

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO IV - NUM. 10 - MAYO/AGOSTO - 1984

La institución de la cura,
Jesús Ibáñez

Salud Mental y atención primaria,
M. López Alvarez y J. M. García Herrera

La adopción y la cesión,
Rebeca Grinberg

Historia del Psicoanálisis en España,
J. Gutiérrez Terrazas

La Psiquiatría en Cuba: entrevista con Fermín Galán,
A. Romero y C. Sáez

DEBATE: Stone-Foucault: La locura de la época clásica,

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

Páginas de la Asociación

ANTEPROYECTO DE LEY GENERAL DE SANIDAD

La Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría quiere manifestar ante el Anteproyecto de Ley General de Sanidad presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, lo siguiente:

La Ley, globalmente considerada, merece ser contemplada con satisfacción, ya que recoge, en términos generales, buena parte de las formulaciones reformadoras de la salud pública reivindicadas en la última década por sectores, del ámbito ciudadano y profesional, deseosos de progreso y renovación.

De entre esas formulaciones queremos destacar:

- La creación del Servicio Nacional de Salud, como alternativa eficaz y racional a la actual dispersión de recursos sanitarios y sus correspondientes estructuras político-sanitarias. El desarrollo de un modelo sanitario de esta naturaleza potenciaría la calidad de las intervenciones sanitarias y el progreso científico en nuestro campo.
- La prioridad otorgada a la atención primaria y el triple carácter con que se la informa: asistencia integral, integrada y esencialmente comunitaria.
- La declaración inequívoca, en el Título preliminar, del derecho a la protección y promoción de la salud de todos los ciudadanos y la expresa voluntad reiteradamente apuntada de articular la asistencia en los niveles preventivos, terapéuticos y rehabilitadores.

Especial satisfacción le produce a esta Junta Directiva la inclusión de áreas como la salud mental, sistemáticamente olvidada e históricamente marginada en la organización sanitaria, y la ruptura que marca con ese pasado el art. 23 de la Ley, garantizando la atención al enfermo mental en pie de igualdad con cualquier otra persona que requiera una atención sanitaria o social. Queremos resaltar el carácter integral, integrado y comunitario que se atribuye a los servicios de este área, independientemente de que estos enunciados implican todo un desarrollo ulterior que dé forma y contenido específico a la reforma psiquiátrica, sobre la que la AEN expondrá sus criterios con el rigor preciso para que no se desvirtúen los principios contenidos, en este sentido, en el texto del anteproyecto de la Ley.

Sin embargo, y a pesar del respaldo incondicional a que se hacen acreedores los aspectos ya citados y algunos otros contenidos de su articulado, hay otros que suscitan reacciones más cautelosas, mayor escepticismo y requieren un esclarecimiento y una mayor precisión. En este sentido consideramos que el anteproyecto adolece de falta de concreción, al no figurar plazos ni establecerse prioridades se recae en un exceso de ambigüedad que suscita temores acerca de que la Ley pueda quedarse en un mero formulario de buenas intenciones.

Donde encontramos mayor indefinición es en el tema de la financiación.

En cuanto a la participación, en nuestra opinión, no se establecen las vías y los cauces que permitan la colaboración adecuada de la población que exige un Servicio Nacional de Salud. Sin menoscabo de los que se contemplan, nos parecen insuficientes y en ciertos aspectos restrictivos.

De cualquier manera, ante este texto, lo que hoy quiere resaltar esta Asociación es la necesidad de que se cumplan los plazos previstos para su tramitación y que no se demore la presentación ante el Parlamento, momento en que la AEN volverá a analizar y revisar otros elementos más detalladamente.

El período de demora puede contribuir a devaluar los contenidos más esenciales y, por tanto, a desvirtuar el proyecto que se nos ha presentado.

La aplicación de una Ley, que renueva el modelo sanitario y delimita el marco de la reforma, no es un ejercicio mecánico circunscrito a su promulgación. La Ley, obviamente, requiere de un largo proceso que implica condiciones previas propicias y una voluntad clara de llevarla adelante tanto en este período como en el que siguiera a su aprobación. Preocupa a la AEN que la política actual del Ministerio de Sanidad no esté contribuyendo suficientemente a crear esas condiciones favorables para su desarrollo, que la ordenación del gasto olvide los objetivos que persigue el anteproyecto al que se puede meter en un callejón sin salida y que con la racionalización del sector se solape una descapitalización del mismo. Nuestra sensibilidad en estos aspectos deriva de lo que viene aconteciendo en nuestro específico ámbito de la salud mental, tan parco en sucesos que puedan infundir optimismo.

**Por la Junta Directiva,
JOSE GARCIA GONZALEZ**

Oviedo, 9 de mayo de 1984.

* * *

Informe de la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría a la Asamblea de la Asociación reunida en Malgrat (Barcelona), el 2 de junio de 1984, y a la opinión pública valorando la entrevista realizada recientemente con el Ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch.

1.º Que la salud mental no parece encontrarse entre los temas de interés prioritario del Ministro de Sanidad, pues ninguno de los puntos de actuación inmediata, bases para una racionalización de los servicios de salud mental, entregados por esta Asociación hace más de un año en el Ministerio, se ha cumplido ni parece que vaya a hacerse a corto plazo, más allá de una hipotética separación de la psiquiatría y la neurología prevista —de forma voluntaria— en el Decreto de jerarquización de especialistas de la Seguridad Social.

2.º La Orden Ministerial de crear una comisión para la Reforma Psiquiátrica no ha pasado del nombramiento de un secretario de la misma, sin llegar a formarse ni a cumplir los cometidos de evaluación y coordinación de servicios que contemplaban.

3.º El Sr. Ministro no da plazo alguno para la presentación del Anteproyecto de Ley General de Sanidad al Parlamento, lo cual causa honda preocupación, en cuanto que esta Asociación valora positivamente dicha norma básica que introduce la creación de un Servicio Nacional de Salud y posibilita una reforma sanitaria, cuya filosofía descansa en conceptualizaciones de una asistencia integrada y esencialmente comunitaria, desde una perspectiva de potenciación de la sanidad pública.

4.º La ausencia de plazos para presentar esta Ley al Parlamento de la Nación, puede significar que las medidas parciales elaboradas por el Ministerio: Unidades Básicas de Salud, Jerarquización de Especialistas del INSALUD, Ley de Hospitales, sean de dudosa, cuanto no imposible, aplicación.

5.º El recurso de inconstitucionalidad presentado por el Gobierno Central contra la Ley de Tasas Sanitarias, apartados 3 y 4 del art. 19, de la Junta General del Principado de Asturias, supone la no aceptación de la responsabilidad del INSALUD en los gastos originados por la asistencia psiquiátrica de pacientes beneficiarios de la Seguridad Social, contemplada en la reciente legislación de dicha Comunidad Autónoma, con las implicaciones que esto puede suponer para la salud mental.

PRESENTACION DEL PROYECTO DE LEY POR EL QUE SE CREA EL INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL

(Discurso de Pablo Recio, Consejero de Salud de la Junta de Andalucía)

Señor Presidente, señoras y señores Diputados:

El Proyecto de Ley cuyo debate hoy inicia esta Cámara, es la respuesta al compromiso que el Partido que sustenta al Gobierno Autónomo, adquirió en su programa electoral. En efecto, en su razón 105, se fijaba la reforma de la política de Salud Mental, integrando los cuidados de la misma dentro de los cuidados sanitarios generales, con desarrollo de la acción en Salud Mental centrada en la Comunidad y al margen de la institución manicomial. Supone, además, la concreción de otro compromiso en el mismo sentido realizado ante este Parlamento por el Presidente Rodríguez de la Borbolla quien, en su discurso de investidura anunció que el actual Gobierno Autónomo articularía y desarrollaría el Instituto Andaluz de Salud Mental.

Este Proyecto de Ley se enmarca en la estrategia de Reforma Sanitaria del Gobierno Andaluz que, como sus señorías conocen, tiene como objetivo estructural último la constitución de un Servicio Andaluz de Salud. Dicho Servicio será el que integre y articule en una única estructura funcional todos los recursos sanitarios públicos existentes en la Comunidad Autónoma, que extienda su cobertura de protección a todos los ciudadanos sin excepción y sin discriminaciones por razones económicas o de otra índole, y que sea financiado por la vía fiscal.

Obviamente, y puesto que la Constitución confiere a los poderes centrales del Estado las competencias sobre bases y coordinación general de la Sanidad, la creación de un Servicio Andaluz de Salud propiamente dicho, no será posible hasta que las Cortes Generales aprueben la futura Ley General de Sanidad. En esta Ley habrán de fijarse los criterios a seguir en aspectos tan trascendentes como la universalización de las prestaciones del sistema sanitario público, la inclusión en las mismas de la atención psiquiátrica integral, la financiación fiscal que sustituye a las contribuciones parafiscales del sistema de la Seguridad Social y la distribución y articulación de las competencias y funciones sanitarias de las distintas administraciones públicas, incluidas las locales.

En base a ello, podría argumentarse que lo metodológicamente menos complejo sería posponer el proceso de Reforma Sanitaria en Andalucía a la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, y sin duda no sería un planteamiento carente de razón. Pero el Gobierno Andaluz considera, y cree con ello sintonizar con las aspiraciones de nuestros ciudadanos, que la reforma de nuestro dispositivo sanitario es urgente y que el proceso hay que iniciarlo sin demora, apurando al máximo las posibilidades que ofrezca la normativa básica todavía vigente y la capacidad legislativa de nuestra Comunidad Autónoma, de forma que cuando se promulgue la Ley General de Sanidad todo esté dispuesto en Andalucía para su más inmediata y eficaz aplicación.

Como materialización de estos planteamientos, el Gobierno Andaluz desarrolla su tarea de reforma de las estructuras sanitarias en tres frentes, que, aunque responden a una concepción global común y están articulados entre sí, hacen referencia a distintas áreas que ofrecen una problemática jurídica, administrativa y política diferenciada. Tales áreas son la de atención primaria de salud, la de asistencia hospitalaria y de centros de especialidades médicas, y la de Salud Mental.

Respecto a la asistencia hospitalaria y de centros de especialidades, el Gobierno Andaluz presentará a este Parlamento en el próximo período de sesiones el Proyecto de Ley sobre creación de un organismo autónomo que, por tener asignadas las competencias de gestión procedentes del Instituto Nacional de la Salud (o INSALUD), de la Red Hospitalaria de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (o AISN) y de los Hospitales Públicos con los que se establezca concierto de administración, tendrá como cometido la articulación de la Red Hospitalaria integrada de Andalucía.

En cuanto a la atención primaria de salud, esta Comunidad Autónoma promulgará también próximamente la normativa de constitución de los consorcios con ámbito de actuación comarcal, en los que se integren todos los recursos existentes en ese nivel, bajo la gestión compartida de la administración autonómica, de las Diputaciones provinciales y de los Ayuntamientos.

Queda, por último, el área de Salud Mental, para la que el Gobierno Andaluz propugna muy nítidamente la inclusión, fundamentalmente, en el dispositivo de atención primaria de salud, pero cuyos soportes actuales responden hoy a una realidad muy distinta. Justamente la vertebración, potenciación y reorientación de esos recursos psiquiátricos es lo que pretende el Proyecto de Ley cuyo debate hoy se inicia en este Parlamento.

DISPOSITIVOS ACTUALES DE ATENCION A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCIA

La situación de los dispositivos de atención a la Salud Mental en Andalucía es literalmente insostenible. Es cierto que, en lo fundamental, se corresponde con las deficiencias cuantitativas y cualitativas que se aprecian en el resto de España. También resulta innegable que la evolución de los indicadores muestra los meritorios esfuerzos realizados en los últimos años por algunas Diputaciones Provinciales, las cuales han introducido en determinadas zonas, significativos elementos de mejora. Pero ni una constatación ni otra permiten válidamente argumentar en favor del aplazamiento de una Reforma General de la Psiquiatría andaluza, cuya planificación e inicio son urgentes.

Los datos de que se disponen son más que suficientes para poner en evidencia la inadecuación y la irracionalidad del dispositivo psiquiátrico andaluz en su conjunto. No obstante, y en consideración a lo impropias que resultan para una exposición parlamentaria de carácter general las técnicas de «avalancha de crifas», intentamos limitar éstas, a los casos en que puedan hacer más expresivas las principales deficiencias de que, a nuestro juicio, aquél adolece.

* * *

Quizá uno de los caracteres estructurales más negativos del dispositivo psiquiátrico andaluz sea su fragmentación y su descoordinación, de forma que no puede hablarse de un sistema de atenciones a la Salud Mental, sino de redes paralelas yuxtapuestas, actuando sobre los mismos colectivos de población y compartiendo en parte los mismos recursos humanos, pero sin que haya existido una integración de los cometidos correspondientes a los múltiples centros de decisión implicados. Como síntesis cabe señalar que, las instituciones psiquiátricas en Andalucía se distribuían, en 1983, en las siguientes redes:

- Diputaciones Provinciales: Ocho hospitales psiquiátricos, que suponían el 81 % de las camas disponibles, así como dispensarios para la atención ambulatoria dependientes administrativamente de aquéllos.
- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD): 68 Neuropsiquiatras con funciones exclusivamente de consulta en los ambulatorios de la Seguridad Social, que no cubre internamientos ni otras atenciones en régimen abierto.
- Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN): Ocho centros de diagnóstico y orientación terapéutica y cinco dispensarios de Salud Mental, para actuaciones de carácter ambulatorio no cubiertas por la Seguridad Social. Su papel es, por el momento, cuantitativamente marginal.
- Universidades: Dos unidades de psiquiatría, con concepción comprehensiva que cuentan con áreas para hospitalización de corta estancia y consultas externas.
- Junta de Andalucía: Un dispensario de Salud Mental en que se presta atención ambulatoria.
- Hospitales privados: Existen seis centros en Andalucía, dos de ellos dependientes de la Iglesia, y están localizados exclusivamente en Sevilla y Málaga.
- A todo ello, habría que añadir las atenciones que se prestan en consultas privadas, a pesar de que por razones económicas, sociales, geográficas y culturales resultan difícilmente accesibles a amplios sectores de la población.

Las consecuencias de esta situación de fragmentación son aún más graves si se considera que ninguna de estas múltiples redes tiene una dirección común para las diferentes instituciones que componen cada una de ellas, de forma que, en la práctica, cada uno de los centros es independiente de todos los demás. Aún más grave que la evidente insuficiencia cuantitativa de recursos, es la incapacidad para obtener el adecuado rendimiento de los ya existentes por falta de sistemas de planificación, coordinación y evaluación.

Que la Psiquiatría andaluza y, en general, la española, haya llegado a tan insólito extremo no es, en absoluto, inexplicable. Como se ha expuesto antes, no se puede hablar de un sistema de atenciones a la salud, sino de un mosaico de elementos prácticamente inarticulados entre sí. El significado de tales elementos fue la respuesta parcelar que dieron las diferentes administraciones públicas, desde, su óptica y sus cometidos específicos, a la presión social que respecto a la Salud Mental incidía sobre ellas en un momento histórico determinado. Y es que la gran crítica que puede hacerse de nuestro pasado es que nunca ha existido, por parte de quien tenía el poder para hacerlo, una respuesta efectiva y continuada que se fundamentase en una consideración política global del problema de la Salud Mental. No puede extrañar, por tanto, que alguna de las redes psiquiátricas existentes, en su concepción y estructuras actuales, sean auténticas reliquias que subsisten por inercia administrativa, aunque hayan cambiado radicalmente las circunstancias que pudieron justificar su nacimiento, mientras que han aparecido necesidades sociales nuevas que prácticamente no han tenido respuesta.

Dicho más brevemente, una de las causas más importantes de la crisis de nuestro dispositivo psiquiátrico es que el poder político nunca le ha prestado la debida consideración. Es, sin duda, una grave responsabilidad de nuestro pasado, del que el Gobierno Andaluz no está dispuesto a hacerse continuador, por lo que solicita de esta Cámara le dote de un instrumento adecuado para vertebrar, racionalizar y actualizar la asistencia a la Salud Mental en Andalucía.

La psiquiatría andaluza no sólo padece problemas por su fragmentación, sino también por su inadecuación conceptual.

Haciendo abstracción de las instituciones que realizan una eficiente labor pero que su limitado ámbito de actuación les impide incidir significativamente en el conjunto de la psiquiatría andaluza, y de aquellas otras a las que la evolución histórica ha ido reduciendo a un papel prácticamente marginal, el grueso de la asistencia psiquiátrica de carácter público recae sobre dos redes: los Hospitales Psiquiátricos de las Diputaciones Provinciales y las consultas de Neuropsiquiatría de los ambulatorios de la Seguridad Social.

HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE LAS DIPUTACIONES

Los Hospitales Psiquiátricos dependientes de las Diputaciones Provinciales considerados en su conjunto, responden aún a una concepción que tanto la evolución de la Psiquiatría como el espíritu de la Constitución española han dejado obsoleta, y que no es otra que la concepción manicomial. En la época de su creación, el paciente mental con un proceso suficientemente severo era considerado tanto un enfermo incurable como una fuente de disturbios sociales, pero nunca como un sujeto con derecho a vivir con la mayor plenitud posible. De ahí que se desarrollaran los manicomios, a medio camino entre los asilos y las prisiones, en los que el internamiento era compulsivo en la mayor parte de los casos, y en los que la atención sanitaria — en lo mental y en lo físico — era escasa, si no casi inexistente. Desde la perspectiva actual, el manicomio resulta condenable no sólo por impedir que el paciente desarrolle las potencialidades vitales que en todo caso posee, sino además porque el enclaustramiento dificulta progresivamente la reinserción en su medio de origen y tiende a acelerar su deterioro, amén de toda una suerte de efectos nocivos que la institución ejerce sobre los pacientes y el personal que los atiende.

La concepción manicomial tiene como alternativa la Psiquiatría Comunitaria, fundamentada inicialmente en la apreciación de que el paciente debe recibir la asistencia a su salud mental sin ser segregado de su medio familiar y social habitual, complementada en su caso, por atenciones especializadas en instituciones en régimen abierto, como los centros y los hospitales de día y los talleres y hogares protegidos. El ingreso debe restringirse a supuestos muy excepcionales y, en principio, debe reducirse a períodos lo más breves posible durante los que el paciente reciba una atención intensiva.

Como puede deducirse, con el cambio de la concepción manicomial a la comunitaria, se produce un giro copernicano en la ordenación de los servicios psiquiátricos. En la primera, es el paciente el que acude a enclaustrarse en la institución sanitaria. En la segunda, es el dispositivo sanitario quien acude a la comunidad para ayudar al paciente a desenvolverse con la mayor plenitud posible en la misma, intentando neutralizar la inercia marginadora que pueda existir en la sociedad.

En líneas generales, éste es el cambio que todavía tienen pendiente de consumir los servicios psiquiátricos de las Diputaciones Provinciales, sin perjuicio del merecido reconocimiento a los intensos esfuerzos realizados recientemente por algunas de ellas que, sin lugar a dudas, marcan de hecho el comienzo del proceso de Reforma Psiquiátrica en Andalucía. Los esfuerzos desarrollados en este sentido

por dichas Diputaciones Provinciales y los equipos de Salud Mental a su servicio, tanto más meritorios si se considera que prácticamente sin apoyos externos, han emprendido la tarea enfrentándose a los condicionamientos de una inercia manicomial secular, sin contar con el apoyo de la Seguridad Social para financiar la ampliación de recursos que se precisaban, y desafiando con frecuencia el rechazo inicial de un medio social en el que durante tanto tiempo se ha venido fomentando una postura de insolidaridad respecto a los pacientes mentales. Pese a todas estas dificultades, hoy tenemos la satisfacción de poder afirmar que es un hecho, incipiente pero indiscutible, con un desarrollo irregular si se quiere, que los equipos de Salud Mental de las Diputaciones Provinciales andaluzas están abandonando la práctica manicomial por la comunitaria.

Sin embargo, la situación dista aún mucho de ser satisfactoria. Los Servicios Psiquiátricos de las Diputaciones Provinciales andaluzas no cuentan con apenas ninguna de las 3.200 plazas que serían precisas en centros y hospitales de día y en hogares y talleres protegidos. Sólo disponen de 625 camas de corta estancia, que es aproximadamente la mitad de las que serían necesarias de acuerdo con los criterios de planificación comunmente aceptados en los organismos internacionales y los países más evolucionados. El número de dispensarios para la atención ambulatoria sólo es de 26, y de ellos sólo 17 están situados fuera del entorno del hospital psiquiátrico correspondiente. Por el contrario, las 3.776 camas de larga estancia existentes suponen un 46 por 100 más de las deseables, además de que, pese a la notable mejora de los índices en los últimos años, el personal para atenderlos sigue siendo escaso e insuficientemente cualificado. Es preciso no olvidar nunca que una cama de larga estancia sobrante, y más si no se puede ejercer el adecuado control sobre la misma, es una invitación permanente a que se margine al deterioro definitivo a un enfermo.

Queda, pues, un largo camino por recorrer. Un camino en el que no van a faltar las dificultades, aunque estas sean menores que las que han existido hasta el momento. Y esto es así no sólo por la experiencia ya acumulada por las administraciones andaluzas que han sido precursoras de la reforma psiquiátrica, sino también porque el Instituto Andaluz de Salud Mental permitirá sumar tanto la capacidad política como los recursos asistenciales dependientes de las Diputaciones Provinciales y del Gobierno Autonómico.

NEUROPSIQUIATRÍA DE ZONA

La segunda red de atenciones a la Salud Mental, en orden de importancia, es la formada por las consultas de Neuropsiquiatría de los ambulatorios de la Seguridad Social. Cuenta en Andalucía con 68 de estos especialistas, es decir, uno por cada cien mil habitantes, con una dedicación diaria de dos horas y media, aunque la insuficiencia de instalaciones les obliga frecuentemente a no poder prestar sus servicios más que durante dos horas al día. Salvo situaciones muy excepcionales, es la red que monopoliza la atención psiquiátrica cubierta y financiada por la Seguridad Social, que, no incluye la hospitalización ni las atenciones especiales en régimen abierto.

La neuropsiquiatría de la Seguridad Social ofrece también notables obsolencias conceptuales y funcionales. La simple denominación de neuropsiquiatría, englobando en una sola especialidad a la neurología clínica y a la psiquiatría, expresa netamente el enfoque organicista bajo el cual se ordenó este tipo de asistencia. En los criterios actuales, se consideran claramente diferenciadas la psiquiatría y la neurología, por lo que está proyectado que en un futuro inmediato el desdoblamiento de la neuropsiquiatría sea una realidad de Andalucía.

Esta concepción organicista justificó una programación en razón de la cual las prestaciones del neuropsiquiatra al paciente mental se ven limitadas a unos escasos minutos de atención y a cantidades ingentes de psicofármacos, cuando todos los autores del presente coinciden en señalar la importancia de una relación prolongada y continuada entre el paciente y el profesional de la Salud Mental. Como referencia, puede citarse que la planificación más moderada dentro de los criterios internacionalmente aceptados supondría fijar como objetivo para conseguir un adecuado grado de atención a la población protegida por la Seguridad Social, multiplicar al menos por seis la capacidad asistencial de los ambulatorios, en términos de horas de trabajo de los especialistas de la psiquiatría.

Esta inadecuación funcional conlleva múltiples consecuencias indeseables. Puede citarse, por un lado, que los padecimientos mentales de muchos pacientes, al no poder ser debidamente atendidos por los psiquiatras, se derivan hacia otros campos de la medicina: se calcula que cada año son atendidas en Andalucía unas 60.000 personas con trastornos psíquicos por los médicos generales y los especia-

listas no psiquiátricos de la Seguridad Social. En otro aspecto, hay que señalar que la ordenación actual no es más económica que su alternativa: bastaría que la prescripción de psicofármacos en el sistema de la Seguridad Social se redujera en un diez por ciento —objetivo plenamente deseable por múltiples motivos y alcanzable a medio plazo— para financiar una ampliación de plantillas y dedicaciones próximas a las necesarias.

En cualquier caso, no es preciso esperar a medio plazo para acercarse a esos objetivos. La creación del Instituto Andaluz de Salud Mental, con los cometidos de coordinación funcional y orientación común de las diferentes redes psiquiátricas que conlleva, permitirá movilizar los recursos que hoy están insuficientemente aprovechados, de tal modo que, si no puede esperarse de inmediato la multiplicación por seis de la dedicación prestada a los pacientes mentales en régimen de consulta, si se produzca una notable aproximación a esta meta.

LA INTEGRACION EN EL DISPOSITIVO SANITARIO GENERAL

Nuestra realidad psiquiátrica presenta aún otro anacronismo conceptual y práctico especialmente digno de mención: su segregación del dispositivo sanitario general, con la excepción de las consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social.

Esta segregación, que se refiere tanto a los procedimientos de financiación como a la existencia de unos soportes funcionales disociados del conjunto de la sanidad, no es en absoluto gratuita, sino que responde a la consideración subsidiaria que se ha venido concediendo a la psiquiatría en relación con otras áreas sanitarias.

Superar esta consideración subsidiaria implica para los poderes públicos afrontar el compromiso de integrar los soportes psiquiátricos en el dispositivo general de cuidados a la salud. Con dicha integración se garantizará tanto la continuidad en la atención al paciente mental, que muy frecuentemente da como respuesta a sus trastornos la visita al médico general, como la superación de los tratos discriminatorios a la psiquiatría respecto a otras especialidades sanitarias en lo que se refiere a consideración y financiación.

La integración administrativa del dispositivo psiquiátrico en el sanitario general no es posible de inmediato por múltiples condicionantes jurídicos y administrativos pero fundamentalmente por la actual falta de inclusión de la prestación psiquiátrica integral en los sistemas de cobertura de la Seguridad Social, cuya ampliación es competencia exclusiva de los poderes centrales del Estado. Pero, además, la integración administrativa tampoco resultaría aconsejable en este momento, y hasta tanto no se realice la reordenación y vertebración de nuestros actuales recursos psiquiátricos, debido a que, por un lado, aumentaría la confusión existente y, por otro, podría generar el efecto indeseable de favorecer la manicomialización.

En cambio, es deseable y factible a corto plazo realizar una cierta integración funcional —y no una simple coordinación— mientras se va desarrollando el proceso de reordenación. De forma que los profesionales de la Salud Mental comenzaran a desarrollar sus tareas en los centros de salud, en colaboración estrecha y continuada con el resto del personal sanitario. Con ello no sólo se garantizará la continuidad asistencial, sino que se adquirirá la situación necesaria para la integración administrativa inmediatamente que sean removidos por los poderes centrales los actuales obstáculos.

Con lo ya expuesto, se ha pretendido mostrar a esta Cámara que la Reforma Psiquiátrica en Andalucía es necesaria y urgente, y que dicha reforma debe comportar:

- La superación de las concepciones manicomiales para sustituirlas por otras acordes a los principios de la psiquiatría comunitaria, con decididas concreciones prácticas en este sentido, sin perjuicio de la prudencia necesaria.
- La integración funcional y, posteriormente, orgánica de las múltiples redes psiquiátricas hoy existentes.
- La paulatina incardinación del dispositivo psiquiátrico en el sistema general de atenciones a la salud.
- La planificación y dirección común de todos los recursos públicos, en base a criterios de control epidemiológico continuado, de evaluación permanente de resultados y costes, y de adaptación cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos a los fines perseguidos.
- La ordenación de los servicios psiquiátricos no sólo hacia la curación, sino también a la prevención y rehabilitación, y la articulación de mecanismos que posibiliten a la comunidad el protagonismo de las atenciones a su propia salud.

Ahora bien, esta reforma necesaria y urgente de la psiquiatría andaluza, ¿es posible ya? La respuesta es afirmativa, dentro de las limitaciones ya citadas, siempre que las diferentes administraciones andaluzas con responsabilidades sobre el tema tengan la suficiente voluntad política. Y esas administraciones tienen voluntad de hacer la reforma psiquiátrica.

El artículo 13.21 confiere a nuestra Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre sanidad, sin perjuicio del establecimiento de las bases y coordinación general de la sanidad, así como la legislación básica sobre Seguridad Social, que la Constitución confiere a los poderes centrales del Estado. En el aspecto normativo, abunda más expresamente el artículo 20.1 del Estatuto.

En el momento actual, la legislación básica vigente es fundamentalmente la superada Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 1944, que en su base 23 obliga a las Diputaciones provinciales a sostener instituciones para la asistencia psiquiátrica, bajo la superior dirección técnica e inspección de la Dirección General de Sanidad —cuyas competencias hoy tiene transferidas la Consejería de Salud y Consumo—. En la base 23 especifica que la autoridad sanitaria señalará las necesidades de asistencia psiquiátrica regional y provincial, y organizará la asistencia psiquiátrica familiar y extramanicomial de acuerdo con las Diputaciones Provinciales.

Por otro lado, ya se conoce el borrador de la próxima Ley General de Sanidad, que derogaría expresamente la anterior, y que no incluye más referencias a la psiquiatría que su tratamiento administrativo común con el resto del sistema sanitario, así como su orientación de acuerdo con los principios de la psiquiatría comunitaria y su inclusión en el dispositivo de atención primaria de salud.

Las administraciones andaluzas en su conjunto tienen ya, pues, competencia normativa para iniciar la reforma psiquiátrica, siempre que lo hagan con respeto a la legislación básica vigente y de acuerdo con las directrices de la legislación básica futura.

Y además de competencia normativa, las administraciones andaluzas tienen el poder práctico para hacerlo, pues a los recursos dependientes de las Diputaciones Provinciales hay que sumar las transferencias de la gestión de los centros sanitarios de la Seguridad Social propios y concertados —lo que incluye a los hospitales universitarios— desde el pasado primero de enero, así como a los próximos trasposos de la AINS.

Puede decirse que en fecha inmediata no existirá en Andalucía ningún servicio psiquiátrico que continúe administrado por los poderes centrales.

Más aún, no sólo es posible que la reforma psiquiátrica se haga desde Andalucía, sino que es imprescindible. Precisamente uno de los mayores obstáculos que encuentra la Comisión creada al efecto por el Ministerio de Sanidad y Consumo es que, a esta altura del proceso de transferencia, la reforma psiquiátrica debe ser realizada por las Comunidades Autónomas, porque ya a la Administración Central no le quedan competencias ni recursos para ello, máxime si se considera que la organización de los servicios transferidos es competencia exclusiva e incondicionada de los entes autonómicos. Como consecuencia, la Comisión ministerial puede establecer, a lo más, orientaciones indicativas en aquello que no esté incluido en la legislación básica.

El principio del Gobierno y la Administración Autónoma que el artículo 141.2 de la Constitución reconoce a las Diputaciones Provinciales y las obligaciones que a éstas impone la Ley de Bases de 1944 puede conjugarse con la planificación y dirección unificada que es imprescindible en el ámbito de la Comunidad Autónoma para la realización de la reforma psiquiátrica. Ello se logra a través de la figura jurídico-administrativa del consorcio, poco desarrollada en el derecho español. La significación política de ese consorcio que será el Instituto Andaluz de Salud Mental, con personalidad jurídica independiente de cada una de las partes que lo componen, es la voluntad común de las Diputaciones Provinciales y del Gobierno Andaluz de realizar conjuntamente la reforma psiquiátrica.

La materialización de dicho consorcio no es, por otra parte, una simple imposición de los condicionamientos jurídicos, sino que responde a un planteamiento positivo y voluntario. La vertebración y racionalización de nuestra sanidad hace negativa la consideración de las diferentes administraciones públicas como comportamientos estancos y requiere, por el contrario, la unificación de los distintos recursos hoy dependientes de ellas. Para conseguirlo, en alguna Comunidad Autónoma se ha optado por la absorción pura y simple de los servicios sanitarios que dependen de las administraciones de menor ámbito territorial por parte del Gobierno Autónomo. En el caso de Andalucía, por el contrario, la fórmula que se propugna para conseguir la necesaria unificación es la creación de estructuras integradas, cuyos órganos de dirección se compartan por las distintas administraciones públicas.

Con la constitución del consorcio denominado Instituto Andaluz de Salud Mental, no sólo se consigue la integración de los recursos psiquiátricos mediante un órgano independiente de gestión com-

partida. Permite, además, la superación del marco provincial respecto a determinadas tareas para las que los hechos han demostrado insuficiente, tales como la recogida de información epidemiológica, la formación continuada y readaptación del personal, la selección del personal gestor y el intercambio de experiencias. La asociación entre el Gobierno Autonómico, sobre quien recaen primariamente las competencias de planificación, con las Diputaciones Provinciales, responsables de buena parte de la gestión, evita la disociación entre planificación y gestión, la participación del Gobierno Autónomo en el consorcio garantiza que la planificación psiquiátrica se articulará con la propia del sistema sanitario general.

En el Anteproyecto de Ley que hoy se debate se especifica que el Instituto Andaluz de Salud Mental inspirará sus actuaciones en los principios de la psiquiatría comunitaria y articulará su dispositivo en el marco del sistema general de atención primaria de salud, en el que deberá acabar integrándose. De ahí que en la disposición final se reconozca expresamente el carácter transitorio del Instituto.

El Instituto Andaluz de Salud Mental responde a los principios de coordinación y dirección superior, pero también a los de participación y descentralización que se recogen en el artículo 3.º de la Ley de Organización Territorial de la Comunidad Autónoma. En el mismo delega el Gobierno Andaluz sus competencias en la materia, para poderlas gestionar conjuntamente con las Diputaciones Provinciales. Además, también delega en éstas para su gestión directa, cualesquiera servicios psiquiátricos dependan o puedan depender de la Consejería de Salud y Consumo, salvo los propios de la Seguridad Social por las implicaciones jurídicas que conllevan, aunque con todo, estos pasarán a coordinarse y articularse, bajo la dirección de las Diputaciones, en los dispositivos psiquiátricos gestionados por las mismas.

El Instituto Andaluz de Salud Mental no tendrá, en principio, competencias de gestión sobre las instituciones psiquiátricas, pero conecta directamente con los gestores en la medida en que se adscriben orgánicamente al mismo. No obstante, y en la medida que se supriman los actuales condicionantes jurídicos, podrá también ser un ente gestor si las Diputaciones Provinciales, en aplicación del artículo 6.º del Proyecto de Ley, deciden delegar en él competencias sobre la materia.

Finalmente, en el máximo órgano de gobierno del Instituto, el Consejo General no sólo existirá participación de las partes consorciales, sino que también se da entrada en el mismo a las entidades y colectivos directamente interesados, y concretamente, a los usuarios, a los profesionales y trabajadores de la Salud Mental y a la Universidad. Como es obvio, la representación de tales entidades y colectivos no puede exceder numéricamente a la de cualquiera de los conjuntos consorciados. Pero aún con la presencia minoritaria a la que obliga la naturaleza del consorcio, se ha estimado necesaria su inclusión en el Consejo General por considerar que habrán de resultar un factor muy positivo para el buen funcionamiento de aquél en orden a conectarlo con el tejido social, a estimular la participación de la Comunidad, a aportar iniciativas y a dinamizar y controlar su desenvolvimiento.

* * *

En sus líneas generales, el Proyecto de Ley que hoy se debate es, quizá, la única forma viable de iniciar ya en Andalucía una reforma psiquiátrica que es necesaria, urgente y posible. Como quiera que sólo otra Comunidad Autónoma cuenta con un nivel de competencias comparable a Andalucía, y que en la misma no se ha dado todavía el imprescindible proceso de conjunción de voluntades entre las diferentes administraciones públicas, con la creación del Instituto de Salud Mental, Andalucía será sin duda, la avanzada de la reforma psiquiátrica en España.

Eso es, justamente, lo que se va a decidir en este debate parlamentario.

BALANCE JUNTA DE GOBIERNO 1980-1983

OBJETIVOS DE ESTA JUNTA

Los objetivos de esta Junta de Gobierno, planteados públicamente por su Presidente (Revista n.º 1 de la AEN), eran los siguientes:

1) A raíz de la reforma de los Estatutos que empezaron a incluir como miembros de la AEN a todas las categorías de profesionales trabajando en el campo de la salud mental, el aumentar el número de asociados, tratando de superar el millar y esto, con la finalidad de crear una infraestructura que permitiera un más correcto funcionamiento de la AEN y el mantenimiento regular de la Revista.

2) La transformación de la asistencia psiquiátrica, «tratando de sacarla de su estado asilar, apoyando y multiplicando los intentos y experiencias de cambio, sensibilizando a la sociedad y a las administraciones públicas en este proceso».

3) El mejorar el nivel de formación de las distintas profesiones. Como tareas concretas se planteó: «la formación pregraduada y la de postgraduados de cada una de las profesiones que se integran en la AEN, con atención a prioridades como la cualificación de los auxiliares psiquiátricos y el acceso a las instituciones sanitarias con un aprendizaje regulado de la mayoría de los profesionales. La AEN promocionará cursos, seminarios y actividades formativas de interés para un amplio número de asociados». Se enfatizaba el trabajo en equipo y la labor interdisciplinaria entre las diversas ciencias humanas.

4) El promover cambios deseables en la legislación vigente «para lo que es preciso abrir dentro de la AEN, con juristas y en la sociedad en general, un amplio debate ajustado a la realidad de nuestro país».

5) La creación y desarrollo de la Revista de la AEN como órgano informativo y formativo para los socios y profesionales de la salud mental, como órgano de expresión de los asociados y también como instrumento de incidencia social.

6) Para el desarrollo de todos estos objetivos, se planteaban como necesidad el crear y desarrollar tres comisiones (Asistencia, Formación y Legislación) así como un Comité de Ediciones para la puesta en marcha de la Revista.

MEMORIA 1980-1983

1) Esta Junta de Gobierno tuvo que hacerse cargo de la adecuación de los nuevos Estatutos de la AEN a la legislación vigente sobre asociaciones y esto a raíz del oficio que nos envió el Ministerio del Interior (Revista n.º 1). Este proceso jurídico ha quedado saldado en esta Asamblea, disponiendo la AEN, a partir de ahora, de unos Estatutos que, respondiendo a los objetivos de nuestra Asociación, poseen la adecuada forma jurídica (Revista n.º 7).

En cuanto al tema de los asociados, esta Junta ha mantenido un contacto directo con ellos, tanto por correspondencia como personalmente. La Secretaría ha elaborado una lista actualizada de miembros de la AEN y hemos iniciado un proyecto de lista por profesiones.

En relación con el objetivo de aumentar el número de asociados, estas son las cifras:

Bajas: 397.

Altas: 438.

Llama sin duda la atención el número de bajas en estos tres años. Los motivos de estas bajas han sido, en su mayoría, por falta de pago, por fallecimiento y en algunos casos por desacuerdo explícito con la nueva orientación de la AEN.

Esta Secretaría envió una encuesta a todos los asociados para conocer el número de estos por profesión. De los 685 que contestaron hasta el momento, 547 son psiquiatras, 65 psicólogos, 22 auxiliares psiquiátricos, 19 asistentes sociales, 16 ATS, 4 sociólogos, 2 diplomados en enfermería, 1 pedagogo, 1 monitor de laborterapia, 1 administrativo, 1 corresponsal, 1 arquitecto y 1 filósofo.

2) En relación con el objetivo de la transformación de la asistencia psiquiátrica, la Comisión de Asistencia elaboró dos documentos básicos: el primero de denuncia de las llamadas «situaciones institucionales vergonzantes» y el segundo de definición de los principios básicos para el cambio asistencial.

La AEN intervino para evaluar las situaciones en las que se suponía podía existir una interrupción del proceso de reforma, para solicitar de la Administración información sobre sus proyectos y también para ofrecer su asesoría. Por una u otra de estas razones la AEN intervino en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid, Granada, Sevilla, Jaén, en el CAP del Carmelo en Barcelona y en el Centro de S. M. de San Fernando de Henares. De la mayor parte de estas intervenciones se elaboraron informes que se hicieron públicos.

Al mismo tiempo que se producían estas actuaciones o en paralelo con ellas se propiciaron debates en torno a propuestas de cambio, alguno de los cuales ha sido publicado en la Revista.

Se analizó y debatió las conclusiones de la reunión de expertos convocada por el INSAM sobre asistencia psiquiátrica en el Hospital General, la proposición no de ley presentada en el Congreso de los Diputados por el grupo parlamentario socialista y ciudades sanitarias de la Seguridad Social, el texto de bases para una política sanitaria en S. M., etc.

En línea con estos procesos de análisis y debate, la AEN convocó en torno a la Comisión de Asistencia un grupo de trabajo que elaboró unos puntos programáticos como elementos básicos para un proyecto de cambio.

Con arreglo a estos puntos se enunciaron unos puntos mínimos de inmediata aplicación que fueron expuestos al Subsecretario de Sanidad el 11 de marzo de este año por la Junta Directiva.

La AEN no pudo incidir en regiones o centros donde la situación asistencial puede ser calificada de vergonzante, dada la dificultad de obtener información por la carencia de profesionales en estos centros que la soliciten.

3) En cuanto a los objetivos en el campo de la formación de los distintos profesionales, la Comisión de Docencia ante la demanda surgida en cuanto a la formación post-graduada de los psicólogos, hizo un análisis conjuntamente con el Colegio Oficial de Psicólogos sobre la implantación del sistema PIR en la estructura sanitaria. Se envió una carta en este sentido, al Ministerio de Sanidad y se publicó un informe en la Revista. Otro informe concerniendo el tema de la formación de los MIR fue enviado al Subdirector de Docencia del Ministerio (Dr. Nadal) y también publicado. Ambos temas (MIR y PIR) fueron el eje de una entrevista mantenida con el Subdirector de Docencia y de una Mesa Redonda celebrada en Madrid.

La Cátedra Lafora-Mira, comenzó sus actividades en 1982 desarrollando tres cursos monográficos en Canarias, Euskadi, Asturias, y dos Seminarios en Valencia y Santander, sobre Historia y Epidemiología, respectivamente.

Para este curso 1983-84, la Cátedra ha programado actividades docentes en Canarias, Euskadi, Asturias, Andalucía, La Mancha, Galicia y País Valenciano.

Los cursos de verano fueron analizados pero su desarrollo se ha dejado para la próxima Junta de Gobierno así como la inclusión de un programa de profesores visitantes dentro de la Cátedra Lafora-Mira.

5) En relación con el objetivo de sacar una Revista de la AEN, éste se ha cumplido y coincidiendo con este Congreso ha salido el núm. 8. Se trata de una Revista cuatrimestral y financiada a través de las cuotas de los socios, de la venta en librerías y de suscripciones.

La revista está dividida en secciones y áreas. Como secciones fijas está la hemeroteca, crítica de libros, revista de revistas y páginas de la AEN. Se ha intentado el mantener un buen equilibrio entre artículos teóricos, clínicos y asistenciales. Se incluyen también los Planes de asistencia psiquiátrica y debates sobre temas de interés.

Todos los artículos que se reciben son leídos e informados por, al menos, dos miembros del equipo de redacción y son discutidos en el mismo.

En cuanto a su distribución se hace entre los socios (Infar), en las librerías (Siglo XXI) y a través de suscripciones (AEN, Villanueva, 11). Además de la revista esta Junta de Gobierno se propuso el editar tres tipos de libros: una colección de rescate de clásicos, una colección de actualidad o Colección de Ciencias de la Conducta iniciada con las Ponencias del XV Congreso y continuada con las dos Ponencias de éste, y por fin una colección de Monografías de la que se editó ya el núm. 1 con los Premios concedidos por la AEN en los años 1980 y 1981.

6) En la Asamblea General que coincidió con las Jornadas sobre «Historia de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis en España en el primer tercio del siglo XX», celebradas en Madrid, en abril de 1981, se eligieron los miembros de las Comisiones de Legislación, Formación y Asistencia. El 13 de noviembre de 1981 en la Asamblea General realizada durante las Jornadas de «Sociedad, Cultura y Psiquiatría», se decidió el crear una nueva Comisión, la de Investigación, y se eligieron sus constituyentes.

La Comisión de Investigación se crea con el objetivo de crear estímulos para la investigación en salud mental, estímulos que la AEN ya venía asumiendo mediante la concesión anual de los Premios «Luis Martín Santos» y «José M.ª Sacristán».

En la creación de esta Comisión se partía de la presunción de que la investigación es determinante para la reforma psiquiátrica.

Las tareas que desarrolló esta Comisión fueron las siguientes:

a) Redacción de normas muy precisas sobre la presentación de trabajos a los premios de la AEN y sobre actuación de los jurados. Desde esta convocatoria los Premios han quedado reducidos a uno, el «Luis Martín Santos», mejor dotado económicamente (150.000 ptas.).

b) Difusión, a través de la revista, de temas relacionados con la investigación comenzando por los propios documentos elaborados por la misma: «Estado actual de la investigación en S. M. en España», «Derechos del sujeto sometido a investigación», «La investigación en S. M.: Fuentes de financiación y de información documental».

c) Encuesta enviada a los socios que permitió conocer mejor los aspectos de la investigación en S. M. que más interesan a los profesionales: No tanto la investigación básica como la aplicada y evaluativa de la asistencia, considerada como un complemento de ésta.

COMISION DE LEGISLACION

Queda constituida el 13 de noviembre de 1981, fecha de su primera reunión.

Se deciden unas áreas de estudios que serán:

- Ley orgánica del poder judicial.
- Derecho civil: la tutela.
- Legislación en torno al internamiento psiquiátrico.
- Regulación del consumo de alcohol.

Se acordó también el promover una estadística de enfermos internados en Centros Psiquiátricos por orden judicial.

Promover debate sobre estos temas en la AEN, constituir una biblioteca y hemeroteca de consulta a disposición de los miembros de la AEN.

La Comisión de Legislación propuso modificaciones al Proyecto de Ley de reforma del Código Civil en materia de tutela.

EVALUACION - COMISION LEGISLACION - JORNADAS DE TRABAJO - AÑO 1983

1. 10 junio 83: **Mesa Redonda** sobre Derechos Constitucionales y Trastornos Mentales.

Temas: Internamiento y ley de tutela.

Derechos Constitucionales y tratamiento psiquiátrico.

2. **Jornadas sobre ALTERNATIVAS** a la Legislación Psiquiátrica, días 29, 30 y 31 de octubre (Vitoria).

La coordinación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría llevó la ponencia de: Alternativas a la actual Legislación Psiquiátrica.

En las mismas jornadas Enrique González Duro presentó la ponencia sobre «Derechos del Enfermo Mental».

Perfecto Andrés — juez — habló sobre «Los enfermos mentales judiciales».

3. En Sevilla, 18 junio 83, se celebró una **Mesa Redonda sobre Legislación** donde participaron psiquiatras, juristas y el Director de la Prisión Provincial.

TEMAS TRATADOS POR LA COMISION

- Regulación del Internamiento.
- Derogación del Decreto del año 31.
- Reforma del Código Civil en materia de tutela.
- Reforma del Código Penal.
- Alternativas a la Legislación Psiquiátrica Actual.
- Imputabilidad.
- Contactos periódicos con parlamentarios. Cambio Legislación.

Temas actuales: Gravedad de la situación ante el proyecto de la creación de una nueva Ley Orgánica específica de Internamiento. Debate sobre la regulación de Internamiento, la deficiencia del art. 211 debe regularse por vía sanitaria y asistencial no especificando al enfermo mental sino igualándolo en tratamiento a todo otro enfermo. Dicha regulación, pues, debe integrarse como capítulo en la Ley de Bases de Sanidad.

- El Decreto-Ley del 31 está derogado.
- Ha aparecido en el «B.O.E.» en fecha 26 de octubre de 1983.

INFORME TESORERIA

En estos años la gestión de la Tesorería ha consistido en:

1. Agilización de la recaudación, detección de morosos y aclaración de su situación. Esto ha permitido reducir a la mitad el número de impagados.
2. Control del gasto y consiguiente información a la Junta a través de balances trimestrales y anuales, con su publicación a través de la Revista.
3. Elaboración de presupuestos que adecuaron las actividades de la Asociación con la realidad de su disponibilidad financiera, permitiendo una política más ambiciosa y perspectivas en el tiempo. Un ejemplo de esto ha sido poder dotar una actividad como la Docencia.

En la situación actual el gasto se distribuye de la siguiente forma:

- I. Gastos de infraestructura. — Comprenden:
 - a) Los gastos de financiación (devolución de cuotas e intereses bancarios). Estos gastos suponen un 19,20 % del total de las entradas.
 - b) Los gastos de personal (sueldo de secretaria, conserje, contable) representan un 13,87 %.
 - c) Los gastos de secretaría y teléfono: 5,04 %.

En total los gastos de infraestructura suponen un 38,11 % del total de las entradas.

II. Gastos de actividades. — Comprende:

- a) Actividades de la Junta, reuniones, Comisiones, pago de servicios profesionales. Suponen un 13 %.
- b) Docencia, Premios. Suponen un 7 %.

En total las actividades de la Junta suponen un 20 % del total de sus entradas.

III. Gastos de Publicaciones:

Son difíciles de calibrar puesto que se balancea el gasto de un año para otro. En estos tres años vienen a superar un 30 %.

IV. Gastos varios:

Cuota Asociación Mundial, Publicaciones extras, etc. Cubren el 12 % restante.

Recomendaciones desde Tesorería:

- 1) Sobre las Comisiones. Que se constituya como trámite obligatorio para la constitución de una Comisión la elaboración de un presupuesto mínimo.
- 2) Sobre la Revista. La «cuota Revista» es claramente promocional, no se consideran en ella los gastos de infraestructura. Tendría que subir un mínimo del 30 %.

ACTIVIDADES DE LA AEN

- **Abril 1981.** Jornadas «Historia de la Psicología, la Psiquiatría y el Psicoanálisis en España en el primer tercio del siglo XX». Asamblea General (se eligieron miembros Comisiones).
- **Mayo 1981.** Jornadas «Psicopatología institucional». Oviedo.
- **Junio 1981.** «Jornadas catalanas de salud mental». Barcelona. Santa Coloma Gramanet.
- **Noviembre 1981.** II Jornadas «Sociedad, Cultura y Psiquiatría». Madrid.
- **Diciembre 1982.** IV Jornadas de la AEN en Jaén. Se constituye la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría cuyo Presidente entra a formar parte de la Junta de Gobierno de la AEN.

CONCLUSIONES

Aunque alguno de los objetivos no haya sido cumplido, creemos que en su mayor parte han sido desarrollados, como ha quedado demostrado a lo largo de la lectura de esta memoria.

Durante los tres últimos años esta Junta de Gobierno ha desarrollado ampliamente la infraestructura de la AEN (secretaría, contable, abogado, archivo, teléfono, etc.) y ha puesto en marcha una nueva organización dentro de ella. Esta organización, constituida por las Comisiones, Comités, Asociaciones Regionales, etc., es compleja pero funciona en el sentido que ha ido permitiendo el desarrollo de los distintos objetivos propuestos.

Pensamos debería desarrollarse más ampliamente el objetivo de hacer de la AEN una Asociación interestamentaria o interdisciplinaria facilitando la integración de los distintos profesionales que trabajan en el campo de la salud mental, en los diferentes subsistemas que constituyen la organización de la AEN: Junta de Gobierno, Comisiones, Secciones, etc.

Deberá también la próxima Junta de Gobierno reflexionar sobre la manera de obtener unos fondos ya que ellos permitirán el sufragar los gastos que esta organización compleja necesita. En principio vemos como dos posibilidades: uno el número de socios, aumentar las cuotas o conseguir fondos a través de las publicaciones de la AEN.

Carmen FERNANDEZ ROJERO
Ex-secretaria general