

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO IV - NUM. 9 - ENERO/ABRIL - 1984

Salud sin límites,
Fernando Alvarez-Uría

Psicoamérica: Hacia una sociedad post-psicoanalítica,
Robert Castel

Repetición del mismo sexo,
Francisco Pereña

Diez tesis sobre el saber delirante,
Fernando Colina

Sobre la intervención en crisis,
Tiburcio Angosto y col.

DEBATE: La cárcel de psicópatas de Huesca,
José M.^a Mohedano y col.

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

Páginas de la Asociación

PROGRAMA Y OBJETIVOS DE LA A.E.N. PARA LOS PROXIMOS AÑOS

Este programa, de forma más breve y resumida, fue presentado por la candidatura que resultó elegida en la Asamblea del XVI Congreso, celebrada en Oviedo, el 18 de noviembre de 1983.

Ahora, mediante su publicación en la Revista, la nueva Junta Directiva pretende ampliar esa presentación; darse a conocer difundiendo sus posiciones y el compromiso de trabajo que ha establecido.

El colectivo que, en este momento, recibe el encargo de ejercer la dirección de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, asumimos esa función tras un período de gestión, que valoramos como muy productiva. En él se trazaron unas líneas de actuación que, en términos generales, compartimos. Por lo tanto, no hemos elaborado un programa para darle un giro radical a la actividad anterior; sino que pretendemos abordar objetivos sobre los que aún no se había podido incidir, concluir tareas ya iniciadas y, en fin, perfeccionar y mejorar lo ya logrado.

En los últimos siete años la A.E.N. ha consolidado una identidad que, independientemente de cambios inherentes a su lógico desarrollo o de sus posibles crisis de crecimiento, le permite ofrecer una referencia clara y sin ambigüedades.

La A.E.N. es un elemento del diverso entramado que integra hoy la sociedad civil y, consiguientemente, concurre y quiere tener presencia en el complejo de relaciones ideológico-culturales e influir en la dirección cultural de nuestra sociedad. Se trata, sin duda, de una tarea incitadora, por coincidir con una etapa histórica muy dinámica, en la que el poder político está emplazado a realizar la modernización del Estado y a impulsar la transformación social.

La A.E.N. se ha configurado como una asociación de «nuevo tipo», interestamental, en la que tienen cabida todos los profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la salud mental. Su meta es la contribución, por todos los medios a su alcance, al conocimiento, difusión y progreso de las conciencias de la conducta, de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica. La consecución de tales objetivos no es algo que se pueda lograr aisladamente, sino que está vinculada al desarrollo de un nuevo sistema sanitario que fomente y proteja la salud pública. Siendo notorio, de otra parte, que los avances en materia de salud están determinados por la política social y económica que desarrollen los poderes públicos y por los progresos en la transformación social.

Para hacer eficaz su labor es preciso que la A.E.N. tenga presente esa perspectiva y, consecuentemente, que se organice y desarrolle su actividad a partir de un análisis riguroso de la actual realidad social y política.

La complejidad que ha alcanzado la organización socio-política de nuestro país tiene, lógicamente, su reflejo en el seno de la propia Asociación. Hoy, la A.E.N. no puede entenderse como un movimiento de lucha defensiva, uniforme o monolítico: ya no somos «La Coordinadora» de la década pasada. En 1977 hubo la clarividencia de que era necesario utilizar nuevas

1.4. La Junta impulsará, en la medida de sus posibilidades, que en las diversas comunidades autónomas se autoorganice el colectivo correspondiente de asociados y termine estableciendo una relación federada con la A.E.N.

II. ESTIMAMOS QUE LA ACTIVIDAD DE LA A.E.N. DEBE ESTAR FUNDAMENTADA EN TORNO A TRES EJES:

1. Mantener su incidencia crítica en la exigencia de transformaciones estructurales.

En la situación actual, sin desdeñar u olvidar puntos básicos y mínimos ya expuestos al poder político por la Junta anterior, la transformación sanitaria pasa por poner en marcha un nuevo modelo que permita el desarrollo de un Servicio Nacional de Salud, lo que facilitaría, entre otras cosas, la integración de los servicios de salud mental en la estructura sanitaria general y, consiguientemente, acabar con las situaciones custodiales y de exclusión.

Esta posición crítica debe extenderse también hacia todas aquellas disposiciones y normativas que favorezcan la marginación o lesionen los derechos de los usuarios, y, en su caso, no salvaguarden la integridad de la persona de los internados.

2. Comprometerse en la defensa de la atención comunitaria en salud mental, contribuyendo con sus actividades a promover su avance y a estudiar las incógnitas y los riesgos que suscite ese modelo organizativo.

3. Un tercer aspecto, que estimamos como primordial en este período, es el fomento del debate y del análisis en torno a las formas de intervención en la práctica psiquiátrica y para la promoción de la salud mental.

La A.E.N. no puede ir a la zaga de los acontecimientos o limitarse al plano de la denuncia y la contestación; en éste y en otros aspectos ha de producir elaboraciones que contribuyan a dar una orientación a los proyectos alternativos. Es, por ello, insoslayable estimular el debate y la profundización teórica en torno a los sistemas de referencia conceptual y a los sistemas organizativos o formas operativas, de tal manera que sirvan para dar un contenido realmente nuevo a los cambios.

La posibilidad de nuevos espacios de intervención exige paralelamente todo un ejercicio de reflexión en torno a cómo intervenir en esos nuevos lugares y ante una nueva demanda, para ir construyendo una auténtica «praxis alternativa», que esté exenta de falacias o pseudo-innovaciones, tales como el espontaneísmo o el tecnicismo encubridor.

A partir de los enunciados anteriores ya se infiere que hay tres áreas a las que nos proponemos dirigir preferentemente la actividad de la A.E.N. y hacer sentir sus orientaciones, a saber: el área asistencial, de legislación y los derechos humanos y el de la docencia y formación.

Esas actividades preferentemente no supone renunciar a otras en las que ya se habían dado algunos pasos, tales como las de investigación. Esta Junta considera pertinente mantener una comisión de investigación, que marcándose objetivos muy modestos siga avanzando en este campo; deberá cuidar el rigor y el prestigio alcanzado por el premio de la A.E.N.; orientar su actividad a las materias de epidemiología, y de evaluación y análisis de servicios y programas. Dada la precariedad de medios nos parece necesario optar por aquellas actividades de investigación más ligadas a la práctica.

III. METODOLOGIA Y FORMAS DE INTERVENCION DE LA A.E.N. (INFORMES Y EVALUACIONES).

Congruentemente con un carácter inveterado de nuestra Asociación, con esa marca fundacional de mantenerse siempre a la «altura de las circunstancias», la Junta Directiva tiene una especial preocupación por no dejarse encerrar en el «Recinto de la ACADEMIA», por no ocuparse con discursos anacrónicos que no correspondan a las exigencias de la actualidad, y, en fin, por no perder la sensibilidad para captar las necesidades de nuestro tiempo. Por eso, se mantendrá en su línea de conocer de cerca los hechos, de adquirir información observando los acontecimientos directamente, de verificar de esa manera el progreso de nuestra asistencia psiquiátrica.

Por lo tanto, la A.E.N. intervendrá en las situaciones asistenciales siempre que los asociados lo soliciten, cuando sea requerida por las Instituciones o cuando la propia Junta lo

considere conveniente para cumplir mejor sus funciones. Siguiendo con su estilo de trabajo, a propósito de cada intervención o evaluación, se elaborará un informe que se remitirá a las partes más directamente interesadas y se publicará en la Revista de la A.E.N.

IV. Es propósito de esta Junta incrementar la cooperación con otras asociaciones y colectivos profesionales que tengan objetivos similares, organizando, en su caso, actividades conjuntas o trabajos en colaboración.

V. Para el cumplimiento de las actividades programadas se requiere contar con unos recursos económicos que las posibiliten. La Junta estudiará la manera de mejorar su política presupuestaria y económica y verá la forma de encontrar soluciones a las exigencias financieras que la complejidad alcanzada plantea. En ese sentido, una de las medidas más eficaces, a la que hacemos un llamamiento desde aquí, es el incremento en la captación de asociados.

VI. Política de Publicaciones. Se estudiará la manera de incrementar la periodicidad de publicación de la Revista, con el objetivo de hacerlo trimestralmente, y la forma de mejorar en general nuestra política de publicaciones. En esa dirección, la Junta se esforzará por potenciar en su función de consejo editorial al Comité de Edición.

VII. Se dará a la A.E.N. una mayor dimensión internacional, tanto en lo que se refiere a la difusión de las publicaciones, como al establecimiento de relaciones e intercambios con otras asociaciones y colectivos con objetivos similares a la nuestra.

José GARCIA GONZALEZ
Pte. Junta Directiva A.E.N.

«UN JARDIN DE FLORES QUE NO EXISTEN»

(Texto de la intervención del Presidente de la Asociación en el acto de inauguración del XVI Congreso que se celebró en Oviedo del 16 al 19 de noviembre, 1983).

Queridas amigas y amigos: Inauguramos hoy, después de sesenta años de vida de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, su XVI Congreso Nacional.

Pocas asociaciones con tan larga veteranía en la sociedad española han sabido mantener la fuerza inicial admirable de sus fundadores y a la vez con los años, gobiernos y distintos avatares políticos e históricos, una constante y coherente presencia pública en nuestro país, haciéndose atractiva por su estilo, actividades y preocupaciones a las más jóvenes generaciones de profesionales, que van constituyendo el núcleo básico de nuestros asociados y quienes contribuyen con renovado y generoso entusiasmo a organizar seminarios, jornadas y cursos, a mejorar el nivel de los debates orales y las aportaciones escritas a la Revista y los libros que publicamos y a la organización de nuestros Congresos, ahora trianuales, en los que la Asociación se ocupa de los aspectos más relevantes de nuestra práctica y se analiza también ella misma y sus miembros elegimos y renovamos la Junta de Gobierno y los Comités o Comisiones asesoras que en los próximos años, con la participación de todos, van a orientar las actividades asistenciales, de legislación, investigadoras o docentes, la Revista y nuestras otras publicaciones.

Ya desde el comienzo del Congreso y en estas palabras iniciales quiero expresar el agradecimiento de la Asociación a todos aquellos organismos, entidades y personas que lo van a hacer posible, a las autoridades locales y nacionales que nos honran con su presencia en este acto y a lo largo de estos días hasta la sesión de clausura, al Ayuntamiento de Oviedo y al Colegio Oficial de Médicos de Asturias que tan hospitalariamente nos ofrecen su ciudad y su sede, a quienes entre vosotros habéis venido trabajando en la dirección y realización de las Ponencias y Mesas Redondas que vamos a debatir y especialmente al Comité Organizador que ha hecho realidad nuestros deseos.

Quiero subrayar particularmente mi agradecimiento al Dr. Pedro G. Quirós, asturianísimo presidente del Comité Organizador, quien propuso, se interesó y promovió que Asturias fuera la anfitriona de nuestro Congreso, lo que el Dr. Quirós consiguió con esa tenacidad y amor a lo asturiano que caracteriza a quienes están fuertemente enraizados en esta tierra. En su caso tanto, que sus antepasados vivían ya en esta zona antes de la romanización y cristianización de Asturias. Desde hace muchos siglos se decía aquí que «antes que Dios fuera Dios, los Quirós eran Quirós».

Asturias y la moderna asistencia psiquiátrica

Este amor a Asturias es evidentemente, por parte de la Asociación, un amor correspondido. No tiene una historia de siglos, pero sí de muchos años. Todos los que tiene la introducción en España de las nuevas formas de organización de la asistencia psiquiátrica.

En el Hospital Psiquiátrico «La Cadellada» de Oviedo, en los años sesenta, por la inteligente iniciativa de un político que fue Presidente de la Diputación de entonces, el Sr. López Muñiz, comenzó la primera reforma acometida en España con posterioridad a la Guerra Civil. Esta reforma asturiana, cualquiera que fuesen las circunstancias de su evolución ulterior, tuvo un impacto decisivo en la asistencia psiquiátrica de todo el país. En ella se formaron muchos profesionales relevantes distribuidos hoy por toda la geografía española y que adquirieron aquí la perspectiva comunitaria que aún les sigue caracterizando y les hace ser auténticos dinamizadores de la asistencia en otros lugares e instituciones.

Para la A.E.N. volver a Asturias es siempre una satisfacción y más ahora cuando aquí renacen con nuevo empuje las iniciativas psiquiátricas transformadoras protagonizadas por miembros de la Asociación, incluidos dos actuales vicepresidentes los doctores José García González y Víctor Aparicio Basauri, directores ahora respectivamente del Instituto de Estudios de la Salud Mental y del Hospital Psiquiátrico, cuyo elogio me puedo ahorrar puesto que sus méritos de sobra vosotros los conocéis y estoy seguro de que se volcarán con los equipos que coordinan por lograr, con entusiasmo, una mejor asistencia psiquiátrica para Asturias en los próximos años.

Cuentan con el apoyo y el empeño de Juan Luis Rodríguez Vigil, Consejero de Sanidad de esta Comunidad Autónoma, a quien hace algún tiempo he tenido la oportunidad de conocer y que es, en mi opinión, uno de los políticos sanitarios más capaces que hay hoy a nivel del Estado y que está demostrado con conocimiento, competencia y sobre todo con hechos, que quiere reformar las estructuras sanitarias. Es uno de esos políticos que no precisa decir que tiene «voluntad política».

«Propio de la libertad es decirlo todo»

Desgraciadamente, cuando es obligado y ahora además parece posible realizar muchas de las reformas que este país necesita, algunos responsables de llevarlas a cabo se vienen limitando a repetir como un tic ese tópico de que tienen voluntad y hasta ahora sólo hemos conseguido saber que tienen voluntad política de decir que tienen voluntad política.

En tiempos de fáciles susceptibilidades y adulaciones, de amigos que confunden la verdad con el poder, que conocen el pensamiento y la historia del siglo XIX o del XX, que califican y descalifican con tanta impropiedad y arbitrariedad como los malos psiquiatras la locura o que se comportan como si la historia de la humanidad empezase con la Revolución francesa, uno se ve forzado, para que nadie se sienta gratuitamente aludido ni ofendido, a citas de autores de hace muchos siglos para señalar que la moral y la dignidad humana son tan viejas como la historia de los hombres, la honestidad no es patrimonio de ningún sector del espectro político y social y el ubicarse personalmente en él, no conlleva ninguna clase de individualidades vicios o virtudes.

Quiero recordar con Demócrito que «Propio de la libertad es decirlo todo; lo difícil es dar con el momento oportuno». No sé si lo será exponer que si es cierto que el poder es siempre relativo y que el conocimiento que desde el mismo se adquiere del funcionamiento de la administración y las instituciones públicas revela complejidades no sospechadas que impiden rápidas realizaciones, también es cierto que esos obstáculos no son insuperables, ni deben justificar o anular la voluntad que algunos pregonan y no ejercen.

Es preocupante que vayan pasando años de gobiernos locales, provinciales, autonómicos y estatales y la mayoría de los responsables de la asistencia psiquiátrica no pasen de reiteraciones verbales. También la credibilidad del sistema democrático está en juego cuando los partidos no hacen desde el poder lo que lo que declaran desde la oposición y desde ésta prometen programas que no van a realizar.

La reforma psiquiátrica, después de un año del actual Gobierno del Estado y varios de anteriores gobiernos, no ha pasado aún de una enunciación de propósitos. Que en Asturias se está pasando de las palabras a los hechos, nos permite elogiar a los dirigentes de esta Comunidad autónoma como lo podemos hacer con los de alguna otra y con los de algunas provincias o ayuntamientos, pero nos preocupa que los responsables correspondientes del Ministerio de Sanidad se muevan, es un decir,

con excesiva lentitud y persista la incoordinación entre Ministerio, Insalud, Autonomías, Ayuntamientos y otros Organismos públicos y lo que ocurre en la mayoría de las Diputaciones provinciales nos obliga a censurarlas porque muchas —ni siquiera a nivel verbal aún— han tomado conciencia de las responsabilidades asumidas en la reforma y modernización de la asistencia psiquiátrica.

«Pero ¿quién es la A.E.N. para inmiscuirse en lo que hace una Diputación Provincial elegida por los votos». Esto decía un político local, para más señas de Jaén, después del arbitrario cese del Dr. González Duro como Director de los Servicios Psiquiátricos. No quiero entrar, por razones que comprenderéis, en los ceses o no renovaciones contractuales de técnicos que han impulsado o iniciado recientes reformas psiquiátricas y que han sido castigados con el paro, mientras tranquilamente continúan dirigiendo vergonzosos hospitales aquéllos otros que llevan años y años sin hacer reforma alguna.

Si he citado aquí el cuestionario que el político jiennense hacía, por la simple pero al parecer aplastante razón de que «ha sido elegido por los votos», de nuestro derecho a informarnos y a opinar sobre las decisiones de cualquier responsable de la asistencia psiquiátrica, lo hago porque a algunos que no saben distinguir una dictadura de una democracia y parecen no haber leído todavía la Constitución hay que explicarles, aunque parezca increíble, cosas muy elementales. Por ejemplo, que ahora en España y en otros países varios millares o millones de votos proporcionan el poder, pero ni aquí ni en ningún lugar del mundo, hay voto ciudadano alguno que proporcione el saber. Ni siquiera, el saber hacer.

En estos años de reciente rodaje democrático, en los que he presidido la Asociación, he insistido tanto a políticos como a técnicos que presten menos atención a las siglas de las preferencias o pertenencias políticas y se fijan más en las características de los individuos concretos, porque un carnet se adquiere hoy casi en cualquier esquina pero la preparación, honestidad y motivaciones de cada persona son producto de una vida. Y una vida no se improvisa.

La reforma de la asistencia psiquiátrica requiere el trabajo común de políticos y técnicos —expertos, capaces y motivados socialmente los unos y los otros— en buscar y crear mejores soluciones a las necesidades y problemas colectivos.

La salud mental: un problema colectivo

El sufrimiento y los trastornos mentales, que vienen siendo diariamente nuestra preocupación profesional, son también un importante problema y es cada vez más acuciante reorganizar el dispositivo sanitario para su adecuada atención.

En los últimos años, la colaboración de la sociología y la psiquiatría, que aquí habría que potenciar, y los resultados de los estudios epidemiológicos vienen mostrando un incremento de los problemas mentales en sociedades como la nuestra. Se estima en la actualidad que entre un 10 por ciento y el 15 por 100 de la población padece a lo largo de sus vidas algún trastorno mental de suficiente importancia como para requerir ayuda técnica específica: psicosis, síndromes orgánicos, alcoholismo y otras toxicomanías, depresiones e intentos de suicidio, graves problemas neuróticos, sexuales, biográficos en general o de la personalidad, retraso mental y otros problemas infantiles, etcétera.

Sabemos también que en un momento dado —este año, por ejemplo— están acudiendo o acuden por primera vez por problemas mentales en busca de asistencia del 3 por 100 al 5 por 100 de los ciudadanos, que sólo una cuarta parte de los mismos van a centros o consultas psiquiátricas y la mayoría de las tres cuartas partes restantes van a otras instituciones sanitarias y, acertadamente diagnosticados o no, son vistos en hospitales, ambulatorios, servicios y urgencias por médicos no especialistas de este campo o por el médico general. Casi el 15 por 100 de todos los pacientes que recibe un médico de cabecera —tenga o carezca de medios, tiempo, capacidad y posibilidades de averiguarlo— presentan además o exclusivamente problemas psicológicos significativos de la consulta que hacen o la petición de ayuda que solicitan.

Conocemos que casi el 20 por 100 de todos los habitantes de Europa y los EEUU toman con cierta regularidad alguna clase de fármaco psicoactivo, generalmente por indicación médica, que más de la mitad de las personas adultas abusan del tabaco o del café y otras bebidas estimulantes, que del 50 por 100 al 70 por 100 toman a diario bebidas alcohólicas y no menos del 10 por 100 de los adultos de éste y otros países tienen problemas biográficos y de salud con ellas relacionados, que

el consumo regular recreativo o elusivo similar de marihuana oscila en Europa y USA en torno al 15 por 100 de la población juvenil y la dependencia de heroína y otros productos de efectos más llamativos y peligrosos es unas cien veces menor.

Nuestra salud mental es bastante precaria y sus causas y remedios no son exclusivamente individuales. Si exponemos estas últimas cifras sobre la ingestión de productos, no lo hacemos con la pretensión de quienes quieren en estos y otros aspectos legislar por la fuerza de supuestas virtudes sanitarias la moral y la vida de cada ciudadano en lugar de proporcionarles, sin prejuicios, la información objetiva que precisa cada cual para conocer sus riesgos y para decidir en consecuencia con las obvias limitaciones del derecho que también tienen los demás de no sufrir riesgos que les son ajenos.

A los datos epidemiológicos señalados, aún hay que añadir casi un 20 por 100 de los habitantes de zonas rurales y un 35 por 100 o más de los residentes en ciudades y grandes ciudades que padecen habitualmente molestias de poca o moderada intensidad por las que no es frecuente que acudan a centros sanitarios: cansancio, ansiedad o reacciones depresivas más o menos transitorias y frecuentes, cefaleas, insomnio, involuntarias muestras de irritabilidad o conductas no deseadas tampoco como excesivos y desproporcionados temores y preocupaciones, aislamiento y otras que añaden sufrimientos personales a los que ya objetivamente les crean sus condiciones de vida. Cuando algunos investigadores han estudiado una comunidad prescindiendo de la psicopatología y utilizando criterios más amplios como el de problemas emocionales, psicológicos o biográficos, resulta que el 85 por 100 de la población expresa sentirse afectada.

No queremos ni debemos, a mi juicio, hacer de la salud un valor absoluto o idealizar una sabia y pura naturaleza del ser humano y una sana y espontánea evolución de su vida. Sería muy ciego ignorar que son tan heterogéneas e indeseables muchas variaciones, dolores y limitaciones de la naturaleza que toda la medicina se ha construido contra ellas. La medicina, como la vida y la salud colectiva son en muy gran medida una construcción de las sociedades y de la historia.

Nuestra buena, poca o mala salud mental también es, en gran parte, producto de la historia social de la humanidad y no hay que ver todos estos altos porcentajes como potenciales demandas sanitarias, sino en las claves comunes derivadas de estructuras similares con grandes avances y grandes conflictos e inconvenientes, con antagonismos y desigualdades muy importantes y actividades o motivaciones dominantes que nos colocan peligrosamente al borde de la eliminación generalizada de los seres humanos y en la erosión cotidiana y singular de los mismos por sus formas cada vez más frustrantes de existencia.

Rezaba un viejo refrán castellano, anterior al siglo XVI, «Todos somos locos, los unos de los otros». Ahora ese viejo proverbio, en las últimas décadas del siglo XX, puede asegurarse casi como una evidencia empírica y sociológicamente demostrable.

La salud mental y otros derechos

La salud mental no es un concepto científico sino una categoría social como lo es en general la salud, cuya conocida definición por la OMS como «estado completo de bienestar físico, mental y social» más que un concepto científico de la salud es una enunciación de la permanente felicidad.

Al intento de definir la salud mental con criterios científicos se han dedicado varias y serias investigaciones, libros importantes y numerosos artículos. Algunos de los estudiosos dedicados a este tema han hablado con humor de «la salud mental y otras virtudes psicológicas» y otros se han preguntado si alguien ha podido demostrar la existencia de solamente una persona que estuviese libre de conflictos psicológicos conscientes e inconscientes. Freud escribió también al final de su vida que el «yo normal» como la normalidad en general «es una ficción ideal» y lo dijo como hombre de ciencia que siempre se consideró —y que le hizo compararse a sí mismo, y con bastante razón, a Darwin, Copérnico y a Cristóbal Colón— a defender el acceso a la verdad científica de todos los investigadores, modificando o desarrollando concepciones precedentes y también a hablar de la «religión como una ilusión». Freud que denostó como «creyentes» a los que hacen de «la ciencia un sustituto del catecismo que han abandonado» no pudo impedir que los que Helene Deutsch llamó sus discípulos más sumisos y mediocres hiciesen de su obra un nuevo libro sagrado, con la insólita aparición de un entramado de ortodoxias y heterodoxias en un campo como el nuestro, lleno de bastantes complejidades, perspectivas y lenguajes que si queremos avanzar en su conocimiento debemos intentar confluir, comparar y debatir y, en lo posible, homologar y demostrar.

La salud mental, como la salud en general, es una de esas categorías que mueven a los hombres y a las sociedades. Algunas acaban haciéndose efectivas, por ejemplo, la abolición de la esclavitud o la tolerancia de creencias religiosas. También emergieron de circunstancias generalizadas injustas y dolorosas y del entendimiento de que tales situaciones sólo podían suprimirse o superarse propugnando una nueva organización de la sociedad. Comenzaron como utopías y se mutaron en derechos y deberes de todos y tras una larga lucha se fueron convirtiendo en realidad.

Esa lucha no ha cesado ni acabará mientras sigamos existiendo, empezó mucho antes de 1689 y la «Declaración de Derechos» obtenidos por la renovadora burguesía inglesa o la Declaración francesa de derechos y libertades del hombre que se produjo en 1789, justamente un siglo después, la anterior Declaración americana o la posterior Constitución de Cádiz. El derecho al sufragio, al trabajo y salario justo, al retiro, a la educación o a la libertad de sindicación pertenecen a las vanguardias obreras de los siglos XIX y XX. El derecho a la igualdad de la mujer es en el presente siglo producto de las luchas de ellas mismas. Pero, no voy a hacer aquí la historia de los derechos humanos o los idealismos que les precedieron en la dolorosa conciencia de su ausencia hasta la confirmación que algunos han adquirido en la marcha difícil y variable de las sociedades. En un acto como éste, con sus limitaciones de tiempo, no sería posible ni hacer el relato de la historia del derecho a la salud que es el que como profesionales a nosotros más directamente nos ocupa de todos los reivindicados en París en 1948 y conocidos como «Declaración Universal de los Derechos Humanos» de la UNESCO y la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Voy a recordar algunos: el de la dignidad de las personas y el libre derecho al desarrollo de la personalidad, la integridad física y moral, la libertad y seguridad personales, el deber de trabajar y el derecho al trabajo y a la libre elección de profesión y oficio, el acceder en condiciones de igualdad a cualquier trabajo y empleo, a la promoción en el mismo, a la formación y readaptación profesional, a la remuneración suficiente para las necesidades propias y familiares, vivienda digna, educación básica gratuita y otros derechos del niño, la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural del país, el derecho al medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, el deber de conservar, proteger y mejorar la calidad de vida, el que prohíbe la arbitraria privación de libertad, la tortura y los tratos humanos degradantes, el derecho al honor, la intimidad personal y familiar, la libertad de creación literaria, artística, científica y técnica, el de expresar y difundir libremente pensamientos, ideas y opiniones sin ningún tipo de censura previa, el de dar y recibir una información veraz en los medios de comunicación, el derecho de reunión y asociación, el de acceso a las funciones y cargos públicos o puestos de responsabilidad sin discriminaciones ideológicas, políticas, sindicales, de sexo o religión, el de participar en los asuntos públicos directamente o por medio de representantes libremente elegidos, el de dirigirse individual o colectivamente a los poderes públicos para que atiendan solicitudes y necesidades concretas, el que obliga a éstos a servir con objetividad los intereses generados y a actuar de acuerdo con las leyes y principios de eficacia, descentralización y coordinación.

Y otros que nos afectan más particularmente como el de potenciar la salud y la educación sanitaria, el que obliga a los poderes públicos a organizarla y tutelarla con medidas preventivas y servicios necesarios, a mantener un régimen público de Seguridad Social que garantice a todos los ciudadanos la asistencia y prestaciones suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo, a la suficiencia económica durante la tercera edad y a resolver sus problemas específicos, así como a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que los poderes públicos prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán para que disfruten los mismos derechos que los demás ciudadanos.

Me paro en el verbo disfrutar y no porque quiera seguir disfrutando de este jardín de flores que no existen. Sencillamente para no continuar leyéndoos todo el Titular I de la Constitución española, que aprobamos mayoritariamente en Referéndum en diciembre de 1978 y a la que desde entonces todos, ciudadanos y poderes públicos, estamos sujetos.

A los cinco años de vigencia —y treinta y cinco de la «Declaración Universal de los Derechos Humanos»— las utopías de quienes en el empuje de la historia nos precedieron son ya nuestra Constitución con un conjunto articulado de derechos y deberes, si bien legislar únicamente no es cambiar la sociedad ya que la realidad es siempre más terca que las leyes y ese proyecto exige

cooperar y participar porque un poder aislado es sumamente frágil y a menudo es más apariencia que potencia.

Hoy el variado paisaje social de nuestra patria si no es un jardín, ya no es coto privado, un huerto donde vayamos dócilmente o una pura y simple tierra de garbanzos. Tampoco es un monte de orégano pero no todo son cardos, maleza, marismas secas o áridos desiertos. Hay altas montañas que escalar y bosques espesos e intrincados donde es fácil perderse. En Sierra Morena había mucha más vegetación de la que se pensaba.

No descubro nada si digo que hay muchas zarzas y ortigas disfrazadas de lilas silvestres, extrañas plantas camaleónicas que cambian de color de un instante a otro, numerosos arbustos trepadores y demasiadas plantas diversas de follaje rastrero. Hay mucho culantrillo, tomate y mala uva, poca hierbabuena y quieren pasar por flores bastantes repollos y hasta esos rábanos que aún se siguen cogiendo por la hojas.

Tenemos mercaderes que traducen las flores a florines, como esos marineros que no aman del mar más que las perlas. Hay gentes que no paran su siniestro afán de ahogarnos con cipreses, que odian las flores o quisieran cortarlas con modernos floretes. También hay buenos jardineros que conocen los climas y las plantas. Ellos han hecho brotar flores nuevas entre siempre-vivas y a pesar de viejos floripondios y abundantes girasoles que se mueven al sol que más calienta. En fechas recientes, no debemos subestimar su importancia, una gran mayoría ha optado por las rosas.

Es cierto que las flores de la salud, cuando existen, están muy poco cuidadas. Yo no sé como será la flor de la salud mental que pueble las hermosas costas cercanas a las olas del ancho mar del inconsciente. Quizá tenga el aroma fresco y penetrante de los jazmines y la silenciosa sabiduría de la esterilidad, atractiva flor ave del paraíso. Quizá la dulce belleza de los lirios amarillos, dorados y brillantes como el sol en una limpia arena.

Pero no existe, es una de esas que aún nos faltan. Para conseguir que florezca el derecho efectivo a la salud mental quedan actualmente muchos obstáculos e intereses encontrados que vencer, tropiezos y amargas decepciones. Tenemos que insistir y persistir. Podremos caer, pero no podemos abandonar. Lo que importa es que sea un esfuerzo de muchos y que éstos quieran y sepan que ninguna realidad colectiva se forja en una vida sino en muchas vidas que tengan en la historia el mismo amor por el mismo futuro.

El mar de nuestra orilla

Si rogamos a los buenos jardineros que mimen con esmero las flores obtenidas y cultiven aquellas otras demandas, cuidemos también nosotros nuestra orilla: las olas de las ciencias que renacen, la sal y la espuma de las prácticas que empiezan y el hueco que se sumerge estudioso en nuestro extenso y profundo océano.

En nuestra costa tenemos también robles y laureles, lotos y violetas, cerezos y azucenas junto a brezos y ajenjos, a narcisos y campánulas, espinas y esparragueras, algunos cocoteros y muchos sauces llorones. Escasean las flores en los cactus y otras plantas grasas de la arena, son pocos los nenúfares y muchas las lechugas de agua o esas higueras y otras trepadoras perennes, de flores muy pequeñas, que habitan en lugares umbríos donde no corre el aire y crecen demasiado absorbiendo con fruición el agua que le quitan a los tallos tiernos de la salud mental colectiva.

En la A.E.N. por suerte no hay por ahora especies carnívoras o esas otras que adquieren vistosos colores chupando parasitariamente la savia elaborada de otras plantas. En esto reside quizá el estilo, el atractivo y el crecimiento de la Asociación en el pasado y en el presente y debemos procurar que lo siga siendo en el futuro, eligiendo estos días con acierto la próxima Junta de Gobierno y los miembros que formen sus comités o comisiones asesoras.

Como presidente de la Asociación, hasta la Asamblea General donde eligiéremos la nueva Junta, os pido que no improvisemos las candidaturas y que examinemos con atención la valía de las personas que vayamos a presentar: su competencia científica, su integridad y la trayectoria demostrada con hechos y generosidad de entrega a la Asociación y a los pacientes y profesionales de la salud mental. Necesitamos a quienes sepan mantener la tradicional independencia de la A.E.N., colaborando o criticando, con justicia y oportunidad, a los poderes públicos responsables de la asistencia psiquiátrica.

Nuestra Asociación —como una gran orquesta— precisa directores que quieran coordinarla, perfeccionar el conocimiento y la destreza de los músicos, obtener las mejores interpretaciones y

conciertos. Que sepan también que la batuta no simboliza ni protagoniza la orquesta, no produce ni compone música y no proporciona más autoridad que la obtenida como resultado de la tarea dedicada a estimular, orientar, influir o captar la habilidad de cada cual para la ejecución apropiada y armoniosa del conjunto.

Las diversas consecuencias de las motivaciones y usos del poder eran advertidas por los ciudadanos desde el nacimiento mismo de la democracia en la Antigüedad. Distinguían en sus gobernantes a quienes accedían al poder por razones altruistas, una «ambición colectiva», y quienes sólo perseguían una «ambición egoísta». A estos últimos se les distinguía por su afán «de decirlo todo y no querer oír nada», por hablar constantemente de sí mismos y por hacerlo además con orgullo y jactancia, vanagloriándose de cuidados que no poseían y atribuyéndose méritos que no les correspondían. Esa clase de «elocuencia» revelaba lo que más tarde Spinoza llamaría «su gran impotencia interior», la fragilidad personal que configura su comportamiento en el poder y les lleva a «complacerse y confirmarse rodeándose de parásitos y aduladores y a rehuir la presencia de quienes sólo les hacen el caso que merecen», a extender la mediocridad, fomentar la sumisión y el amiguismo y a utilizar cualquier medio para conservar la imagen y el falso espejo trucado del poder.

Para la Junta de Gobierno de la A.E.N. debemos elegir personas sin ese afán ni esa «impotencia interior» y por tanto sin miedo al debate abierto y al trabajo en equipo, capaces de impulsar el desarrollo científico y profesional de todos nosotros y de combinar la serena reflexión de la ciencia con la «cólera» utilizada en defensa de una mejor asistencia psiquiátrica. La cólera fue elogiada por los peripatéticos como «una pasión útil» y hasta el mismo Aristóteles llamaba «estúpidos a quienes no se encolerizaban en presencia de cosas que deben producir verdadera cólera».

Ese coraje oportuno no es incompatible sino complemento del amor a la tarea de ayudar, al propósito de transformar y al deseo de saber, objetivos de los miembros de la A.E.N. que no hacen de nosotros «sabios aburridos» como los que Erasmo de Rotterdam ridiculizaba y que decía vivían siempre sobrios, pobres, tristes y severos, eran malévolos y duros consigo mismos y pesados y desagradables para los demás, estaban pálidos, macilentos y enfermizos porque habían gastado la infancia, adolescencia y la mayor parte de su vida en incesantes vigiliadas, cuidados y sudores, sin haber degustado ni un tanto de placer, canosos, viejos y huidos prematuramente de esta vida. Retrato del sabio al que la Locura le pregunta ¿por qué le importaba tanto morir si nunca había vivido?

Después de años o siglos de relativo aislamiento y masoquismo, el mundo científico y asociaciones como la nuestra deben recuperar completamente la alegría que caracterizaba el afán de saber desde sus orígenes. Nuestros deseos de ayudar, transformar y aprender no son un doloroso camino de piedras y espinas apto sólo para penitentes peregrinos o sabios ascéticos y aburridos. Una de las sentencias de los Siete Sabios de Grecia decía, que «es preciso divertirse para ocuparse después de asuntos serios», recomendación a menudo olvidada que persiste empero en la sabiduría popular de muchos pueblos y que yo he podido aprender en estos años, como tantas otras cosas, de los andaluces.

No hace un año, en Sevilla, cuando en una cena organizada por diversas instituciones y asociaciones me despedía de amigos de muchas profesiones y responsabilidades, les dije algo que ahora que por última vez me dirijo a vosotros como Presidente de la Asociación no me resisto a repetir. Decía que para ser buen psiquiatra había que amar la locura, a las personas con problemas mentales para ser buen profesional de la salud mental, del mismo modo que únicamente llega a ser buen músico aquél que ama la música. Hoy también añado que para ser buen político no hay que amar el poder sino la comunidad, como un buen poeta no precisa amar la poesía sino simplemente amar.

De Pablo Neruda, que amó con toda la tristeza y la alegría, el idealismo y el realismo que siempre el amor conlleva, voy a tomar prestadas sus palabras para finalizar las mías pidiéndooos que no digamos no puedo más con la razón al hombro, sé que no puede ser pero esto quise o que amamos lo que no son sino sueños. Es cierto que tenemos un jardín de flores que no existen. Pero, es hoy. Afortunadamente, todo el ayer se fue cayendo y mañana llegará con pasos verdes, porque puede detener el río de la aurora.

Manuel GONZALEZ DE CHAVEZ

PAGO DEL INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Proyecto de Ley de tasas sanitarias.

Boletín Oficial Núm. 16 de 22-XI-1983 (Asturias).

Presidencia de la Junta General del Principado de Asturias.

(...) El Pleno de la Junta General del Principado de Asturias, en la sesión celebrada el día 18 de noviembre de 1983, ha debatido y, en virtud de lo dispuesto en el artículo 23.1 del Estatuto de Autonomía para Asturias, ha aprobado el siguiente,

Proyecto de Ley de tasas sanitarias.

Exposición de motivos

I

Asumida por el Principado de Asturias la prestación de diversos servicios sanitarios, anteriormente competencia de la extinguida Diputación Provincial de Oviedo y de la Administración periférica del Estado, se hace preciso dictar una norma legal que venga a unificar y racionalizar el régimen de las tasas a satisfacer por los administrados como consecuencia de la utilización de los citados servicios.

A estos efectos, la presente Ley ha sido inspirada por tres criterios o principios fundamentales:

1. Adaptación de los preceptos reguladores de las tasas sanitarias a la normativa del Estado, vigente para la Comunidad Autónoma.

2. Aplicación, con carácter lo más extensivo posible y compatible con la necesidad recaudatoria, del principio de gratuidad de los servicios de promoción de la salud.

3. En aquellos casos en que el coste del servicio impide una gratuidad del mismo, al menos por el momento, adaptación de la cuantía de las tasas a los costes de prestación del servicio. (...).

(...) Respecto *al Hospital Psiquiátrico Regional* y servicios de él dependientes, la novedad más destacable que se introduce por la presente Ley, al margen de la adecuación de las tarifas a los costes actuales de prestación de servicios, viene constituida por *la expresa declaración* de responsabilidad de la Seguridad Social para el abono de los devengos que produzca la asistencia de sus asegurados en la Institución, todo ello en estricta aplicación de lo dispuesto en la Ley de la Seguridad Social y el Decreto de Asistencia Sanitaria de 16 de noviembre de 1967, cuya aplicación ha sido reconocida en numerosas resoluciones judiciales. (...).

Con apoyo de esta abundante jurisprudencia y a través de las previsiones contenidas en la presente Ley, se pretende invertir la situación actual que obliga a los afiliados de la Seguridad Social a recurrir contra la denegación de cobertura de la asistencia, defendiendo los derechos colectivos de la población asturiana, al colocar a la Seguridad Social en la tesitura de ser quien recurra ante los Tribunales, en el caso de persistir en su negativa a reconocer el derecho a la asistencia psiquiátrica.

La trascendencia de la medida es también considerable en el orden económico, al permitir que, con exclusión del coste a soportar por los pacientes exentos de pago, el servicio se financie en su totalidad, descargando así el Presupuesto del Principado de un grave esfuerzo financiero el cual, por razón de su estructura de costes, predominantemente de personal, venía acusando una línea tendencial, creciente, sin prácticamente contrapartidas de ingresos. (...).

(...) **CAPITULO II. Tasa por prestación de servicios en el Hospital Psiquiátrico Regional.**

Artículo 17. Hecho imponible.

Viene constituido por la prestación de servicios de asistencia sanitaria en el Hospital Psiquiátrico Regional.

Artículo 18. Devengo.

Se devengará la tasa cuando se utilicen los servicios o se causen las estancias que constituyen el hecho imponible.

Artículo 19. Sujétos pasivos y responsables.

1. La obligación de pago recae directamente sobre el usuario, sin perjuicio de poder ser exigida a otras personas naturales o jurídicas que, por razones legales, civiles o contractuales, resulten responsables.

2. Se exceptúa de la obligación directa a cargo del usuario aquellos supuestos en que resulte directamente obligada al pago alguna entidad en virtud de la obligación legal o contractual.

3. **A los efectos del número anterior, se declara expresamente la responsabilidad de la Seguridad Social a través del Instituto Nacional de la Salud**, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Seguridad Social y Decreto de Asistencia Sanitaria de 16 de noviembre de 1967, para el abono de los gastos de internamiento de beneficiarios de la Seguridad Social.

4. En todos los supuestos en que exista un responsable o una entidad directamente obligada al pago como consecuencia de relaciones contractuales, incluida la Seguridad Social, de obligaciones civiles o derivadas de culpa o negligencia, los sujetos pasivos tendrán, a todos los efectos, la consideración de pacientes de pago total (*).

INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL

Presidencia del Parlamento Andaluz

La Mesa del Parlamento de Andalucía, en sesión celebrada el día 29 de diciembre de 1983, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 110.2 del Reglamento de la Cámara, ha acordado la publicación en el *Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía* del Proyecto de Ley por el que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental, su envío a la Comisión de Salud y Consumo y la apertura del plazo de presentación de enmiendas.

Con arreglo a lo dispuesto en el artículo 111 del Reglamento del Parlamento de Andalucía, los señores Diputados y los Grupos Parlamentarios tienen un plazo de presentación de enmiendas al citado Proyecto de Ley de quince días hábiles a partir del día 1 de febrero de 1984.

Sevilla, 29 de diciembre de 1983.

Antonio OJEDA ESCOBAR

Presidente del Parlamento de Andalucía

Proyecto de Ley por el que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental

1. El Estatuto de Autonomía confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de Sanidad e Higiene, dentro del marco establecido por la legislación básica del Estado, con lo que impone a la Comunidad Andaluza el derecho y el deber de ordenar sus recursos sanitarios en la forma que mejor servicio puedan prestar al ciudadano.

Dentro del dispositivo sanitario, es sin duda el subsistema de Atención a la Salud Mental, uno de los que, por padecer mayores insuficiencias e inadecuaciones, requiere una dedicación preferente de los poderes públicos.

No es, por tanto, casual que la primera Ley relacionada con la Reforma Sanitaria que aprueba y promulga la Junta de Andalucía, tenga como objeto la salud mental y, concretamente, la reestructuración de los mecanismos de ordenación y gestión de los servicios psiquiátricos, aún cuando resulta evidente en el marco de la Constitución española que la solución integral de los problemas que se plantean al respecto sólo será posible cuando los Organos Centrales del Estado adopten las pertinentes medidas.

II. La ley establece la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental como el órgano encargado de coordinar, dinamizar y profundizar en la reforma del dispositivo de Atención a la Salud Mental de toda Andalucía, en la línea de adecuación a los principios de psiquiatría comunitaria, continuando una tradición ya iniciada, pese a las graves dificultades y la falta de referencias previas, por algunas Diputaciones Provinciales Andaluzas. También se determina que uno de los objetivos del Instituto, y como medio para superar la tradicional marginación que sufre la asistencia psiquiátrica, es su paulatina incardinación en el sistema general de atenciones a la salud.

(*) N.R.— El Gobierno central recurre contra la Ley de Tasas Sanitarias. El presidente del Gobierno, Felipe González, ha interpuesto recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional contra los apartados 3 y 4 del artículo 19 de la Ley 8/1983 de la Junta General del Principado, que aprobaba las tasas sanitarias en las instalaciones de la Comunidad Autónoma. El artículo impugnado por el Gobierno de la nación está referido a la responsabilidad del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) en los gastos originados por la asistencia psiquiátrica a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social. El Consejo de Gobierno del Principado, en su última reunión, acordó personarse al procedimiento y formular las correspondientes alegaciones en defensa de la constitucionalidad de la ley. La Mesa del Parlamento regional decidirá en una reunión extraordinaria convocada para el próximo martes si se persona también en el procedimiento.

De ahí que, como se explicita, el Instituto Andaluz de Salud Mental tenga preestablecida una duración limitada como organismo independiente y diferenciado.

III. Constatado por la experiencia que el marco provincial aislado ofrece importantes obstáculos para una profunda reforma de la asistencia psiquiátrica, se hace necesario que la Comunidad Autónoma Andaluza ejerza el mandato recogido en el artículo 20 de su Estatuto de Autonomía, creando el órgano administrativo capaz de impulsar y coordinar la susodicha reforma, respetando al mismo tiempo las atribuciones que le son propias a las Diputaciones Provinciales. Tal conjunción se hace posible a través de la figura jurídica del Consorcio.

La Ley responde a los principios de coordinación y dirección superior, pero también a los de descentralización y participación, hasta el extremo que establece la delegación a las Diputaciones Provinciales de todas las instituciones psiquiátricas que por el proceso de transferencias sean atribuidas a la Consejería de Salud y Consumo. Asimismo, la Consejería de Salud y Consumo delega sus competencias respecto a la salud mental en un organismo que permite su gestión compartida con las Diputaciones Provinciales.

Por último, hay que señalar que no sólo se da participación efectiva a las Diputaciones Provinciales, sino también a los profesionales y trabajadores del sector, a los usuarios y a la Universidad Andaluza, respondiendo así, cumplidamente, a lo establecido en el artículo 20, apartado 5 del Estatuto de Autonomía, sobre participación democrática de los interesados en el ejercicio de las competencias sanitarias.

CAPITULO PRIMERO

Naturaleza y funciones

Artículo 1.º

Con la denominación Instituto Andaluz de Salud Mental se constituye un organismo autónomo de carácter administrativo, sobre la base de un Consorcio entre la Junta de Andalucía y las Diputaciones Provinciales de Andalucía. Dicho consorcio gozará de personalidad jurídica propia e independiente de cada uno de los entes consorciados.

Artículo 2.º

Los fines del Instituto Andaluz de Salud Mental son los siguientes:

1. Coordinar e integrar funcionalmente todos los recursos relacionados con la Salud Mental cuya titularidad jurídica corresponda a las diferentes Administraciones Públicas de Andalucía.
2. Estimular y orientar el desarrollo cualitativo y cuantitativo de los recursos destinados a la salud mental de la población andaluza.
3. Preparar jurídica y funcionalmente la integración de los diferentes recursos públicos relacionados con la salud mental en el futuro dispositivo único y general para la salud.

Artículo 3.º

El Instituto Andaluz de Salud Mental queda adscrito a la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.

Artículo 4.º

El Instituto Andaluz de Salud Mental ejercerá las competencias que correspondan a la Consejería de Salud y Consumo en cuanto a la ordenación y coordinación sobre la materia, con excepción en todo caso de las que hagan referencia a la planificación y ordenación sanitaria generales.

Artículo 5.º

La Junta de Andalucía delegará a las Diputaciones Provinciales todos los servicios asistenciales psiquiátricos procedentes del Estado o de su Administración Institucional, con los requisitos que se contemplan en la Ley de Organización Territorial de la Comunidad Autónoma.

Artículo 6.º

Las Diputaciones Provinciales Andaluzas podrán atribuir competencias propias al Instituto Andaluz de Salud Mental cuando razones de eficacia o de economía así lo aconsejen.

Artículo 7.º

El Instituto Andaluz de Salud Mental inspirará sus actuaciones en los principios de Psiquiatría Comunitaria y articulará su dispositivo en el marco del sistema general de Atención Primaria de Salud.

Artículo 8.º

Serán funciones del Instituto Andaluz de Salud Mental:

1. La planificación, programación, organización y evaluación de todas las acciones y servicios que, directa o indirectamente, tiendan a la prevención, promoción, cuidado y restauración de la Salud Mental, en el ámbito territorial de Andalucía.

2. Las iniciativas tendentes a conseguir una mayor integración funcional y, en su caso, orgánica de todos los recursos psiquiátricos de titularidad pública en Andalucía.

3. La promoción, creación y desarrollo de nuevos servicios que sean precisos para la mejor atención a la salud mental de la población andaluza.

4. La ejecución de los estudios poblacionales precisos para conocer las actitudes relacionadas con la salud mental, los niveles de morbilidad psiquiátrica, las demandas objetivas y subjetivas y las características cualitativas y cuantitativas de los diferentes grupos de riesgo.

5. El desarrollo de los programas de formación continuada y adaptación profesional que permitan la adecuación de los recursos disponibles y por habilitar, a los contenidos y metodología operativos que se deriven de las nuevas orientaciones que adoptará el dispositivo de Salud Mental de Andalucía.

6. La elaboración y propuesta, para su aprobación por la Consejería de Salud y Consumo, de un Reglamento General de Instituciones Psiquiátricas de Andalucía.

7. La coordinación de sus actuaciones con la actividad correspondiente de la Administración Central del Estado y otros Entes públicos o privados y, de forma especial, con los responsables de la gestión de los Servicios Sociales.

8. La propuesta a la Consejería de Salud y Consumo y, a través de ésta, al Consejo de Gobierno, de pautas de normalización de criterios técnicos y de gestión, para su aplicación en todo el ámbito de la Comunidad Autónoma, que permitan ofrecer a todos los andaluces análogas posibilidades en materia de Salud Mental.

9. El asesoramiento a la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, así como a otros entes públicos o privados, sobre los diferentes aspectos relacionados con la Salud Mental.

10. La elaboración y propuesta de un Proyecto de Programa de Salud Mental para Andalucía a la Consejería de Salud y Consumo, y el control de la ejecución de dicho programa tras su aprobación por el Consejo de Gobierno.

Artículo 9.º

El Instituto Andaluz de Salud Mental tendrá su sede en Sevilla, pudiendo ser trasladada por decisión de su Consejero General a cualquier otra de las capitales de provincias andaluzas. Existirán, además, Gerencias Provinciales en cada una de las capitales andaluzas, que, asumirán en su ámbito territorial las funciones del Instituto.

CAPITULO SEGUNDO

Estructura

Artículo 10.

Los órganos de gestión, administración y asesoramiento del Instituto Andaluz de Salud Mental serán los siguientes:

1. Organos Gestores:
 - a) El Consejo General, que contará con la correspondiente Comisión Ejecutiva.
 - b) El Director Gerente.
 - c) El Consejo de Gerencia.
 - d) Los Gerentes Provinciales.
2. Organos Consultivos: El Comité de Expertos en Salud Mental.

Artículo 11.

El Consejo General del Instituto Andaluz de Salud Mental es el máximo órgano decisorio del mismo.

1. El Consejo General estará compuesto por:
 - a) Miembros designados por el Consejo de Gobierno hasta un máximo de cinco, entre los que, al menos uno, representará a la Consejería de Gobernación y otro al Departamento titular de los Servicios Sociales.
 - b) Un miembro designado por cada una de las Diputaciones Andaluzas.
 - c) Un miembro en representación de la Universidad Andaluza, designado por el procedimiento que se establezca estatutariamente.
 - d) Tres miembros en representación de los trabajadores y profesionales de las instituciones y servicios psiquiátricos coordinados por el Instituto, elegidos por el procedimiento que se establezca estatutariamente.
 - e) Dos miembros en representación de asociaciones de autocuidado y usuarios, elegidos por el procedimiento que se establezca estatutariamente.
 - f) El Director Gerente del Instituto.
 - g) El Presidente del Comité de Expertos en Salud Mental.
2. La Presidencia del Consejo General corresponderá al Viceconsejero de Salud y Consumo, y la Vicepresidencia, al Director General de Atención Primaria y Promoción de la Salud.
3. El Consejo General contará con una Comisión Ejecutiva integrada por los siguientes miembros: El Presidente, el Vicepresidente, el representante de la Consejería de Gobierno, otro de los miembros designados por el Consejo de Gobierno, tres de los miembros designados por las diputaciones, un miembro en representación de los trabajadores y profesionales, y el Director Gerente.

Artículo 12.

El Director Gerente es el responsable permanente de la ejecución de los acuerdos del Consejo General, y ostenta la alta dirección y supervisión de todas las actividades del Instituto Andaluz de Salud Mental, ante cuyo Consejo General es responsable de su organización y funcionamiento.

El Director Gerente es nombrado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a propuesta de su Consejero de Salud y Consumo, previa aceptación expresa del Consejo General del Instituto.

Artículo 13.

Dependiendo inmediatamente del Director Gerente, existirán:

1. La Unidad Económico-Administrativa.
2. La Unidad de Ordenación Asistencial.
3. La Unidad de Programación y Formación.
4. Los Gerentes Provinciales.

Artículo 14.

El Consejo de Gerencia es el órgano encargado del seguimiento de la aplicación de las directrices del Instituto en toda Andalucía, teniendo capacidad para proponer al Consejo General

para su aprobación, aquellas medidas que estime adecuadas para el mejor cumplimiento de los objetivos y funciones del Instituto.

El Consejo de Gerencia estará compuesto por:

1. El Director Gerente.
2. Los responsables de las Unidades Económico-administrativas, de Ordenación Asistencial y Programación y Formación.
3. Los Gerentes provinciales.

Artículo 15.

1. El Instituto Andaluz de Salud Mental se estructura territorialmente, en Gerencias Provinciales, en cada una de las provincias andaluzas, al frente de las cuales se encontrará un Gerente Provincial.

2. El Gerente Provincial será nombrado por la Diputación Provincial correspondiente, a propuesta de la Consejería de Salud y Consumo, y estará adscrito orgánicamente al Instituto Andaluz de Salud Mental.

Artículo 16.

El Comité de Expertos en Salud Mental es un órgano de asesoramiento, constituido por un número variable de expertos, designados y removidos libremente por el Consejero de Salud y Consumo, oído el Consejero General, quienes elegirán de entre ellos un Presidente.

CAPITULO TERCERO

Régimen de funcionamiento

Artículo 17.

La financiación del Instituto Andaluz de Salud Mental se realizará mediante los siguientes recursos:

1. La aprobación de la Junta de Andalucía a través de los créditos asignados en el Presupuesto General de la misma.
2. Las aportaciones de las Diputaciones Provinciales Andaluzas en la proporción que fije el Estatuto del Consorcio.
3. Las subvenciones y donaciones que provengan de las instituciones que colaboren con el Instituto y de otras entidades públicas o privadas o personas físicas.
4. Los ingresos procedentes de la prestación del servicio que sean de su competencia.

Artículo 18.

1. El régimen jurídico de las personas que ocupen puestos de dirección cuyo nombramiento corresponda al Consejero General será el que determine en el Estatuto del Consorcio.

2. Los funcionarios y demás personal de la Junta de Andalucía y de las Diputaciones Provinciales que se integran en la plantilla orgánica del Instituto Andaluz de Salud Mental serán considerados en servicio activo por las instituciones de procedencia, sin que la adscripción a aquél implique ninguna alteración o perjuicio en su derecho.

3. Asimismo, y en la medida que sea necesario para su correcto desenvolvimiento y adecuado cumplimiento de sus funciones, el Instituto Andaluz de Salud Mental podrá contratar personal en régimen laboral.

Artículo 19.

En la esfera de su competencia, el Instituto Andaluz de Salud Mental podrá dictar Reglamentos, de acuerdo con el procedimiento legalmente establecido.

Artículo 20.

El Instituto Andaluz de Salud Mental se regulará por la Ley de Entidades Autónomas, y de forma especial, por las disposiciones relativas a los Organismos Autónomos de carácter administrativo, hasta tanto no se dé cumplimiento a lo dispuesto en la Disposición Final Primera de la Ley 6/1983 de 21 de julio sobre Gobierno y Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

En el plazo de un mes, a partir de la promulgación de la presente Ley, se habrá de redactar el Proyecto de Estatuto del Consorcio, que determinará las particularidades y desarrollará su régimen jurídico, orgánico, funcional y financiero. Dicho Proyecto de Estatuto se elevará al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a través de su Consejero de Salud y Consumo, para su aprobación mediante Decreto.

El Proyecto de Estatuto del Consorcio será redactado por una Comisión designada por la Consejería de Salud y Consumo, de la que formarán parte representantes de las Corporaciones Provinciales interesadas. El funcionamiento de esta Comisión se regulará por las normas previstas para los órganos colegiados en la Ley de Procedimiento Administrativo.

DISPOSICION FINAL

El Instituto Andaluz de Salud Mental persistirá con entidad independiente hasta que sus competencias, funciones y recursos sean asumidos por las estructuras de un sistema general de salud, único e integrado para toda Andalucía.

Sevilla, 23 de noviembre de 1983.

Pablo RECIO ARIAS
Consejero de Salud y Consumo

COMISION DE LEGISLACION

CIRCULAR:

SITUACION ACTUAL DEL INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO

1. JUSTIFICACION JURIDICA

El Decreto de Ley sobre Internamiento Psiquiátrico de 1931 surgió para satisfacer unas necesidades muy concretas y con carácter eventual. La caída de la República y la estabilidad jurídica propia de los 40 años posteriores ha permitido su subsistencia hasta los momentos actuales, a pesar de las críticas jurídicas de los sectores con más sensibilidad social, ya que dicho Decreto permitía un internamiento involuntario que podría tener carácter indefinido sin ninguna garantía jurídica para el paciente internado. El juez quedaba reducido a una figura meramente pasiva, «de acuse de recibo», por lo que cualquier persona podía verse privada de un derecho esencial como es el de la libertad, sin tan siquiera tener la oportunidad de ser oída; lo que transforma a la persona en un mero objeto y no en el sujeto titular de derechos.

Estas y otras críticas fueron manifestadas por la doctrina que incluso consideraba dicho Decreto contrario al Fuero de los Españoles, que reconocía al menos formalmente la libertad de los mismos, por lo que aquél venía en la práctica a legalizar la detención ilegal del art.º 480 del Código Penal.

La Constitución de 1978 y el consiguiente espíritu de reforma social y legislativa, lleva al legislador a emprender las tareas pendientes desde la caída de la República, como es la Derogación del Decreto del 31, que si era antijurídico desde la perspectiva de la legislación anterior no tiene justificación al amparo del artículo 17 de la Constitución. Ello, unido a los movimientos de transformación y denuncia psiquiátricos, hizo que el legislador aprovechara la Reforma de la Ley de Tutela que trata de acomodar las Instituciones de Guarda a las

necesidades actuales para derogar el mencionado decreto y dar una norma mínima respecto al internamiento, al referirse a la incapacidad de los «enajenados», ligando al internamiento dicha incapacidad; consiguientemente no contempla otros supuestos en que sea necesario dicho internamiento, sin necesidad de promover la Incapacidad, aspecto deficitario de la Ley que necesariamente deberá ser corregido en reformas futuras, dado que no es aconsejable desde el punto de vista sanitario que todo internamiento conlleve tal limitación de la personalidad; por otra parte tampoco es ni médica ni jurídicamente aconsejable el desarrollo legislativo específico de tal supuesto (en una ley específica de Internamiento Psiquiátrico) lo que no parece conforme con el principio de igualdad de los ciudadanos frente a la ley, sino más bien su desarrollo junto con todos aquellos casos en los que deba producirse la situación de internamiento voluntario por motivos sanitarios y aceptable *únicamente con fines terapéuticos* individuales o colectivos.

2. NORMAS VIGENTES QUE ATAÑEN AL INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO

En la actualidad son las siguientes;

— Código Civil

Art.º 200. «Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma».

Art.º 202. «Corresponde promover la declaración al cónyuge o descendientes y en defecto de éstos a los ascendientes o hermanos del presunto incapaz».

Art.º 203. «El Ministerio Fiscal deberá promover la declaración si las personas mencionadas en el artículo anterior no existen o no lo hubieran solicitado. A este fin, las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal. El Juez competente, en los mismos casos, adoptará de oficio las medidas que estime necesarias, y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal, quien deberá solicitar del Juez lo que proceda, dentro del plazo de quince días».

Art.º 211. «El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que, 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 por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269, 4.º, el Juez de Oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no de internamiento».

— Código Penal

Art.º 8.1. «Están exentos de responsabilidad criminal: el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.

Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la ley sancione como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los establecimiento destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.

Cuando el Tribunal sentenciador lo estime procedente, a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, podrá sustituir el internamiento, desde un principio o durante el tratamiento, por alguna o algunas de las siguientes medidas:

- a) Sumisión a *tratamiento ambulatorio*.
- b) Privación del permiso de conducción o de la facultad de obtenerlo durante el tratamiento o por el plazo que se señale.

c) Privación de la licencia o autorización administrativa para la tenencia de armas o de la facultad de obtenerla, con intervención de las mismas durante el tratamiento o por el plazo que se señale.

d) Presentación mensual o quincenal, ante el juzgado o tribunal sentenciador, del enajenado o de la persona que legal o judicialmente tenga atribuida su guardia o custodia».

Art.º 9.1. «Son circunstancias atenuantes (de responsabilidad criminal):

Las expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números uno y tres del artículo anterior, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en dichos números. No obstante la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta fuere privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de esta última. En tales casos, la medida se cumplirá siempre antes que la pena y el período de internamiento se computará como tiempo de cumplimiento de la misma, sin perjuicio de que el Tribunal pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración en atención al buen resultado del tratamiento».

Consiguientemente, de acuerdo a las normas vigentes, los criterios de internamiento elaborados y propuestos por esta Comisión de Legislación de la A.E.N. son los especificados a continuación.

3. INTERNAMIENTO VOLUNTARIO

— No son judiciales.

— El internamiento voluntario es un contrato que realiza el usuario libremente con la Institución. Este puede ser rescindido por cualquiera de las dos partes en cualquier momento.

— Necesidad de que desde el primer momento conste en *una solicitud por escrito la voluntariedad* de internamiento.

— Es por ello que en estos casos, *no procede* la intervención ni la autorización del Juez.

— En estos casos extremos de crisis grave del paciente en que se estime preciso la continuidad de su hospitalización, se requerirá la autorización judicial en el plazo de 24 horas para mantener la hospitalización en contra de su voluntad.

4. INTERNAMIENTOS INVOLUNTARIOS

— *Todos los internamientos involuntarios son judiciales*, esto es, que deberán ser autorizados por el Juez. Se dividen en *penales* y *no penales*.

Nos ocuparemos a continuación de los internamientos involuntarios *no penales*.

— La autorización judicial viene a garantizar los derechos del usuario al que se va a privar de libertad. La necesidad de internamiento ha de ser determinada en base a criterios médico-asistenciales.

— Para proceder al alta, no se requiere autorización judicial, para todos los supuestos. *Se comunicará el alta a la autoridad judicial.*

4.1. Internamiento involuntario de urgencia.

No se precisa la previa autorización judicial pero sí deberá comunicarse al Juez Decano en el plazo de 24 horas.

4.2. Internamiento involuntario no urgente.

La autorización debe ser *previa* al internamiento.

5. INTERNAMIENTOS INVOLUNTARIOS PENALES

— Quedarán sujetos a la decisión del Juez.

— Se recomienda se proceda al diálogo con los jueces correspondientes y Director de la prisión para posibilitar acuerdos.

6. REVISION DE LOS PACIENTES DE LARGA ESTANCIA

Los pacientes institucionalizados de larga estancia han de ser considerados *VOLUNTARIOS*, tras la Derogación del Decreto del 31, salvo aquellos casos previstos en el artículo 200 del Código Civil (Reforma Código Civil en Materia de Tutela) en que se proceda a incapacitación.

COMISION DE LEGISLACION

* * *

INFORME SOBRE EL DESPIDO DEL DOCTOR MUNCHARAZ

En calidad de miembros de la Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, y designados por el presidente de la Junta Directiva de dicha asociación, los firmantes del presente Informe nos desplazamos el pasado 19 de diciembre a Santiago de Compostela para analizar la situación creada por el despido, del Sanatorio Psiquiátrico de Conjo, de uno de sus psiquiatras, el jefe clínico Dr. Ramón Muncharaz Muncharaz. A estos efectos llevábamos con nosotros el oportuno documento acreditativo, extendido por el presidente de la Asociación, quien en fechas previas había anunciado por correo nuestra visita al Presidente de la Diputación de La Coruña y al Director Médico del Sanatorio.

A lo largo de nuestra apretada jornada, tuvimos ocasión de tomar contacto con el Director Médico, Dr. Lado Romero, el psiquiatra jefe de servicio Dr. Tortajada, dos miembros del Comité de Empresa del Centro y varios médicos y trabajadores de los Servicios, además de mantener una prolongada conversación con el psiquiatra afectado. Tuvimos también acceso a diversas fuentes documentales, entre las que destacan el decreto de despido fechado el 30 de noviembre, firmado por el Gerente, el comunicado del Comité de Empresa del 3 de diciembre, firmado por su presidenta Marisa González y, sobre todo, el vídeo que registra la intervención del Dr. Muncharaz que motivó su despido disciplinario, tras deliberación y acuerdo adoptado por el Consejo de Gobierno de la Fundación Pública «Sanatorio Psiquiátrico de Conjo», en reunión celebrada un día antes.

El despido se apoya exclusivamente en dicha intervención pública del Dr. Muncharaz; el decreto de despido hace referencia expresa y única al examen detenido de dicho vídeo. El vídeo recoge un reportaje sobre la asistencia psiquiátrica en Galicia, emitido por el programa regional el 3 de noviembre. En el decreto leemos que las afirmaciones sostenidas por el Dr. Muncharaz a lo largo de tal programa son «... constitutivas de graves acusaciones al desarrollo de la labor asistencial que se dispensa en esta institución, con ataques directos hacia la gestión y la dirección que entrañan el ofrecimiento de una imagen deformada de la realidad asistencial, con desdoro y menosprecio del Centro y desprestigio de la Fundación, interpretando que dichas manifestaciones constituyen incumplimiento grave y culpable, con infracción del deber de lealtad hacia la Empresa y transgresión de la buena fe contractual y abuso de confianza en el desempeño del trabajo, contenido en el número 1 del artículo 54 y apartado 2.a) del vigente Estatuto de los Trabajadores...».

Intentaremos, a partir de los datos recogidos, ofrecer aquí un resumen conciso de nuestras observaciones, para tratar de elaborar algunas conclusiones finales. Nuestro primer contacto personal fue con el Director Médico, con quien mantuvimos un nutrido cambio de impresiones en un clima de distensión y con evidente voluntad de colaboración por su parte. En sus palabras y en su actitud era claro su esfuerzo de objetivación de los hechos, pero aún así se echaba de ver que el episodio del programa televisado no era sino el eslabón final de una larga historia de dos años de relación contractual con los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de La Coruña; en esos dos años el Dr. Muncharaz protagonizó —generalmente en solitario— varias situaciones polémicas y controvertidas, que provocaron un rechazo frontal de sus jefes inmediatos, muy especialmente del jefe de servicio del equipo del sector del Ferrol, al que el Dr. Muncharaz fue adscrito. De ordinario la tensión se generaba cuando este profesional intentaba poner en

práctica modelos asistenciales que eran vividos como radicales, faltos de realismo y a menudo con escasa apoyatura científica o cierta incompetencia profesional y humana, siempre inspiradas en una concepción quizá algo asilvestrada de los principios de Comunidad Terapéutica y en las experiencias más divulgadas de la llamada antipsiquiatría británica de los años 60 y las más recientes de la Psiquiatría Democrática italiana. Sin embargo, en ningún momento se nos invocaron actuaciones de abierta indisciplina, sino que simplemente se nos habla de un peculiar estilo de organización del trabajo personal y de equipo que, con más o menos fortuna y competencia, y siempre dentro del limitado margen de autonomía que le conferían la estructura de los Servicios y su condición de jefe clínico, chocaba ampliamente con los patrones usuales en la red asistencial que consideramos. Por todo ello, el Dr. Muncharaz fue objeto de repetidas admoniciones por parte de sus superiores clínicos, hasta que, hace aproximadamente un año, fue trasladado al equipo del Dr. Tortajada, casi podríamos decir «deportado», ya que a duras penas esta operación puede ocultar su significación de envío a un «batallón de castigo», al tratarse, a la luz de todos los testimonios que pudimos recoger, del equipo que ofrece una mayor rigidez estructural y organizativa, donde el principio de autoridad es especialmente objeto de culto y donde el natural pluralismo propio del quehacer psiquiátrico moderno tiene más claras dificultades de desarrollo.

Precisamente el Dr. Lado nos puso en contacto con el mencionado jefe de servicio Dr. Tortajada, a quien las anteriores apreciaciones van referidas sin el menor ánimo de crítica personal, y a quien agradecemos su cortés recibimiento y sus sinceras palabras. En efecto, él está en su derecho de organizar su servicio imprimiéndole su sello personal y, en todo caso, está lejos de nuestra intención y de nuestras atribuciones ofrecer sobre su Servicio una impresión crítica, pero nos parece necesario esbozar estas pinceladas descriptivas (corroboradas por el propio Dr. Tortajada en nuestra breve conversación, en un alarde de sano ejercicio autocrítico) para subrayar convenientemente el estado de marginación a que Muncharaz fue sometido, y el clima de provocador silenciamiento en que transcurría su práctica profesional en los últimos meses. El Dr. Tortajada se refirió al médico despedido en términos que apenas difieren de los expuestos por el Director, describiéndole como un profesional controvertido, contradictorio y algo inmaduro, pero no alegando contra él ninguna acusación disciplinaria o deontológica.

Tanto el Dr. Tortajada como el Dr. Lado nos dieron una impresión de cansancio y rebosamiento en relación con Muncharaz, como si se hubiesen agotado en su empeño de hacer de su colega ahora despedido un profesional más asimilable y homogéneo con el grupo, menos discordante en el panel de facultativos de los Servicios de Conjo. Ambos, especialmente el segundo, exhibieron un particular interés por demostrar la intolerabilidad de las manifestaciones de Muncharaz en T.V.E., pero repetimos que, dentro del contexto general, este episodio no representa sino la última escaramuza de toda una estrategia marginadora no exenta de contenido ideológico. El Dr. Tortajada manifestó en algún momento que él se lo había buscado.

Al expresarle nuestro deseo de tomar contacto con el Comité de Empresa, el Dr. Lado se despidió de nosotros amablemente y manifestó que no nos podía ayudar en esa gestión, que nosotros éramos muy dueños de preguntar por quien quisiéramos dentro del ámbito hospitalario, pero que él no se daba por enterado de nuestros movimientos posteriores.

Ya en el despacho en que tuvo lugar nuestro encuentro con el Comité, creímos llegado el momento de ponernos al habla con la Administración. Como quiera que nuestra llegada había sido notificada directamente al Presidente de la Diputación, fue el Excmo. Sr. Marfany Oanes a quien intentamos localizar por teléfono en primera instancia. Y allí comenzó una increíble aventura técnico-burocrática, de claras resonancias kafkianas, en buena parte protagonizada por una inmarcesible secretaria, espléndido ejemplar de cancerbero presidencial, que sería largo e inoportuno reproducir aquí, pero que dio como resultado la absoluta imposibilidad de materializar una entrevista no sólo con el Presidente de la Diputación, sino también con las otras dos figuras significativas en el caso: el Presidente de la Fundación, Sr. Durán, y el Gerente de los Servicios, Sr. Porto Anido. Tan sólo en la segunda mitad de la tarde conseguimos hablar por teléfono con este último, quien aseguró no podernos recibir por impedimentos personales, y se negó a hacer declaraciones por teléfono (no le censuramos por esto), añadiendo que estaría a nuestra disposición en su despacho en la mañana del día siguiente, aunque nosotros le advertimos que nuestras gestiones no podían prolongarse en ningún caso más allá de la jornada en curso. Entre estas dos llamadas se sucedieron repetidos e infructuosos intentos de petición de audiencia en

diversos momentos de la mañana y de la tarde. La primera alegación que se nos hizo fue que allí no se había recibido ninguna notificación, lo que fue desmentido apenas dos horas más tarde, aparte de que el Director Médico sí había recibido la carta la semana anterior, habiéndose enviado ambas cartas en la misma fecha. Luego se nos fueron intercalando obstáculos de diversa índole, desde un tono inquisitivo y desconfiado a múltiples problemas técnicos de intercomunicación telefónica (incluyendo esperas al auricular de hasta veinte minutos, o remisiones a nuevos números de la red interior...), pasando por toda clase de dificultades accidentales: reuniones, viajes, desplazamientos, etc. Lo más contundente que se nos dijo fue que, estudiado el contenido de la carta del Dr. García González, habían llegado a la conclusión de que ésta no había sido cursada a la persona ni al organismo pertinentes, por lo que le contestarían inmediatamente para que reiniciase todo el proceso (!).

Pero de toda la pequeña saga que acabamos de hilvanar sólo enumerando sus capítulos más importantes, quizá el hecho más significativo fue la «movida» que nuestra primera llamada a Presidencia provocó a nivel hospitalario: a los pocos minutos se personó el Dr. Lado en el despacho donde estábamos reunidos, presentando un contenido visiblemente crispado y mostrando su preocupación por dejar claro que él nos había recibido muy gustosamente como compañero, pero que desde su cargo directivo en ningún momento nos había encendido ninguna luz verde para abrir ninguna investigación en el Centro, y que esperaba de nosotros —no sin cierta ansiedad— que así lo haríamos constar en nuestros contactos con la Administración, lo que nos apresuramos a corroborar inequívocamente desde este Informe. Pero no terminó ahí el incidente, sino que, pasados unos minutos más, alguien nos avisó de que el Dr. Lado nos esperaba en una estancia contigua para acompañarnos a la salida; y así fue: sin perder su amabilidad personal con nosotros (ni tampoco su ansiedad) fuimos cordialmente acompañados y calurosamente despedidos en el recinto hospitalario. No hay ninguna acritud por nuestra parte hacia el Dr. Lado, pero todo esto nos dio en términos plásticos la medida del clima que allí se respiraba.

La consecuencia inmediata de todo esto fue que nuestro Informe haya quedado seriamente mutilado por la ausencia del testimonio directo de la Administración, que nos habría proporcionado unos inestimables elementos de juicio desde el punto de vista empresarial.

El Comité de Empresa se encontraba aquel día en medio de un cierto movimiento de la asamblea de trabajadores, movimiento que llevaba algunas semanas en marcha, pero que al parecer se estaba extinguiendo. Esta actividad había sido propiciada por el despido del Dr. Muncharaz y la simultánea denuncia del Comité por parte de la Dirección del Centro, alegando que el Comité había hecho públicas las circunstancias asistenciales que rodeaban las sanciones muy graves impuestas a tres trabajadores, invocando la vulneración del mismo artículo que el esgrimido en el caso del despido de Muncharaz. El comunicado emitido por el Comité acusa a la Administración de atentar contra el derecho constitucional a la libre expresión de opinión y contra los derechos sindicales de los trabajadores y sus representantes, añadiendo significativamente que «... estos hechos no son aislados, sino que están dentro del contexto de un viaje que nuestro Centro de trabajo está realizando a tiempos pretéritos».

Aquí creemos necesario hacer un punto y aparte. No podemos pronunciarnos en base a criterios científicos y profesionales suficientes sobre el estado actual de desarrollo asistencial de los Servicios de Conjo. No era ésa nuestra misión, y nuestro fugaz paso por algunas instalaciones hospitalarias no nos permite formarnos una idea cabal al respecto, por lo que sería osado por nuestra parte establecer un juicio crítico apresurado sin una visita rigurosa dirigida a este propósito y en ausencia de datos e indicadores apropiados. Pero sí podemos dar cuenta de tres aspectos de la cuestión que merecen nuestro particular interés:

1.º) El sentir general de los trabajadores (en especial los técnicos de grado medio y psiquiatras en formación) es que se está atravesando por una etapa de lenta involución asistencial, que tuvo su comienzo abrupto hace ya más de ocho años, cuando los graves conflictos acaecidos en 1975 dieron al traste con una de las experiencias de vanguardia más importantes en la historia de la asistencia psiquiátrica española. Parecen todos aceptar que el nivel asistencial que hoy se mantiene vive de las rentas producidas por la infraestructura hasta entonces desarrollada, lo que aún permite, por ejemplo, ejercer una actividad sectorial extra-hospitalaria que alcanza un «standard» muy superior a la media provincial de nuestro país. Pero no se ha dado ni un solo paso hacia adelante en los niveles de prevención primaria y promoción de

salud mental, no se ha penetrado en la Comunidad más allá de lo que permite la asistencia dispensarial, y la labor intrahospitalaria ha regresado a niveles de pura rutina dentro de un modelo estrictamente médico tradicional.

2.º) Hemos podido advertir —y así lo estiman los trabajadores en su conjunto— la cristalización de una estructura hospitalaria absolutamente piramidalizada, donde los principios de jerarquía y de autoridad priman sobre cualquier intento de participación a cualquier nivel que se considere, lo que deja a los usuarios y a los estamentos más de base en una notable precariedad en cuanto al ejercicio de sus iniciativas o sus derechos democráticos. La Administración se sitúa en el vértice, y cualquier intento técnico de introducir un aire renovador y dinamizador en los equipos es visto como un peligroso aventurismo capaz de hacer tambalear el orden institucional. Ni siquiera la Dirección Médica parece poder sustraerse a la necesidad de plegarse a los deseos de una Administración omnímoda. El sistema no ofrece un grado mínimo de permeabilidad.

3.º) Como colofón necesario, la Junta Facultativa se ha vaciado de contenido, encontrándose en situación atrofica, casi preagónica. La mayoría de los médicos han dejado de asistir a sus reuniones, dada su inoperatividad. El colectivo que debería funcionar como motor de un continuo proceso de reforma, se ha convertido en un organismo de carácter simbólico que ha perdido su identidad, que casi nadie escucha y para casi nadie sirve. En el caso del Dr. Muncharaz la Junta se reunió en varias sesiones, para limitarse a la recomendación de apertura de un expediente informativo.

Estas y otras muchas cosas inquietantes se desprendían del coloquio que mantuvimos con el Comité y trabajadores diversos de los Servicios. Su actitud hacia el Dr. Muncharaz era por cierto bien lejana a cualquier postura de defensa corporativista o sindical. De hecho, aquella misma tarde la asamblea se iba a plantear una votación para decidir una huelga de solidaridad, y no había ninguna expectativa de que la moción prosperase (como corroboramos ulteriormente). Todos distinguían perfectamente entre la trayectoria irregular y polémica del médico en cuestión y la absoluta improcedencia del despido o la insólita argumentación con que le habían dado forma; nadie dudaba que se había actuado con torpeza e inoportunidad, buscando en el programa televisado un inadecuado pretexto para eliminar de la plantilla a un técnico que les resultaba molesto, con una táctica incuestionablemente revanchista. Todos aseguraban que este suceso habría sido impensable antes de la crisis del 75, y que probablemente en aquella etapa el Dr. Muncharaz habría encontrado una estructura más abierta que le habría permitido canalizar más plausiblemente sus impulsos activistas y renovadores. En medios laboristas nadie dudaba que el fallo en Magistratura (aquel mismo día se celebraba el acto de conciliación, que lógicamente no dio ningún fruto) va a ser favorable al trabajador, pero tampoco se dudaba de que el «despido improcedente» se resolvería con una simple indemnización, sin opción posible a la recontratación.

Poco tenemos que decir de nuestro prolongado encuentro con Ramón Muncharaz, salvo que nos confirmó el cliché que nos habíamos ido formando de trabajador idealista y quizá un tanto solitario y aislado en sus planteamientos de reforma asistencial. Dejando a un lado el natural subjetivismo propio de su condición de represaliado, apreciamos en él un claro esfuerzo por analizar toda la situación en términos que se ajustasen a la realidad. No nos aportó ningún dato que no esté ya incluido en párrafos anteriores, coincidiendo con términos generales con los puntos de vista que ya hemos reflejado en nuestras observaciones.

Naturalmente, no podemos dejar de plasmar aquí alguna reflexión en torno al material del vídeo, que constituye para la Diputación el objeto formal único de su drástica reacción disciplinaria. Tras unos quince minutos de reportaje (de dudosa calidad, por cierto) sobre la asistencia psiquiátrica gallega, se abre una mesa redonda en la que participan el catedrático de Santiago, Dr. Antonio Rodríguez, el Director Médico de Conjo, Dr. Lado Romero, el Director del Ambulatorio de la Seguridad Social de Santiago, Dr. Emilio González, y el Dr. Muncharaz. Tenemos que decir de inmediato que el tono de este último en sus declaraciones nos resultó perfectamente correcto, sin que pudiésemos detectar ánimo de injuria en una sola de sus palabras. No había alusiones personales, ni descalificaciones viscerales, ni exaltación de ningún tipo. En cuanto al contenido de sus intervenciones, creemos que entra de lleno en el «fair-play» del libre juego dialéctico en una sociedad democrática; Muncharaz se refería casi todo el tiempo de sus breves alocuciones al estado de subdesarrollo de la psiquiatría gallega en general, y al referirse a La Coruña dejaba constancia de su insatisfacción por el resultado de la gestión en los

últimos años y por el rumbo marcado por la Administración, que él vea con un alto riesgo institucionalizante, ante la impasibilidad de unos equipos técnicos en buena parte adocenados y sin iniciativas renovadoras. Fue precisamente el Dr. Lado el que replicó con evidente impulsividad y nerviosismo, en una intervención a nuestro juicio inadecuadamente defensiva, haciendo una cierta apología de los Servicios en términos fundamentalmente estadísticos (absolutamente respetables en sí, pero que también necesitarían un análisis riguroso), a la que Muncharaz contestaba en términos más bien de tipo cualitativo, intentando contrastar diversos modelos teóricos. Añadiremos a continuación que en la parte del reportaje anterior a este coloquio oímos de boca de otro trabajador de Conjo un ataque directo y frontal al Director de los Servicios, ataque que a su vez nos parece perfectamente legítimo, pero que nos resulta curioso que no levantase ningún tipo de ampollas, y sí en cambio las declaraciones objeto de nuestro análisis, lo que nos reafirma de nuevo en nuestra concepción de que en el despido que nos ocupa hay motivaciones ajenas a las imputaciones alegadas.

En definitiva, la desproporción y la inadecuación de la medida fulminante tomada contra Muncharaz nos produjo verdadero estupor, y cualquier otra reacción sólo se entendería desde la psicopatología o desde la contaminación ideológica. Parece que algunas imágenes del reportaje también hirieron la sensibilidad de las altas instancias de la Fundación, y que igualmente culpaban a Muncharaz de su filmación, a través de un presunto asesoramiento, lo cual ya sería rizar el rizo y acercarse a la interpretación deliroide. En cualquier caso, si este programa es objeto de tanto rasgamiento de vestiduras, nos preguntamos si se podrá emitir un solo programa sobre asistencia psiquiátrica que no sea ditirámico y que incluya el más ligero elemento de sana crítica o autocrítica; afortunadamente no es así; hoy día se pueden ver en nuestro país programas de debate con absoluto rigor crítico, incluso con un razonable grado de acidez, sin miedo a alterar los humores de unos gestores probablemente añorantes de la autocracia y la propaganda oficialista sin mácula y sin posibilidad de réplica.

Aquí interrumpimos nuestro Informe. Pero no sin exponer unas conclusiones que sirvan de resumen de todo lo anterior.

CONCLUSIONES:

1. Creemos tener un bagaje suficiente de datos que nos permite dar una opinión calificada sobre los sucesos a que hace referencia este Informe, extendido a petición de la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría a través de su Presidente. No obstante, lamentamos profundamente las dificultades que encontramos para contactar los organismos gestores y políticos de la Fundación «Sanatorio Psiquiátrico de Conjo», que nos impide dar una visión de primera mano sobre el punto de vista empresarial.

2. Las intervenciones del Dr. Muncharaz en el programa regional gallego del pasado 3 de noviembre sobre la asistencia psiquiátrica en Galicia, entran holgadamente en los moldes de cualquier debate público, sin que de ninguna manera pueda apreciarse ningún matiz injurioso contra personas ni instituciones.

3. Consecuentemente, y coincidiendo con el comunicado del Comité de Empresa citado en estas páginas, el despido del mencionado médico vulnera ampliamente a nuestro juicio el artículo 20 de nuestra Constitución, referente a la libertad de expresión. Tal medida resultó medianamente comprensible sólo en términos positivos o de marginación ajenos a las imputaciones específicas.

4. Con independencia del libre juego laboral que permita el fallo de Magistratura, y lejos de cualquier tentación corporativista, pensamos que sólo la reincorporación del Dr. Muncharaz a los equipos de la red de Servicios de Conjo, sería coherente con el más elemental sentido de la justicia, sea cual sea el «standard» de referencia.

5. No abundamos en datos precisos, y queda fuera de nuestro cometido específico, pronunciamos sobre la calidad actual de los servicios asistenciales prestados por la Diputación de La Coruña, pero sí pudimos comprobar que el sentir general de los trabajadores es de estar asistiendo a un proceso de involución y de estar sometidos a unas estructuras a nivel de gestión donde apenas queda espacio para la participación o la crítica, moviéndose en una atmósfera general de miedo a la autoridad y a la jerarquía.

6. La decrepitud de la Junta Facultativa parece representar la ilustración más significativa del apartado anterior, particularmente la inhibición, la apatía y el ostracismo de un cuerpo médico absorbido por un quehacer cotidiano excesivamente reduccionista y empobrecido.

7. Resulta insólito que aún se produzcan en nuestro país situaciones como la reflejada en este Informe, más propias de la larga andadura de nuestro pueblo anterior al actual estado de derecho, cuando el ejercicio de las libertades formales del ciudadano constituía aún un arcano por cuya conquista había que luchar cada día. Parece que algunos titulares del poder no pueden evitar caer en recalcitrantes atavismos...

Fdo. Javier MONTOTO

Fdo. J. Manuel SUSPARREGUI

* * *

Los abajo firmantes, profesionales de Salud Mental con ejercicio en Asturias, enterados del despido del Dr. D. JOSE RAMON MUNCHARAZ MUNCHARAZ, del Sanatorio Psiquiátrico de Conjo, como consecuencia de haber participado conjuntamente con otros profesionales, en un programa organizado por TVG sobre la psiquiatría en Galicia, así como de las denuncias formuladas contra el Comité de Empresa de ese Centro por haber hecho manifestaciones en torno a las circunstancias asistenciales del citado Centro, manifiestan lo siguiente:

a) Entendemos que en el primer caso atenta contra el Derecho Constitucional en la libre exposición de opiniones y en el segundo contra la libertad de opinión y los derechos sindicales de los trabajadores y de sus representantes legales.

b) En consecuencia, pedimos al Presidente de la Excm. Diputación de La Coruña que intervenga para anular, en primera instancia, la sanción impuesta e impedir, finalmente, se repitan estos hechos inconcebibles dentro de un Estado Democrático.

En Oviedo, a diez de Diciembre de mil novecientos ochenta y tres.

José Manuel PIÑEIRO y 39 firmas más.

* * *

El Consejo de Gobierno de la Fundación Pública «SANATORIO PSIQUIATRICO DE CONJO», en reunión celebrada el día veintinueve de noviembre de mil novecientos ochenta y tres, después de examinar detenidamente el vídeo del reportaje emitido el día tres de noviembre del corriente año en el Programa Regional de Televisión Española sobre el Sanatorio Psiquiátrico de Conjo, que finalizó con una Mesa Redonda en la que participó, entre otros Médicos, el Jefe Clínico de este Centro DON JOSE RAMON MUNCHARAZ MUNCHARAZ, y a la vista de las afirmaciones sostenidas por el mismo a lo largo de tal programa, constitutivas de graves acusaciones al desarrollo de la labor asistencial que se dispensa en esta Institución, con ataques directos hacia la gestión y dirección que entrañan el ofrecimiento de una imagen deformada de la realidad asistencial de cara a la opinión pública con desdoro y menosprecio del Centro en el que presta sus servicios y desprestigio de la Fundación, interpretando que tales manifestaciones públicas vertidas por el citado Médico constituyen incumplimiento grave y culpable, con infracción del deber de lealtad hacia la Empresa y transgresión de la buena fe contractual y abuso de confianza en el desempeño del trabajo, contenido en el número 1 del artículo 54, y apartado 2.a) del vigente Estatuto de los Trabajadores, ha adoptado el acuerdo de proceder a la extinción de su contrato de trabajo mediante imposición de la sanción de DESPIDO DISCIPLINARIO, con efectos a partir del día de hoy, treinta de noviembre de mil novecientos ochenta y tres.

Lo que, en ejecución del referido acuerdo, le participo para su conocimiento y efectos, debiendo significarle que tal sanción es revisable ante la Magistratura Provincial de Trabajo, previa conciliación ante el Instituto de Mediación, Arbitraje y Conciliación, en término de VEINTE DIAS...

De la presente comunicación sírvase acusar recibo firmando su duplicado.

EL GERENTE

LA VOZ DE GALICIA (24-II-84)

Magistratura consideró improcedente el despido de Muncharaz del Sanatorio de Conjo

Santiago (Redacción). Magistratura ha considerado que el despido del doctor Ramón Muncharaz es improcedente, por lo que en estos momentos la Fundación del Sanatorio Psiquiátrico de Conjo tendrá que optar por su readmisión en el centro o bien por indemnizarle, según estipula la ley. Enrique Aller, abogado del psiquiatra despedido, que había solicitado en el juicio la consideración de despido, «nulo radical» en base a que se ha atentado contra un precepto constitucional, precisó que el recurso a la sentencia depende de la actitud del centro. El fallo no ha constituido sorpresa alguna si se considera el informe elaborado por la comisión de asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría que el pasado día 19 de diciembre giró una visita al sanatorio Psiquiátrico de Conjo.

ASOCIACION GALEGA DE NEUROPSIQUIATRIA

El día 14-II-1983 se celebró la primera jornada del curso sobre «los delirios», organizado entre la Cátedra Lafora-Mira y la Comisión de Docencia del Hospital Psiquiátrico «Rebullón». Hubo una asistencia importante de profesionales de casi todos los hospitales públicos de Galicia, así como del sector privado. Los temas se desarrollaron todos por la mañana, ya que la tarde se dedicó a una reunión asamblearia en la cual se formó una gestora para redactar los estatutos y convocar una asamblea constituyente de la Asociación Galega de Neuropsiquiatría, federada a la A.E.N.

Dicha gestora está formada por:

José M. García de la Villa.
Vicente Merino Garrido.
Víctor Pedreira Crespo.
Santiago Lamas Crego.
Alfonso González Mateos.
Fernando Márquez Gallego.
M.^a Dolores Domínguez Santos.
Manuel Vale Porbeu

H.P. Rebullón (Vigo).
H.P. Conjo (Santiago de Compos).
Sala de Ps. H. Prov. Pontevedra.
H.P. Toén (Orense).
Amb. Insalud (Pontevedra).
Amb. El Ferrol.
H.G.G. Servicio Ps. Infantil.
MBR (Conjo).

* * *

La Asociación Española de Neuropsiquiatría a través de la Cátedra Lafora-Mira, y en colaboración con la Comisión de Docencia del Hospital Psiquiátrico «Rebullón», organizó un curso sobre «Los Delirios», en el cual participarían los profesionales de tres hospitales psiquiátricos gallegos: Conjo, Rebullón y Toén, además de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Galega. El 14-12-83 se realizó la Primera Jornada en el «Rebullón» con la asistencia de más de 70 profesionales de la Salud Mental de toda Galicia.

En el día de hoy estaba prevista la celebración en Conjo de la 2.^a Jornada Científica, pero minutos antes de comenzar el acto previsto, el director en funciones de Conjo, Dr. Tortajada, nos informa que el Sr. Gerente de la Fundación no autoriza la entrada en las instalaciones del Sanatorio, excepto al Salón de Actos, a las personas que en su día fueron despedidas de Conjo (incluidas las del año 1975), así como la no autorización expresa para asistir al acto, del personal no médico del Sanatorio, que en ese momento se encontraba de servicio, todo esto por razones de régimen interior, exhibidas por el Sr. Gerente.

Ante estos condicionamientos se propuso a los presentes la celebración o no del acto previsto, llegándose por votación mayoritaria, (sin ningún voto en contra), a la decisión de suspender el mismo, hasta que se dieran las condiciones mínimas objetivas para que pudiera tener lugar.

Por ello los organizadores efectivos de estas Jornadas, Drs. Angosto y García, después de una entrevista con el Sr. Gerente del Centro, el cual se ratificó en la prohibición arriba mencionada, quieren hacer constar:

1. No es posible hacer una buena asistencia psiquiátrica, sin que se facilite a los trabajadores el acceso a todas las actividades docentes, aunque se encuentren dentro del horario laboral y siempre que queden los servicios mínimos cubiertos.

2. Que lo que pudo ser un motivo de reunión e intercambio de conocimientos científicos en pro de una asistencia psiquiátrica más cualificada y digna (tarea en la cual tanto la Asociación Española de Neuropsiquiatría como los T.S.M. estamos comprometidos) fue impedido por la actitud personalista y poco conciliadora de los responsables del S. Ps. de Conjo.

Dr. Manuel GARCIA
Miembro de la Comisión de
Docencia del H. P. Rebullón.

Dr. Tiburcio ANGOSTO
Miembro de la Comisión de
Docencia de la A.E.N.

* * *

INFORMES DE LA ASOCIACION ANDALUZA DE NEUROPSIQUIATRIA

El día 4 de febrero se celebró una nueva reunión de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, la tercera que se realiza tras la Asamblea constituyente (las anteriores tuvieron lugar en Almería y Sevilla aunque antes de la Constitución formal de la Asociación —en las jornadas de Jaén de 1982— se habían producido reuniones similares en Jaén, Málaga, Cádiz, Sevilla y Huelva).

Participaron asociados de todas las provincias andaluzas, excepto Almería, y por primera vez el acto tuvo lugar en un local diferente, en la Facultad de Medicina (todas las demás se habían realizado en el Hospital Psiquiátrico correspondiente).

En primer lugar el profesor Castilla del Pino dictó una conferencia sobre «estructura y dinámica de las alucinaciones». A continuación el profesor Valls expuso el borrador del proyecto de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de Córdoba, que fue objeto de un animado debate posterior.

En el mismo se subrayó el interés de un proyecto en el que, desde el principio, están implicados la Diputación, el Ayuntamiento de la ciudad, el Dispensario y la Facultad de Medicina, que parte de una reflexión sobre años de trabajo del Dispensario y que desarrolla fundamentalmente el dispositivo extrahospitalario.

Los otros aspectos sobre los que más se insistió fueron, por un lado la conveniencia de ampliar la participación en la elaboración del proyecto a los profesionales de los diversos servicios comprendidos en el mismo, y por otro el lugar del Hospital Psiquiátrico Provincial en la Reforma, y las previsibles dificultades en la transformación del mismo.

Finalizado el debate, los asistentes a la reunión fuimos recibidos y obsequiados por la Excm. Diputación Provincial Cordobesa (hemos de insistir en el agradecimiento tanto a esta Institución como a la Facultad de Medicina por las atenciones que nos dispensaron), y por la tarde, de nuevo en la Facultad de Medicina, tuvo lugar la Asamblea de la Asociación. El Presidente dio cuenta de las gestiones de la Junta Directiva desde la anterior Asamblea, y de las relaciones y actividades desarrolladas con la Asociación para la defensa de la Sanidad Pública, Coordinadora de Auxiliares Psiquiátricos y Junta de Andalucía. Este último apartado ocupó casi toda la discusión, informándose y debatiendo ampliamente el proyecto de creación del INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (La Asociación participa como tal en la comisión redactora del Estatuto del futuro Instituto y el presidente es miembro del comité de expertos). Se informó asimismo de la reunión de la Junta Directiva de la Asociación Española y de las tareas de sus diversas comisiones. Por último se informó de algunos cambios e incidentes ocurridos en Cádiz y Sevilla.

Se propuso, por fin, Granada como lugar de la próxima reunión, durante el mes de abril.

Huelva, 14 de febrero de 1984.

Onésimo GONZALEZ ALVAREZ
Presidente de la A.A. de Neuropsiquiatría

Huelva, 10 de febrero de 1984

Deseamos expresarle la consternación que nos ha producido el conocimiento de la actitud del Grupo Socialista del Parlamento Andaluz al oponerse e impedir la creación de una comisión de investigación sobre la situación de los centros psiquiátricos en Andalucía.

1) Con dicha actitud los socialistas andaluces se convierten objetivamente en partícipes de las fuerzas e intereses que mantienen muchas de nuestras instituciones psiquiátricas en un nivel de organización y funcionamiento típicamente manicomial, y se hurta a los representantes del pueblo el derecho y el deber que tienen de conocerlo y corregirlo.

2) Salvo en provincias en que se han iniciado y se mantienen a duras penas tímidas reformas (Málaga, Huelva, Almería, por ejemplo) en otras persiste el manicomio en su expresión más arcaica y brutal, con implicaciones que desbordan ampliamente el marco sanitario:

2-1) Persiste el hecho, calificado por destacados juristas como pavoroso, de la privación de libertad de centenares de personas sin ninguna clase de garantía jurídica. Esta situación, así calificada antes de la promulgación de la Constitución, constituye desde entonces una sistemática y masiva conculcación de los derechos y libertades contenidas en el título I de la misma. En este mismo plano, de las implicaciones jurídicas, ha sido reiteradamente denunciada la situación de los pacientes denominados judiciales, tanto en lo que se refiere a la violencia y limitaciones de que son objeto, como a la imposición a las instituciones y a su personal de funciones que no les son propias (control y custodia de los mismos).

2-2) Reiteradamente ha sido denunciada la aberración de uso de los Hospitales Psiquiátricos como espacios de custodia de ancianos, retrasados mentales y otras formas de marginados y desviados sociales, identificados exclusivamente por su condición de pobres, y cuya permanencia en los psiquiátricos carece absolutamente de justificación médica.

2-3) También, reiteradamente, se ha venido denunciando las carencias y limitaciones en que se desenvuelve la actividad de tales instituciones y que se refieren tanto a limitaciones materiales, de espacio, hábitat y confortabilidad; escasez, falta de profesionalización y falta de dedicación al personal, así como su propia estructura social, jerárquica y autoritaria, generadora de un clima de violencia y coerción institucional, que se descarga en último término sobre los asilados y es fuente continua de enfermedad y sufrimiento psicológico. Los tímidos intentos reformistas señalados más atrás han demostrado que es posible aquí y ahora modificar esas situaciones.

3) Desde el punto de vista estrictamente sanitario, la actitud del Grupo Parlamentario Socialista cuestiona la efectividad de la política de Salud Mental de la Junta, al marcar el límite del INSTITUTO ANDALUZ DE LA SALUD MENTAL (I.A.S.M.), que quedaría como un aparato tecno-burocrático, de fachada, sin asumir la transformación del manicomio en el que, por lo visto, se sigue sin poder entrar.

4) Desde un punto de vista político la actitud del Grupo Parlamentario Socialista es reveladora:

4-1) De su opción por la persistencia del manicomio, como necesidad de su política económica. Las consecuencias de la misma (paro, empobrecimiento de las capas populares) hacen necesaria la persistencia de espacios de contención y control del número creciente de marginados y desviados. Va a persistir el manicomio porque la función que históricamente ha venido cumpliendo sigue siendo necesaria en la actual coyuntura.

4-2) Hasta hace poco tiempo habíamos criticado a las administraciones socialistas por la escasa energía y la ambigüedad que habían demostrado en las reformas psiquiátricas (de Málaga, Jaén o Sevilla por ejemplo). Ahora no existe ambigüedad. Han optado claramente por la persistencia del manicomio y se han aliado a las fuerzas que lo mantienen.

5) Desearíamos estar equivocados, y aceptaríamos públicamente nuestro error si se constituye la referida comisión parlamentaria para que los representantes del pueblo, con los asesoramientos técnico-sanitarios y jurídicos precisos, analicen la situación de nuestros manicomios, los valores en sus diversos aspectos (jurídicos, sociales, sanitarios) y comiencen a imponer las reformas que están pidiendo a gritos.

6) Hace tiempo, y respondiendo a invitación de la Consejería de Salud, venimos colaborando en la comisión redactora de los estatutos del I.A.S.M. y en su comité de expertos. Creemos que en dicha consejería existe auténtica voluntad transformadora, y que el I.A.S.M. puede ser un instrumento útil en ese sentido. Sin embargo, la actitud del Grupo Socialista puede dar al traste con la operatividad del

Instituto y a nosotros nos hace replantearnos seriamente la participación en el mismo, si políticamente se le condena al fracaso antes de nacer.

Onésimo GONZALEZ ALVAREZ
Presidente

INFORME SOBRE LA VISITA DE LOS REPRESENTANTES DE LA ASOCIACION ANDALUZA DE NEUROPSIQUIATRIA AL HOSPITAL PSIQUIATRICO «LOS PRADOS» DE JAEN

El día tres de noviembre en representación de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría y a petición de la Fundación Pública Miguel Servet de Jaén, asistimos en el Hospital Psiquiátrico «Los Prados» a un encuentro con los responsables de la asistencia psiquiátrica de la fundación y miembros de otras asociaciones, estuvieron presentes:

- D. ARTURO AZORIT CAÑIZARES,
Presidente de la Fundación.
- D. JUAN ANTONIO HERNANDEZ,
Gerente de la Fundación.
- D. MANUEL BELLIDO BARRANCO,
Director de los Servicios Psiquiátricos.
- D. JOSE LUIS ROBLES MARTIN,
por el Colegio de Médicos. Jaén.
- D. ANTONIO HIGUERAS ARANDA,
Asociación para la Defensa de la Salud Pública. Jaén.
- D. FERNANDO CAVALEIRO FABEIRO,
Sociedad Española de Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Madrid.
- D. RAFAEL NAVARRO PICHARDO,
Sociedad Andaluza de Psiquiatría. Granada.
- D. FERNANDO JIMENEZ GARCIA,
Sociedad Andaluza de Psiquiatría. Granada.
- D. ANTONIO RODRIGUEZ PEREZ,
Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.
- D. JUAN ANTONIO FERNANDEZ SANABRIA,
Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.
- D. JOSE FABREGAS POVEDA,
Asociación Española de Neuropsiquiatría. Barcelona.

Tomó la palabra el Presidente de la Fundación, que agradeció su asistencia a los presentes y nos solicitó «por favor» que centráramos la reunión en la exposición y debate de los actuales planes asistenciales de los servicios psiquiátricos. Como muestra de voluntad dialogante, aceptamos dicho planteamiento inicial, pero señalamos posteriormente, que nuestra visita conllevaba necesariamente plantear el tema del cese del anterior Director de los Servicios Psiquiátricos, Dr. D. Enrique González Duro.

El Dr. Bellido, expuso verbalmente los logros y la situación actual en la que se encontraba la reforma psiquiátrica emprendida dos años antes y que en resumen había supuesto, la reducción de 640 pacientes internados a 460, la creación de 9 dispensarios sectorizados en la provincia y la duplicación del número de técnicos contratados.

PLAN ACTUAL:

- En una primera fase, hasta junio del 84, se dispondría de un servicio de admisión (Unidad de Agudos) con 50 camas en la séptima planta del Hospital General adjunto que asimismo depende de

la Fundación y que tiene concierto económico con la S.S., actualmente se atienden unos 60 pacientes agudos como media de ocupación, este servicio tendría su propio equipo asistencial.

Los pacientes crónicos con perspectivas de reintegración social, ocuparían el edificio previsto inicialmente para la Escuela de Enfermería. Tendría una capacidad de unas 110 camas, con un equipo formado por un psiquiatra, dos psicólogos, una asistente social y cuidadores psiquiátricos. En estas instalaciones estarían ubicadas asimismo las consultas externas, grupos, laborterapias, terapia ocupacional, juegos, deportes, etc. Y habría posteriormente una orientación de los pacientes hacia talleres y hogares protegidos.

Otros 250 pacientes, seniles, oligofrénicos y defectuales continuarían en el Sanatorio de «Los Prados» con una menor dotación técnica y de personal.

Se continuaría el trabajo en los nueve dispensarios, que se agruparían en tres subcomarcas sanitarias generales y tres equipos extrahospitalarios propios.

A partir de junio del 84, segunda fase del plan, se dotarían estos tres centros subcomarcales con un Hospital de día cada uno y se crearía un equipo infantil intersectorial.

Todos los servicios expuestos quedarían coordinados entre sí, a través de reuniones interequipos coordinadas por la Dirección.

NUESTRA OPINION:

Se perpetúa a través de una infraestructura mejorada, la tradicional división de pacientes en agudos, crónicos y residuales. Que con instalaciones y equipos independientes, entendemos que generarán nuevos crónicos y residuales institucionales, ya que de entrada estos dos últimos servicios quedarían abiertos a nuevos ingresos.

Entendemos que no se ha hecho ningún esfuerzo en imaginación y dedicación, para al menos, acercarse al principio de la continuidad asistencial de los equipos, dado un sector geográfico.

Los equipos de los dispensarios estarían desconectados prácticamente, salvo las reuniones de coordinación, de las tareas hospitalarias de asistencia a agudos, rehabilitación de crónicos y residuales.

Consideramos la tarea asignada a los dispensarios como una fuga hacia adelante en el trabajo comunitario, sin tener en cuenta, en una primera fase, el esfuerzo aún pendiente en la rehabilitación de crónicos, lo que haría desaparecer toda una serie de reductos manicomiales que persistirían con los actuales planes expuestos (unidades de crónicos y residuales).

Consideramos aceptable la ubicación de la unidad de agudos en el Hospital Provincial, pero consideramos por las informaciones que tenemos, que la S. Social no se va a hacer cargo del pago de las camas psiquiátricas, con lo que ya cuenta la Gerencia de la Fundación, y los pacientes ingresados en ella, pueden verse sometidos por presiones ambientales y económicas, a técnicas compulsivas «puesta a punto» o bien a su paso a la unidad de rehabilitación y larga estancia.

Con respecto a la unidad de rehabilitación y larga estancia, con unas 110 camas, nos parece bien la mejora de instalaciones y medios materiales, pero inadecuado que el plan no insista en su desaparición o al menos reducción y por consiguiente no lo dote del personal técnico suficiente para llevar esta tarea a cabo.

Por último, hacer notar que sin la implicación mayoritaria del personal en cualquier proyecto de transformación asistencial, este no es viable. Compromiso que dudamos exista en este caso dado el malestar generado, por las formas de recesión del contrato del anterior Director.

NUESTRA PROPUESTA:

Insistiendo en una mejor atención de lo que son las actuales competencias de las Diputaciones, creemos que en una primera fase y contando ya con una sectorización de la población y de los recursos, debe irse de forma prioritaria y decidida a acabar con los restos de situaciones vergonzantes y manicomiales que persisten en cualquier dispositivo asistencial.

Consideramos indispensable el criterio de continuidad asistencial para cualquier planteamiento de trabajo sectorizado. No pudiendo ser este principio sustituido por ningún tipo de reuniones de coordinación-información.

Las unidades oligo-geriátricas y residuales, deben estar al margen del dispositivo asistencial psiquiátrico y sólo ser atendidos por este a nivel consultante. Si no fuera esto posible, deben estar cerradas a nuevos ingresos procedentes de los servicios psiquiátricos o del exterior.

-Los dispensarios, una vez dada cobertura a la externalización de crónicos, deben ir de forma progresiva, implicándose en tareas más complejas de orden comunitario.

Con respecto a la unidad de agudos en los hospitales generales, nos remitimos a lo anteriormente dicho, sólo añadir que una 7.ª planta, por la altura y el aislamiento que implica, obviamente no es el lugar más idóneo para un Servicio Psiquiátrico, cuando además las zonas bajas se encuentran rodeadas de amplios y agradables jardines.

CASO GONZALEZ DURO:

Lo primero que señalamos es la diferencia que para nosotros existe entre un cese por desconfianza política y un cese por descalificación profesional. Se nos informó, que la causa última del cese fue la pérdida de la confianza política, pero ello hubiera exigido un acuerdo amistoso por ambas partes y al no darse se optó por la descalificación técnica. Pedimos los informes de los peritos de reconocido prestigio a los que se hacía alusión en la carta de despido y se nos respondió que eran de carácter confidencial.

Consideramos inadecuado el procedimiento por el que se ha llegado al cese del Dr. Enrique González Duro. Y las circunstancias de su cese, entendemos, que han dado lugar a que la Fundación sea la responsable de los Servicios, necesite dotarse de un nuevo plan asistencial que justifique el cambio en las personas, pero a nuestro juicio, esto no es el mejor mecanismo para la elaboración de nuevos planes asistenciales.

Reconocemos el esfuerzo que la Excm. Diputación Provincial de Jaén, está haciendo desde hace tres años por la reforma de la asistencia psiquiátrica, creemos que esa voluntad persiste en la actualidad, pero dudamos que el actual plan recoja adecuadamente este esfuerzo.

RESEAU INTERNATIONAL D'ALTERNATIVE A LA PSICHIATRIE

RECOMENDACIONES A LOS RESPONSABLES DE LA POLITICA PARA LA SALUD MENTAL

Los países de la CEE presentan diferencias muy importantes en lo que concierne a la política, a la práctica y la legislación en el campo de la salud mental.

A pesar de los incontestables progresos y experiencias realizados en estos últimos años, dominan todavía los aspectos arcaicos y segregadores de la asistencia psiquiátrica.

Es necesario subrayar que en Europa cerca de un millón de personas se recuperan en Instituciones Psiquiátricas.

La mayor parte de los países de la Comunidad Europea disponen aún de legislaciones específicas de internamiento.

En tales legislaciones los estatutos de excepción ponen en juego reglas de policía y fuertes riesgos de arbitrariedad.

En particular este tipo de leyes prevé estructuras especializadas que en su mayor parte se comparan a los campos de concentración y que como fuere, y a pesar de los progresos de la psiquiatría, presentan normalmente aspectos totalitarios, desocializadores, despersonalizadores y degradantes. Se puede constatar que en cierto número de países, los hospitales psiquiátricos arcaicos y totalitarios se transforman de diversas maneras.

A través de numerosas experiencias se ha demostrado no obstante, claramente, que ciertamente no es suficiente reducir el número de camas de los hospitales para realizar una efectiva superación de la psiquiatría.

Es igualmente importante constatar que habitualmente este proceso de modernización no elimina en nada el hecho de que el circuito psiquiátrico continúa centralizado en el hospital psiquiátrico.

Igualmente es verdad, que con frecuencia estos procesos de cambio deben ser evaluados, en la medida en que sabemos convertirnos fuertemente en críticos de la lógica manicomial.

Esperamos que el Parlamento Europeo invite a los países miembros a promover una política de salud mental, que camine hacia la superación de tales estructuras, en favor de respuestas estructurales, y las organice en el sentido de una reinserción social de las personas.

Es igualmente importante subrayar que los mismos conceptos de enfermedad y tratamiento en lo que concierne a la mayor parte de comportamientos sociales, incluidos en el campo psiquiátrico, no encuentran consenso en el interior de la misma profesión psiquiátrica y encubren una falta de rigor semántico, nosológico y epistemológico.

Se puede discutir la necesidad en ciertos casos de limitar las acciones de un individuo por un conjunto de razones de orden social, pero es de desechar siempre una relación de ecuación entre constrictión (social, física, química) y tratamiento médico, siendo la una y la otra contradictorias entre ellas.

La política y la legislación están frecuentemente en contradicción con el respeto de los derechos del hombre y del ciudadano, en la medida en que excluyen del derecho común a las personas acusadas.

Además, en la actual coyuntura de crisis económica la pobreza y la pauperización marginan nuevas categorías de población y favorecen intervenciones asistenciales y/o psiquiátricas, que acentúan las situaciones de exclusión y de dependencia.

Es importante que las instituciones comunitarias y los responsables nacionales de la política de salud mental intervengan trabajando en la armonización de principios de base a respetar:

- a) *sobre la legislación en el caso de la salud mental.*
- b) *sobre organización de los Servicios de Salud Mental:*

Consecuentemente se solicita al Parlamento Europeo que:

- Tome en consideración y haga adoptar las recomendaciones siguientes a los responsables nacionales de la política de la salud mental.
- Nombre en su interior una comisión encargada de promover estas recomendaciones y que continúe su desarrollo.

A) Sobre la organización de los servicios para la salud mental.

Existen actualmente modalidades heterogéneas fuertemente contradictorias de organización en los servicios para la tutela de la salud mental en los diversos países.

Parece oportuno, corregir las más importantes disfunciones y los aspectos superados de la actual conciencia civil, trabajar en el mejoramiento y homogeneización de los servicios basándose en los siguientes principios:

1. Superación efectiva de las estructuras manicomiales y en general de las instituciones de recuperación donde se concentran las personas con dificultad.
2. Superación de las instituciones manicomiales no debe en algún modo significar la superación burocrática-administrativa en relación a las personas que aún *se encuentran internadas* y el consiguiente abandono de las personas en dificultad (actitud a analizar del abandono registrado hasta ahora dentro de estas instituciones), sino que significa encontrar y realizar con pleno sentido de responsabilidad y solidaridad las respuestas humanas adecuadas a las necesidades de las personas en dificultad.
3. Para tales fines se necesita promover:
 - a) Soluciones habituales que promueven la autonomía individual y de pequeño grupo y la integración en el ambiente social circundante.
 - b) La formación cultural profesional y la integración en el mundo del trabajo, a través del desarrollo y el sostén de la potencialidad y capacidad de la persona en un contexto no marginante y capaz de valorizar el aporte específico de la persona en dificultad.
 - c) Una toma de responsabilidad polivalente de las necesidades de las personas en dificultad con el fin de superar las formas fragmentadas y demasiado especializadas de la práctica y de los servicios.
 - d) El sostén económico, basado en el principio del «mínimo vital» para todos, que lleve a la superación del sistema de los subsidios donados generosamente a categorías singulares de enfermedades como tales.

- e) El sostén social a través de la integración en actividades que se dirijan a toda la comunidad y no reservadas exclusivamente a categorías de asistencia, de modo que facilite el contacto y los intercambios entre personas con diversas problemáticas.
- f) La promoción de asociaciones e iniciativas de lucha contra los fenómenos de marginación social y para el desarrollo de formas de vida sociales basadas en la solidaridad, la ayuda mutua, la gestión comunitaria de los problemas y de los conflictos.
- g) El sostén psicológico específico y sanatorio a través del desarrollo de los servicios territoriales caracterizados por: una toma de responsabilidad polivalente es decir, directa (a través de la capacidad profesional específica) e indirecta (a través de la activación de los recursos terapéuticos y solidarios presentes en la comunidad).
- h) La disponibilidad de intervenir no sólo en forma ambulatorial sino también a domicilio, sobre puestos de trabajo, en las escuelas y en la comunidad.
- i) La unión e integración entre el trabajo para una salud mental y los otros aspectos del trabajo socio-sanitario de base.
- j) Medidas de prevención y rehabilitación en el campo de la salud mental a través de:
 - Empeño contra los fenómenos desintegradores de la vida social.
 - Promoción de iniciativas que faciliten el encuentro, los intercambios, y las buenas relaciones en la comunidad.
 - Valoración de los recursos de las culturas locales.
 - Participación de los utenti (usuarios) y formas de control democrático en la programación y gestión de los Servicios para la salud mental.

B) Sobre la legislación:

1. Es necesario superar los aspectos represivos y segregadores referidos de forma particular a los sujetos portadores de trastornos mentales y de formas de malestar psíquico, aunque puedan comportar aspectos que algunos consideran asociables a cuestiones de peligrosidad social.
2. Cada delito, aunque cometido bajo el impulso de un trastorno mental debe incluirse, en general, en el derecho común y en el principio de responsabilidad civil y penal.
3. Es necesario asegurar y hacer respetar los derechos civiles de los pacientes que se encuentran en dificultad de hacerse valer.
Debe ser garantizado, el derecho de los pacientes, una cura y asistencia adecuada.
4. La homogeneización de los textos legislativos y de los reglamentos referidos a la salud mental debe comportar la supresión de las leyes que se asocien a peligrosidad, irresponsabilidad penal, y alienación mental; comportando respuestas de orden público a problemas psiquiátricos.
5. Es prioritario favorecer en lo que concierne a la práctica de los servicios psiquiátricos y socio-sanitarios las relaciones de solidaridad, la búsqueda de la aprobación de los usuarios (utenti), asegurar las condiciones de información sobre los métodos de cura, sobre los derechos y la buena cualidad de las relaciones humanas.

La obligación de tratamiento debe ser considerada siempre como una medida excepcional y una norma a evitar.

6. La obligación de tratamiento no debe nunca restringir los derechos civiles de los pacientes y, particularmente, debe ser, en estos casos, salvaguardada la posibilidad del paciente de comunicarse con quien desee y de utilizar el consejo por parte de abogados, médicos y otros expertos de su elección.
La libertad de movimientos de los pacientes debe ser reducida lo menos posible.

7. La obligación de tratamiento no debe sustituirse por ayudas o intervenciones que los diferentes servicios competentes deben a las personas que por razones físicas o psíquicas no pueden proveerse de sus necesidades.
8. La obligación de tratamiento puede determinarse sólo después que se han activado e intentado todas las otras posibilidades. Deben llevarse a cabo todos los esfuerzos posibles, de cara a que el tratamiento tenga una duración lo más breve posible. La obligación de tratamiento termina automáticamente en el momento en el cual se alcanza el consentimiento del paciente, consentimiento que debe ser buscado durante toda la duración del tratamiento mismo, y obviamente, sobre todo antes de que sea decidido.
La obligación de tratamiento debe ser decidida por los magistrados y/o por una autoridad electiva local.
Se deben prever precisas garantías jurídicas durante toda la duración del tratamiento.
9. La obligación de tratamiento debe ser decidida, exclusivamente referida a los criterios de salud de la persona, los demás criterios de referencia (*) deben ser excluidos.
10. Es necesario crear las condiciones para hacer que la cura obligatoria no sea llevada más a cabo en hospitales psiquiátricos, ni en ninguna otra estructura que *esté reservada solamente a ésto*.
Esto estaría en contradicción con la posible utilización de otros recursos de asistencia (el domicilio, apartamentos comunitarios, centros de crisis, centros de salud mental, etc...) que se han revelado más eficaces en el plano técnico, más humanos y no más costosos cuando se realizan a través de la reconversión de los recursos destinados a instituciones de internamiento.
11. Las disposiciones relacionadas con la obligación de tratamiento deben sustituir integralmente los dispositivos urgentes referidos a las medidas de internamiento y coacción en instituciones especializadas.
12. Es necesario tender a eliminar las especulaciones con fines lucrativos ligados a la difusión no controlada y no cualificada de servicios y prestaciones privadas.
13. Deberán ser actualizadas, con el fin de garantizar la ejecución de los principios enunciados, nuevas y rigurosas modalidades de evaluación y de control de las instituciones, de los servicios de las prácticas públicas y privadas.

* * *

El Reseau Internacional de Alternativas a la Psiquiatría promueve del 2 al 7 de mayo de 1984, un Convenio Internacional sobre el tema de las estrategias de acción contra el internamiento psiquiátrico, internamiento de los ancianos, de los incapacitados, de menores.

Casi un millón de personas continúan siendo encerradas en los hospitales e instituciones psiquiátricas en sólo la Europa Occidental.

Las instituciones totales continúan siendo elementos dominantes en el cuadro de la política sanitaria en psiquiatría.

La unión entre locura y peligrosidad social esta lejos de poder ser quebrada por servicios, intervenciones, acciones que permitan superarla como realidad posible, conceptual e institucional.

La activación de recursos locales, de intervenciones solidarias entre la población, el desenvolvimiento de servicios democráticamente administrados y enunciados, la proliferación de estructuras intermedias, contrastan aquella realidad, pero están muy lejos de inducir a su radical superación.

Por otra parte nuevos procedimientos, instrumentos alternativos, estructuras intermedias se presentan frecuentemente no sin las nuevas y antiguas ambigüedades.

En algunas situaciones, los procesos de desinternamiento han correspondido a malentendidas liberalizaciones no mantenidas por un coherente proceso de sostén en la vida de las personas rechazadas, por otra parte el desinternamiento, ha sido más el fruto de una tentativa de reducción del

(*) Peligrosidad y orden público.

coste, que de la superación de instituciones violentas y anacronistas. Esto puede ser más verdad en la actual crisis del Welfare en los variados países occidentales.

Entre tanto en estos años son verificados hechos importantísimos. Casi todos los países de la Europa Occidental son animados a modificar la legislación psiquiátrica, y en Italia una ley específica ha revuelto los términos tradicionales de la cuestión.

Movimientos importantes de técnicos han atravesado el campo con relevantes contribuciones innovadoras y fuertemente críticas.

Grandes y pequeños grupos sociales y además organizaciones de partidos y sindicatos se han hecho cargo vivamente de estas cuestiones, llegando a comprender por un lado los contenidos radicalmente innovadores: en la disciplina, en el saber, en los aparatos institucionales específicos; y por otro a recoger los contenidos profundos de transformación que ciertas contribuciones han propuesto al interior del campo del vivir social.

Entre quienes han luchado por un cambio profundo en la política social, referido a la psiquiatría, a la medicina, a la asistencia social y a su área limítrofe; algunos han operado en el interior de las instituciones públicas y estatales por incitar una crítica radical y una democratización auténtica y profunda; otros en el interior de éstas han activado iniciativas, movimientos, agrupaciones, organizaciones capaces de construir culturas antagonistas o rigurosamente críticas o fuertemente diferenciadas del orden institucional prevaleciente.

Aún en el mejor de los casos, para los primeros subsiste continuamente, por tal motivo, el riesgo de involucraciones funcionariales; para los segundos el riesgo de una actividad que no modifique en modo significativo el estado de las instituciones, pero que complementara a las instituciones inmodificadas del estado.

Se trata de riesgos que van a ser mejor analizados y articulados.

Así es posible que un estrecho debate entre los unos y los otros permita una mejor valoración en una estrategia común y recíprocas contribuciones.

El Reseau Internacional de Alternativas a la Psiquiatría sostiene sin embargo, que el cuadro de una sociedad compleja prevea que actores y autores de la transformación, sean ya no sólo pedazos de grupos o movimientos, sino organismos representativos y democráticos oportunamente solicitados y motivados por procesos de mutación.

Asume en tal caso, principal importancia la activación de organismos institucionales; y el Reseau sostiene que el Parlamento Europeo sea sede idónea para la apertura de una iniciativa de dirección de cara a los gobiernos europeos.

En la fase de preparación del Convenio de Roma ha sido propuesto un texto de «Recomendaciones al Parlamento Europeo» referido a la política en el campo de la salud mental. Este texto para el que está prohibida la recogida de firmas por parte de organizaciones, grupos, individuos, será presentado oficialmente en el curso de un encuentro en Strasburgo previsto para febrero 1984 y tendrá resonancia con ocasión del Convenio de Roma.

De por sí, la resonancia del Convenio representa un elemento apto para contribuir a la eficacia de la acción innovadora.

Es decir, será más importante la más extensa y articulada de las participaciones.

Los análisis de la relación entre movimientos e instituciones deberá ser central en el Convenio, así como la indagación sobre información, en cada específica situación, entre activación de los recursos de la población, estructuras y servicios intermedios e instituciones totales.

Además, deberá ser investigada en la sede del Convenio la relación entre crítica del estado de las instituciones públicas, modificación de las mismas y crítica a los procesos de privatización.

Deberá ser indagada, la relación entre la lucha por los derechos civiles y por la tutela de las libertades individuales y en suma una lucha por la modificación del orden social.

Deberá ser estudiado, el significado de la crítica a las formas de control en el Welfare State en relación a la crisis del Welfare mismo, y al riesgo de que la crítica justa a las formas de control no se traduzca en una contribución inadvertida a la demolición «tout-court» de secciones del sistema del Welfare.

Deberán sugerirse acciones coherentes con una política social posible y progresista en las difíciles condiciones de crisis económica.

Deberá acordarse el máximo interés a las formas autoorganizadas de derecho, analizándose, no obstante, eventuales límites y problemas intrínsecos.

Para tales cuestiones de carácter general se proponen los trabajos de una serie de comisiones, las cuales operan en el ámbito del Convenio. En la página siguiente están catalogados los títulos provisionales, mientras los títulos definitivos y esquemas de trabajo relativos, serán objeto de sucesivas comunicaciones.

El Reseau Internacional (*) de Alternativas a la Psiquiatría, propone que el Parlamento Europeo se haga cargo de una iniciativa sobre el tema de la legislación y de la política de intervención en el campo de la salud mental.

El citado documento, es una propuesta técnica para exigir a los parlamentariós iniciar un debate que pueda concluirse con una toma de posiciones del Parlamento Europeo bajo la forma de «recomendaciones a los responsables de la política para la salud mental».

Este documento, interviene sobre aspectos técnicos y jurídicos de cuestiones de política en el campo de la tutela de la salud mental, e intenta, sustancialmente, contribuir a las realizaciones de los siguientes principios:

1. Potenciar las estructuras de *curación*, superando las anteriormente elaboradas sobre el principio de *custodia* en psiquiatría.
2. Potenciar la política de intervención reabilitadora y reintegradora en contra de la política de exclusión, marginación e internamiento.
3. Sostener la política de intervención en contra del abandono de los enfermos sin caer en la lógica de violencia —custodia— segregación.
4. Subrayar fuertemente la exigencia de una forma de respeto de los derechos de las personas a curar, así como el derecho a su contractualidad social. Articular formas de garantía para los pacientes.
5. Tender una homogeneización de la legislación y de la política social en el sector, en el nivel de los textos legislativos más modernos y avanzados.

El Reseau Internacional se está constituyendo como un comité promotor para esta iniciativa, para el que pedimos una participación activa.

En el mes de febrero está prevista en Strasburgo, coincidiendo con una cesión del Parlamento Europeo, una conferencia de prensa para la presentación pública de dicha iniciativa, con la participación de los parlamentarios, técnicos, asociaciones e intelectuales que la promueven.

La gran campaña informativa y de sensibilización europea que se conecta a esta iniciativa encontrará su momento culminante en el Encuentro Internacional de Roma del 2 al 7 de mayo de 1984, en el cual está previsto la gran participación de asociaciones, familias, técnicos, investigadores y trabajadores de los servicios y de la cultura, administradores y hombres políticos de todos los países.

Les pedimos que nos comuniquen y envíen sus observaciones e indicaciones para el buen éxito de la iniciativa y/o indicaciones críticas y/o su adhesión al citado documento mediante la restitución de la hoja adjunta.

(*) El Reseau Internacional es un organismo europeo que une, asociaciones, grupos, equipos, trabajadores, etc., que tienen en común la voluntad de trabajar por la superación de las prácticas de segregación y exclusión en los hospitales psiquiátricos y en los institutos de internamiento para ancianos, niños, incapacitados, personas en dificultad, etcétera.

Existen desde 1974. No es una asociación, sino una instancia de coordinación a través de la cual grupos, asociaciones, técnicos, familias, utenti (= usuarios, personas que hacen uso voluntariamente de un servicio público, en nuestro caso de un servicio de salud mental), pueden articular iniciativas.

A la Secretaría Europea
del Réseau International
Direzione Servizio di Salute Mentale
Trieste
Via S. Cilino, n. 16

Participo en la iniciativa y suscribo al documento
«Recomendaciones al Parlamento Europeo».

Eventuales sugerencias, observaciones, propuestas:

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Profesión:

Utilizar el dorso de la hoja para eventuales adhesiones de terceros.

ENCUENTRO INTERNACIONAL. ROMA, 1 AL 6 DE MAYO

TITULOS DE LAS COMISIONES

Para cada una de éstas están previstos dos días completos de estructura seminarial.

1. Legislaciones nacionales y derechos de los utenti.
2. Práctica psiquiátrica, manicomios judiciales, secciones especiales de las cárceles, invalidación, inhabilitación, prohibición.
3. La toxicodependencia. Estructura e intervenciones.
4. Servicios sanitarios de base, hospitales generales y psiquiatría.
5. Cambio, superación y supresión de los hospitales psiquiátricos. Estructuras intermedias y alternativas a las instituciones totales.
6. Roles profesionales, renovadas en relación a nuevos objetivos, nuevos valores, nuevas organizaciones.
7. Experiencias de trabajo con incapacitación.
8. Técnicas psicológicas, psiquiátricas, psicofarmacológicas etc... y control social.
9. Política social para menores.
10. Luchas en la asistencia, luchas contra la pobreza, en la política de salud mental.
11. Crisis del Welfare State, inflación sanitaria, reconversión de los recursos, privatización de los servicios.
12. Grupos de base, organización de los pacientes, experiencias de cooperación.
13. Hábitat, lucha por el ambiente, salud mental.

SECCION DE PSICOANALISIS DE LA A.E.N.

CIRCULAR N.º 2 - A todos los miembros de la A.E.N. Marzo de 1984

En la Asamblea General de la A.E.N. en Oviedo, noviembre de 1983, fue aprobada la creación de la Sección de Psicoanálisis a propuesta de 50 socios, siguiendo los procedimientos formales establecidos por los Estatutos de la A.E.N.

El objetivo de esta Sección es permitir la creación de un espacio de encuentro e interlocución entre los miembros de la A.E.N. —cualquiera sea su tendencia teórica o su pertenencia a grupos o instituciones— que compartan el interés por el Psicoanálisis. Por otro lado se espera a que este espacio de confrontación de ideas contribuya a una mayor presencia del Psicoanálisis en el marco de las instituciones públicas.

Tal como fue convocada en su momento por la Secretaría de la A.E.N., el 25 de febrero último se realizó una reunión, que contó con la presencia del Secretario General de la A.E.N. y de dieciocho miembros de la Sección Psicoanálisis, en la cual se procedió a la elección de Presidente y Secretario de la Sección, en cumplimiento con lo que indican los Estatutos de la A.E.N. Fueron designados Félix Blanco Caravaca como Presidente y Guillermo Bosovsky Favre como Secretario. El primero se encontraba ausente de la reunión y aún no ha podido definir su aceptación o no del nombramiento. Por otra parte el Secretario electo propuso que estas designaciones se sometan a ratificación en Asamblea de todos los miembros de la Sección (que tendrá efecto en junio, en Barcelona, en el contexto de las Jornadas de la A.E.N.), a fin de posibilitar una amplia participación en la decisión.

Para ser miembro de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N. es necesario, obviamente, ser socio de la A.E.N., y además cumplir con el acto de rellenar y enviar la ficha que adjuntamos. Incluso los miembros fundadores de la Sección deberían hacerlo a fin de que podamos confeccionar un fichero y un listado general de miembros.

Partimos del principio de que la Sección se irá constituyendo, desarrollará un espacio de encuentro y participación, e irá plasmando su forma organizativa, en función de la realización de actividades concretas y de la puesta en funcionamiento de diferentes programas de trabajo.

El período actual podría ser caracterizado como «de rodaje», ya que la Sección aún no se encuentra definida en cuanto al número de miembros que la constituyen y aún no se ha puesto en marcha todo el espectro de tareas que han de caracterizar a su pleno funcionamiento. La intención, para esta etapa inicial, es la organización de algunas actividades que abran la existencia de primeros espacios de encuentro y la creación del «clima» que permita la elaboración de proyectos acordes con nuestra realidad. También es objetivo de este período la confección de un fichero de miembros y el establecimiento de contactos entre los mismos, prolegómenos necesarios para la articulación de formas reales de participación.

La primera actividad que la Sección de Psicoanálisis pone en marcha es un programa de reuniones de ateneo, que tendrán lugar en una de las salas del Ateneo de Madrid, con una periodicidad quincenal. En estas reuniones irán tomando la palabra distintos miembros de la sección y eventualmente algunos invitados especiales.

En el momento en que debe cerrarse esta nota (mediados de marzo) estamos confirmando los nombres de los participantes y los títulos de sus Ponencias, razón por la cual no podemos aún dar a conocer el programa en sus detalles definitivos, pero podemos anticipar que las primeras fechas serán los viernes 13 de abril, 27 de abril, 11 de mayo y 25 de mayo, todas a las 20,15 horas. Posiblemente las siguientes reuniones se harán el 15 de junio, 29 de junio y 13 de julio, fecha en que se interrumpirán hasta septiembre. (Aclaremos aquí que en la primera de estas reuniones consultaremos a los asistentes acerca de si es o no conveniente que las fechas siguientes sigan siendo en días viernes, de lo cual podría resultar un cambio de día, el cual sería comunicado oportunamente).

Por otra parte está en consideración la organización de un encuentro especial de la Sección en una ciudad andaluza como Sevilla, por ejemplo, en el mes de noviembre de este año. También es posible que se realice una mesa redonda en Madrid, quizá a fines de junio.

Estas posibilidades están siendo consideradas ahora y se irán definiendo más en unos pocos días (fines de marzo).

También será parte de las actividades de la Sección de Psicoanálisis de este período inicial la elaboración de un proyecto de actividad de Biblioteca, en vinculación con Bibliotecas Públicas. Otros programas de actividades serán dados a conocer en próximas comunicaciones, a medida que vayan pudiendo ser definidos.

Esperamos de todos recibir ideas, sugerencias, propuestas de actividades, ofrecimientos de colaboración, demandas de participación.

Guillermo Bosovsky Favre
Secretario de la Sección
de Psicoanálisis de la A.E.N.

* * *

INFORME SOBRE EL MOVIMIENTO DE AUXILIARES PSIQUIATRICOS, A LA COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA

«... aquéllos que antiguamente se les llamaba "loqueros", han tenido que cambiar de nombre al igual que el manicomio, por las asociaciones siniestras que estos nombres traían a la memoria, así el manicomio se llama Hospital Psiquiátrico y los loqueros Auxiliares Psiquiátricos, pero su función continúa siendo, a pesar de ellos la misma.»

*de la memoria de la Escuela de Auxiliares
Psiquiátricos de Barcelona*

Fue en el año 1976 y alrededor del I Congreso Nacional de Enfermería Psiquiátrica, celebrado en el Sanatorio Psiquiátrico de Conjo, cuando se llevó a cabo el primer contacto entre el personal auxiliar de gran parte de los hospitales psiquiátricos de España; no causó por ello sorpresa la heterogeneidad de los trabajadores que allí se dieron cita: Cuidadores sanitarios, mozos, vigilantes, auxiliares, monitores, etc., todos ellos, salvo quizá los ATS, sin una identidad profesional precisa pero que desempeñaban similares funciones en un ya anacrónico y contestado sistema benéfico/asistencial.

Las resoluciones en este primer encuentro fueron prácticamente unánimes: 1. iniciar el proceso hacia la cualificación profesional y homogeneización del colectivo de trabajadores de la Enfermería Psiquiátrica, 2. identificación con las demandas que dé una asistencia alternativa en el terreno de la Salud Mental, desarrollaban otros profesionales de la Psiquiatría, técnicamente cualificados, y 3. necesidad de establecer contactos periódicos para definir una alternativa tanto de contenido como organizativa, para lo que comenzaba a perfilarse como un movimiento del personal de base de los hospitales psiquiátricos.

En busca de una unificación y de un reconocimiento público se constituyó ese mismo año, la Coordinadora de Auxiliares Psiquiátricos, en un intento de aglutinar a las más de 14.000 personas que en la actualidad ocupan este puesto de trabajo en las instituciones psiquiátricas del Estado español.

Hasta la fecha y promovidos por la coordinadora de auxiliares han sido celebrados seis congresos, todos ellos con amplia participación numérica y geográfica —Clínica Mental de Sta. Coloma de Gramanet, 1977. Hospital Psiquiátrico de Albacete, 1978. Hospital Psiquiátrico de Granada, 1979. Centro Asistencial Reina Sofía de Logroño, 1981. Hospital Psiquiátrico de Betera, 1983— en los que con el objetivo de abordar responsable y coherente la realidad asistencial de nuestro país, se profundizó en la situación real de Auxiliar Psiquiátrico y en su profesionalización: Estudios, titulación académica, contenido y orientación de los programas, funciones, etc. Y, asimismo, han sido organizadas dos jornadas monográficas de ámbito nacional —Palamós, 1981; Almería, 1983— con orientaciones básicamente formativas entorno a las actividades específicas del Auxiliar Psiquiátrico.

Realizando una forzada síntesis de las aportaciones más relevantes habidas a lo largo de estos encuentros debemos señalar el Congreso de Albacete, en el que se presentaron los resultados de un cuestionario que fue cumplimentado por 23 hospitales psiquiátricos de España y que se estimaban como el 29 % de las camas existentes en ese momento. Según los datos obtenidos a partir del citado cuestionario se supo, que los auxiliares psiquiátricos constituyen casi la mitad del personal existente en los hospitales psiquiátricos y el 68 % del personal asistencial, cifras que contrastaban con el nivel de formación exigido, pues mientras en el 60 % de los centros el requisito mínimo de partida eran los estudios primarios, sólo el 13 % de Centros requerían al menos el Bachillerato Elemental. El hecho de que sobre este Colectivo gravite el mayor peso de la asistencia, y no tanto por su número, sino por su mayor proximidad a la vida cotidiana del enfermo, obviamente marca el tope de las posibilidades de la asistencia psiquiátrica en España. Un dato interesante fue el poder constatar que la edad del 52,17 % del personal auxiliar era de 30 o menos años, consecuentemente quizá; con la creación en los años 60 de un alto número de Hospitales. La observación más extensa se realizó en torno a las tareas y funciones de este heterogéneo, por sus múltiples denominaciones, grupo de trabajadores, actividades en torno a las que pudo establecerse una clasificación común, que se ajustaba a las propias de los cuidados de enfermería, pero más decantadas como actividades de mantenimiento rutinario, que por su orientación terapéutica.

Lo realmente importante, fue la posibilidad de disponer, como herramienta imprescindible de un caudal de información sobre el papel del auxiliar psiquiátrico en los Manicomios y sobre sus aspiraciones.

Todo ello hizo posible, un año después, debatir y perfilar en el Congreso de Granada:

- Un Estatuto del Auxiliar Psiquiátrico, en el que con un aire reivindicativo se reclamaban: una denominación común, ya propuesta por el P.A.N.A.P. en el año 1967, y soslayada 10 años después por la Legislación Laboral del sector; y el papel terapéutico de las funciones del Auxiliar Psiquiátrico, así como su reconocimiento explícito como profesional de la Asistencia Psiquiátrica.
- Un programa docente que hiciera posible su intervención cualificada en la observación de la conducta del enfermo, y en su relación con éste, con la familia y con la comunidad. Se propuso entonces, un programa que contenía disciplinas de enfermería, psicología, pedagogía y sociología, en el marco de la formación profesional de 2.º grado, e inspiradas en principios dictados por la O.M.S.

Ya ha tomado cuerpo, en este Congreso, lo que es la reivindicación sustancial de este movimiento: la Escuela de Auxiliares Psiquiátricos, escuelas que deben nacer con un doble propósito, formar a los nuevos profesionales y organizar actividades de reciclaje para los profesionales que actualmente trabajan como Auxiliares Psiquiátricos; como precedente de esta iniciativa, sólo cabe citar «L'escòla de treballadors psiquiàtrics» creada oficialmente en Cataluña en el año 1934.

Tras la elaboración de estos proyectos, y al mismo que se han ido promoviendo campañas de información y sensibilización entre los propios auxiliares, ya se está en condiciones de comenzar toda una serie de contactos a nivel institucional, donde hacer llegar las inspiraciones de cambio de un colectivo, aquejado hasta ese momento de una grave crisis de identidad.

Se suceden, a lo largo de los años 79 y 80, múltiples reuniones de trabajo, conjuntamente con la Subdirección General de Ordenación Funcional, y el Departamento de Asistencia Psiquiátrica del Ministerio de Sanidad y con el Servicio de Formación Profesional del Ministerio de Educación y Ciencia, reuniones que culminaron con la aceptación del perfil profesional propuesto y con un dictamen favorable a la implantación con carácter experimental de un Plan de estudios especializado, a nivel de Formación Profesional.

Aun siendo importante el camino recorrido, y aun habiendo quedado patente la necesidad de una formación que eleve el nivel de unos auxiliares psiquiátricos que no desean que su papel sea el de vigilar y custodiar, las realizaciones concretas en estos últimos años han sido escasas; los proyectos de reforma iniciados en muchas provincias, dispersos y desiguales, no tienen en cuenta al personal de base de los Hospitales Psiquiátricos, posiblemente porque a nivel del Estado continúa ausente un organismo que aglutine los recursos en cuanto a planificación y gestión de la asistencia se refiere.

Los resultados de esta dispersión asistencial se reflejan también en los auxiliares psiquiátricos, cuando tratamos los problemas que en cada localidad se presentan. Tan sólo en Cataluña y en el marco del «Plan de Asistencia Psiquiátrica para la provincia de Barcelona» ha sido creada la Escuela de Técnicos especialistas en Asistencia Psiquiátrica, con el objeto de hacer viable una intervención cualificada del personal más numeroso y que realiza sus funciones con una mayor proximidad a la vida cotidiana del enfermo; al mismo tiempo en Oviedo ha sido solicitada la autorización para la implantación de este tipo de escuela, y en Valencia, todavía se encuentra en una fase preparatoria, pero en numerosos puntos de España, la formación del personal auxiliar continúa siendo una reivindicación que llama a la puerta de la reforma psiquiátrica.

Por ello es ahora el momento de reclamar, una vez más, una voluntad política consciente y solidaria, consciente de que en la actitud y en el nivel de preparación de los auxiliares psiquiátricos se encuentra el techo de las posibilidades de cambio en este país de la asistencia psiquiátrica, y solidaria con las aspiraciones de un movimiento que se ha hecho eco del malestar y la angustia de aquellos que han conformado las necesidades «sociales y médicas» de marginar a los enfermos y de acallar el sufrimiento psíquico con la represión física o farmacológica.

Creada la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, y en consecuencia de todo lo expuesto, se le propone por la Coordinadora de Auxiliares Psiquiátricos, como objetivos prioritarios:

1. La definición jurídico-profesional de este colectivo tanto en el ámbito de la regulación funcional como en el de la ordenación académica.
2. La instalación de los medios necesarios que posibiliten la coordinación y la promoción de la formación profesional del auxiliar psiquiátrico en el Estado español.
3. Hacer posible la participación, en el proceso de reforma de la asistencia psiquiátrica, del colectivo de auxiliares psiquiátricos.

Consideramos que el modelo de asistencia psiquiátrica va ligado estrechamente a la cualificación de los profesionales que trabajan en la Salud Mental. La ruptura con los viejos esquemas del auxiliar psiquiátrico se hace imprescindible. No es posible hablar de un cambio o reforma de las estructuras que sustentan la Asistencia Psiquiátrica en España, sin contar con el personal que actúa en el campo de la enfermería psiquiátrica.

Madrid, 7 de diciembre de 1983.

COORDINADORA DE AUXILIARES PSIQUIATRICOS

* * *

CORREO DEL CAMPO FREUDIANO EN ESPAÑA

Recientemente Jacques-Alain Miller anunciaba la decisión de la Fondation du Champ Freudien de crear un «CORREO DEL CAMPO FREUDIANO EN ESPAÑA», en respuesta a las demandas formuladas, en el Encuentro de Bilbao el pasado abril.

La Fondation du Champ Freudien es una asociación sin fines de lucro fundada por Jacques Lacan en 1979, cuyo objetivo es la extensión del psicoanálisis en la perspectiva abierta por el retorno a Freud.

El «CORREO DEL CAMPO FREUDIANO EN ESPAÑA» nace como un espacio de intercambio, con el fin de difundir, el psicoanálisis y extender la enseñanza de Jacques Lacan, y afirma que no es una asociación de psicoanalistas, ni una escuela de psicoanálisis. Invita a participar en este proyecto a todos aquellos que así lo deseen, analistas o no analistas, profesionales o estudiantes, interesados en la teoría psicoanalítica o en disciplinas afines.

El «CORREO» se propone recibir y transmitir informaciones diversas: carteles en funcionamiento o en vías de constitución, actividades de enseñanza (seminarios, cursos...), jornadas, coloquios, reuniones inter-cartel, etc. Su frecuencia de difusión será de dos meses.

CORREO DEL CAMPO FREUDIANO EN ESPAÑA

Secundino Esnaola, 10

SAN SEBASTIAN (Guipúzcoa)

SOCIOS DE HONOR

En el XVI Congreso, celebrado en noviembre de 1983 en la ciudad de Oviedo, fueron nombrados **socios de honor** por la Asamblea de la AEN, los eminentes psiquiatras:

D. Carlos Castilla del Pino.

D. José Germain.

D. Luis Valenciano Gaya.

AVISO

LAS PROPUESTAS SOBRE LUGAR Y TEMAS DE LAS PONENCIAS DEL PROXIMO **CONGRESO** DE LA AEN, HABRAN DE REALIZARSE EN LA ASAMBLEA QUE SE CELEBRARA DURANTE LAS PROXIMAS **JORNADAS**, QUE TENDRAN LUGAR EN BARCELONA LOS DIAS 31 DE MAYO Y 1 Y 2 DE JUNIO.

CONGRESOS Y REUNIONES CIENTIFICAS

— ENCUENTRO INTERNACIONAL DEL RESEAU.

Roma, 2-7 de mayo.

En esta reunión finalizará la campaña informativa y de sensibilización que ha organizado el RESEAU a nivel europeo y en la que se han difundido «las recomendaciones al parlamento europeo».

Secretaría: Franco Rotelli. Via Giulia, 1. Trieste. Italia.

— I CONGRESO NACIONAL DE MICROFILM Y DOCUMENTACION CLINICA.

Madrid, 9-12 de mayo.

Se busca la introducción de nuevas tecnologías informativas en el trabajo de almacenamiento de toda la documentación clínica, así como los aspectos legales que esta situación puede plantear.

Secretaría: Microediciones. C/. Lagasca, 61. Madrid-1.

— II JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA.

Pamplona, 24-26 de mayo.

Las ponencias son diversas desde la anorexia nerviosa al trabajo específico en el Hospital de Día o las urgencias en toxicomanías.

Secretaría: Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías. Diputación Foral. C/. Leyre, 8. Pamplona.

— REGIONAL SYMPOSIUM OF THE WORLD.

June, 18-21.

Psychiatric Association.

Helsinki. Finland.

— XIV CONGRESO DEL COLEGIO INTERNACIONAL DE NEUROPSICOFARMACOLOGIA.

Florenca, 19-23 de junio.

Secretaría: G. Racagni. Inst. de Farmacología. Vía Andre del Sarto, 21. 20.129. Milán. Italia.

— I JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL.

Santander, 5-6 de julio.

Secretaría: Dr. Rodero. C/. Marqués de la Hermida, 8. Santander.

— VIII CONGRESO MUNDIAL DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS.

Roma, 16-21 de septiembre.

Secretaría: Centro italiano dei solidarietà Ottavo Congresso Mondiale delle comunità terapeutiche. Piazza B. Cairoli 118-00186. Roma.