre de 1982, se inician las negociaciones para la renovación del concierto entre Diputación y C.A.P. En esas negociaciones el Servicio de Psiquiatría de la Diputación, establece unos límites más precisos indicando que la jornada mínima de trabajo en un C.A.P. no será inferior a 25 horas semanales y que es imprescindible mantener todas las jornadas que ya se estén realizando de 40 horas. Este límite lo marca debido a que al realizar concierto globales, en varios C.A.P.s se han dado varias jornadas inferiores a 25 horas, por parte de algunos profesionales (3, 7, 12 horas, etc.), lo cual consideran que no favorece un trabajo integrado y de equipo. Con estos límites el C.A.P. de El Carmel sólo puede tener ocho profesionales, lo cual implicaría que cuatro personas deben ser excluidas, según el concierto firmado en 1981. A partir de esa fecha continúan las negociaciones entre ambas partes, interviniendo a su vez las AA.VV. para elevar los límites y conseguir que a la fecha de renovación del contrato (noviembre del 82) se siga con la misma dinámica. De esas negociaciones se consigue en un primer momento elevar a 10 las personas estables.

En diciembre de 1982, se establecen dos posturas diferentes en el C.A.P.; una aboga por continuar presionando a la Diputación para conseguir mantener las 12 plazas necesarias y otra (mayoritaria) piensa que ese planteamiento es suicida y va a llevar a la desaparición del C.A.P. La primera postura (minoritaria) cuenta con el apoyo y capacidad reivindicativa de las AA.VV., y proponen el mantenimiento de todo el equipo aún cuando sea una situación irregular. Al final ambas posturas deciden participar en una solución que consiste en que basándose en 12 ítems (rendimiento de trabajo, grado de compromiso, antigüedad...), cada miembro de forma secreta votará que dos personas deben ser despedidas. El resultado final afecta a una psicóloga y a una A.T.S. Ambas trabajan en el área comunitaria, eran las más antiguas en el C.A.P. (junto a otros dos), las dos únicas que viven en el barrio, y además en una de ellas se daba la circunstancia de haber sido presidenta de las AA.VV. Esta situación provoca que otros dos miembros del área comunitaria dimitan.

ASOCIACION DE VECINOS DE EL CARMEL

Nos parece muy importante decir unas palabras sobre la Asociación de Vecinos. Se trata de una Asociación con 12 años de historia cargados de contenidos. Tiene una gran implantación en el barrio (1.200 socios cotizantes) y un gran interés por el problema sanitario. Ellos han conseguido que el Ayuntamiento asuma y subvencione parcialmente el Centro de Higiene Mental, los locales del C.A.P. y previamente el primer consultorio de la Seguridad Social y un Centro de Planificación Familiar. Esto es una razón más para establecer y garantizar los canales de participación ciudadana y control democrático de la gestión de los Servicios Sanitarios, cosa que la misma Asociación estaba haciendo al crear en colaboración con la Junta de Distrito un Consejo de Salud.

POSTURAS U OPINIONES ANTE EL CONFLICTO

Cuando la Comisión visitó Barcelona el conflicto había adquirido unas dimensiones importantes. En esas fechas, el tema había saltado a los medios de comunicación social, y las partes interesadas buscaban alternativas muy diferenciadas unas de otras, en su contenido, que confirmaban la profunda ruptura que se había producido en el equipo del C.A.P. de El Carmel.

Las posturas eran las siguientes:

a) Postura de la Asociación de Vecinos, Asociación Catalana de Salud Mental y grupo de despedidos y dimitidos: Este conjunto coincidía en señalar que la situación de ruptura había sido precedida de un período previo, de unos seis meses, en los que habían manifestado roces técnicos entre las dos áreas del C.A.P., y que el conflicto surgía como una decisión clara de terminar con el área comunitaria. Asimismo, señalaron que los límites impuestos por la Diputación (detonador del conflicto) eran demasiado rígidos y no correspondían a las necesidades asistenciales de la comunidad. Añadían que la Diputación durante el conflicto había tomado una postura de inhibición.

Su opinión ante el conflicto, fue defender la alternativa de salvar todo el equipo y mantenían que esto era posible aunque reconocían que se trataría siempre de una situación irregular. Acusaban al equipo que quedaba en el C.A.P. de haber dificultado cualquier tipo de diálogo y de romper los lazos con la comunidad (AA.VV.). Sin embargo, la Comisión comprobó que las AA.VV. criticaban duramente la forma

de producir los despidos, y señalaba que en este proceso «manicomial» habían participado todos (incluido los despedidos).

La alternativa de este grupo se centraba en organizar un nuevo C.A.P. marcadamente comunitario y claramente diferenciado del actual. Este proyecto fue discutido en una Asamblea realizada el día 19 de febrero y en la que participaron distintas entidades del barrio.

b) Postura del equipo del C.A.P.: La opinión de este grupo se caracteriza por defender que la posición tomada en diciembre (despido de dos personas) había sido discutida por todo el equipo (incluso las despedidas) y aceptada como la única válida ante los límites estrictos marcados por la Diputación. El enfrentamiento con la Diputación, según ellos, hubiera llevado a la desaparición del C.A.P. Asimismo, afirmaban que no existía ningún intento de hacer desaparecer el área comunitaria, y que la línea de trabajo no se iba a modificar. Reconocían que el único error cometido había sido la falta de comunicación con las A.A.VV., aunque pensaban que éstas se habían inclinado desde el primer momento con los despedidos lo cual había dificultado el diálogo. Su alternativa se basaba en continuar en el trabajo actual aunque señalaban que las relaciones con los representantes de la comunidad se habían deteriorado.

c) Este servicio considera que las normas establecidas por la Diputación eran lógicas y entre otras finalidades buscaban evitar jornadas reducidas de trabajo, evitar crecimientos desmesurados de los C.A.P.s y favorecer equipos integrados. Reconocen que en la adopción de esas normas había influido la Hacienda de la Diputación al limitar los gastos presupuestados del servicio. Esta medida no era compatible con el deseo de aumentar el concierto económico del C.A.P. de El Carmel.

El servicio consideraba que el conflicto del C.A.P. de El Carmel, era un problema interno del equipo («empresa» jurídicamente), y que su postura había sido de intentar actuar como mediadores sin que ello fuera posible. La Comisión fue informada de que en ese momento el servicio de psiquiatría no tenía capacidad para intervenir en el conflicto del C.A.P., aún cuando muestra su interés por una solución adecuada. Sin embargo, no veían a corto plazo ninguna alternativa definitiva. Asimismo, reconocían que el área comunitaria de ese C.A.P. había salido perjudicada y disminuida en su capacidad operativa.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la corta visita panorámica que la Comisión de la A.E.N. realizó a Barcelona hubo dos aspectos que llamaron la atención:

Uno de ellos fue la escasez de medios con que contaba el Servicio de Psiquiatría (locales, personal, etc.) como entidad responsable, planificadora y administrativa. Esta situación contrastaba con la elaboración y puesta en marcha de un proyecto global de largo alcance con una estructura compleja —la realidad es compleja— cuyo acento se ponía en el desarrollo de una psiquiatría comunitaria basada en la integración y utilización de todos los recursos que intervienen directamente en la Salud Mental. Nos llamó la atención asimismo, el método utilizado para dotar de una mayor funcionalidad a los Hospitales Psiquiátricos concertados.

El segundo aspecto que llamó la atención de la Comisión, fue el tipo de conflicto suscitado en el C.A.P. de El Carmel. Se planteaba en el interior del equipo de Salud Mental, una forma de actuación de grupo que podemos calificar de contradictoria ya que con la supuesta idea o deseo de salvar el equipo de trabajo sacrificaba o excluía una parte del mismo. Una automutilación en cierta forma, que situado en un contexto institucional debía responder a presupuestos institucionales.

En este sentido nos preguntábamos, hasta que punto esta destrucción parcial no tenía relación con la inseguridad ante un futuro próximo, adelantando en cierta medida posibles acontecimientos. Recordábamos los siguientes:

a) Retraso habitual en la percepción de los salarios, a veces de hasta cuatro meses. Los conciertos firmados eran anuales pudiendo rescindirse unilateralmente por la Administración.

b) La transformación en empresa por parte del C.A.P., es fruto de las dificultades administrativas de la Diputación Provincial para ofrecer algún tipo de contrato a los profesionales de los C.A.P.s.

c) Existía un sentimiento bastante común de inestabilidad de la línea de transformación asistencial seguida hasta entonces y que tenía relación con las diversas alternativas de política sanitaria existentes en el seno mismo de la Diputación y Ayuntamiento. Parecía en este sentido que la prueba que debía superar la reforma emprendida, eran unas elecciones municipales próximas.

d) La reforma fue puesta en cuestión por estructuras funcionariales de la propia Diputación (Secretaría, Intervención y Hacienda) que son las que marcan el ritmo y en cierta medida la línea de organización sanitaria (tipo de conciertos, pagos, entidades con quien concertar, etc.).

e) La disminución de la actividad del área comunitaria y la ruptura entre el C.A.P. y las Asociaciones de Vecinos, fueron valoradas por la Comisión como un supuesto método de resguardar la parte del equipo en apariencia más eficaz frente a posibles exigencias de rendimiento a corto plazo. (La Comisión Informativa de la Diputación preveía que los C.A.P.s debían dedicarse a prevención secundaria). La Comisión sin embargo, pensaban que estas dificultades debían ser solucionadas para que el C.A.P. alcanzara el nivel de funcionamiento anterior.

f) Existía por parte del Servicio de Psiquiatría una aparente neutralidad ante el conflicto. Esta actitud podía ser comprensible por la propia situación en que se encontraba el Servicio y su necesidad de obtener resultados inmediatos. Estas reflexiones nos llevan de la mano a:

1.º Analizar que la falta de apoyo suficiente a la transformación emprendida, puede dar lugar a problemas graves de interrelación entre los profesionales. Se entiende mal esta falta de apoyo en función de líneas de política sanitaria que pueden ser convergentes y no divergentes.

2.º Constar la necesidad de un mayor compromiso por parte de la Administración en su conjunto, si se intenta hacer una transformación seria y en profundidad de la asistencia y la prevención en Salud Mental.

3.º Observar la necesidad de una mayor discusión y profundización sobre el tema de la integración de los recursos existentes y sobre la asistencia en la comunidad desde servicios implantados en ella y situados en el primer nivel de asistencia, sobre la territorialización y control democrático de los servicios por los usuarios y la población de la zona, sobre la integración de los niveles de Promoción, Prevención y Asistencia, así como la Investigación y Formación en Asistencia Primaria.

Es importante una definición clara sobre estos temas por parte de la Administración y dotar consecuentemente a los servicios de planificación y dirección de la instrumentación necesaria y no fundamentalmente de tipo económico.

4.º Reconocer la importancia que tiene el dar líneas directrices y una mayor explicación sobre el contenido y metodología de trabajo por parte del Servicio de Psiquiatría responsable de la planificación y puesta en marcha de la reforma a los C.A.P.s o equipos en la comunidad como medio para estar presente, orientar y estimular.

Reconocer asimismo, la necesidad de un mayor desarrollo de la puesta al día o intercambio entre los equipos situados en la comunidad que les permita ampliar horizontes y evitar aislamientos.

La Formación continuada es también una forma más de conocer y clarificar límites que a veces se difuminan (al igual que el sentido de Servicio Público) en situaciones de crisis y ayuda a tener presente que, como dice Diatkine, la tarea fundamental de un psicólogo o un psiquiatra es cuidar de su propia Salud Mental.

En resumen, debemos añadir que para acometer una transformación seria y en profundidad de la asistencia y la prevención en Salud Mental, es necesario un apoyo responsable, un plan de asistencia y prevención aprobado por los organismos competentes que permita ampliar el horizonte de futuro —en Salud Mental no se puede actuar a corto plazo— e institucionalizar los servicios de asistencia primaria creando Servicios Públicos estables que puedan actuar en la comunidad, apoyados y controlados por ésta, y cuya estabilidad sirva como punto de referencia para la población y los demás servicios existentes en la zona.

PROPOSICION NO DE LEY PRESENTADA A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS POR EL P.C.E (13 de abril de 1983)

La modernización de las sociedades se valora no sólo por el desarrollo económico, sino también, entre otros parámetros, por su sensibilidad para atender necesidades básicas de los ciudadanos en el terreno de la salud, de la enseñanza, de la cultura y de la calidad de vida.

En España coexiste cierto nivel de desarrollo económico con estructuras asistenciales arcaicas y completamente desfasadas que manifiestan una escasa sensibilidad de los poderes públicos ante situaciones que afectan a un conjunto muy amplio de ciudadanos.

Una de estas situaciones, es la atención sanitaria en la diversidad de problemas planteados en la Salud Mental, tanto en lo que se refiere a la patología psiquiátrica que pueda precisar la hospitalización como los casos en que por el impacto de la vida cotidiana, con la complejidad de problemas que existen en la

vida social, precisan de una ayuda para resolver conflictos de diversa índole, estimándose que en la actualidad no menos del 10 % de los ciudadanos precisan ayuda psicológica o psiquiátrica.

En España la atención en Salud Mental, es completamente anacrónica, ya que por un lado la Seguridad Social atiende parcialmente y de manera insuficiente a las necesidades que en este sentido pueden tener sus afiliados y beneficiarios y por otro lado las Diputaciones Provinciales, entidades en las que recae por Ley el peso fundamental de la atención psiquiátrica en régimen de hospitalización, mantienen gran parte de ellas, centros manicomiales, completamente inadecuados para el actual nivel de desarrollo económico y de conocimientos científicos.

La atención psiquiátrica ha sido denominada, con mucha razón, como la hermana pobre de la Sanidad española, de aquí que cara a una reforma sanitaria, a la Ley Básica de Sanidad, anunciada por el Ministro para enero de 1984, es un punto de referencia importante que precisará su reordenación normativa, actualizando la Ley de Internamiento Psiquiátrico vigente desde 1931, integrando la Salud Mental en la Organización General de la Salud, el Servicio Nacional de la Salud, en sus diferentes niveles y redefiniendo el papel que deberán jugar las diferentes administraciones del Estado, Ministerio, Comunidades Autónomas, Diputaciones y Ayuntamientos en la planificación, gestión y evaluación de servicios.

Sin embargo, teniendo en cuenta la grave situación de la Asistencia Psiquiátrica Pública, los comunistas consideramos que es preciso tomar medidas urgentes sin menoscabo a que en la Ley Básica de Sanidad deban adoptarse medidas más amplias y globalizadoras.

Por tanto, y en esta línea de propuesta de medidas básicas y urgentes, creemos que éstas deben orientarse a la mejora de las atenciones en Salud Mental por parte de la Seguridad Social y ello por dos razones: porque acoge al 85 % de ciudadanos y porque dispone de más medios económicos que otras entidades públicas que también tienen competencia en este área sanitaria.

Los afiliados y beneficiarios de la Seguridad Social, actualmente reciben prestaciones de carácter asistencial a nivel ambulatorio, a través de «neuropsiquiatras» que unas veces son neurólogos y otras psiquiatras, debiendo atender también las demandas por patología neurológica, con una atención insuficiente a consecuencia de las deficiencias estructurales de los ambulatorios que no les permite elaborar una historia clínica completa y cuyas consecuencias más notables son la derivación a instituciones hospitalarias, la tendencia al uso de exploraciones biológicas a veces sofisticadas, el recurso exagerado a la utilización de fármacos y la insatisfacción generalizada de los profesionales y usuarios.

A nivel hospitalario muy pocos beneficiarios pueden utilizar servicios prestados por la Seguridad Social, ya sea en forma directa mediante sus recursos propios en la C.S. «Príncipes de España» en Hospitalet (Barcelona), en el Centro Nacional de Especialidades Médico Quirúrgicas Ramón y Cajal (Madrid) y en el Centro Médico Marqués de Valdecilla (Santander) o a través de hospitales clínicos financiados y administrados por el Instituto Nacional de la Salud en Granada, Madrid, Salamanca, Santiago de Compostela, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza o mediante conciertos con hospitales generales de Diputaciones que tienen servicio de psiquiatría, entre otros el de Madrid y de la Cruz Roja de Madrid y también con los hospitales psiquiátricos de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (A.I.S.N.) concertados con INSALUD.

Mediante este tipo de recursos llegan a atenderse no más del 25 % de beneficiarios de la Seguridad Social que precisan de hospitalización psiquiátrica, debiendo optar el resto por utilizar los servicios de Diputaciones Provinciales, gran parte de ellos, de carácter manicomial y que pasan las facturas correspondientes a los pacientes beneficiarios de la Seguridad Social, o bien recurrir a hospitales privados.

Como ejemplo claro de la irracionalidad de nuestro sistema sanitario, es la atención al alcoholismo en que la Seguridad Social interviene en la exploración, diagnóstico y tratamiento somático de los pacientes beneficiarios de la Seguridad Social, pero sólo parcialmente, en el porcentaje aludido en el párrafo anterior, a las necesidades de atención psicológica y de reinserción social.

En cualquier caso, no sólo existen insuficiencias de recursos de la Seguridad Social, ya sean propios o concertados, sino que existe un derroche de ellos, una mala utilización, por no existir una planificación en la atención hospitalaria asignando a cada hospital un área territorial y demográfica determinada y por la falta de coordinación entre la atención primaria y la atención hospitalaria.

Es preciso remarcar el esfuerzo que gran parte de Corporaciones locales (Diputaciones y Ayuntamientos) gobernados por la izquierda, tanto por socialistas como por comunistas, han realizado en este último período.

Así nos encontramos con importantes experiencias en transformación de los manicomios, en la proyección de la psiquiatría hacia la comunidad, en la ordenación territorial de la asistencia psiquiátrica, en la integración de la Salud Mental en los programas de salud desarrollados en atención primaria en los

Ayuntamientos y muy especialmente en los programas de educación para la salud, base de avances importantes en el objetivo de conseguir mejores niveles de salud en los ciudadanos. Sin embargo, las Corporaciones locales por su limitación de medios y de recursos financieros no pueden avanzar más en estos servicios, si no es que reciben ayuda del Estado y de la Seguridad Social.

Creemos que el PSOE, que ya presentó una similar Proposición no de Ley en la anterior Legislatura y que nosotros apoyamos, ahora que está en la Administración demostrará una mayor sensibilidad ante este tema que gobiernos anteriores.

Pensamos que las medidas propuestas no significan un aumento notable del gasto sanitario de la Seguridad Social, ya que aunque tengan que incorporarse nuevos profesionales y se tengan que ampliar los conciertos con entidades públicas o crear nuevos servicios en los hospitales propios a fin de atender a todos los afiliados y beneficiarios de la Seguridad Social se puede conseguir un importante ahorro en el consumo y en el gasto de sustancias psicotrópicas, que en nuestro país ocupan un primer plano en el consumo global de fármacos, y mediante la aminoración de hospitalizaciones, del número de estancias y de ahorro de exploraciones que se repiten en muchas ocasiones sin ninguna justificación.

Por tanto, y con el objetivo de mejorar la prestación psiquiátrica de la Seguridad Social, desarrollando así un derecho básico de sus afiliados y beneficiarios, presentamos la siguiente PROPOSICION NO DE LEY:

«1. La Seguridad Social asumirá plenamente las necesidades de atención psiquiátrica, incluida la atención del alcoholismo y otras adicciones a drogas, de sus afiliados y beneficiarios tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

2. A nivel primario se adoptarán las siguientes medidas:

- a) Separación de las especialidades de neurología y psiquiatría, actualizando consecuentemente su plantilla.
- b) Incorporación de psicólogos, A.T.S. y auxiliares psiquiátricos y de asistentes sociales que permitan, junto con los psiquiatras la configuración de un equipo de Salud Mental.
- c) Incorporación del equipo de Salud Mental en los centros de salud o de unidades de medicina familiar y comunitaria, que se pongan en funcionamiento bien de nueva creación o bien consecuencia de la reconversión de consultorios o ambulatorios.
- d) Enfatización en la atención primaria en el desarrollo de programas de educación para la salud.

3. A nivel hospitalario la prestación de la Seguridad Social se realizará mediante alguna de las siguientes fórmulas posibles:

- a) A través de los servicios propios o actualmente concertados con el sector público.
- b) Se ampliarán los conciertos con Diputaciones Provinciales y otras entidades públicas que tengan servicios en hospitales generales o bien en hospitales psiquiátricos previa acreditación de realizar una asistencia y docencia adecuadas.
- c) Se crearán servicios de psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social donde mediante las dos fórmulas anteriores no sea suficiente atender las demandas de los beneficiarios de la Seguridad Social.

4. A fin de disponer de recursos humanos adecuados se adoptarán las siguientes medidas:

- a) Ampliación del programa M.I.R. para psiquiatras.
- b) Introducción de un programa P.I.R. para psicólogos semejante al anterior.
- c) Desarrollo de la especialización de Diplomado en Enfermería en Psiquiatría y reciclaje de los A.T.S. que ejercen en medio psiquiátrico.
- d) Reconocimiento de la especialidad de auxiliar psiquiátrico, dando el título correspondiente y convalidado y reciclando a los que actualmente ejercen en un medio psiquiátrico.
- e) Desarrollo de programas de actualización de conocimiento en Salud Mental y psicología y psiquiatría a los profesionales que trabajan en atención primaria, o sea, a los médicos generales, pediatras, ginecólogos y A.T.S., tanto a los que ejercen en el medio rural como en el urbano.

5. Se fomentará la investigación a nivel de diagnóstico de salud de la población, epidemiología psiquiátrica y cualquier otro aspecto relacionado con la psicología y la psiquiatría.

6. Por el INSALUD a nivel autonómico y provincial, conjuntamente con los gobiernos de las Comunidades Autónomas, de las provinciales y de los municipios, se procederá a la planificación, sectorización y coordinación de la atención psiquiátrica y psicológica.

7. Por la Administración en el plazo de dos meses, tras la aprobación de esta Proposición no de Ley, se adoptarán las medidas normativas pertinentes para su cumplimiento.»

REFLEXIONES EN EL VI CONGRESO DE AUXILIARES PSIQUIATRICOS (Valencia, abril de 1983)

Desde hace varios años los «Auxiliares Psiquiátricos» de todo el Estado han venido reuniéndose periódicamente para discutir sus problemas como colectivo profesional. Después del VI Congreso celebrado en Bétera (Valencia) los días, 28 a 30 de abril y 1 de mayo, una mirada retrospectiva evidencia, por lo que destaca un objetivo común: la exigencia irrenunciable de su profesionalización con funciones adecuadas a nuevas formas de entender la salud y la asistencia psiquiátrica.

La tarea no es fácil si se tienen en cuenta las resistencias, nada despreciables, que el propio colectivo alberga en su seno frente a cualquier cambio que les exija un mayor compromiso. Aún así el camino recorrido, tanto por la Coordinadora que aglutina las inquietudes del colectivo, como por los equipos de trabajo que aquí y allá con voluntad encomiable y exiguas compensaciones protagonizan experiencias innovadoras, permite mantener la esperanza en tan necesario como anhelado cambio.

Toda aspiración que destierre una psiquiatría parda y maloliente, justificadora del encierro manicomial, de sus barbaridades e infamias, debe tomar en serio esta lucha.

Sólo la miopía de las sucesivas Administraciones pudo contener con vergonzosa arrogancia, no exenta de inconfesables intereses, una reforma asistencial en profundidad que atienda el derecho a la salud de todos los ciudadanos de un modo acorde con el respeto a su dignidad como personas.

Los «Auxiliares Psiquiátricos», han vuelto a apostar en Bétera por la abolición del manicomio y su ordenada injusticia que ellos, «psiquiatrizados» de segundo orden, conocen tan bien; por el rechazo de sus nuevas formas que, cambiándole eufemísticamente el nombre, prometen perpetuarlo y por una asistencia de corte multidisciplinario con implantación comunitaria: por una **psiquiatría de la comunidad**. «El futuro juega a favor de la ilusión cuando en ella está el deseo».

Daniel SANCHEZ

NOTICIAS DE GALICIA

Los días 7, 8 y 9 de abril, se celebró en el Pazo de Mariñán (La Coruña) la II Jornada de Dirección de Asistencia Psiquiátrica. Asistieron directores de la mayoría del Estado, aunque fallaron de zonas significativas como Andalucía, País Valenciano, Murcia, etc. Asistieron representantes de la Administración como el secretario de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica Dr. Espino y D. Luis Fernando Velasco subdirector general de Administración Local.

El trabajo se dividió en cuatro mesas redondas:

- 1) Mesa Redonda sobre: «Aspectos económicos administrativos de la Asistencia Psiquiátrica».
- 2) Mesa Redonda sobre: «Modelos Asistenciales de Asistencia Psiquiátrica».
- 3) Mesa Redonda sobre: «Legislación».
- 4) Mesa Redonda sobre: «Docencia Post-Graduada en Psiquiatría».

Para la primera Mesa Redonda es importante destacar que piden la integración de la Salud Mental en la red sanitaria general, así como la revisión de los sistemas de dependencia insistiendo en la no conveniencia de la dependencia directa de las Diputaciones, siendo preferible los órganos de gestión.

En esta Mesa se abordaron los problemas de financiación y se abordaron otros problemas relacionados con la necesidad de una política realista de personal, homogénea a nivel nacional; incidiendo también en la necesidad de una profesionalización de los directivos de la asistencia psiquiátrica.

En la Mesa Redonda sobre: «Legislación», los puntos más importantes fueron:

- Creación del estatuto del enfermo.
- Protección al ciudadano, presunto enfermo mental, ante el ingreso involuntario.
- Pluralidad de estados de incapacidad civil, especificándose con la más posible precisión y extensión.
- Se pide, en relación a los **enfermos judiciales**, llevar a la práctica lo previsto en la Ley Orgánica 1/79 de 26 de Septiembre, General Penitenciaria, así como en el Real Decreto 1201/1981 de 8 de mayo, por la que se aprobó el Reglamento Penitenciario.

- Conveniencia de suprimir el Artículo 8.º 1 del actual Código Penal, la frase: «del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal».
- Carencia absoluta de recursos para la rehabilitación psiquiátrica.

Al final de esta Mesa, en el último punto, se hace una referencia expresa (para nosotros innecesaria) a que la nueva legislación deberá huir de modelos, como el italiano, que llevan a excesos, cómo prescindir de los Hospitales psiquiátricos sin haber creado y desarrollado otros recursos.

En la Mesa Redonda sobre: «Modelos Asistenciales», las segundas jornadas ratificaron las conclusiones de la primera reunión de Avila en abril de 1982, así como las presentadas por la A.E.N. al subsecretario del Ministerio de Sanidad Dr. Sabando, el pasado 11 de marzo, que inciden en la integración de la asistencia psiquiátrica dentro de un marco del Servicio Nacional de Salud, con unificación de todos los recursos asistenciales psiquiátricos existentes y de nueva creación.

Suscribiendo la filosofía de una asistencia psiquiátrica comunitaria.

La Mesa Redonda sobre: «Docencia Post-Graduada», incidió una vez más en la necesidad de la renovación de los miembros de la Comisión de la Especialidad de Psiquiatría.

- Se solicita la inclusión de tres representantes de los Hospitales Psiquiátricos, en dicha Comisión.
- Piden que se hagan públicos los criterios generales de acreditación de Hospitales y Servicios Docentes y que se establezca un sistema de rotación flexible por diferentes servicios y hospitales.
- También en esta Mesa Redonda, se consideró necesario la ampliación del número de plazas M.I.R. para la formación en psiquiatría, y que se arbitre un sistema para que puedan obtener el título de especialistas los médicos en formación Post-Graduada que se encuentran fuera del sistema oficial M.I.R.

OTRAS NOTICIAS

El pasado mes de abril, tomó posesión de su cargo como director del Hospital Psiquiátrico «Doctor Cabaleiro» de Orense, el Dr. D. Santiago Lamas Crego, psiquiatra de orientación analítica que venía desempeñando hasta este momento el puesto de Jefe de Sector. Este nombramiento es importante para la asistencia psiquiátrica en Orense, ya que el Dr. Lamas se comprometió a iniciar la asistencia hospitalaria para mujeres, largamente, reivindicada por algunos profesionales de dicho hospital. Como es sabido, cuando el cuadro psiquiátrico de una mujer de esa provincia aconsejaba su ingreso en un hospital, los familiares de dicha paciente tenían que desplazarse muchos kilómetros y salir de la provincia para que su pariente pudiese ser atendida en un Centro público o arruinarse pagando un sanatorio privado que la mayoría de las veces estaba también a muchos kilómetros. Otra de las necesidades del Hospital Psiquiátrico «Doctor Cabaleiro», es la de un Centro Social que entra también dentro de los proyectos del nuevo director.

El Hospital Psiquiátrico «Doctor Cabaleiro», es un centro de 160 camas situado en TOEN (Orense), que pertenece al Ministerio de Sanidad (antes P.A.N.A.P.) y que siempre estuvo muy vinculado a la figura del Dr. Cabaleiro Goas, fallecido en 1977, y cuyo nombre lleva ahora el Sanatorio. Desde 1972, funciona en régimen de Psiquiatría de Sector, con cuatro sectores y los correspondientes dispensarios repartidos por la Provincia.

La Biblioteca Galega de Estudos Freudianos de Vigo, fundada en 1977 por Oscar Masotta, organizará en febrero de 1984, una jornada sobre la enseñanza de Lacan, con la participación entre otros de diversos miembros de L'écol de la cause Freudienne de París y del Champ Freudienne, entre ellos J. A. Miller, actual director de L'écol.

La B.G.E.F. viene, desde la fecha de la fundación, desarrollando actividades centradas en el estudio del psicoanálisis y la lectura que de las obras de Freud hace J. Lacan con un número aproximado de 40 socios, hasta ahora se desarrollan seminarios tanto de temas monográficos como de iniciación a la obra de Freud, así como carteles que agrupan a cuatro o cinco personas interesadas en un tema concreto.

CONGRESOS Y REUNIONES CIENTIFICAS

- **XXXIII CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOANALISIS.**
Madrid, 24-29 julio.
Secretaría: Dra. Jesusa Pertejo. C/. Tambre, 21. Madrid-2.
Las personas que deseen asistir a este Congreso, deben reunir una serie de condiciones siempre que no pertenezcan a sociedades psicoanalíticas integradas en la Asociación Internacional Psicoanalítica. Para esta información dirigirse a la secretaria del Congreso.
- **X CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA SOCIAL.**
Osaka (Japón), 4-8 septiembre.
Temas: **Psiquiatría transcultural. Sociedad contemporánea y depresión. Problemas psicosociales en nuestra sociedad. La muerte en la sociedad contemporánea. Prevención y tratamiento...** (Idiomas: inglés y japonés). Precio: 20.000 ptas.
Secretaría: 8-47 Katuta-cho, kita-ku. Osaka 530. Japón.
- **CONGRESO INTERNACIONAL DE TERAPIA FAMILIAR.**
Bruselas, 15-17 septiembre.
Secretaría: Destree Congres, 10 rue du college St. Michel, B-1150. Bruselas.
- **2.º CURSO INTERNACIONAL SOBRE TECNICAS DE CUIDADOS EN PSIQUIATRIA DE SECTOR.**
Villeurbanne, 3-7 octubre.
Tema: **Atención y psicoterapia a los psicóticos adultos e infantiles.** Su articulación en la psiquiatría de sector. Este curso está dirigido por el **profesor J. Hochmann** y participan profesionales de Francia, Canadá, Bélgica, Suiza e Italia.
Secretaría: J. Hochmann, rue Louis Becker. Villeurbanne (69100). Francia.
- **XIII REUNION INTERNACIONAL SOBRE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS DROGAS.**
Oslo, 10-14 octubre.
Secretaría: Archer Tongue, case postale 140. CH-1001. Lausanne. Suiza.
- **X CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA DE LA EXPRESION.**
Munich, 21-24 octubre.
Secretaría: Dr. Wittgenstein. Koninginstrasse, 101.8000 Munich. República Federal Alemana.
- **II CONGRESO INTERNACIONAL APROXIMACION ERICKSONIANA A LA HIPNOSIS Y PSICOTERAPIA.**
Arizona, 30 noviembre y 4 diciembre.
Participan: **P. Watzlawick, J. Haley, E. Rossi, C. Sluzki...** Precio: unas 31.000 ptas.
Secretaría: 3606 North 24 th. street. Phoenix, Arizona 85016. EE.UU.

NEUROPSIQUIATRIA-83

XVI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

OVIEDO, 16 A 19 DE NOVIEMBRE

Día 16: 20 horas inauguración.

Día 17: 9 horas **Ponencia 1.ª** «Aproximación a la dinámica de la psicosis». Dirige Valentín Corcés Pando.

A las 16 horas **Mesas redondas:**

- Intervención en crisis. Dirige José García González.
- Psiquiatría y ley. Dirige Francisco Torres González.
- Centros de Salud Mental Infantil. Criterios asistenciales. Dirige Federico Menéndez.

Día 18: 9 horas **Ponencia 2.ª** «El paradigma sistémico y la terapia de familia». Dirige Carmen Rojero y Teresa Suárez.

A las 16 horas **Mesas redondas:**

- Bases técnico metodológicas del trabajo comunitario en Salud Mental. Dirige Ignasi Pons.
- El lugar de las técnicas corporales en la psicoterapia. Dirige Luis Pelayo.
- Líneas actuales de investigación en Salud Mental. Dirige Felipe Reyero.

A las 20 horas **Asamblea general de la A.E.N.** En esta reunión se elige nueva Junta Directiva, miembros de las Comisiones, ponencias y lugar del próximo Congreso. Además se fallará el premio Luis Martín Santos (V edición).

Día 19: 9 horas **Ponencia 3.ª** «Diagnóstico Psicológico de la organicidad cerebral». Dirige Alberto Fernández Serrat.

Coutas:

Antes del 1 de octubre.

Miembros A. E. N. 6.000 ptas.

No miembros 10.000 ptas.

Después del 1 de octubre.

Miembros A. E. N. 7.200 ptas.

No miembros 12.000 ptas.

Hay 50 **becas** de 3.000 ptas. para M.I.R. personal en paro, etc. (antes del 1 de agosto la inscripción).

Más información: C/. Víctor Hevia, 22, 3.º dcha. Tel. (985) 23 38 25. OVIEDO.

NOTA. — La relación de las actividades científicas ha sido efectuada por Víctor APARICIO BASAURI.

CATEDRA LAFORA-MIRA
1983-1984 (avance programa provisional)

CURSOS ANUALES

Galicia (Vigo - Santiago - Orense)

LOS DELIRIOS

Sesiones: El pensamiento fantástico en la obra de A. Cunquero (A. Rey). Nosología francesa, nosología alemana en la psicosis (S. Lamas). Parafrenia (V. Merino). Grandeza y delirio en la psicosis (Gracia de la Villa). El delirio sensitivo paranoide de Krestmer (Pérez Montoto). La paranoia en Lacan (R. Eiras). La paranoia en Freud (T. Angosto). Psicosis alucinatorias crónicas (García Gómez). Alucinaciones en los delirios (Rodríguez García). Delirios pasionales y de reivindicación (Acuña Gallego). Paranoia como estrategia (Seoane). Delirios, sueños y psicopatología de la vida cotidiana (Márquez Gallego).

Lugar: Hospitales de Conxo, Toen y Rebullón.

Frecuencia: quincenal (lunes).

Organización: Dr. Tiburcio Angosto. Tel. 27 66 50. Hospital Psiquiátrico Rebullón, Vigo.

Huelva

LA PSICOLOGIA COMUNITARIA EN LA ACCION SOCIAL

Sesiones: quincenales.

Dirigido por J. Carlos León Jariego. C/. Rui Vélez, 15, 1.º Huelva.

Organiza: Servicio de Desarrollo Comunitario. Diputación de Huelva.

Colaboran: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Escuela de trabajo social de Huelva. Hospital Psiquiátrico.

Las Palmas

TEORIA Y PRACTICA PSICOANALITICA

Sesiones: mensuales (8 horas).

Dirigido por Antonio de la Nuez.

Lugar: Colegio Universitario de Medicina.

Organización: Asunción González de Chávez. C/. Dos de Mayo, 9, 4.º Tel. 26 32 86.

La Mancha (Alcázar de San Juan)

SALUD MENTAL ESCOLAR

Sesiones: mensuales.

Organización: A. Jiménez Pascual. Psiquiatría. Hospital Comarcal. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

San Sebastián

**APROXIMACION DINAMICA
A LA PSICOPATOLOGIA INFANTO-JUVENIL**

Sesiones: mensuales.

Organización: D. Aparicio Tellería, A. Espina Eizaguirre y A. Oliván Plazaola. Av. Navarra, 4. San Sebastián. Tel.: (943) 27 19 27.

Oviedo

LAS NOCIONES DE CASO PSIQUIATRICO

Organización: G. Rendueles. C/. Marqués de San Esteban, 17, 2.º, pta. 6. Gijón.

CATEDRA LAFORA-MIRA
1983-1984 (avance programa provisional)

SEMINARIOS

Santander

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

Fecha: octubre de 1983.

Este seminario pertenece al curso 1982-83.

Organización: Dr. Vázquez Barquero. Servicio de Psiquiatría. Centro Médico M. de Valdecilla. Santander.

Granada

**INVESTIGACION E INTERVENCION SOCIAL
EN ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LA COMUNIDAD**

Fecha: 28 y 30 de abril de 1984.

Participan: Pilar Carrasquer, Enrique Sacanell, Enrique González Duro e Ignasi Pons.

Organización: Ignasi Pons. C/. Vallirana, 55, 3.º Tel.: (93) 318 00 75. Barcelona.

La Cátedra LAFORA-MIRA, va a intentar desarrollar un tercer programa denominado «**PROFESORES VISITANTES**». Este programa consiste en poder traer a España profesionales destacados en áreas de las ciencias de la conducta para que desarrollen sesiones de trabajo con los miembros de la Asociación. En esta dirección está trabajando un miembro de la Comisión de Docencia de la A.E.N. (Tiburcio Angosto), contactando con institutos de cultura de distintas embajadas. Para el desarrollo de las sesiones de trabajo, se utilizará la infraestructura de las sedes de los cursos y seminarios.

El programa descrito anteriormente es aún provisional. Esperamos en el próximo número de la Revista ampliarlo en datos e incluso en algún nuevo curso o seminario.

La programación general de la CATEDRA LAFORA-MIRA, la realiza la Comisión de Docencia, pasando posteriormente a la aprobación de la Junta Directiva de la A.E.N. Cualquier miembro de la A.E.N., puede hacer propuestas o sugerencias sobre la Cátedra.

NOTA. — La relación de las actividades científicas ha sido elaborada por Víctor APARICIO BASAURI.

REUNION QUE MANTUVO LA COMISION DE DOCENCIA DE LA A.E.N. CON EL DR. J. NADAL, SUBDIRECTOR GENERAL DEL INSALUD Y ASESOR EJECUTIVO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (13 de mayo de 1983)

Acudieron por parte de la Comisión de Docencia: Dr. Víctor Aparicio Basauri, D. Adolfo Hernández, y Dr. Tiburcio Angosto Saura.

1. Se abordó en primer lugar el tema de los futuros licenciados en Psicología Clínica (P.I.R.). El Dr. Nadal, aceptó la necesidad de la creación de un sistema P.I.R. aunque hoy por hoy sólo pudiera ofrecer un apoyo moral, dado la problemática económica que se le presenta al INSALUD con respecto a ofrecer formación a los licenciados que en su sistema trabajen. No obstante, ofrece el apoyo necesario a un programa de formación clínica Post-Graduada para psicólogos que fuere elaborado paritariamente entre el Colegio Oficial de Psicólogos y la A.E.N.

2. Se habló en segundo lugar de la actual formación de la Comisión Nacional para la especialidad de Psiquiatría y de la disconformidad de la A.E.N. con dicha Comisión integrada en el casi 50 % por catedráticos. El Dr. Nadal nos aseguró que dicha Comisión sería renovada dando representatividad para los M.I.R., Asociaciones Profesionales mayoritarias y Hospitales Psiquiátricos entre otros.

Hablando del hecho de las pocas plazas para la especialidad de Psiquiatría M.I.R. El Dr. Nadal, nos informó que estaba funcionando un comité de expertos que estudian las necesidades a nivel del estado, de especialistas y distribución de estos; con el fin de evitar lo que pasó en la última convocatoria 82-83 que el 60 % de los M.I.R. en Psiquiatría se quedó en Madrid.

Respecto a la acreditación de hospitales, también está estudiando las bases de dicha acreditación un comité de expertos. La idea central es que el control de la docencia sea bidireccional: de los enseñantes y de los enseñados. Habrá evaluaciones de los enseñados por parte de los enseñantes y viceversa. Habrá reuniones staff-M.I.R. y un representante de la Administración, con el fin de vigilar si se cumplen las normas de acreditación y se lleva a cabo una buena enseñanza.

El programa de formación actual también fue discutido y el Dr. Nadal puso en nuestro conocimiento que dicho programa será revisado integralmente, haciéndolo más realista y adaptándolo a las necesidades actuales y a la orientación actual de la Psiquiatría. Dicho programa recogería rotaciones por distintos centros o unidades, aunque haya que incluir desplazamientos. Habrá también a nivel asistencial una potenciación de la Psiquiatría Infantil.

Por último, apuntó la posibilidad de colaboración entre las Asociaciones Profesionales y el INSALUD para programas docentes y formación continuada de los profesionales de la salud. Dicha colaboración podría ser, no tanto organizativa como económica, pudiendo incluir en dicho programa de formación continuada los cursos o seminarios que las Asociaciones, hospitales y otros profesionales organicen.

NOTICIAS DE CONGRESOS Y REUNIONES CIENTIFICAS

1. SEMINARIO SOBRE «HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA ESPAÑOLA»

Valencia, 29 y 30 de abril.

Organizado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, dentro de las actividades de la Cátedra LAFORA-MIRA, con la colaboración de la Cátedra de H.^a de la Medicina de Valencia (profesor LOPEZ PIÑERO), y el patrocinio de la Excm. Diputación Provincial, se ha celebrado en el Museo Histórico-Médico de la citada Facultad de Medicina, un Seminario sobre «Historias de la Psiquiatría Española», coordinado por el Dr. Antonio REY GONZALEZ, y con la participación de más de medio centenar de profesionales de la psiquiatría y de la historia de la medicina.

* * *

Abrió las sesiones el profesor J. M. LOPEZ PIÑERO que dirigió unas palabras de bienvenida a los participantes, destacando el hecho de que fuese precisamente la Asociación Española de Neuropsiquiatría la organizadora, demostrando su interés por una materia tradicionalmente olvidada, cuando no rechazada por los representantes de la psiquiatría oficial. Pasó a continuación a comentar una exposición, preparada especialmente para este seminario, de textos clásicos de la psiquiatría española de los si-

glos XVI al XIX, procedentes de los fondos de la Biblioteca PESET LLORCA recientemente donada a la Facultad de Medicina de esta ciudad.

Comenzó la sesión de la mañana con la intervención del Dr. Julián ESPINOSA (autor de un importante trabajo sobre la asistencia psiquiátrica española del siglo XIX), que desarrolló el tema: «La ideología de la Ilustración española y el tratamiento moral». Expuso el paralelismo entre la ideología dominante en el siglo XVIII y los problemas de la asistencia a los locos con todas las modificaciones sociales introducidas preparatorias del advenimiento de la revolución industrial.

Prosiguió C. CISCAR, con una exposición de sus investigaciones en curso sobre: «El manicomio de Valencia en el siglo XVIII», obtenidas de los Archivos del Hospital General, relativas a la organización y administración de dicha institución.

El Dr. COMELLES, psiquiatra y profesor de Antropología en la Facultad de Letras de Tarragona, desarrolló el tema: «El tratamiento moral en Cataluña», exponiendo como el fracaso de la organización asistencial se debió fundamentalmente a la atipicidad del modelo de estado, así como al desarrollo de manicomios privados con planteamientos propios de la asistencia pública.

Lorenzo LIVIANOS, habló sobre la obra del valenciano J. B. PESET y VIDAL, situándolo como representante destacado de la llamada «generación intermedia» del siglo XIX, y de su contribución teórica a la psiquiatría, contrastándola con la de su contemporáneo y paisano J. PERALES, director del manicomio de Valencia.

Antonio REY GONZALEZ, expuso las circunstancias y repercusión del llamado «Caso Sagrera» y del escándalo promovido por la condena de varios médicos y familiares de Juana Sagrera, por el delito de detención ilegal en un manicomio. Propuso varios temas de reflexión, centrándose en los aspectos relativos a la indefensión jurídica de los presuntos locos y los problemas relacionados con la defensa de los intereses de la «clase médica».

En la sesión vespertina del mismo día, Andrés ROIG, con una metodología basada en el análisis bibliométrico, expuso los datos relativos al estudio de la literatura psiquiátrica circulante en repertorios internacionales durante el período 1918-1939, subrayando la importancia que la II República tuvo en el incremento de la aportación española a la comunidad científica internacional, barándose la hipótesis de que el cambio de régimen político supuso una mayor atención hacia la producción psiquiátrica española.

Miguel Angel LUENGO, basó su intervención en el estudio de la imagen de la locura a través de un análisis de la prensa diaria valenciana de principios de siglo, centrado en la polarización ideológica de los distintos periódicos de la época.

J. L. BARONA, profesor ayudante de la Cátedra de H.^a de la Medicina de Valencia, habló sobre la vida y la obra de J. SANCHIS BANUS, exponiendo la génesis de su pensamiento psiquiátrico en función de las influencias recibidas durante su formación personal y académica.

Francesc BUJOSA, profesor de H.^a de la Medicina de Zaragoza, expuso sus investigaciones sobre la introducción de la frenología en España antes de la obra de CUBI i SOLER, refiriéndose tanto a la prensa médica como a las traducciones de diccionarios médicos de la época.

Jesús BEDATE, expuso los resultados de un análisis bibliométrico de los artículos de revista sobre psiquiatría entre los años 1928-1936, recogidos en el repertorio de *La Crónica Médica*.

La sesión del sábado día 30, se inició con la intervención del profesor Jacinto CORBELLA, titular de la Cátedra de Medicina Legal de Barcelona y conocido especialista en temas relativos a la historia de la psiquiatría española. Pasó revista, en primer lugar, a los trabajos dedicados a la psiquiatría en la obra de Rafael RODRIGUEZ MENDEZ, conocido autor de finales del siglo XIX. A continuación, en su segunda intervención, pasó a analizar tres textos (VALLEJO NAJERA, LOPEZ IBOR y MIRA y LOPEZ) de psiquiatría en relación con la guerra civil española, poniendo de manifiesto sus diferentes puntos de vista en cuanto a neurosis y psicosis de guerra, condicionados por sus distintas ideologías.

Pedro MARSET, Catedrático de H.^a de la Medicina de Murcia, trató sobre los condicionantes socio-políticos de la psiquiatría en la postguerra civil española, poniendo de manifiesto las relaciones entre aquella situación histórica y la práctica psiquiátrica.

Enrique JORDA, centró su intervención en exponer las conclusiones de su investigación sobre la psiquiatría franquista, en base a un análisis exhaustivo de la Revista *Actas Luso-Españolas* (1940-1975).

Finalizó el seminario con la intervención de Jorge NAVARRO, que desarrolló el tema de la aportación española a la historiografía psiquiátrica, estudiando las oscilaciones de la producción a través de los años y señalando las revistas, temas y autores más destacados.

A todas las intervenciones siguió una discusión de los temas por la mayoría de los asistentes, y que en su mayor parte llevaron a los problemas que actualmente tiene planteada la psiquiatría y la asistencia.

Se hicieron votos porque este tipo de seminarios tenga continuidad en los próximos años, aunque enfocándolo, quizá, de manera monográfica.

2. REFLEXIONES EN TORNO A DOS CONGRESOS

En los primeros días de abril, han tenido lugar dos reuniones filosóficas de gran interés. En primer lugar, los Filósofos Jóvenes han celebrado su XX Congreso en la dinámica facultad de Zorroaga en San Sebastián, por otra parte, la Sociedad Asturiana de Filosofía, vertebrada en torno al profesor Gustavo BUENO, ha patrocinado el segundo Congreso de Teoría y Metodología de las Ciencias que se ha desarrollado en Oviedo.

Las discusiones del XX Congreso de Filósofos Jóvenes se han centrado este año en torno al tema de la «Crisis de la modernidad y crisis del sujeto» abordado a través de seis ponencias y nueve seminarios.

Comenzó el Congreso con la conferencia de Manuel GIMENEZ REDONDO, titulada: «La modernidad ¿un proyecto inacabado o un proyecto superado?», en la que el profesor de Valencia siguiendo las obras de HABERMAS, «La modernidad inconclusa», planteó las aporías de la modernidad rechazando la posibilidad de una solución filosófica de las mismas y destacando la importancia que para la solución de estas dificultades tienen ciencias nuevas, como la teoría del sistema, la teoría de los juegos, etc.

El profesor de Antropología de la U.N.E.D. Javier SANMARTIN en su ponencia «La antropología en la Modernidad», recalcó la importancia de la Antropología como teoría de los invariantes culturales y destacó dentro de ésta las aportaciones de la etnopsiquiatría o estudio de las enfermedades mentales en las distintas culturas. Por último, defendió la utilización de la antropología aplicada como medio para amortiguar los efectos devastadores del choque cultural, traumático casi siempre, a que se ven sometidas las comunidades campesinas y primitivas por parte de la cultura y la forma de vida capitalista.

Celia AMOROS, profesora de Historia de la Filosofía de la U.N.E.D., abordó el tema de: «El problema del sujeto en SARTRE y LEVI-STRAUSS, analizando la postura existencialista y estructuralista frente al tema del hombre.

Ludolfo PARAMIO, veterano pensador, marxista, director de «En Teoría» colaborador de «Leviatán» y de la Fundación «Pablo Iglesias», disertó sobre: «La crisis del sujeto revolucionario», que abordó desde el punto de vista de la sustitución del sujeto clásico de la revolución, la clase obrera con sus partidos y sindicatos, por los nuevos movimientos sociales (ecologismo, feminismo, pacifismo, movimientos de liberación sexual, etc.). También analizó la crisis de la militancia en los partidos de izquierda y por último la crisis del marxismo como ideología totalizadora y unificador del movimiento emancipatorio que aparece disperso hoy en una serie de tendencias parciales aisladas entre sí y grandes dificultades para coordinarse, tanto a nivel teórico como a nivel práctico.

Victor GOMEZ PIN, habló de: «El origen del juicio» a partir de los planteamientos de ARISTOTELES, HEGEL, y FREUD, defendiendo que la percepción está ya mediada por la reflexión y el juicio, es decir, por la lógica. También defendió la necesidad para el filósofo de estudiar ciencias, especialmente matemáticas, pero sin complejo de culpabilidad por ser filósofo.

Por último Francisco JARAUTA, profesor de la Universidad de Murcia, desarrolló la temática del sujeto desde NIETZSCHE a MUSIL en su ponencia «Del sujeto de las facultades al hombre sin atributos», defendiendo una estética de la experimentación y constatando la crisis de la idea de modernidad en el pensamiento contemporáneo.

En cuanto a los seminarios destacamos el presentado por un equipo de la Universidad Complutense con el título: «Modernidad y racionalidad práctica» y que planteaba el problema de la posibilidad de una fundamentación racional, no decisionista, de la ética y la política a partir de la obra de H. ALBERT, P. LORENZEN, J. HABERMAS y K. O. APEL. El tema de la modernidad y postmodernidad en el arte se analizó en los seminarios «Modernidad y postmodernidad en arquitectura: el renacer de la diferencia» de Ana LUCAS que no pudo asistir pero envió su trabajo y «El momento postmoderno de la pintura española» de José Luis BREA. El catedrático del instituto «Antonio Machado», Ramón PAJARES, dirigió un seminario en torno a la «escisión del sujeto y dramática del inconsciente, un análisis de los mitos del freudismo».

Como resumen, podemos decir que asistimos a través de esta temática a la crisis del sujeto revolucionario disperso en múltiples movimientos no coexionados entre sí y faltos de una ideología aglutinadora, al no realizar esta tarea ya el marxismo, y por otra parte a una situación aporética en la que la modernidad no acabada aún, se debate en una crisis de la cual no podrá salir cumpliendo hasta el fin el proyecto

ilustrado de extender a todos los ámbitos de la vida y especialmente a la práctica, ética y política, la razón. En cuanto al problema de sujeto revolucionario, el desafío que nos plantea la época, es la construcción teórica y práctica de un nuevo sujeto revolucionario en el que junto a la clase obrera con sus partidos y sindicatos se encuentren, sin subordinación ni instrumentalización, los nuevos movimientos sociales.

En cuanto al Congreso de Oviedo, la información será aún más fragmentaria dado el número de las ponencias y comunicaciones que se presentaron, muchas de ellas simultáneas.

Las ciencias analizadas de este año fueron principalmente la Historia y la Biología. Dentro del análisis histórico presentaron ponencias el profesor Julio MANGAS de la Universidad de Oviedo, que habló de: «Límites entre religión, magia y superstición durante la antigüedad»; el profesor Julio VALDEON de Valladolid, que habló de: «El papel de la teoría en la investigación histórica» y el profesor ARTOLA que presidió una Mesa Redonda sobre los «problemas metodológicos de la investigación histórica».

En cuanto a la Biología, el profesor ALVAREZ URÍA de Oviedo, habló de: «Biología y sociedad»; el profesor AYALA de la Universidad de California, centró la discusión que llenaría todo el Congreso con su pregunta: «¿es la macroevolución incompatible con el darwinismo?». Respuestas a estas incógnitas se podrían encontrar en las contribuciones de Gustavo BUENO que trató de: «La idea de verdad en Biología»; el profesor ALVAREZ BAUTISTA, de la Universidad de León, que habló de: «Ontología biológica» y el profesor de la Universidad de Caracas, Osvaldo AUGUSTO REIG, que disertó a cerca de la «Unificación epistémica de la genética y de la ecología de población».

En cuanto a los filósofos asistentes, muy escasos y perdidos entre la muchedumbre de biólogos, etólogos, físicos, etc., que llenaban las muy nutridas reuniones (más de 350 congresistas inscritos), destacaron las intervenciones del profesor MONTERO MOLINER, que disertó acerca de «La Fenomenología y la historia de la filosofía»; del profesor BUENO, que habló de: «La finalidad en las ciencias históricas y el materialismo histórico», criticando la idea de fin en las ciencias y defendiendo la polémica tesis de que el futuro no existe; por último, el profesor PARIS presidió la sesión de clausura consistente en una Mesa Redonda sobre el tema: «Naturaleza e Historia: el estatuto gnosológico de la idea de Evolución».

Mención aparte merece la aportación del profesor Faustino CORDON, que con el título: «Origen, naturaleza y evolución de la célula», presentó el tomo de próxima publicación, de su magna obra, en la que se articula un pensamiento filosófico de gran amplitud con el intento de entender las últimas aportaciones científicas, muchas ellas debidas a su propio trabajo y al de su equipo, en el campo aún muy joven de la Biología Evolucionista.

Intentar aproximarse a las casi cien comunicaciones que se agrupaban en las secciones de: Teoría y Metodología General de las Ciencias, Historia de la Ciencia y del Pensamiento, Fundamentos de las Ciencias Formales, Ciencias Naturales y Ciencias antropológicas y culturales, es prácticamente imposible. Destacamos sólo el predominio absoluto de comunicaciones sobre Biología y Psicología y la escasez de trabajos sobre Ciencias Sociales.

En resumen, un excelente Congreso de altos vuelos organizativos, con un planteamiento grandioso, pero quizá demasiado formal y poco flexible, contraste claro con el autogestionado y asambleario Congreso de Filósofos Jóvenes, y aunque quizá los Congresos deban ser como el de Oviedo, nosotros, nostálgicos de la autonomía organizativa y la participación abierta y total, nos quedamos con el de San Sebastián.

Francisco José MARTINEZ