

REVISTA DE LA  
**ASOCIACION  
ESPAÑOLA DE  
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO III - NUM. 8 - SEPTIEMBRE/DICIEMBRE - 1983

**Epidemiología y psiquiatría comunitaria,**  
Marcelino López Alvarez

**La psicosis, de Freud a Lacan,**  
Jaime Szpilka

**La psicosis desde el «vértice» de Bion,**  
Leon Grinberg

**Pisos asistidos en la comunidad,**  
Fermín Mayoral Cleries

**La reforma del psiquiátrico provincial de Madrid,**  
P. E. Muñoz, L. Prieto-Moreno y V. Corcés

**DEBATE: La «contrarreforma» de Jaén,**  
Enrique González Duro

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

## DOSSIER: LEGISLACION PSIQUIATRICA

En los últimos años, ha ido en aumento la preocupación por el marco jurídico que reglamenta los diversos aspectos de la práctica psiquiátrica y fundamentalmente el internamiento. Cualquier reforma de las estructuras asistenciales tropiezan irremediabilmente con el marco legal. Situación que se comprueba en las transformaciones que están en curso en las diferentes nacionalidades del Estado.

Por otro lado, la derogación del Decreto-Ley de 1931, aprobada por las dos Cámaras, pero pendiente de aparecer en el «B.O.E.» —Decreto-Ley por otra parte anticonstitucional por carecer en su articulado de las garantías necesarias para aquellas personas privadas de su libertad y de sus derechos civiles—, crea una nueva situación que debe ser afrontada de inmediato.

Conscientes de esta situación el actual Gobierno, ha formado un grupo de trabajo encargado de ofrecer una propuesta legislativa que regule la situación creada por la derogación del mencionado Decreto.

Recogida la opinión del mundo profesional —de la psiquiatría y del derecho— se perfilan esquemáticamente estas dos posiciones:

A) La que se articula alrededor de la opinión de que existe un vacío legal que debe ser cubierto por una Ley Orgánica de internamiento adaptada a las circunstancias actuales.

B) La corriente que sostiene que existe en el panorama legal suficiente cobertura para regular los posibles internamientos y las consecuencias derivadas de los mismos y que se oponen, por tanto, a una legislación específica del internamiento del enfermo mental. Posición que se matiza al aceptar una regulación del internamiento que por ser general —es decir, para toda la medicina— debe incluirse en la Ley de Bases de Salud.

Conscientes de la importancia de esta situación, se incluyen a continuación una serie de documentos para que los técnicos de la Salud Mental, puedan hacerse su propia composición de lugar, debatir el problema y aportar sugerencias a la Comisión Legislativa de la Asociación, pues creemos que el problema está solamente abierto.

**Alicia ROIG**  
**Psiquiatra-Miembro**  
**de la Comisión de Legislación de la A.E.N.**

### 1. NOTAS SOBRE LA REGULACION ACTUAL DEL INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO INVOLUNTARIO

La regulación legal del internamiento psiquiátrico involuntario ha venido constituida por el Decreto de 1931, que concede poderes omnimodos al médico, y facultades plenas de intervención y control al gobernador civil o al alcalde; la declaración de incapacidad del enfermo mental, para administrar sus bienes y para gobernarse por sí mismo, se regula en el Código Civil con criterios básicamente familiares (la tutela del loco corresponde prioritariamente a los parientes más próximos), y de perspectivas patrimonialistas, lo que evidencia, aunque implícitamente la convicción fatalista de irreversibilidad de la locura, y justifica los planteamientos marginadores y defensistas.

El punto culminante de la estrategia legal defensista se encuentra en la legislación penal, en la que junto con el reconocimiento de la inimputabilidad del loco, como circunstancia eximente de su responsabilidad criminal, se incluye tradicionalmente la necesidad ineludible de su internamiento indefinido.

#### I. La reforma en la legislación civil

Este cuadro legislativo se encuentra en plena revisión. El Código Civil ha sido objeto de un proceso legislativo de reforma, culminado por el texto aprobado por el Senado el 30 de junio de 1982, que si bien no concluye el trámite legislativo formal, es razonable considerar que no sufrirá alteraciones.

Las reformas operadas se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. Sustitución de la tutela de familia por la de autoridad, protagonizada por el juez, que velará por el derecho a la libertad del ciudadano enfermo mental, y para impedir una utilización fraudulenta del tratamiento psiquiátrico. El Ministerio Fiscal, tiene funciones y facultades específicas de control en el mismo sentido.

2. Se presume la plena capacidad de la persona. Las restricciones de la capacidad deberán ser precisas y delatadas en un procedimiento en el que el interesado o paciente, es parte, estando además, siempre abierta la posibilidad de revisión de las resoluciones recaídas en tal procedimiento, que acordarán la incapacitación.

3. El internamiento tan sólo puede llevarse a cabo tras la autorización judicial, salvo casos de urgencia, en que será necesario el permiso judicial en las siguientes veinticuatro horas. El juez deberá examinar al que se pretende internar y oír a un facultativo. El internamiento será revisado cada seis meses por el juez, o antes si lo cree conveniente; cuando ya exista previa declaración de incapacidad y nombramiento de tutor, éste solicitará al juez el internamiento, que tan sólo le será concedido con arreglo al procedimiento antes citado y del mismo modo revisado.

4. El ejercicio de la tutela podrá corresponder no sólo a personas físicas, sino también a entidades sin ánimo de lucro, pero la retribución de la tutela será con cargo al patrimonio del tutelado, y nunca con cargo al gasto público, al menos en cuanto a la regulación del Código Civil.

5. Se deroga el Decreto de 1931. Así se pone fin a la intervención gubernativa y a la totalidad de la regulación del procedimiento sobre internamiento involuntario hasta hoy vigente, única base legal de la privación de libertad de la inmensa mayoría de los actualmente internados por razón psiquiátrica sin su voluntad.

## II. La reforma de la legislación penal

La futura reforma del Código Penal, en cuanto a su contenido en otras y en esta materia, es de problemática predicción. El único material disponible, de razonable viabilidad, es el paquete de enmiendas producidas por el grupo parlamentario socialista al Proyecto de Código Penal del anterior Gobierno.

La posición socialista en la pasada legislatura, fue la de no proponer enmiendas al proyecto gubernamental, el cual exigía que inexcusablemente al exento de responsabilidad criminal por enajenación mental se le impusiera un medida de seguridad consistente en internamiento indefinido, hasta su curación, en establecimiento sanitario adecuado, dependiendo el fin de tal internamiento del tribunal, oído el juez de vigilancia penitenciaria; tal internamiento sería objeto de revisión anual. Esta medida de seguridad podría ser sustituida, desde un principio, o durante el curso del tratamiento, por la de tratamiento ambulatorio, o la de custodia familiar, pudiéndose aplicar conjuntamente varias de ellas. La ausencia de topes máximos de posible internamiento, ajustados al principio de proporcionalidad, y la existencia de cierta rigidez en la formulación, dieron lugar a enmiendas de grupos parlamentarios, y entre ellos, al que será el grupo mayoritario de la oposición, por lo que es necesario anotarlas.

Por otra parte, la aplicación del delito de detención ilegal para perseguir a los determinados facultativos o familiares, en los supuestos de más escandalosa violación de los derechos de la persona, parece muy problemática no ya por el principio de mínima intervención del derecho penal, sino porque tales internamientos están respaldados formalmente, prácticamente siempre, por las disposiciones legales vigentes.

## III. Los problemas pendientes

La inmensa mayoría de los internados por razón psiquiátrica sin su consentimiento, no gozan de un *status* legal específico, de modo que su situación jurídica es una situación *de facto*. La nueva regulación plantea la necesidad de adecuación de tan inmensa cantidad de situaciones desajustadas a la legalidad constitucional. Es evidente la dificultad práctica de revisión de tales situaciones. Tal revisión no ha sido ni siquiera planteada, pero será necesario advertir que los internamientos pretéritos no pueden ser de trato distinto que los futuros; que el acatamiento constitucional es de general vinculación, sin que quepa ya el subterfugio, hasta ahora esgrimido, de la aplicación formal de la Ley; el criterio del Tribunal Supremo, de que toda privación de libertad, aún por razón psiquiátrica, es privación de derechos, y merece las garantías en igual medida que la aplicación de penas, exige considerar la necesidad de extender al tema que nos ocupa el principio de la retroactividad de la norma limitadora de derechos más favorable para el afectado por ella.

Existen además, problemas burocráticos, derivados de la insuficiencia de la infraestructura judicial, y del Ministerio Público. A ello hay que añadir la proverbial lentitud práctica de los trámites judiciales. Así las cosas, es problemática la auténtica eficacia de la revisión periódica de los internamientos. Si a ello se añade la lógica pervivencia de los criterios defensistas y fatalistas, en relación con la enfermedad mental y su curación, hemos de deducir de todo ello, que la reforma de la legislación civil, puede nacer acompañada de razonables desconfianzas en relación con su capacidad para producir un cambio cualitativo, necesario, en la ancestral situación vigente.

El contenido del tratamiento médico-psiquiátrico, es, evidentemente, materia extrajurídica. Pero el propio tratamiento desencadena efectos secundarios que constituyen una realidad trascendente, de obligada atención para el jurista.

En efecto, de la impericia, la negligencia, o del fraudulento empleo del internamiento por familiares respaldados por facultativos, cabe desencadenar efectos «secundarios», tales como la drogadicción, o la cronificación, en ocasiones, irreversibles, que apareciendo como fatales consecuencias de un tratamiento practicado dentro de los cauces legales, parecen encontrarse también respaldados por la Ley, y exentos de control y exigencias de reponsabilidad.

La conclusión del tratamiento plantea el problema de la determinación de los criterios a que debe atenderse el jurista para solicitar, si es el abogado del internado, o decidir, si es el juez, cuando procede poner fin al internamiento.

Aunque ya no han de aparecer en nuestras leyes expresiones como las del Decreto de 1931, felizmente derogado, relativas al peligro del loco para las personas o los bienes de los demás, o cuyas propias, cabe afirmar que criterios de peligrosidad y consecuentemente defensas, permanecerán entre nosotros largo tiempo. Tanto en la reforma del Código Civil como en la del Código Penal se hace tan sólo una escueta referencia a la curación, como objetivo y punto final del internamiento.

El criterio de la curación ha de depender del dictamen de los facultativos, sin más adición que la importante de la posibilidad de aportar el propio interesado, o quien obre en defensa de sus intereses, un informe de contenido dispar, siendo el juez soberano a la hora de decidir, vistos todos los informes. Pero el criterio judicial estará generalmente provisto de cautela, es decir, de prevención o desconfianza, y por otra parte, y ello es esencial, la inmensa mayoría de los internados no tendrán quien vele por sus intereses, porque son seres marginados, sin intereses patrimoniales que muevan a su tutela, ni familiares o sociales que tiendan a su «reinserción».

Así las cosas cabe augurar a las medidas alternativas ingenradas para sustituir al internamiento indefinido, la misma recepción de desconfianza y cicatería en su empleo que se encuentra en los sustitutivos penales ingenrados para reemplazar a las penas cortas de prisión, porque todas ellas son consecuencia de la mala conciencia ante los grandes remedios para los pequeños males sociales.

Por todo ello se hace inaplazable abordar el esfuerzo de precisar los criterios en que debe basarse el control del tratamiento idóneo, para evitar los efectos secundarios más escandalosos por su evitabilidad, desproporción y gravedad.

El tratamiento suscita, además, una reflexión actualizada del jurista en torno a la reponsabilidad penal que conecta el efecto secundario con la decisión del tratamiento en que se produce. El criterio tradicional del penalista atendía tan sólo a la responsabilidad criminal individual por el acto médico negligente, en la intervención quirúrgica, con resultado adverso. Pero en la actualidad, y en el tema que nos ocupa, es necesario ampliar la reflexión, extrayendo de aquel razonamiento tradicional el juicio valorativo abstracto capaz de ser aplicable a los supuestos de resultado, no adverso, pero si secundario, producido no en la tradicional parcela quirúrgica, sino en la general de la farmacológica, y por tanto, en el tratamiento farmacológico del paciente psiquiátrico; y además, es necesario abordar sin tardanza el problema de la decisión compartida, que más bien, para el penalista, aparece como responsabilidad diluida.

Por fin, en relación con el tema de la retribución del ejercicio de la dedicación de la tutela, es necesario recordar que Las Cortes rechazaron la posibilidad de su retribución con cargo el gasto público, por entender que ello, no es tema propio del Código Civil (no obstante, lo cual regularon la retribución en los supuestos en que el tutelado tenga patrimonio). Por ello, debe exigirse que, por el cauce que sea, se asegure la igualdad de tratamiento a todos los enfermos mentales tutelados, con independencia de su situación económica, de modo que la atención de los tutores no esté condicionada por el patrimonio del tutelado; para ello, los poderes públicos han de habilitar el cauce presupuestario que garantice el mandato constitucional de igualdad y del derecho a la Salud.

## **2. EXCEPCION Y SEGREGACION, EN EL TRATAMIENTO LEGAL DE LA LOCURA**

### **1. Derogación, sin relevo**

La regulación del internamiento del loco en España, se contiene en los Decretos de 1931, que establecen las posibilidades y formas de internamiento por decisión gubernativa, a instancia familiar, o médica; y en el Código Penal, para los supuestos de realización de un hecho con caracteres de delito por el loco, cuyo internamiento es decidido por el juez penal.

El internamiento por razón extrapenal, mediante decisión gubernativa, está pendiente de revisión legal. Un Proyecto de reforma del Código Civil, elaborado por el anterior Gobierno centrista, contenía dos preceptos de singular importancia.

Por una parte, se derogaba el segundo párrafo del artículo 32, en el que se establecía un catálogo de «restricciones de la personalidad». La reforma trataba de introducir el criterio de que no existen personalidades limitadas, sino que debe existir la presunción de plenitud de capacidad, y que los supuestos de limitación deben ser establecidos por el juez tras un proceso en el que el interesado sea siempre parte.

Consecuente con este criterio, no cabe, en el caso de la locura, una negación global de la capacidad de la persona. El juez deberá determinar cuales son las esferas de la capacidad (contractual, matrimonial, patria potestad, testamentaria, etc.) que están limitadas. Las que no resulten limitadas por resolución judicial, en proceso en que el presunto incapaz será parte, serán facultades conservadas plenamente.

En lo relativo al internamiento del loco, por razón extrapenal, el anterior Proyecto de reforma del Código Civil contenía una trascendental novedad consistente en la derogación de los Decretos de 1931, que otorgaban la decisión del internamiento al gobernador civil o al alcalde. El nuevo criterio es que la decisión sobre el internamiento, sólo puede ser adoptada por el juez, que es el órgano constitucionalmente encargado de garantizar la libertad de las personas.

El artículo 211 del Código Civil, según aquel Proyecto, merecía elogios porque, introducía la consideración de ciudadano para el paciente psiquiátrico, otorgándole la consideración de parte, siempre, en las tramitaciones judiciales relativas a su futuro, su libertad, o su capacidad. Y porque la decisión sobre estos derechos fundamentales quedaba, formalmente, en manos exclusivas del juez, superando el criterio del protagonismo familiar o gubernativo.

Sin embargo, en la práctica algunos problemas previsibles desencadenaban críticas no desdeñables.

La realización práctica de examen judicial de la persona que haya sido internada urgentemente, y cuya privación de libertad sea objeto de debate, no es tan fácil como el examen del detenido policial llevado a presencia del juez. El paciente, en el momento de la crisis que requiere su internamiento, ni puede ser llevado al juzgado, ni puede ser objeto de observación judicial suficiente.

En algunos países se establecen sistemas «ágiles» de comunicación, incluso telefónica, entre los Centros de internamiento de urgencia, y las dependencias judiciales, de tal modo que la garantía judicial teórica se convierte en una convalidación burocrática de la decisión médica. Este sistema no es compatible con el texto del Proyecto comentado. Pero existiendo el problema de la puesta en práctica de la Ley, sobre todo, en las grandes ciudades y en las localidades alejadas de centros de internamiento, se abre la sospecha de que surjan prácticas desvirtuadoras del principio constitucional.

Por otra parte, según el anterior Proyecto centrista, en el supuesto de internamiento de urgencia, ha de bastar con el criterio de un facultativo. Con ello los temores respecto de la supremacía del «poder médico», permanecen, ya que no se organiza ni siquiera la posibilidad de criterios contradictorios, que permitirían al juez escapar de su condición de dependencia del criterio médico, en la práctica.

Por fin, el encomiable sistema de revisión periódica de los supuestos de internamiento psiquiátrico involuntario, que fue objeto de crítica por lo dilatado de los plazos en que se realizaría tal revisión, plantea una suspicacia más alarmante, derivada de la previsible ineficacia práctica de los aparatos burocráticos de la justicia, de la que pudiera derivarse el que ni siquiera se llegaran a cumplir, en la práctica, esos dilatados plazos de revisión.

Todas estas dudas y suspicacias son consecuencia de las insuficiencias globales del Poder Judicial, y de las generales dificultades para transformar en realidad los derechos de la persona reconocidos en la Constitución, agudizadas por las extraordinarias características de indefensión en que generalmente se encuentra el ciudadano paciente psiquiátrico.

El Proyecto de Ley del Gobierno centrista, no vio completada su tramitación parlamentaria, porque la disolución anticipada de las Cámaras Legislativas se produjo cuando faltaban algunos pasos, ya simplemente complementarios, de su tramitación. El Gobierno socialista ha iniciado de nuevo el proceso parlamentario, incluyendo el mismo texto que resultaba del debate parlamentario ya realizado. Por ello, dados los márgenes de mayoría de que disfruta, es necesario prever que un texto igual al que hemos comentado estará en vigor en breves meses en España.

\* \* \*

La previsible próxima derogación de nuestra legislación histórica relativa al internamiento extrapenal del presunto enajenado, ha planteado una duda práctica: la de la regulación posterior de las situaciones

anteriormente reguladas por aquellas normas derogadas. O dicho de otro modo, cual será el *status* jurídico de los miles de internados psiquiátricos el día en que entre en vigor la derogación de los Decretos del 1931.

Sólo una cosa es clara: que cuando entre en vigor la reforma legal, todos los internados tendrán derecho a salir del internamiento, salvo que exista una razón de urgencia, inmediatamente comunicada al juez, y aceptada por éste, de forma expresa y según el nuevo procedimiento; todos los demás internamientos serán, legalmente, voluntarios. Pero de esta última afirmación no cabe deducir lo que el sector más reaccionario de la psiquiatría pretende: que será inexcusable poner en la calle a todos los internados, y con especial énfasis los estimados como más peligrosos, para desencadenar un proceso de terror entre los ciudadanos, en la vía de la desestabilización de la convivencia, en cuanto no es del género represivo que ellos desean.

El internamiento psiquiátrico, voluntario, deberá ser el marco legal del alojamiento de los internados, víctimas de una cronificación que les ha marginado, privado con frecuencia de entorno familiar, del que reciben con frecuencia el primer rechazo, entorno laboral, alojamiento, etc. Esta interpretación de la situación creada por la reforma deberá ser, tan sólo, un marco legal temporal, pues en otro caso, no sería más que una cínica transformación verbal de los textos legales.

Sin embargo, existe cierta tendencia a crear una normativa de sustitución al Decreto de 1931, «para que no se produzca un vacío normativo». El vacío no se produce, por la razón antes señalada. Todas las situaciones tendrán un respaldo legal, pero los internados, la mayor parte de ellos, tendrán una nueva situación, unas nuevas perspectivas jurídicas, aunque, desgraciadamente, no siempre posibilidades prácticas de llevar a cabo.

Es necesario alertar a los observadores ajenos al mundo del derecho, y a los juristas desatentos respecto de los derechos fundamentales, ante el contenido profundo de la voluntad, en ciernes, de sustituir los Decretos relativos al internamiento gubernativo por otros adecuados a la nueva normativa.

Ha sido frecuente, en la pasada legislatura, la producción de textos legales de desarrollo de mandatos constitucionales relativos a derechos fundamentales, de cuyo texto de desarrollo se deducían limitaciones a tales derechos. El debate sobre los derechos de huelga, de reunión o de asociación, por señalar los más aireados, era un debate sobre la integridad de esos derechos, más que sobre las reglas que garantizaran su pleno ejercicio.

Del mismo modo, establecido terminantemente el derecho del ciudadano a gozar de su libertad sin más limitaciones que la derivada de disposición judicial razonada, y de acuerdo con la Ley, tendría un sentido limitador de este derecho, en la práctica, y con toda probabilidad, el debate en torno a nuevas normas reguladoras del modo de practicar dicho internamiento. Es en este sentido en el que parece razonable mantener con firmeza el criterio de que no debe ser admitida ninguna regulación legal de relevo a la que ha de derogarse.

Sin embargo, la nueva situación es buena ocasión para abordar el desarrollo de diversas facetas del tema que nos ocupa. Tales como los principios deontológicos de la Asistencia Psiquiátrica, para proscribir determinados tipos de «tratamientos» que no son, sino instrumentos para un deterioro irreversible del ser humano, según amplios sectores de la propia ciencia médica. Así como es pertinente la determinación, entre los derechos generales de los pacientes, aquellos que en especial corresponden al paciente psiquiátrico, no en función de tratamiento diferencial y marginador, sino en función de las peculiaridades que rodean a su tratamiento.

Se observará que el desarrollo de cuanto indicamos ha de producirse en cuerpos legales y reglamentarios diversos. Lo dicho inmediatamente antes, es propio de normativa exclusivamente sanitaria. Otras normas derivan del mismo texto constitucional, y deben alojarse en el Código Civil, como propone el Proyecto, o en la Ley de Enjuiciamiento Civil, como simple negocio de jurisdicción voluntaria, interesando decisión judicial, sin necesaria controversia. Debe observarse, además, que mientras unas normas han de tener el carácter de Ley, otras serán simples desarrollos reglamentarios, o incluso particulares ordenanzas internas de las instituciones.

Por todo ello, es inexcusable rechazar el criterio según el cual debería relevarse al Decreto de 1931 con una normativa complementaria de la reforma, que hubiera de atender, «con unidad de criterio», las diversas facetas de la nueva situación atinentes al tratamiento jurídico de la locura extrapenal. Este criterio, rechazable por cuanto ya se ha indicado, contiene el germen de la atención diferencial, es decir, de la nueva marginación, que producida a continuación y por las mismas instancias, se convierte en una simple prórroga de la marginación presente.

## II. Normalización y excepcionalidad

Entre ciertos sectores, mayoritarios, de los penalistas, y otros, minoritarios, de los psiquiatras, surge una aparente contradicción de la que hemos de extraer consecuencias provechosas.

Los penalistas, en general, y desde tiempo inmemorial, han tenido un sentido instrumental de la locura, como arma para alcanzar el tratamiento judicial benevolente. Un sector de la psiquiatría, argumenta que la benevolencia deriva de una estimación diferencial, y en este sentido marginadora, lo cual es opuesto al criterio de integración indispensable para la «curación». Los penalistas dirían: «declarémosle loco, para que no entre en la cárcel». Los psiquiatras dirían: «metámosle en la cárcel, para que no sea loco». El debate naturalmente tiene infinitos matices. Debe excusarse el injusto simplismo, provocado tan sólo para centrar los dos polos del debate.

La discrepancia es aparente, pero no es real. Tras los polos de la confrontación aparecen dos problemas en los cuales los aparentes discrepantes se van a encontrar en el mismo lado: el debate sobre la culpabilidad e imputabilidad, y el debate sobre la individualización de la reacción punitiva.

Es evidente, que existirá acuerdo sobre un criterio de la culpabilidad alejado de los principios eticistas del libre albedrío. Una toma de posición, de espaldas al causalismo clásico, y conectada con la perspectiva social y teleológica del comportamiento humano, no es fácilmente rechazable. El criterio de que la imputabilidad, en el sentido en que es entendida por los penalistas, no es una dimensión de la persona que se tiene o deja de tener, por más que con un término medio, como la vida o la muerte admiten que se esté «medio muerto», es un criterio generalmente aceptado. La imputabilidad es una dimensión diferencial de todo ser humano, de perfiles irrepetibles. Esta es una de las razones que exigen la individualización de la reacción punitiva, sea pena, sea medida de seguridad. Consecuentemente es una de las razones que exigen la exclusión de la reacción punitiva en varios casos de los previstos en el artículo 8 del Código Penal, y no sólo en el caso de la locura.

El problema, por tanto, no reside en el artículo 8.1.º (enajenación mental), a diferencia de otros apartados del artículo 8; el problema reside en las razones del peculiar tratamiento del segundo párrafo del artículo 8.1.º (internamiento indefinido del «loco penal» a disposición del tribunal). El menor de edad penal, el sordomudo, el que actúa por fuerza, o por miedo, por obediencia, o quienes obran en legítima defensa o en estado de necesidad, resultan alcanzados por igual benevolencia que exime o atenúa su responsabilidad penal. La reacción punitiva no tiene justificación o razón de ser. Ello no comporta marginación.

La razón de la diferencia de trato, por el internamiento, es de defensismo clásico. No se trata de que sea el único supuesto de circunstancia eximente repetible, a diferencia de la legítima defensa, el estado de necesidad, que son circunstancias extraordinarias cuya justificación no comporta riesgo social, porque no se haya de repetir. La menor edad, la sordomudez, o la obediencia debida, son circunstancias repetibles, porque concurren permanentemente en la persona, y producen exención de responsabilidad igual que las anteriores y que la enajenación mental. Y tal exención no provoca marginación alguna con su tratamiento benevolente. La ausencia de reacción punitiva no significa por sí misma diferencia marginadora. La marginación, debe insistirse, reside en el internamiento psiquiátrico alternativo, como medida de seguridad postdelictual.

Pero toda medida de seguridad postdelictual, es una reacción punitiva alternativa. Por ello debe gozar de las garantías penal y procesal, y de la previa determinación del tiempo de duración, sin que quepa su absoluta indeterminación.

Si existe acuerdo fácil respecto a que debe alcanzarse una real individualización de la pena, y a que no debe producirse reacción punitiva en ningún supuesto o circunstancia de irresponsabilidad, deberemos llegar al acuerdo de que tampoco será oportuna la reacción punitiva en caso de enajenación mental. El tema de la salud, conectado es simultáneamente medicina y castigo. Sólo razones de «economía procesal» permiten defender que sea el mismo tribunal penal el que ordene el tratamiento, puesto que en todo caso, ha de ser un tribunal el que adopte tal decisión si limita el derecho a la libertad que corresponde al enajenado que ha delinquido, igual que al que delinquirió por obediencia, o en estado de necesidad.

Mantener la inoperancia de determinadas características del comportamiento, en relación con la retribución punitiva que se otorga a ese comportamiento, es abrir la puerta a criterios de «no-individualización» precursores de toda clase de riesgos jurídicos. Antes al contrario, parece razonable proponer una agudización del esfuerzo hacia una real individualización del tratamiento judicial del comportamiento humano, lo que requiere inexcusable perfeccionamiento de los deplorables aparatos judiciales, incremento de la

dimensión cívica de los funcionarios, y pronta puesta en vigor, y en práctica, de la reforma del Código Penal que derogue el criterio del internamiento del loco que delinque, sustituyéndolo por el razonable de su tratamiento exclusivamente médico, adecuado, que normalmente no ha de ser internamiento, según establece la reforma del Código Civil.

**Grupo Trabajo  
Legislación de Barcelona**

## **PROYECTO DE REFORMA DEL CODIGO CIVIL**

### **Artículo 211**

El internamiento de un presunto incapaz, requerirá la previa autorización judicial, salvo que las razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.

El juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo y al paciente, por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimientos del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269.4 el juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente o lo solicite el incapacitado y, en todo caso, cada seis meses, y por todo, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no de internamiento.

### **Artículo 212**

La sentencia recaída en un procedimiento de incapacitación no impedirá que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse, judicialmente una nueva declaración que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida.

### **Artículo 213**

Corresponde formular la petición para iniciar el procedimiento a que se refiere el artículo anterior, a las personas mencionadas en el artículo 202, a las que ejercen cargo tutelar o tuvieran bajo su guarda al incapacitado, al Ministerio Fiscal y al propio incapacitado.

### **Artículo 214**

Las resoluciones judiciales sobre incapacitación se anotarán o inscribirán en el Registro Civil, sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación hipotecaria y del Registro Mercantil.

## **TITULO X**

### **De la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores o incapacitados**

#### **CAPITULO I**

##### **Disposiciones generales**

### **Artículo 215**

La guarda y protección de la persona y bienes o solamente de la persona o de los bienes de los menores o incapacitados se realizará, en los casos que proceda, mediante:

- 1.º La tutela.
- 2.º La curatela.
- 3.º El defensor judicial.

#### Artículo 216

Las funciones tutelares constituyen un deber, se ejercerán en beneficio del tutelado y estarán bajo la salvaguarda de la autoridad judicial.

#### Artículo 217

Sólo se admitirá la excusa de los cargos tutelares en los supuestos legalmente previstos.

#### Artículo 218

Las resoluciones judiciales sobre los cargos tutelares habrán de inscribirse en el Registro Civil. Dichas resoluciones no serán oponibles a terceros mientras no se hayan practicado las oportunas inscripciones.

#### Artículo 219

La inscripción de las resoluciones a que se refiere el artículo anterior se practicará en virtud de la comunicación que la Autoridad judicial deberá remitir sin dilación al Encargado del Registro Civil.

\* \* \*

### **CARTAS A DON LIBORIO HIERRO SANCHEZ-PESCADOR** **Subsecretario del Ministerio de Justicia**

Excmo Sr.:

La Constitución Española proclama en las primeras palabras de su preámbulo, la justicia, la libertad, la seguridad y el bien común como sus valores esenciales, confiando en el artículo 9 a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad e igualdad del individuo sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud, estableciendo en el artículo 14 el principio de la igualdad de los españoles ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna, en base a circunstancias personales y en el artículo 17 el derecho a la libertad.

Evidentemente, toda reforma legislativa que se aparte de estos principios o que regule restrictivamente el ejercicio de los derechos fundamentales, debe ser rechazada por anticonstitucional. Esta razón lleva al legislador a derogar el Decreto de 1931, sin que ello suponga vacío legislativo alguno, puesto que la reforma del Código Penal en sus artículos 8.1.º y 9.1.º por la L.O.8/1983 de 25 de junio, establecen diferentes medidas de seguridad postdelictuales para el supuesto del loco-delincuente. Si bien dicha medida, sólo puede ser impuesta en sentencia firme recaída en juicio contradictorio, no siendo de aplicación el sobreseimiento libre del número 13 del artículo 637 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, conforme declaró el Tribunal Supremo en sentencia de 16 de abril de 1979, previa incluso a la propia Constitución, entendiéndose acertadamente que dicha medida implica una privación de bienes jurídicos y por tanto, su privación e imposición deben revestir las mismas garantías e ir rodeadas de los mismos requisitos e idéntico respeto a los derechos individuales de la persona, sin que sirva de refugio para eludir estas normas el eufemismo de que tales medidas se dictan en beneficio del reo (el loco).

Estableciendo incluso dicho artículo 8 y 9.1.º un límite temporal a la medida de seguridad en caso de que esta sea internamiento, que es, el no poder exceder del tiempo que presumiblemente duraría al aplicar la pena. Consiguientemente se establecen una serie de garantías procesales y penales para el loco delincuente que le ponen en igualdad con cualquier otro ciudadano.

La Ley de Tutela regula el procedimiento de incapacidad, lógicamente, la consecuencia jurídica más grave de esa declaración es la privación de libertad y consiguiente internamiento y ello, solamente podrá acordarse en la sentencia.

Por lo tanto, el establecer una medida de internamiento para el presunto incapaz, necesariamente roza con la legalidad constitucional, puesto que quebranta el principio de igualdad ante la Ley de los ciudadanos, salvo que se pretenda negar tal condición al loco y privarle del goce de sus derechos civiles y políticos sin declaración judicial alguna, quedando por lo tanto en peor condición que el loco delincuente.

No pudiendo servir de excusa el criterio de la presumible peligrosidad del loco por las razones aludidas en la sentencia citada y por tratarse de una mera presunción y no de hechos, lo que implica el esta-

blecimiento de una medida de seguridad antidelictual que repugna la propia esencia del Derecho Penal y las garantías constitucionales.

A raíz de lo expuesto, nadie puede ser internado en un Centro de Salud en contra de su voluntad, ni ser sometido a un tratamiento que no elija libremente, salvo que se encuentre en una situación de crisis, en cuyo caso es de aplicación el artículo 211 del Código Civil, y si ha ocasionado lesión o daño a las personas o cosas habrá que atenerse a lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

No obstante, la ambigüedad del precitado artículo 211 del Código Civil, al no establecer un límite temporal a la duración del internamiento del presunto incapaz, éste no puede exceder de las 72 horas establecidas en el artículo 17 de la Constitución y si en dicho período de tiempo no fuera posible superar la crisis, será necesario nueva resolución judicial que la prorrogue por el mismo tiempo, dictada por el juez que haya conocido inicialmente el expediente.

Lo deseable sería que en vez de emprender aventuras legislativas que nos enfrentan con la propia legalidad constitucional, se fuera más respetuoso con sus principios, y se estableciera conforme propone el Consejo de Europa (Estrasburgo 1981) la creación de una figura jurídica que controle estos internamientos voluntarios o involuntarios, e incluso los propios tratamientos cuando estos puedan conllevar a una degradación o transformación de la personalidad, tales como electroshocks, psicocirugía, drogas o fármacos a dosis masivas... etc., máxime si tenemos en cuenta que nuestra Constitución establece el Derecho a la integridad física y moral y condena los tratos inhumanos o degradantes, lo que por otra parte, constituye un grave atentado a la libertad individual al destruir las posibilidades de opción.

Igualmente, sería deseable que se atendiera a la necesidad social de la salud y en el ámbito de una amplia legislación sanitaria sin distinción entre enfermedad física y mental, sino más bien en pie de igualdad se abordaran los específicos problemas que plantea el enfermo mental, como los tiene el enfermo del riñón o del corazón. Y se concedan por la Seguridad Social las prestaciones asistenciales necesarias, para que la locura y la indefinida privación de libertad deje de ser patrimonio exclusivo de los pobres.

Sería también necesario el establecimiento por parte del Estado o de las Entidades Autónomas, de los centros asistenciales necesarios para prestar el tratamiento ambulatorio al que se refieren los artículos 8.1.º y 9.1.º del Código Penal.

Al mismo tiempo, para evitar el posible desconcierto que se origine en los centros sanitarios con la derogación del Decreto 1931, bastaría con una simple circular dirigida por las Autoridades sanitarias a tales centros explicando, clara y concisamente la nueva normativa legal, y la creación para conseguir la máxima eficacia de la Ley recientemente aprobada por el Parlamento, de órganos judiciales especializados y permanentes, al menos en las grandes ciudades, dotados de los medios necesarios, en cuanto a personal asesor se refiere, para prestar el servicio público que la sociedad requiere y la Ley impone.

**Firmado por la Comisión de Defensa del Colegio de Abogados: José María LOPERENA i JENE**  
(Vicepresidente)

**Por el Grupo de Trabajo de Legislación de Barcelona: Marc PALMES (Abogado Penalista),  
Ignacio BELLIDO (Psiquiatra) y Pedro MARTINEZ GARCIA (Fiscal de Audiencia de Barcelona)**

**Por la Asociación Catalana para la Salud Mental (Registro 5.758): Alicia ROIG SALAS (Psiquiatra)  
y Pedro NOVELLA (Secretario)**

\* \* \*

### **SALT**

1. Para garantizar suficientemente los derechos del individuo tal como contempla nuestra Constitución, no consideramos necesario ningún tipo de Ley de internamiento.
2. En el supuesto de que se considere estrictamente necesario desde el punto de vista legal, establecer una normativa de internamiento, el parámetro determinante de dicha normativa, sólo podrá ser la necesidad y beneficio de tratamiento para el paciente y siempre que éste tenga alterada gravemente su capacidad decisoria.
3. Desterrar definitivamente el concepto del internamiento por peligrosidad de origen psíquico, para sí o para los demás, ya que en nuestra opinión es anticonstitucional y creemos que ilegal por tanto.
4. Aquellos pacientes que por la comisión de un delito o falta, están bajo interdicción judicial y a los que no se puede dar el alta sin previa autorización de la Autoridad Judicial competente, deben ser tratados

exclusivamente en aquellos centros psiquiátricos dependientes del Ministerio de Justicia y sólo podrán pasar a hospitales civiles cuando puedan recibir el mismo régimen de tratamiento que cualquier otro paciente, ya que lo contrario no beneficia al paciente (toda discriminación es claramente anticonstitucional).

5. Suprimir claramente los conceptos arcaicos de institución cerrada o abierta. Consideramos que un hospital debe atender indiscriminadamente y con todas sus posibilidades terapéuticas a todos los ciudadanos.

6. Como consecuencia de los apartados anteriores, cualquier institución debe estar en condiciones de atender a cualquier ciudadano con padecimientos psíquicos y aquellos que, procedentes de instituciones psiquiátricas penitenciarias, sea conveniente la continuidad de su tratamiento, deben ser orientados a las instituciones integradas en su medio comunitario y en modo alguno establecer juicios discriminatorios entre los diferentes centros o recursos asistenciales.

7. Con la nueva legislación vigente, debe obligatoriamente desaparecer la costumbre, amparada en la antigua Ley de Internamiento de 1931, que tenían los centros no dependientes de Diputaciones, de derivar a estos centros determinados tipos de pacientes, perpetuando así la existencia de la institución manicomial.

8. Debe ser competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas y de las consejerías de salud y bienestar social, el determinar las áreas demográficas, y qué centros y recursos asistenciales deben atender a cada uno de los ciudadanos, evitando de este modo la marginación del ciudadano enfermo psíquico, facilitando su recuperación y reinserción social.

**Firmado por profesionales de Salud Mental de Gerona  
Octubre 1983 (Hospital Psiquiátrico SALT)**

\* \* \*

## **ASOCIACION ANDALUZA**

Excmo. Sr.:

Tras la derogación del Decreto de julio de 1931 que regula los procedimientos de hospitalización psiquiátrica, hemos tenido conocimiento de que existe la intención de hacer una Ley Orgánica de Internamiento Psiquiátrico, para lo que al parecer ya existe un borrador, aunque desconocemos su contenido.

Deseamos manifestarle nuestra opinión contraria a ese Proyecto dado que, sea cual sea su contenido, el mero hecho de su existencia significa institucionalizar la diferencia y por tanto la segregación del ciudadano enfermo mental respecto a otras categorías de enfermos. Además, la experiencia histórica nos muestra el uso social efectivo de tales disposiciones legales, instrumentos de defensa del orden público. La propia ambigüedad del concepto enfermedad mental, abre la puerta para catalogar como tal multitud de conductas más o menos desviadas de otro origen y naturaleza, cuyo control social queda así justificado y garantizado a través de una verdadera aberración del uso de una parte del dispositivo sanitario.

Si el internamiento como modalidad de tratamiento penitenciario hace crisis, mucho mayor es la crisis del internamiento como modalidad de tratamiento psiquiátrico. Lo único verdaderamente demostrado es, que el internamiento psiquiátrico produce enfermedad mental y sufrimiento psicológico y que es posible afrontar los problemas de Salud Mental de la población con dispositivos total y permanentemente abiertos.

Estimamos que la derogación del Decreto de 1931, no crea ningún vacío legal, y que con los preceptos constitucionales, las modificaciones introducidas en el Código Civil en materia de Tutela y el artículo 8 del Código Penal en su actual redacción hay normas legales suficientes.

En todo caso, lo que se echa en falta, es una normativa general, del tipo de Carta o Declaración del Enfermo Usuario del Hospital, que incluya a los enfermos psíquicos que precisen hospitalización, como a los tuberculosos o a los quirúrgicos, de lo que, en el momento presente el país carece.

En la Asamblea celebrada en Sevilla el pasado 18 de junio, en la que participaron miembros de esta Asociación y prestigiosos profesionales el aparato judicial, se puso de manifiesto que la imposición de funciones custodiales, cuando no explícitamente policiales, a las instituciones psiquiátricas, significa un

bloqueo y a veces imposibilidad de proceder a reformas asistenciales. Más que nuevas leyes, lo que es manifiestamente necesario es exigir que se cumplan los procedimientos de actuación previstos en las actuales. Que la relación entre los presuntos enfermos y sus familias, los jueces y fiscales y los profesionales sanitarios se sitúen en un nivel de oralidad y presencia física que acabe con el actual burocratismo de oficios y papeles al margen y sobre los interesados.

También se puso de manifiesto en aquella Asamblea que, si existe alguna prioridad legislativa, ésta debe ser el terminar con la masiva y sistemática conculcación de derechos constitucionales que actualmente se da en nuestras instituciones psiquiátricas, que afecta especialmente a los denominados enfermos judiciales, así como acabar con la marginación de la asistencia a los enfermos psíquicos expresada paradigmáticamente en la actitud, reiteradamente calificada de ilegal, del INSALUD, de negarse a asumir los costes del tratamiento de los trastornos mentales de sus beneficiarios.

Huelva, 22 de septiembre de 1983.

**Onésimo GONZALEZ ALVAREZ**  
Presidente

\* \* \*

## HUELVA

Los que suscriben, profesionales de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Huelva, manifestamos nuestra oposición a cualquier nueva Ley de Internamiento Psiquiátrico, por lo que tiene de institucionalización de la diferencia y por tanto de la segregación del ciudadano enfermo mental.

Expresamos nuestro apoyo y hacemos propio el documento al respecto, en todos y cada uno de los ocho puntos de que consta, elaborado por compañeros del Hospital Psiquiátrico Provincial de Madrid.  
Huelva, 20 de septiembre de 1983.

**Firmado por profesionales de la Salud Mental de Huelva**

\* \* \*

## ASTURIAS

Los abajo firmantes profesionales de la Salud Mental, ante la posibilidad de que se promulgue legislación especial para el internamiento de enfermos psíquicos, quieren manifestar lo siguiente:

1. Para garantizar suficientemente los derechos del individuo tal como contempla nuestra Constitución, no consideramos necesario ningún tipo de Ley de Internamiento.
2. En el supuesto de que se considere estrictamente necesario desde el punto de vista legal establecer una normativa de internamiento, el parámetro determinante de dicha normativa, sólo podrá ser la necesidad y beneficio de tratamiento para el paciente y siempre que éste tenga alterada gravemente su capacidad decisoria.
3. Desterrar definitivamente el concepto de internamiento por peligrosidad de origen psíquico, para sí o para los demás, ya que en nuestra opinión es anticonstitucional y creemos que ilegal por tanto.
4. Aquellos pacientes que por la comisión de un delito o falta, están bajo interdicción judicial y a los que no se puede dar el alta sin previa autorización de la Autoridad Judicial competente, deben ser tratados exclusivamente en aquellos centros psiquiátricos dependientes del Ministerio de Justicia y sólo podrán pasar a hospitales civiles cuando puedan recibir el mismo régimen de tratamiento que cualquier otro paciente, ya que lo contrario no beneficiaría al paciente (toda discriminación es claramente anticonstitucional y genera necesariamente desventajas terapéuticas).
5. Suprimir claramente los conceptos arcaicos de institución cerrada o abierta. Consideramos que un hospital debe atender indiscriminadamente y con todas sus posibilidades terapéuticas a todos los ciudadanos.
6. Como consecuencia de los apartados anteriores, se desprende que los servicios o dispositivos de Salud Mental, deben estar en condiciones de atender a cualquier ciudadano con padecimientos psíquicos. Aquellos que, procedentes de instituciones psiquiátricas penitenciarias, precisen de la continuidad de su

tratamiento, deben ser orientados a las instituciones integradas en su propio medio comunitario y en modo alguno establecer juicios discriminatorios, ajenos por tanto, a las necesidades de los usuarios, entre los diferentes centros o recursos asistenciales.

7. Con la nueva legislación vigente debe obligatoriamente desaparecer la costumbre, amparada en la antigua Ley de Internamiento de 1931, que tenían los centros no dependientes de Diputaciones, de derivar a estos centros determinado tipo de pacientes, perpetuando así la existencia de la institución manicomial.

8. Debe ser competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas y de las consejerías de salud respectivas, el determinar las áreas demográficas, y qué centros y recursos asistenciales deben atender a cada uno de los ciudadanos, evitando de este modo la marginación del ciudadano enfermo psíquico, facilitando de esa manera su recuperación y reinserción social.

Oviedo, 30 de septiembre de 1983.

Firmado por profesionales de la Salud Mental de Asturias

## LA CUESTION DE JAEN

### 1. INFORME SOBRE EL VIAJE A JAEN DE UNA COMISION DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

El día 6 de octubre, comisionados por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, acudimos al Sanatorio Psiquiátrico «Los Prados», de Jaén, para recabar información sobre la situación de la Reforma Psiquiátrica en aquella provincia.

Tras una breve y tensa entrevista con el actual Director de los Servicios Psiquiátricos, doctor Manuel Bellido, fuimos conducidos ante el señor Hernández, Gerente de la Fundación Miguel Servet, de quien depende el Instituto Psiquiátrico. El señor Hernández, nos negó la autorización necesaria para visitar el Centro y hablar con los profesionales que allí prestan sus servicios. Por ello, no podemos cumplir el objetivo de la visita (informar sobre la situación de la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica en Jaén), pero si creemos necesario explicar cómo se gestó la frustrada intervención, analizaremos la actitud de aquella Administración y por último, en base a los escasos y parciales datos de que disponemos, haremos breves consideraciones sobre lo que percibimos de la situación de Jaén.

#### I. Origen y motivación de la intervención

La decisión de intervención de la Asociación Española de Neuropsiquiatría le es comunicada por el doctor González de Chávez, Presidente de la misma, al Presidente de la Fundación Miguel Servet, señor Azorit a través de una carta de fecha 20 de julio de 1983. Aparte de responder a petición de asociados de Madrid, Asturias, Cataluña, etc., se había producido una solicitud formal de intervención por parte de un numeroso grupo de asociados de todas las provincias andaluzas, en la Asamblea que la Asociación Andaluza celebró en Sevilla el 18 de junio de 1983. Entonces, la crisis de la Reforma de Jaén se situaba en el contexto de las crisis acaecidas anteriormente en Sevilla y la que se apuntaba en Málaga y en cierto modo culminada con el cese del Director de los Servicios Psiquiátricos producido el 25 de junio.

Dada la falta de respuesta a la carta mencionada, los comisionados nos pusimos en contacto telefónico con el Director de los Servicios Psiquiátricos de Jaén, a finales de agosto, para fijar la fecha de la visita según la mejor conveniencia de aquella Administración. Como él se iba de vacaciones, pospusimos la gestión para su vuelta. Producida ésta y de nuevo en contacto telefónico con el doctor Manuel Bellido, el 20-10-83, nos informa que, consultado el Presidente de la Fundación, «no tienen nada que decir» y que por ello, tampoco han contestado a la carta del doctor González de Chávez. El podría recibirnos a título personal, como miembro de la Asociación, pero no como Director de los Servicios Psiquiátricos, ya que asumía la postura de la Administración.

NOTA.— Este mismo modelo de carta ha sido firmado por profesionales de la Salud Mental de Leganés. Existe otro escrito en el mismo sentido firmado por profesionales del Hospital Provincial de Madrid.

Por todo ello, los comisionados programamos la visita según nuestra conveniencia, para el jueves 6 de octubre.

El día 30 de septiembre lo comunicamos telegráficamente al Presidente de la Fundación y al Director de los Servicios, y la recepción del telegrama rompe su mutismo: Al día siguiente nos indican, por telegrama, que contactemos antes con la Administración, con el objeto de pedir autorización y el día 3, el Presidente de la Fundación, envía a uno de los comisionados una carta urgente invitándole a visitar el Sanatorio «Los Prados», el 3 de noviembre, a un almuerzo de trabajo con otros profesionales de la Salud Mental de otras asociaciones de las existentes en el país. A esta reunión nos remite el señor Gerente al negarnos el acceso a la Institución. Obviamente se trata, de propuestas de intervención totalmente distintas que no tienen por qué ser incompatibles.

## II. Análisis de la actitud de la Diputación de Jaén

En primer lugar, hay que señalar el carácter histórico de tal actitud. Es la primera vez que un organismo de la Administración, impide el trabajo de una comisión de la Asociación. En la larga serie de situaciones asistenciales difíciles, conflictivas o controvertidas en que ha intervenido la Asociación, a propuesta de grupos de asociados implicados, antes y después de la transición política, las diversas comisiones designadas siempre habían encontrado facilidades para examinar informes y memorias, y para entrevistarse individual o colectivamente con el personal asistencial, los responsables administrativos o los pacientes y sus familias, independientemente de que el resultado de la intervención pudiera ser o no crítico para la Administración correspondiente. Los casos recientes de Granada y Barcelona, o hace años en Asturias, son ejemplo de lo que decimos. Tal actitud es tanto más sorprendente si vemos que otros organismos de la Administración se han mostrado dialogantes y abiertos, a pesar de haber sido públicamente criticados: La Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, por ejemplo, ya había mantenido dos largas entrevistas con la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, a instancias de la misma, y en parte centradas en la situación de Jaén, y está abierta a nuevas reuniones. Algo similar a la actitud del propio Ministerio que, en la persona del Subsecretario recibió y discutió con la Junta Directiva de la Asociación la situación global de la Asistencia Psiquiátrica en el país.

En segundo lugar, queremos señalar que la Diputación jienense ha percibido nuestra intervención como un acto de defensa corporativo del cesado González Duro, pensando incluso, que el informe resultante iría dirigido al juicio en Magistratura que ha de celebrarse próximamente. Esto, manifestado en alguno de los contactos telefónicos previos, fue lo más notable de la entrevista con el actual Director de los Servicios Psiquiátricos, quien reiteradamente trataba de descalificar la gestión del doctor González Duro, y la propia capacidad de intervención de la Asociación, cuestionando, por ejemplo, la representatividad de su Junta Directiva.

En tercer y último lugar, la actitud de la Administración de Jaén de «no tener nada que decir», de rechazo a la información y al debate, particularmente si es público (parecen especialmente sensibilizados por la aparición de críticas en la prensa), no se manifiesta sólo con la Asociación, sino que ha definido su conducta previa: El cese del doctor González Duro dicen que obedece a *razones técnicas* y está fundado en informes de «destacados especialistas», hasta el momento ocultos. No se dice quiénes son ni cómo ni cuándo los hicieron. Algo similar nos parece que puede ocurrir con los proyectos de la Diputación, la alternativa a la organización de los servicios, carente de discusión y debate público.

Aquí reside, justamente, el motivo central de la intervención de la Asociación: analizar la crisis de una supuesta experiencia de Reforma, así como las razones técnicas para el cese de quien la representaba, y los fundamentos técnicos de las propuestas alternativas, caso de que existan. Tales análisis y debates deben ser, además, lo más amplios y públicos posible, algo a lo que la Diputación de Jaén no parece dispuesta en absoluto. Parecen ser de la opinión de que su legitimación electoral les salva de tener que justificar sus decisiones técnicas.

## III. Algunos rasgos de la situación de Jaén

Debido a la actitud de la Diputación, no tenemos muchos más datos que los que se han hecho públicos (informes sobre la experiencia de Jaén publicados o expuestos en reuniones y jornadas, escrito de despido del doctor González Duro y respuesta de él al mismo, etc.).

Los miembros del personal con quienes pudimos contactar, que incluían a diversos estamentos asistenciales y poseían diverso grado de representatividad reflejaban, globalmente, una sensación de miedo,

de frustración. Nos sentimos por un momento trasladados en el túnel del tiempo a hace una década, dadas las condiciones semiclandestinas de la reunión. Alguno de ellos vivía como peligro el entrevistarse con nosotros, que la Diputación llegara a saberlo...

Probablemente la Reforma de Jaén ya estaba abortada en su origen, dada la voluntad imprecisa de cambio con que se inició desde la Diputación, sin querer asumir los conflictos y tensiones que el cambio conlleva, ni enfrentar las resistencias que moviliza posiblemente. La Dirección Técnica se encontró desde el principio carente de apoyo político y de capacidad de gestión para promover el cambio.

Intuimos que las propuestas futuras de la Administración en Jaén, van a ir en el sentido de medidas seudorreformistas, de tipo tecnocrático, caras, no debatidas, escasamente adecuadas a la realidad social de la provincia y que conseguirán perpetuar el manicomio.

La impresión global, cara a resolver los problemas de los Servicios Psiquiátricos de Jaén es que tendrán difícil solución mientras la actual Corporación Provincial mantenga actitudes como las descritas.

**José GARCIA GONZALEZ y Onésimo GONZALEZ ALVAREZ**

## **2. CARTA ENVIADA AL CONSEJERO DE SALUD Y CONSUMO DE LA JUNTA DE ANDALUCIA**

La Asociación Española de Neuropsiquiatría a través de su Presidente, escribió el pasado mes de julio al Presidente de la Fundación Pública Miguel Servet de Jaén, comunicándole que una comisión, designada por la Junta Directiva, deseaba visitar el Hospital Psiquiátrico, a efectos de informarse sobre los problemas asistenciales allí surgidos, solicitándole colaboración en ese sentido.

Esa carta no tuvo respuesta. Posteriormente, uno de los comisionados se puso en contacto con el Director médico de ese Hospital Psiquiátrico, quien le respondió que la Fundación no tenía nada que informar.

La Asociación de Neuropsiquiatría en su línea de conocer de cerca los acontecimientos asistenciales, y cumpliendo un mandato expresado en una de sus Asambleas, decidió enviar a los comisionados, anunciando su llegada mediante telegrama; el anuncio de la llegada generó una respuesta inmediata de la Fundación, señalando que les recibiría en noviembre conjuntamente con otros profesionales que invitarían.

Como el acto que pensaba organizar la Fundación, en noviembre, nos parecía de naturaleza distinta a la actividad que solicitaba la Asociación, los comisionados se presentaron en Jaén, el pasado día 6, y se encontraron con la sorpresa de que el Gerente de la Fundación les hacía saber que había instrucciones oficiales para que no se les permitiera visitar el Centro, ni recabar información.

Esta conducta de la ADMINISTRACION de Jaén, ha producido en la Junta Directiva de la Asociación el consiguiente malestar y descontento. Por una parte, denota notorias incongruencias entre los diferentes niveles de la actual ADMINISTRACION. Pero sobre todo, expresa una grave descortesía, determinada quizá por una actitud de ocultación, impropia de quien tiene la responsabilidad de regir una institución pública en un Estado democrático.

La Junta Directiva de la Asociación, ha estimado pertinente poner en conocimiento de V.I. estos hechos y comunicarle el profundo desagrado que han generado.

Oviedo, 14 de octubre de 1983.

**José GARCIA GONZALEZ**  
**Vicepresidente primero de la A.E.N.**

## **3. CARTA ENVIADA AL PRESIDENTE DE LA FUNDACION MIGUEL SERVET**

Muy Sr. mío:

La Asociación Española de Neuropsiquiatría, preocupada por la situación de la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de la provincia de Jaén a raíz del cese del doctor Enrique González Duro como Director de los Servicios Psiquiátricos, ha decidido enviar a Jaén, con el objeto de recabar la información necesaria para nuestros asociados y prensa en general y hacer las gestiones pertinentes en defensa de la Asistencia Psiquiátrica, a dos de los mejores expertos en Asistencia Psiquiátrica de este país: el doctor José García González, Director del Instituto de Salud Mental de Asturias, Vicepresidente 1.º de la Asociación y Coordinador de la Comisión de Asistencia de la misma, y al doctor Onésimo González Alvarez, ex Director del Hospital Psiquiátrico de Huelva y actualmente Presidente de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

Con la finalidad de que estos dos especialistas obtengan la información más objetiva de todos los sectores implicados, le agradeceríamos que, en la medida de lo posible, les facilitase los medios necesarios para que puedan realizar la tarea que los profesionales de la Salud Mental de este país, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, les hemos encomendado.

Reciba un afectuoso saludo.

**Manuel GONZALEZ DE CHAVEZ**  
Presidente de la A.E.N.

## **DISCURSO PRONUNCIADO POR EL SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, PEDRO SABANDO, EN LA INAUGURACION DE LAS JORNADAS SOBRE SALUD MENTAL CELEBRADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE EN MADRID**

Distinguidos doctores, señoras, señores, queridos colegas y amigos:

Quisiera, al inaugurar estas Jornadas, presentar ante ustedes algunas ideas como marco global y teórico que dieran sentido a las medidas que en breve plazo ultimaré este Ministerio de Sanidad en el Proyecto de Reforma de Salud Mental en nuestro país.

En primer lugar, he de señalar que la integración de la psiquiatría en la estructura sanitaria general, es un proceso complejo que implica la definición previa del marco asistencial que a su vez nos remite a determinados conceptos de la salud y de la enfermedad, es decir, a una revisión profunda de la asistencia sanitaria a la población. Planteamiento por otra parte, que esbozamos en el Anteproyecto de la Ley General de Sanidad. Es en este contexto donde cobra sentido hablar de Reforma Psiquiátrica y es ahí donde quedarán reflejadas muchas de las medidas que a largo plazo posibilite una integración definitiva.

Somos conscientes que la situación actual de la psiquiatría en nuestro país, precisa de unas medidas urgentes —englobadas dentro de lo manifestado anteriormente— que modifiquen y den respuesta a las necesidades actuales de la Salud Mental.

Para articular en conjunto las medidas urgentes y coherentes y siendo el Ministerio sensible a las necesidades de la población y a las aspiraciones de los técnicos y profesionales, hemos creado una comisión de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica, cuyos componentes se darán a conocer en su momento y que debatirá el Anteproyecto que presentará este Ministerio.

Tengan ustedes la seguridad de que en dicho documento ya estarán perfiladas las respuestas a problemas acuciantes, tales como la incorporación de la psiquiatría al servicio nacional de salud, la división de neurología y psiquiatría, la incorporación de psicólogos a servicios clínicos, la formación en Salud Mental de los profesionales, la coordinación de los Servicios Psiquiátricos comunitarios, el problema de la Salud Mental infantil, etc.

Pienso que todo ello, debe incardinarse en un marco de asistencia integrada e integral, comunitaria y cuya actuación vendrá definida por la acción de un equipo interdisciplinario trabajando en un área o comarca y sobre una comunidad concreta, cuya situación y delimitación de las tareas debería estar en relación directa con la naturaleza de las necesidades a satisfacer y de las acciones a efectuar.

Dentro de este contexto global, quisiera ser más preciso y señalar algunas de las ideas en torno a las cuales, entiendo deben vertebrarse los puntos de la Reforma:

- a) Incorporar a la tarea diaria del médico de atención primaria los problemas básicos de asistencia de Salud Mental.

Es preciso para ello, darle los instrumentos teóricos necesarios para lograr tal cometido en el contexto de la atención primaria, lo cual no quiere decir que haga de especialista psiquiátrico, sino prepararle para el ejercicio de una medicina que, técnicamente avanzada, tenga en cuenta los factores psicosociales que intervienen en la enfermedad.

- b) Integración y sectorización de la Asistencia Psiquiátrica en el marco de las áreas sanitarias y de la atención primaria.

- c) Los hospitales generales, deberán formar parte del trabajo integrado psiquiátrico del área sanitaria.
- d) Los hospitales psiquiátricos, formarán igualmente parte de la asistencia a la Salud Mental del área sanitaria precisando en algunos casos de la evidente reconversión.

No quiero extenderme en más precisiones que ustedes tendrán a través del Anteproyecto de Reforma Psiquiátrica.

Valgan estos puntos sucintos, como ejemplo para señalar la polivalencia de enfoques y algunos de los elementos en juego.

Para hacer factibles estos proyectos, no cabe duda que debemos apoyarnos en el marco que nuestra Constitución nos ofrece: el Estado Autonómico.

Son las Autonomías las que harán realidad estas posibilidades de integración, por ello, no les extrañará que en estas Jornadas se dediquen dos sesiones para escuchar los Proyectos, problemas y realidades de las diferentes Comunidades Autónomas.

Sabemos que se han dado en España experiencias y transformaciones importantes en el ámbito psiquiátrico que han contribuido a plasmar en la realidad, muchas de las ideas que se propone articular el Ministerio.

Creemos que impulsar estas experiencias, reglamentar sus estructuras asistenciales y recoger sus aportaciones, va a ser decisivo para dar los primeros pasos en este camino de integración.

En definitiva, de lo que se trata es de que el Ministerio asuma su papel normativo y supervisor de la realidad, pero sin olvidar los aspectos concretos y urgentes en torno a los cuales sería deseable que estas Jornadas fueran un ámbito de reflexión.

Pueden ustedes, trabajar seguros de que el Ministerio recogerá sus aportaciones, que serán sin duda de gran interés, para lograr el objetivo común de alcanzar el mayor nivel de salud para todos los ciudadanos.

## **GRUPO DE TRABAJO SOBRE «ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL»**

**(Informe resumido)**

En el Grupo de Trabajo sobre «Atención Primaria y Salud Mental», organizado por el Instituto de Salud Mental de Madrid, han participado un total de 37 profesionales (médicos, abogados, asistentes sociales, ATS, sociólogos psicólogos, economistas y psiquiatras) procedentes de las siguientes Comunidades Autónomas: Andalucía, Asturias, Cataluña, Madrid, Murcia, País Vasco y Valencia.

Todos los participantes desempeñan cargos de responsabilidad (política o técnica) a diversos niveles de la administración sanitaria estatal, autonómica o local, y/o son expertos en el tema de la reunión.

Fueron invitados por el Instituto de Salud Mental, el doctor Orley de la División de Salud Mental de la O.M.S. de Ginebra, y la doctora Garralda, profesora de Psiquiatría Infantil de la Unidad Académica de Psiquiatría de la Universidad de Manchester.

### **I. El objetivo del Grupo de Trabajo ha sido:**

- Revisar las bases de la atención primaria de la salud.
- Analizar las necesidades de cuidados de Salud Mental en la atención primaria.
- Discutir las líneas de acción prioritarias en el proceso de integración de los cuidados de Salud Mental en la atención primaria, en el marco general de los Servicios Regionales de Salud.

**II. El método de trabajo utilizado ha sido** el de «Mesa Redonda» con debate abierto, sobre la base de unos documentos de trabajo introductorios, preparados por el INSAM y distribuidos previamente a todos los participantes. Con anterioridad se envió asimismo a los participantes un dossier bibliográfico, con aportaciones de la literatura científica internacional al tema de «Atención Primaria y Salud Mental».

### **III. El contenido de la discusión se centró en los siguientes aspectos:**

1. *Las recomendaciones de la O.M.S. sobre la política general de la atención a la salud basadas principalmente en la progresiva descentralización, desespecialización y generalización de los servicios y en la participación de los ciudadanos en las tareas del cuidado de la salud, mediante la responsa-*

*bilización en la protección y cuidado de la salud propia (autoayuda) y la colaboración en el cuidado de la salud de los demás (voluntariado).*

2. *La necesidad de una estrecha colaboración entre los servicios de salud y los servicios sociales: el desarrollo de estos últimos es imprescindible.*
3. *La conveniencia —asimismo recomendada por la O.M.S.— de que una gran parte del trabajo de los especialistas deberá ser dedicada al entrenamiento y formación de los generalistas, así como al asesoramiento y supervisión continuados. Estas actividades deberán estar especialmente primadas.*
4. *El papel de la O.M.S. como organismo internacional para proveer y difundir información y coordinar programas de investigación y formación.*
5. *La situación actual de la atención primaria en España en relación con el desarrollo histórico del sistema sanitario español, caracterizado por la ausencia de planificación de la salud, y un modelo sanitario medicalizado, reparador y hospitalario.*
6. *La necesidad de difundir en nuestro país los principios generales de la atención primaria por los que, a través de la generalización de los cuidados y la racionalización de los recursos, la atención y el cuidado de la salud llegue a la mayor parte de la población.*
7. *Los obstáculos técnicos y operativos para la aplicación de los principios de atención primaria al sistema de salud español, que pueden resumirse en:*
  - 7.1. *La existencia de un rechazo, expresado de forma diversa a los principios de la atención primaria.*
  - 7.2. *Los problemas relacionados con el desconocimiento de las necesidades de salud de la población, a las que debería responder de forma eficaz el sistema de atención primaria.*
  - 7.3. *Las consecuencias del modelo asistencial excesivamente tecnificado, que fomenta la actitud pasiva de la población hacia sus propios problemas de salud y dificulta la inexcusable participación de la comunidad en la protección y el cuidado de sí misma.*
  - 7.4. *Los problemas derivados de los principios de disponibilidad, accesibilidad y continuidad de los cuidados en la atención primaria.*
  - 7.5. *Los problemas derivados de la constitución y funcionamiento de los equipos: Debe plantearse claramente el tema de la autoridad en el equipo y la necesidad de establecer roles dinámicos en base a la tarea a desempeñar, huyendo de las jerarquizaciones rígidas.*
  - 7.6. *Los problemas derivados de la utilización de un lenguaje fuertemente influenciado por el modelo que se pretende superar, con el riesgo de transmitir un mensaje equívoco y, lo que es más grave, acabar reforzando las actitudes y modos de hacer que se intentan cambiar. En este sentido hay que señalar la insuficiencia del modelo médico tradicional basado en un reduccionismo fiscalista.*
  - 7.7. *Los problemas derivados del inevitable desfase que se produce entre los trabajos de diseño y planificación del sistema de cuidados y la necesidad de dar respuesta a las demandas que no admiten demora. En cualquier caso parece claro que lo que haya que hacer no debe condicionar, ni contradecir los objetivos propuestos. En este sentido todo lo que pueda generar «redes paralelas» debe ser considerado negativo.*
  - 7.8. *Los problemas derivados del error de no saber distinguir lo deseable de lo factible y alcanzable. De nada sirven planes perfectos si no pueden materializarse en realidades a corto y medio plazo.*
  - 7.9. *Los problemas derivados de los dos grandes enemigos del sistema de salud español: la incoordinación y la teorización.*
8. *Las necesidades de cuidados de Salud Mental en la atención primaria, analizándose:*
  - 8.1. *La demanda cuantitativa de cuidados de Salud Mental en la asistencia primaria, tomando como referencia las prevalencias encontradas por diversos autores, tanto en estudios sobre población general como sobre población asistida en diversos elementos del sistema sanitario.*
  - 8.2. *Las características de la demanda de cuidados de Salud Mental y los factores que la motivan.*

- 8.3. La capacidad de identificación del médico general para los trastornos psiquiátricos y los problemas psico-sociales, en la medida que este profesional es el único que en la actualidad realiza labores asistenciales en el nivel primario.
  - 8.4. El manejo que el médico general hace de este tipo de trastornos.
9. *Los modelos y estrategias para la integración de los cuidados de Salud Mental en la atención primaria, estudiando:*
    - 9.1. La relación funcional entre la atención primaria y los equipos especializados, que debe basarse en el principio de que la atención primaria *tiene a su disposición* los servicios especializados del sistema de salud.
    - 9.2. La conveniencia de que el nivel de atención primaria aborde los problemas de Salud Mental en el marco de una concepción integrada e integral de la salud.
    - 9.3. La necesidad de la reforma en profundidad del actual sistema ambulatorio como condición previa para que pueda adquirir la capacidad de integración de los problemas de Salud Mental en la atención primaria.
    - 9.4. La composición del equipo de atención primaria.
    - 9.5. La necesidad de dejar bien claro que la clave del sistema de atención primaria es la *responsabilidad* de cada equipo sobre el grupo *delimitado* de población a la que sirve.
    - 9.6. El conocimiento de las motivaciones del personal sanitario, con la convicción de que sin un personal claramente motivado los procesos de reforma han de enfrentarse a dificultades adicionales.  
Dicha motivación y las estrategias para acrecentarla deben ser estudiadas y valoradas. Actualmente hay un sentimiento de insatisfacción que no es posible ignorar.
    - 9.7. La necesidad de considerar la atención diferenciada a la población infantil en el marco de la atención primaria.
    - 9.8. Las relaciones del equipo de atención primaria con los grupos de autoayuda y organizaciones de voluntarios.
    - 9.9. El conocimiento de los recursos, y de sus posibilidades potenciales, como paso previo para la formulación de estrategias de cambio.
    - 9.10. La importancia de los recursos humanos frente a los tecnológicos, lo que hace de la formación y entrenamiento del personal una de las principales estrategias de cambio.  
Para ello es necesario que se contemple también la formación de especialistas capaces de adoptar el nuevo papel de apoyo, asesoramiento y formación de los equipos de atención primaria.
    - 9.11. La promoción de la educación sanitaria de la población que tienda a potenciar la autoayuda y a orientar la demanda de atención profesionalizada.
    - 9.12. La necesidad de medidas administrativas que proporcionen el marco legal imprescindible para efectuar cualquier cambio. Algunas de estas medidas son urgentes, prioritarias y exigibles.
  10. *Los riesgos que hay que tener presentes en todo proceso de integración de la Salud Mental en la atención primaria a fin de evitarlos. Principalmente se mencionaron:*
    - 10.1. La medicalización de lo que son «problemas de la vida» que deben en consecuencia ser abordados fuera del contexto sanitario.
    - 10.2. La psiquiatrización del lenguaje social.
    - 10.3. El olvido de que la demanda está, en muchas ocasiones, condicionada por la oferta. En cualquier caso es imprescindible analizar cuál es el lenguaje que usa la demanda para expresarse, y diferenciar en consecuencia las formas directas e indirectas de la misma.
    - 10.4. La utilización de términos de diversa significación. Por ejemplo, en el término «gravedad», no coincide necesariamente el criterio médico y el criterio social: un proceso puede ser médicamente leve y socialmente grave.
    - 10.5. La desconexión en la práctica entre el equipo de atención primaria y los equipos especializados, por derivación precipitada del equipo de atención primaria, por respuesta inadecuada

del especialista y por falta de un sistema de comunicación claramente establecido entre ambos.

- 10.6. El hecho de que gran cantidad de problemas de salud son atendidos fuera del sistema sanitario.
- 10.7. La tendencia a constituir la práctica de la atención primaria en una actividad especializada, consecuencia de un sistema de formación de personal que es ajeno a la realidad para la que debería capacitar. En este sentido se hace necesario plantear un cambio profundo, tanto en los «curricula» de todos los profesionales de la salud como en el ámbito donde se realiza la enseñanza. Esta debe estar dirigida a producir generalistas de las distintas profesiones sin necesidad de «especialización» posterior.
- 10.8. La tendencia a olvidar que la función de los técnicos es la de proponer modelos, junto con los correspondientes estudios que demuestren su utilidad, su viabilidad y sus costes, pero que la decisión de adoptar uno u otro de esos modelos, es siempre una decisión política; competencia, por tanto, de los legítimos representantes del pueblo.

#### **IV. Las conclusiones a las que llegó el Grupo de Trabajo fueron:**

##### *A) Conclusiones referidas a la atención primaria en general:*

1. La identificación como punto de partida, con los principios contenidos en la Declaración de Alma-Ata.
2. La adhesión a las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre «Atención Primaria de la Salud», como marco de referencia para el diseño del sistema de cuidados de atención primaria.
3. La necesidad de adaptar dichas recomendaciones a las características españolas; no sólo al conjunto del Estado, sino también a las peculiaridades regionales que son realidades diversas, tanto socio-demográficamente como a nivel de equipamiento.  
*Esta circunstancia hace que el Grupo de Trabajo recomiende la necesidad de una descentralización en la planificación, evaluación y gestión del sistema de salud en general y de la atención primaria en particular.*
4. La necesidad de destacar como acción prioritaria en el campo de la salud, la reforma en profundidad de la asistencia primaria. Esta prioridad debe ser asumida tanto por la Administración Central del Estado como por los Gobiernos de las Comunidades Autónomas, y debe precederse de un estudio de las necesidades de salud de la población y de la evaluación asistencial presente.

##### *B) Conclusiones referidas a los cuidados de Salud Mental en la atención primaria.*

1. La promoción y cuidado de la Salud Mental de la población, es un componente esencial de la atención primaria.
2. Dicha promoción y cuidado implica la formación y entrenamiento del personal que constituye el equipo de atención primaria en el manejo de los problemas de la Salud Mental de la población a su cargo.
3. El equipo nuclear de atención primaria estará formado por la Enfermería de Salud Pública, el Médico General y los Servicios Sociales.
4. Es necesario incrementar y complementar los conocimientos y habilidades de los miembros del equipo de atención primaria para el desarrollo de una respuesta adecuada a las demandas de Salud Mental de la población.
5. Es necesaria la coordinación, a través de programas de salud, de los recursos sanitarios y no sanitarios del área. Con especial atención, en el caso de la población infantil, a la coordinación con el sistema educativo.
6. Cualquier plan de atención primaria debe estar basado en una programación detallada que debe incluir necesariamente:
  - Conocimiento de las necesidades.
  - Establecimiento de prioridades.
  - Definición de responsabilidades.
  - Conocimiento y evaluación de los recursos.
  - Desarrollo del marco legislativo que haga posible lo planificado.

Esta programación, una vez llevada a la práctica debe tener en cuenta los siguientes principios:

- 6.1. El principio de la continuidad de cuidados, que no excluye el envío del caso para consulta o tratamiento con otro equipo especializado, pero que implica en todo momento el mantenimiento de la responsabilidad del equipo de atención primaria y la comunicación abierta con el consultor y con la familia.
- 6.2. El principio de la evaluación social, sanitaria y económica del sistema de atención primaria. Dicha evaluación debe permitir establecer la eficiencia, efectividad y eficacia de cada dispositivo en concreto y del sistema global, así como delimitar y definir claramente los factores de los problemas y dificultades que puedan presentarse al equipo y a los usuarios.
7. Por último, el Grupo expresa su firme convicción de que el objetivo básico de los cuidados de la Salud Mental, en la atención primaria, es recuperar para el paciente y su propia familia la capacidad de manejar adecuadamente su propia vida y su futuro, al mismo tiempo que hace hincapié en la necesidad de desarrollar y potenciar los sistemas de autoayuda, permitiendo de esa manera a la población resolver gran parte de sus problemas y dificultades sin recurrir a la atención profesionalizada.

## **INTERPELACION DEL GRUPO COMUNISTA EN EL PARLAMENTO ANDALUZ EL DIA 14-10-83**

El problema de la Reforma de la Psiquiatría, como es público y notorio, es un tema que ha preocupado a nuestro Partido desde hace tiempo. Y la prueba está en la trayectoria de lucha que en muchos Psiquiátricos se ha llevado a cabo y las alternativas que a todos los niveles institucionales hemos presentado para dar salida a la situación que en muchos de nuestros Psiquiátricos se dan y que parece ser una vez más están en el cajón del olvido de las sucesivas Administraciones que deberían responsabilizarse en buscar las soluciones que son necesarias.

Y en este sentido clama por su gravedad, una serie de hechos que podríamos calificar de vergonzantes y que suponen una conculcación de los derechos constitucionales, que también lo son de los enfermos, y que son en definitiva muestra de la pervivencia que aún existe de estructuras manicomiales que, y en eso creo que estaremos todos de acuerdo, es necesario superar de una vez por todas.

Aunque resulte difícil saber toda la verdad sobre lo que ocurre en muchos Psiquiátricos, por lo celosamente guardado que permanece el interior de los mismos, surgen en algunas ocasiones notas en la prensa que nos deberían hacer reflexionar: muertes por asfixia y quemaduras en enfermos maniatados, protestas de familiares por malos tratos y lesiones a internos, protestas y denuncias del personal por la precaria vida de los asilados y la carencia de instrumentos asistenciales necesarios... y junto a ello, paradójicamente, profesionales que acaban siendo marginados por denunciar estos hechos.

En un informe de la comisión delegada de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre el Hospital Psiquiátrico de la Virgen de Granada se denuncian hechos que ocurren en la unidad de judiciales del mismo, en el cual se esposa a los internados o se les somete a aislamiento, con criterios exclusivamente policiales, que constituyen una verdadera imposibilidad para llevar a cabo las terapias necesarias. O el someter a los pacientes ingresados a operaciones de despojo, desposeyéndolos de su ropa y objetos materiales propios. Constatándose asimismo, la falta de espacios para la concidencia.

Situaciones dramáticas como las descritas en Granada o las existentes en Córdoba o Cádiz, nos hablan de la degradación y violencia institucional que ocurre en algunos de nuestros Psiquiátricos, y que en definitiva forman parte de la vida diaria de los mismos, en mayor o menor significación. La restricción de libertades, con encierros, limitación de su movilidad, de visitas, relaciones sexuales, etc. Los malos tratos, como la actitud impersonal autoritaria y distante por parte de algunos miembros del personal, terapias violentas en casos no justificados. Carencias de tipo material, en las comidas, en los aseos, en los lugares de convivencia. Todo ello viene a ratificar los residuos de una estructura manicomial que viene a considerar a los enfermos mentales como marginados.

Y aunque parezca mentira hay que recordar en estos casos que existen unos preceptos constitucionales: artículo 17, 49, 53, 124, etc., que están en vía de reformación el artículo 8 del Código Penal y de la Ley de Tutela. Hay que reivindicar una vez más la defensa y tutela de los derechos y libertades individuales frente a la mera defensa social y la defensa del orden público. Hay que reivindicar asimismo, la aplicación en

estos Centros de la Carta Sobre Derechos del Enfermo Usuario del Hospital, redactada en mayo de 1978 en Luxemburgo por el Comité Hospitalario de la CEE, y hay que superar el burocratismo y la ausencia de relación entre jueces, psiquiatras y enfermos.

\* \* \*

Frente a la situación que durante años se ha mantenido en muchos de nuestros Psiquiátricos, surgen experiencias interesantes para llevar a cabo la Reforma de la Psiquiatría y Diputaciones del PSOE encomiendan trabajos de dirección en este sentido en los Psiquiátricos de Jaén a González Duro, de Sevilla a González de Chávez y de Málaga a Valentín Corces, todos ellos psiquiatras de prestigio, que ponen su empeño en llevar a cabo la Reforma de la Psiquiatría, aprobada en los Plenos de dichas Corporaciones Provinciales. Y cuando los resultados positivos comienzan a sentirse, cuando los datos objetivos apuntan a una consecución de los objetivos planteados en dicha Reforma, surge por parte de los responsables de estas instituciones, actitudes e iniciativas que vienen a echar por tierra el camino emprendido.

En Sevilla el cese de González de Chávez, supuso un serio golpe a la Reforma emprendida, que iba encaminada a llevar la medicina fuera del hospital, a rebajar en lo posible el índice de ocupación, a hacer un hospital de puertas abiertas y fundamentalmente medicina extrahospitalaria. Nuestro Grupo en la Diputación Provincial de Sevilla defendió, al igual que en un principio el PSOE, la labor llevada a cabo por González de Chávez y nos opusimos a las condiciones que obligaban en la práctica al cese del mismo. Hubimos de oír, con vergüenza ajena cómo el portavoz del PSOE, hoy Presidente de la Diputación, calificaba nuestra actitud con un paralelismo al «dejar atado y bien atado» del franquismo. Vivir para oír. Y las consecuencias de una actitud no argumentada, ni técnica ni políticamente, no se han dejado esperar. El deterioro asistencial ha ido en progreso, no se ha aplicado con rigor la Ley de Incompatibilidades, se prima un Consejo de Gerencia donde están representados los sectores más conservadores del hospital, no se ha clarificado el tema de la dirección del centro sujeta a los vaivenes de los recursos; se nombra un Tribunal para seleccionar el personal técnico y que está compuesto por personas que no han destacado precisamente en su trabajo de psiquiatría comunitaria y aunque no se dude de la imparcialidad y rigor del mismo, cuando lo que se pretende es llevar a cabo un modelo de psiquiatría determinado, no creemos como más idóneo para tal fin una composición de tal tipo. Aunque una vez más vuelvan a surgir promesas y manifestaciones en cuanto a la voluntad de seguir el camino de la Reforma, nos cabe el derecho de la duda al menos, cuando no del más absoluto escepticismo de que esto son solamente palabras.

En Jaén se contrata al doctor González Duro para llevar igualmente a cabo la Reforma de la Psiquiatría en dicho Psiquiátrico y de la misma forma es cesado, abortando con ello, la posibilidad de continuar un camino que la misma Diputación del PSOE escogió como el mejor. De un trabajo realizado prácticamente en equipo se vuelve a una estructura piramidal del personal. De un equipo multidisciplinario que se ocupaba de atender a todos los pacientes de su sector, ya fueran crónicos, agudos o ambulatorios se pasa, rompiendo esa sectorización a diseñar un modelo donde las personas trabajan en un solo nivel asistencial, ignorando los otros niveles y rompiendo ese concepto tan necesario en psiquiatría como es el de continuidad asistencial. Aunque se diga que se van a continuar las experiencias iniciadas, el nuevo programa entra en contradicción con la Reforma planteada.

De esta manera aparece la contrarreforma de manos del PSOE, y que no refleja, sino la incapacidad política de dicho Partido de enfrentarse a las fuerzas conservadoras que han mantenido y quieren mantener, por razones de todo tipo, la estructura manicomial.

\* \* \*

Sabemos que no todas las instancias políticas del PSOE, están conformes con las situaciones vergonzosas descritas y con los procesos contrarreformistas llevados a cabo, sabemos que en la Consejería de Salud y Consumo, existen hombres que por su trayectoria política y su capacidad profesional desean realmente una Reforma de la Psiquiatría. Pero es necesario que clarifiquen su política de una vez, terminen con las contradicciones y confusiones que están generando y abran una puerta de esperanza que permita confiar en que las alternativas progresistas a la actual situación se abran camino.

El anuncio de la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental merece por nuestra parte, una serie de valoraciones en sus aspectos positivos y al mismo tiempo una serie de críticas a lo que pueden ser consecuencias negativas. Positivo nos parece que se considere la psiquiatría comunitaria como modelo a seguir, positiva vemos la posibilidad de sustraer ciertas iniciativas de las Diputaciones para conformar

una actuación más homogénea. Positiva también vemos la participación contemplada en el Consejo de Administración y positiva, porque nos merecen todavía credibilidad algunas personas que han llevado a cabo estas iniciativas.

Sin embargo, cuando el IASM se constituye porque resulta imposible, a la vista está, una coordinación funcional de las Diputaciones con la Junta, y con la creación de un organismo supraestructural, se intenta salir de la actual situación contradictoria que contemplamos, mucho nos tememos que el problema político que subyace en el fondo del asunto, difícilmente va a ser superado con comisiones, Instituto u otro tipo de organismos en los cuales pueden reproducirse las mismas contradicciones que generaron su aparición y que no son otras que las que surgen de una aplicación descoordinada y a veces contrapuesta de un programa electoral que se presentó en unas elecciones y que entendemos debería de aplicarse al menos con similares criterios.

Contemplar el IASM como un organismo autónomo, lo consideramos un error político y técnico, desde el momento en que puede comportar la aparición de una estructura paralela con la sanitaria, cuando sus objetivos y su funcionamiento deberían estar integrados en el proceso que sigue el sistema sanitario general. La gran duda está en si el IASM tendrá capacidad real de gestión o será en definitiva un ente consultivo que deje en manos de las Diputaciones toda la política en materia de psiquiatría con lo cual estaríamos en la situación primitiva. De todas formas, nos parece absurdo anunciar a bombo y platillo el IASM, cuando nace muerto desde el momento en que sus propios objetivos son contemplados como instrumento de transición, que no sería necesario si fuese la propia Consejería la que asumiese el control y orientación de la política psiquiátrica sin intermediarios de ningún tipo. Por otra parte, contemplar la financiación del mismo de una forma ambigua, a través de varios organismos, y desde luego sin insistir en la necesidad de que la Seguridad Social asuma de una vez por todas los costes en materia de Asistencia Psiquiátrica, puede crear una situación, de hecho, en la cada vez sea más difícil sacar la política de Salud Mental de la situación de cenicienta en que actualmente se encuentra.

Si junto a esto analizamos algunas iniciativas de ciertas Diputaciones, pueden llevar a cabo de sectorización sin tener en cuenta la comarcalización sanitaria en general, que no están definidas las áreas de hospitalización, ni determinadas el número de camas de agudos que son necesarias en Andalucía, ni se sientan las bases de una red extrahospitalaria, coordinando los recursos del INSALUD, AISNA, Psiquiátricos. Ni se comprende la necesidad de la integración de todos ellos en un Servicio Nacional de Salud. Y al mismo tiempo no se insiste en la necesidad de invertir en Salud Mental, a través del INSALUD. Ni se llevan a cabo iniciativas en cuanto a formación y reciclaje del personal técnico y auxiliar. Ni se contempla la urgente necesidad de acometer una asistencia infanto-juvenil actualmente inexistente. Entonces cabe preguntarse si realmente lo que ocurre es que nos encontramos ante una ausencia de un proyecto político concreto del PSOE en materia de Salud Mental.

\* \* \*

Por todo ello, creemos necesaria y urgente la aplicación de unos puntos mínimos de carácter general:

- Que las actuaciones en materia de Asistencia Psiquiátrica, bien a través de las Diputaciones, bien a través del IASM, estén en base a unas líneas comunes, que sienten las bases de una Reforma de la Salud Mental en el marco de un Servicio Nacional de Salud.
- 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.
- 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.
- Coordinación de los Servicios de Salud Mental con los sanitarios generales y los de asistencia social.
- Separación de la psiquiatría y la neurología en los ambulatorios de la Seguridad Social.
- Atención especial a la psiquiatría infanto-juvenil, absolutamente ignorada en nuestro país.
- Control de la creación de nuevos servicios para evitar duplicaciones.
- Financiación de los Servicios de Salud Mental sin discriminación de ningún tipo.
- Reestructuración de la comisión de especialidades que evite la absoluta parcialidad de la actual, que viene perjudicando la formación y por consiguiente la asistencia.

- Financiación de la Asistencia Psiquiátrica de los pacientes adscritos a la Seguridad Social por parte de la misma.

Muchas de estas propuestas fueron asumidas y defendidas por el PSOE en la anterior legislatura en la que presentó diferentes proposiciones no de Ley sobre algunos de estos temas.

\* \* \*

Por todo ello, y en base a lo expuesto anteriormente, nuestro Grupo parlamentario formula las siguientes propuestas:

1. Que se cree una comisión investigadora, asesorada convenientemente tanto técnica como jurídicamente, que lleve a cabo las iniciativas oportunas para esclarecer las situaciones que en algunos Psiquiátricos, concretamente los de Granada, Córdoba y Cádiz, se están dando conculcación de los derechos constitucionales de algunos de los enfermos en ellos internados.
2. Que en un plazo de tres meses queden definidas las necesidades en materia de Asistencia Psiquiátrica para Andalucía (camas de agudos necesarias, equipos de Salud Mental, etc.), así como de los recursos existentes, tanto en materia hospitalaria como extrahospitalaria, de todos los organismos e instituciones.
3. Que el Consejo de Gobierno se comprometa a financiar la Asistencia Psiquiátrica de los beneficiarios de la Seguridad Social, desde el momento en que se tengan todas las transferencias del INSALUD.
4. Que el Consejo de Gobierno inste al Gobierno de la nación a que en el plazo más breve posible acometa el estudio y puesta en marcha de una Reforma de la Salud Mental, en el marco de la Reforma Sanitaria y el Servicio Nacional de Salud.

## **INFORMACION SOBRE LA SITUACION DE LOS MIR EN EL PSIQUIATRICO DE VALLADOLID**

El siguiente comunicado, ha sido elaborado por la Junta Facultativa del Hospital Psiquiátrico Provincial de Valladolid, en sesión del día 30 de agosto de 1983, para expresar a la opinión pública y organismos oficiales competentes su opinión unánime en relación a la problemática de los médicos residentes del hospital (problemática reflejada con fecha 24 de agosto, en prensa, radio y televisión regional) en relación a la posible variación de la normativa legal que regula la obtención de títulos de especialistas médicos.

En nuestro hospital existen dos tipos de MIR, según la legislación actual, unos con derecho a la obtención del título de especialista en psiquiatría, tras el período de especialización y otros que no tienen ese derecho tras el mismo período. La labor que realizan ambos grupos de MIR, así como la docencia que reciben es exactamente igual, sin embargo, solamente aquellos MIR «oficiales» tendrán derecho al título, mientras que los MIR «no oficiales» no se les reconoce legalmente su formación, ni el derecho a hacer valer dicha formación para acceder al título de especialista.

Ciñéndonos a nuestro hospital, queremos decir que desde su inicio en el año 1976, son varios los especialistas que en él se formaron, que actualmente y tras ser acreditado con capacidad docente por la comisión nacional de la especialidad, forma a los residentes que el Ministerio envía como MIR oficiales. Asimismo, un número variable de MIR que esta Junta Facultativa selecciona mantiene con la Diputación Provincial la misma relación contractual que los MIR oficiales.

Parece ser que en otros puntos de España hay situaciones parecidas a ésta, donde los MIR «no oficiales» reivindican el derecho a acceder a la titulación de especialistas, habida cuenta de su preparación profesional tras la especialización y habilitándose las vías legales necesarias para conseguirlo. Actualmente el examen único nacional MIR es un estrecho embudo que para los grupos de médicos mencionados supone un injusta discriminación y para la población supone una pérdida de especialistas que pueden serle útiles, además del derroche económico que supondría no darle la titulación a unos médicos a los que se les ha dado una larga y costosa formación durante el año.

No queremos dejar de hacer notar, que al menos en psiquiatría, una correcta formación de especialistas empieza por una selección de candidatos que se acerca más a la que aquí se está haciendo, en la que se evalúa, no sólo los conocimientos técnicos, sino también la capacidad personal para trabajar en psiquiatría, que a la que la legalidad vigente determina, (examen test de conocimientos).

Al parecer existe la intención por parte del Ministerio de conceder un cupo limitado para otras vías de acceso al título de especialista, donde se incluirían nuestros residentes no oficiales, médicos formados en el extranjero, etc. Nos oponemos a reparticiones caprichosas, pues creemos que este otro modo de acceder al título se debe ajustar más a la valía profesional que a unos cupos preestablecidos.

Por lo antedicho, esta Junta Facultativa apoya las justas reivindicaciones de los MIR de este hospital y del resto de profesionales que se encuentran en la misma situación, quienes como nosotros, en repetidas ocasiones han expresado su deseo de admitir los controles necesarios para la adecuada evaluación de su aptitud en el ejercicio de la especialidad, primando el principio de competencia profesional sobre cualquier apriorismo.

Valladolid, 5 septiembre de 1983.

## **CARTA ENVIADA AL EXCMO. SEÑOR ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE SAN FERNANDO DE HENARES**

Excmo. Sr.:

A petición de diversos asociados, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, al tener conocimiento de la supresión del Departamento de Psicopedagogía y Salud Mental del Centro Municipal del Ayuntamiento de San Fernando de Henares y la no renovación de los contratos de los cuatro técnicos que venían trabajando en ese área desde cerca de tres años, ha decidido recabar la información precisa para conocimiento de todos nuestros asociados y medios de comunicación sobre las causas y circunstancias por las cuales se ha optado por una medida que, en principio, parece suponer una regresión en el dispositivo asistencial que se venía ofreciendo a la población de San Fernando de Henares.

Con este fin, hemos comisionado a dos relevantes expertos en Asistencia Psiquiátrica, los doctores Ernesto Díaz Noriega, miembro de la Comisión de Asistencia de la Asociación y coordinador de los equipos de Salud Mental de los Centros Municipales del Ayuntamiento de Madrid, y a José Luis Pedreira Massa, Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital del Niño de Jesús de Madrid, a quienes hemos pedido que hagan las gestiones necesarias en nombre de la Asociación, para que no sea irreversible la supresión del Departamento de Psicopedagogía y Salud Mental del Centro de Salud.

Le agradecería facilitase a estos dos relevantes expertos comisionados por la Asociación, los medios convenientes para el desarrollo de la tarea que en beneficio de la población de San Fernando de Henares y por tanto, de la Corporación que usted preside, los profesionales de la Salud Mental de este País le hemos encomendado.

Un saludo afectuoso.

Madrid, 20 de julio de 1983.

**Manuel GONZALEZ DE CHAVEZ**  
Presidente de la A.E.N.

## **NOTICIAS DE LA ASOCIACION ANDALUZA**

### **DOCTOR PABLO RECIO (Consejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía)**

Estimado compañero:

Me dirijo de nuevo a ti, cumpliendo acuerdo de la Asamblea General de la Asociación que presido, para solicitarte una entrevista urgente con la Junta Directiva de la misma, el objeto de examinar lo que está ocurriendo con la Asistencia Psiquiátrica en Andalucía.

A la persistencia de situaciones manicomiales, vergonzantes, que implican conculcación de derechos constitucionalmente reconocidos, se une ahora la crisis de las experiencias transformadoras no hace mucho emprendidas, en Sevilla, Málaga o Jaén. De Sevilla te debe constar la regresión de la asistencia desde la no renovación de contrato al doctor González de Chávez. En Málaga es inminente la dimisión del Director,

hay un frenazo de la Reforma y el personal implicado en la misma está desencantado y desesperanzado. En Jaén parece inminente el cese del doctor González Duro, se ha bloqueado la Reforma y el personal tiene miedo y está desmoralizado.

Al caracterizar estas situaciones no hago más que trasladar los análisis y objetivos expuestos en la última Asamblea de la Asociación.

Asistimos, pues, al desmoronamiento de las experiencias en que iba a basarse la Reforma Psiquiátrica en Andalucía (me remito a tus palabras de las Jornadas de Jaén de primeros de diciembre). El bloqueo y el retroceso parece ser la política de las Diputaciones socialistas. Desde el poder Central ni siquiera se ha separado la neurología de la psiquiatría en los ambulatorios de la Seguridad Social y si no hemos entendido mal al señor Ministro en la respuesta parlamentaria al Senador del grupo popular señor Pardo, el INSALUD va a mantenerse en su posición, reiteradamente calificada de ilegal por sentencias del Tribunal Central de Trabajo, de no asumir los gastos de hospitalización psiquiátrica de sus beneficiarios. Ante esto, ¿Qué piensa hacer la Junta de Andalucía? Con la Constitución, con gobiernos socialistas en todos los niveles de la Administración ¿va a continuar la marginación de los enfermos mentales?

Aún estamos esperando respuesta a la solicitud de entrevista que te hicimos el 16 de febrero, a propósito del problema de Miraflores. La posición mayoritaria de los miembros de la Asociación, expresada en la Asamblea del 18 de junio celebrada en Sevilla es la de retornar formas de lucha, de presión y de denuncia como las que se mostraron eficaces en la década pasada, trasladando los problemas a la sociedad civil, en sus diversas formas organizativas, ante la inacción, el desconcierto, cuando no las medidas claramente regresivas del actual poder político.

Atentamente.

\* \* \*

El sábado día 18 de junio, se celebró en el Salón de Actos del Sanatorio Psiquiátrico de Miraflores, una nueva reunión de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, una más de las que con frecuencia bi o trimestral vienen realizándose en los diferentes Hospitales Psiquiátricos de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Participaron en la misma algo más de un centenar de trabajadores de la Salud Mental de diversos estamentos (psiquiatras, psicólogos, A. sociales, auxiliares, etc.) de todas las provincias, excepto de Almería.

Tras unas palabras introductorias y de bienvenida por parte del señor Diputado responsable del área de la Diputación de Sevilla y otras del Presidente de la Asociación, se pasó al desarrollo del apretado programa de trabajo que iniciado a las 10 de la mañana, se prolongó hasta las 10 de la noche.

1. En primer lugar, un representante de cada uno de los hospitales asistentes realizó una exposición sobre la situación de los enfermos sometidos a internamiento judicial de su institución.

En resumen, y con una variedad de situaciones que oscilan entre el carácter dramático del problema en Córdoba o Granada, o una situación más tolerable en Jaén o Huelva, se evidencia que la función custodial sobre enfermos judiciales supone un bloqueo, una interferencia cuando no una verdadera imposibilidad para cualquier proceso transformador o de renovación asistencial. Aparte de la imposición de misiones custodiales, que no son propias del personal asistencial, en ocasiones se exige de ellos actitudes y funciones netamente policiales (por ejemplo, interrogatorios o traslados de penados). Se señaló, asimismo, cómo, en general la situación de los judiciales en las instituciones psiquiátricas y, salvo excepciones, puede calificarse de francamente vergonzante.

En el debate que siguió a la exposición señalada, y en el debate de la siguiente Mesa Redonda, se puso de manifiesto el carácter ilegal (Constitución, legislación penitenciaria, etc.) de las situaciones descritas.

2. A continuación se celebró Mesa Redonda sobre legislación psiquiátrica, en la que actuó de moderador el doctor Onésimo González, Presidente de la Asociación, y en la que participaron: don Francisco Vázquez, Director del Centro Penitenciario Provincial; don Alfredo Flores, Teniente Fiscal de la Audiencia de Sevilla; don M. Rico Lara, Magistrado Juez de Familia, y miembro de la Asociación Derecho y Democracia, don Manuel Vilches, Jefe del Gabinete Regional de Asuntos Legales de la Jefatura Superior de Policía de Sevilla y por último, un portavoz de un grupo de internos por Orden Judicial del Sanatorio de Miraflores.

Tanto las aportaciones de los ponentes como el animado debate posterior fueron de enorme interés y, en algún punto sumamente esclarecedores.

— Se examinó la incidencia de la legislación psiquiátrica en las instituciones penitenciarias, así como los aspectos prácticos del acuerdo de colaboración entre los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Sevilla y el Centro Penitenciario Provincial, y los preceptos de la Ley Orgánica General Penitenciaria y el Decreto de 2 de marzo de 1978.

— Pudimos conocer las «razones para el optimismo» desde los preceptos constitucionales (artículos 17, 49, 53, 124, etc.) las modificaciones en trámite del Código Penal, en especial la relativa a su artículo 8 así como, en el aspecto civil, de la Ley de Tutela, en última instancia expresión de la crisis del internamiento como forma de tratamiento, tanto psiquiátrico como penitenciario y de la defensa y tutela de derechos y libertades individuales frente a la mera defensa social y defensa del orden público.

— Se analizaron también los problemas de la actuación de las Fuerzas del Orden Público y las relaciones policía-jueces-sanitarios, así como la modalidad de internamiento gubernativo, incluida en el Decreto de julio de 1931 que, en conjunto se consideró derogado por la Constitución.

Se hizo mención a la clase social de origen de las personas objeto de internamiento compulsivo, así como a problemas de infraestructura y funcionamiento de los aparatos judicial, policial y sanitario que, remiten, en última instancia a un problema político de prioridades y de ejecución de las normas legales.

La última intervención de la Mesa Redonda, antes del coloquio, fue un emocionante documento de un grupo de judiciales de Sevilla.

3. Por la tarde, y tras un almuerzo en el Hospital, auxiliares psiquiátricos de Huelva y Córdoba, informaron sobre el reciente Congreso Nacional celebrado en Bétera, así como de la Coordinadora Regional de Andalucía constituida la semana anterior en Córdoba.

Los temas que entraron en debate fueron la formación del auxiliar, la titulación, el auxiliar psiquiátrico y la realidad manicomial, el trabajo en la comunidad, los criterios de selección del personal, el recidaje del personal del manicomio, subrayándose, entre otras cosas, la ausencia de una política de la Administración al respecto, expresión de la falta de proyecto transformador de las instituciones psiquiátricas (número y cualificación del personal como condiciones básicas), se insistió en la política de contratación obediente a criterios de clientelismo político o favores personales, sin criterios técnico-asistenciales, y se mencionaron algunas experiencias alternativas y su dificultad (Sevilla, Oviedo, Conjo, Huelva, etc.).

4. Tuvo lugar, a continuación, la Asamblea General de la Asociación, informándose, por la Junta Directiva, del trámite de legalización de la misma, a través del Gobierno Civil de Huelva, sede de la actual presidencia, la domiciliación, situación económica, etc.

El Presidente informó a continuación de las reuniones a que ha asistido de la Junta Directiva de la Asociación Española, del trabajo de las diferentes comisiones, evolución de la Revista, preparación del Congreso de Oviedo (noviembre de 1983) y, en lo que se refiere a la situación general de la asistencia, la falta de iniciativas, bloqueo cuando no retroceso y confusión.

A continuación se pasó a informar de la situación en Andalucía. Junto a la persistencia de situaciones netamente manicomiales, vergonzantes, tal es el caso de Córdoba, Granada o Cádiz, conocimos el estado de las experiencias renovadoras iniciadas en Málaga, Jaén y Sevilla que tanta expectativa habían despertado. En todas ellas la situación, que llegó a catalogarse como catastrófica, se caracteriza por el bloqueo cuando no, el franco retroceso: En Jaén, a los rumores no desmentidos de cese del Jefe de los Servicios Psiquiátricos, se une la no renovación de contratos a miembros de personal. Todo ello ha generado desconciertos, desmoralización y miedo en el personal y parece inminente la vuelta al poder técnico de los opuestos a la Reforma. En Málaga se define la situación como frenazo, de haber tocado techo. El desencanto y la falta de esperanza definen el estado de ánimo del personal implicado en la Reforma, que se concretan en la inminente dimisión del Director.

En Sevilla, desde la no renovación del contrato al doctor González de Chávez, las sucesivas alternativas a la dirección de los Servicios, se han ido quemando a veces en cuestión de días, se preeven restricciones presupuestarias y desde el punto de vista asistencial el retroceso es obvio.

Únicamente la experiencia de Huelva, con dificultades y contradicciones importantes, parece no haber iniciado la dinámica de bloqueo y retroceso y por ahora se mantiene.

En el debate posterior a la información hubo una gran participación de los asistentes y es imposible de transcribir en toda su riqueza de consideraciones y propuestas. Resultó evidente la ausencia de una política realmente transformadora por parte del PSOE, expresada en la falta de proyectos y medidas concretas en los diversos niveles de la Administración (Central, Junta, Diputaciones) en que ejerce el poder. En la práctica, salvo medidas reformistas de fachada, se puede hablar de una generalización de la contrarreforma y del olvido y marginación de la psiquiatría. Consta que de esta situación, son conscientes incluso altos funcionarios de la Junta de Andalucía que tienen que ver con el tema.

— No hay nada que esperar de la Administración, ni del poder político y es preciso, por parte de los colectivos de trabajadores de la Salud Mental, comprometidos por la Reforma, por una parte, retomar formas de actuación, de lucha y de denuncia en el interior de las instituciones del tipo de las que se demostraron eficaces en la década pasada, utilizando las posibilidades que la nueva situación política ofrece.

— Desde la Asociación Andaluza, aparte de valorar la posibilidad de una reunión urgente en Jaén el próximo sábado día 25, la actuación debe ir dirigida a usar los medios de comunicación, a provocar un debate en el Parlamento andaluz, a trasladar el problema a aquellos colectivos (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, Derecho y Democracia, Jueces para la Democracia, Asociaciones de Vecinos, Partidos, Sindicatos) tanto en su aspecto genérico, como en aquellos aspectos puntuales que en cada caso se puedan plantear (por ejemplo: la falta de financiación de la Asistencia por la Seguridad Social, la persistencia de situaciones vergonzantes y de miseria, solidaridad antirrepresiva frente a los ceses y despidos, etc.).

Se acordó, asimismo, solicitar una entrevista con el Consejero de Sanidad de la Junta de Andalucía, a pesar del precedente de una entrevista solicitada hace meses, para analizar la situación de Sevilla, y aún sin respuesta.

Además de la reunión urgente de Jaén, se acordó celebrar la próxima reunión de la Asociación Andaluza en Granada, en la segunda quincena de septiembre, dedicándose la jornada al tema Psiquiatría y política.

Finalizada la Asamblea, tuvo lugar la reunión de la Junta Directiva de la Asociación que contó, en esta ocasión, con la presencia del Presidente de la Asociación Española, doctor González de Chávez, asistente a todos los momentos de la reunión de la Asociación Andaluza.

Sevilla, 18 de junio de 1983.

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

## **PROPUESTA DE LA COORDINADORA DE AUXILIARES PSIQUIATRICOS A LA ASAMBLEA DE LA A.E.N.**

La Coordinadora de Auxiliares Psiquiátricos, recogiendo la iniciativa de la Asamblea de las Jornadas Monográficas Nacionales celebradas en Almería los días 13, 14 y 15 del presente mes, se dirige a la Asamblea de la A.E.N. con la siguiente propuesta que deseamos sea recogida dentro del marco estatutario de las actividades de dicha Asociación en el ámbito de trabajo de las diferentes Comisiones.

- 1.º Elaboración de un proyecto normativo que regule las funciones de los Auxiliares Psiquiátricos, en los Centros de Asistencia, Consulta y Hospitalización.
- 2.º Elaboración de un proyecto de regulación académica y del ejercicio profesional de los Auxiliares Psiquiátricos.
- 3.º Elaboración de las recomendaciones necesarias con el objeto de homologar a los Auxiliares Psiquiátricos que prestan sus servicios en la actualidad con las nuevas situaciones jurídicas y asistenciales que se proponen, así como la derogación o modificación de las normas y situaciones actualmente superadas.
- 4.º Apertura de un debate clarificador y en profundidad a través de los medios que esta Asociación tiene su alcance (publicaciones, comisiones, seminarios, jornadas, etc.) en torno a la *estructuración y organización* de los trabajadores de la Salud Mental (y en particular de aquellos que tienen bajo su responsabilidad la atención directa e integral de los pacientes) en el contexto de un equipo de trabajo terapéutico.

En cumplimiento de la voluntad de los auxiliares psiquiátricos, solicitarnos que esta propuesta sea sometida a la Asamblea de la A.E.N. con motivo del XVI Congreso en Oviedo.

Madrid, 2 de noviembre de 1983.

## CONGRESOS Y REUNIONES CIENTIFICAS

- REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA BIOLÓGICA.

Santiago de Compostela (España), 4-5 de noviembre de 1983.

Secretaría: Dpto. de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

- XI JORNADAS DE SOCIDROGALCOHOL.  
SOZIDROGALKOHOL - ELKARTEAREN XIGN. IHARDINALDIK.  
II ENCUENTROS VASCO-FRANCESES DE TOXICOMANIAS.  
DROGAZALETASUNARI BURUZKO, IIGN. TOPAKETAK EUSKO ETA FRANTZIAREN ARTEAN.

San Sebastián, 10-11-12 noviembre 1983.

Organizado por el Centro Coordinador de las Drogodependencias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco y Servicio de Salud Mental de la Diputación Foral de Guipúzcoa.

- XIII CONGRESO LATINO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA.  
XVI CONGRESO NACIONAL DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL.

Porto Alegre (Brasil), 11-16 noviembre 1983.

Secretaría: Avda. Senador Salgado Filho, 136, 2.º andar. Porto Alegre. 90.000.

- 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 24th. Street. Phoenix, Arizona, 85.016. EE.UU.

- I JORNADAS SOBRE PARO Y SALUD.

«El paro como causa de enfermedad».

25-26-27 noviembre de 1983.

Secretaría: Asociación para la Defensa de la Salud Pública (O.P.E.). C/. Pelota, 6, 1.º  
Tel. 464 31 05. Bilbao.

**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.

**Oviedo**

**LAS NOCIONES DE CASO PSIQUIATRICO**

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

**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.

A la clausura asistirá el subsecretario de Sanidad (D. Pedro Sabando).

**Cuotas:**

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.

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

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

**SEMINARIOS**

**Valencia**

**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/. Avinguda de Riola, 57. Sueca (Valencia).

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.

## VI EDICION PREMIO DE LA A.E.N. (1983-1984)

### B A S E S

La Junta de Gobierno de esta Asociación convoca el premio «Luis Martín Santos». Las condiciones generales son:

**Primera.** — Tema libre y de investigación, relacionado con la salud mental.

**Segunda.** — Extensión máxima de 50 holandesas a doble espacio.

**Tercera.** — Puede redactarse en castellano, catalán, euskera o gallego. Se ruega a los que redacten los tres últimos idiomas que presenten una traducción en castellano para facilitar la labor del Jurado.

**Cuarta.** — Los trabajos se enviarán a la sede de la Asociación (Consejo General de Colegios de Médicos, segunda planta, Villanueva, 11, Madrid-1). Los trabajos irán en sobre cerrado con un lema y se acompañarán de otro sobre que contenga el(los) nombre(s). Se enviarán original y cuatro copias del trabajo.

**Quinta.** — La recepción de trabajos se hará hasta el día 31 de mayo de 1983. El fallo del Jurado se hará público en el año 1984.

**Sexta.** — El premio puede ser declarado desierto. Los trabajos no premiados serán devueltos, quedando a disposición de la Asociación dos copias.

**Séptima.** — La Asociación editará el premio en el plazo de un año, quedando la primera edición en su poder. Si pasado un año la Asociación no hubiera podido editar el premio, éste quedará a disposición de los autores.

**Octava.** — La dotación es de 150.000 pesetas.

**Novena.** — Pueden concursar los profesionales de la salud mental.

## JORNADAS DE PSICOANALISIS

### «La enseñanza de Jacques Lacan»

LA BIBLIOTECA GALEGA DE ESTUDOS FREUDIANOS se propone organizar estas Jornadas sobre «La enseñanza de Jacques Lacan» en colaboración con la FONDATION DU CHAMP FREUDIEN.

Participan igualmente en este proyecto la ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA; COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOGOS DE GALICIA; DEPARTAMENTO DE HISTORIA DE LA FILOSOFIA Y DE LA CIENCIA Y DEPARTAMENTO DE LOGICA Y TEORIA DE LA CIENCIA DE LA UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO (ZORROAGA); HOSPITAL PSIQUIATRICO «EL REBULLON», DE VIGO, Y EL SANATORIO PSIQUIATRICO «CABALEIRO GOAS», DE ORENSE.

Tendrán lugar en el Auditorio de la Caja de Ahorros Municipal de Vigo el próximo mes de febrero: sábado 25 y domingo 26.

Han prometido su participación, entre otros, los psicoanalistas de L'ECOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE: Jacques-Alain Miller, Eric Laurent y Colette Soler.

VIGO, 25-26 FEBRERO 1984