

PSIQUIATRIA Y CAMBIO SOCIAL

**ANALISIS SOCIO-HISTORICO DEL FRACASO DE LA REFORMA DE LA
ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LA ESPAÑA DE FRANCO: EL CASO DEL
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE OVIEDO (1962 - 1972)**

JOSE GARCIA GONZALEZ

R. 16.668



PSIQUIATRIA Y CAMBIO SOCIAL

Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: El caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972).

Memoria que presenta el Licenciado José García González para aspirar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Biblioteca Universitaria
Facultad de Medicina Tesis n.º 394
GRANADA
Sala 616.89:614.2(460)
Estante "1962/1972" (1049)
Número Tesis n.º 394



20091151
2166156K

LUIS GARCIA BALLESTER, Catedrático-Director del Departamento de Historia de la Medicina de la Universidad de Granada, CERTIFICA: Que la presente Tesis Doctoral, Psiquiatría y cambio social. Análisis sociohistórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972), original de D. José García González, ha sido realizado bajo mi dirección.

Granada, marzo 1979.

L. García Ballester

"Esta hipótesis de una amplificación y dramatización en los hospitales psiquiátricos de las contradicciones internas de la sociedad, se ve confirmada por una constatación: es realmente en estas instituciones donde se descubren a la vez las estructuras más rígidas y las más totalitarias, las tentativas de liberación más anhelantes y las experiencias de democracia más revolucionarias".

A. Levy. Las paradojas de la libertad.

A Gerda, que impulsó de múltiples formas la realización de este trabajo.

S U M A R I O

VOLUMEN I

Págs.

INTRODUCCION	
1. Planteamiento del problema	37
2. Material y método	38
3. La situación sociopolítica y sanitaria espa- ñola en el periodo que se estudia	40
3.1. Datos y características de la transfor- mación socioeconómica	47
3.2. Dinámica en las élites y en el modelo político	48
3.3. Crisis de la hegemonía ideológica del bloque dominante y conflictividad polí- tico-social	53
3.4. La situación sanitaria en España	55
3.5. La asistencia psiquiátrica	66
3.6. Política y legislación sanitaria en ge- neral	79
3.7. La Seguridad Social y la política sani- taria	83
3.8. La asistencia psiquiátrica y la crea- ción del P.N.A.P.	86
 CAPITULO I: ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA DEL AREA EN QUE SE DESARROLLA LA REFORMA	
1. Asturias: Población, territorio y economía .	
1.1. Estructura geosocial	91
1.2. Población	91

	<u>Págs.</u>
1.3. Estructura económica	92
1.4. La crisis de la economía en Asturias ..	98
2. Indicadores sociales	100
2.1. Servicios de vivienda y equipamiento ..	100
2.2. Servicios de comunicación	101
2.3. Educación	101
2.4. Otros indicadores socioculturales	102
3. Situación sanitaria en Asturias	102
3.1. Personal y servicios sanitarios	104
3.2. Camas y hospitales	105
3.3. La organización de la sanidad	108
3.3.1. La Seguridad Social	108
3.3.2. La asistencia dependiente de la Diputación Provincial	110
3.3.3. Medicina privada	117
3.4. Distribución de los servicios sanita- rios	118
4. Análisis del poder político local	120
5. La conflictividad social en Asturias	123
5.1. La salud de los mineros	126
 CAPITULO II: LA REFORMA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE OVIEDO.	
1. Fundamentos jurídicos y motivaciones	129
 CAPITULO III: MODELO ASISTENCIAL PARA EL CAMBIO.	
1. Los autores del modelo	137
2. Supuestos científicos-asistenciales	140
3. Bases y experiencias en las que se fundamen- ta la reforma psiquiátrica	146

	<u>Págs.</u>
3.1. La psiquiatría comunitaria en España ..	146
3.2. Nacimiento y desarrollo de la psiquiatría social y comunitaria	151
CAPITULO IV: EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE OVIEDO: HISTORIA Y SITUACION ANTES DE LA RE- FORMA.	
1. Los enfermos internados en el hospital psiquiátrico de Oviedo	164
2. Personal asistencial	167
3. Tratamientos habituales	169
CAPITULO V: APLICACION DEL MODELO ASISTENCIAL A LA REALIDAD CONCRETA.	
1. Procedimientos aplicados en otras instituciones	176
2. Reorganización del hospital psiquiátrico: el organigrama	181
3. Reorganización clínico-funcional de las secciones asistenciales	186
3.1. Sección de admisiones	186
3.2. Sección de rehabilitación	187
3.3. Departamento de laborterapia	188
4. La nueva práctica asistencial	188
5. La reforma y el personal auxiliar de enfermería	190
6. El personal médico y la reforma	197
6.1. Los médicos becarios-residentes	201
7. La transformación y los avances asistenciales	204
8. Repercusión social de la reforma	208

	<u>Págs.</u>
9. Puesta en marcha de la psiquiatría de sector	213
10. La reforma de Oviedo y la psiquiatría oficial	220
11. Problemas que genera el desarrollo de la reforma	223

CAPITULO VI: EL CONFLICTO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE OVIEDO.

1. Preliminares	234
1.1. Situación de los médicos becarios	234
1.2. Problemática sanitaria global: la reestructuración de la Seguridad Social	239
1.3. Cambios políticos nacionales y regionales	242
1.4. Repercusión en la reforma sanitaria de Asturias	245
2. Crónica del conflicto	249
2.1. Comienzo del conflicto	250
2.2. ¿Cómo se organiza y dirige la lucha? ...	251
2.3. Extensión del conflicto	254
2.3.1. En el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	254
2.3.2. La participación del Hospital General de Asturias	258
2.3.3. La extensión del conflicto al resto de los hospitales españoles	262
2.3.4. Participación de los médicos de plantilla de otros hospitales ...	265
2.4. Repercusión y solidaridad en otros sectores sociales	266

	<u>Págs.</u>
2.5. Evolución, solución y logros del conflicto	269
3. Respuesta y comportamiento de la Administración	275
3.1. La diputación Provincial y el Organo de Gestión	275
3.2. El gobierno civil	280
3.3. Dirección General de Sanidad	281
3.4. Organización sindical. Delegación de trabajo. Magistratura	282
4. Organización médica colegial: Colegios y Consejo General de Colegios Médicos	283
5. Asociaciones científicas	291

CAPITULO VII: SITUACION CREADA TRAS LA RESOLUCION DEL CONFLICTO.

1. Normativa reguladora de los derechos y deberes de los médicos residentes del Hospital Psiquiátrico de Oviedo. La nueva situación jurídica de los M.I.R. a nivel de estado	293
2. Nacimiento del movimiento M.I.R. y de la Coordinadora de psiquiatría	298
3. La nueva situación en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	301
4. Conflictos y luchas en otros hospitales psiquiátricos	305
5. El XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. El V Congreso Mundial de Psiquiatría	310
6. La lucha por la gestión democrática en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	316

	<u>Págs.</u>
CAPITULO VIII: NUEVO CONFLICTO Y DESENLACE.	325
1. Comienzo del conflicto	326
2. Extensión del conflicto	329
2.1. El hospital general de Asturias	330
2.2. Participación de otros hospitales	333
2.3. Solidaridad de otros sectores sociales .	335
3. El desenlace y la expulsión	336
4. La Administración	338
4.1. La Diputación Provincial y el Órgano de Gestión	339
4.2. El Gobierno Civil	342
4.3. La organización sindical. Magistratura .	342
4.4. Dirección General de Sanidad y el P.A.N.A.P.	343
5. Colegio provincial de médicos	344
6. La Asociación Española de Neuropsiquiatría ..	345
 CAPITULO IX: LOS MEDIOS DE DIFUSION Y EL CONFLICTO.	 350
1. Prensa regional	352
2. Prensa nacional e internacional	359
3. Prensa médica	362
4. Circulares y boletines informativos remitidos por los médicos	364
 CAPITULO X: CONCLUSIONES.	 366
 NOTAS	 383
 BIBLIOGRAFIA	 421
 ABREVIATURAS UTILIZADAS	 440

VOLUMEN II: APENDICE DOCUMENTAL

INTRODUCCION	32
Criterios seguidos en la ordenación del material documental	32
CAPITULO I. DE LAS DISPOSICIONES JURIDICAS Y LEGISLATIVAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA EXCMA. DIPUTACION.	
1. <u>Legislación de la asistencia psiquiátrica pública</u>	
1. Disposiciones que responsabilizan a las Diputaciones de la asistencia y reclusión de los enfermos mentales	37
2. <u>Ordenamiento jurídico que regula los servicios asistenciales de la Excma. Diputación de Oviedo</u>	
2. Ordenación general y estructura de la gestión	38
3. De la gerencia	40
4. Fines y funciones de los centros asistenciales	41
5. De los órganos asesores de la gestión	42
6. De la organización, estructura y orden jerárquico de los centros asistenciales	43
3. <u>Instrucciones, clasificación y relaciones contractuales del personal asistencial</u>	
7. Personal asistencial: clasificación e incompatibilidades	45

	<u>Págs.</u>
8. Contratos	46
9. De la contratación de M.I.R.	47
10. Del concepto de médico residente y la programación de su docencia	48
4. <u>Convocatoria de plazas</u>	
11. Convocatoria de plazas M.I.R.	49
5. <u>Instrucciones sobre derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios asistenciales</u> ..	
12. Derechos de los usuarios	50

CAPITULO II. ESTUDIOS PREVIOS Y PROGRAMAS ASISTENCIALES BASICOS PARA LA REFORMA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO.

1. <u>Informe-memoria del grupo de estudios sobre la reforma del Hospital Psiquiátrico de Oviedo</u> ..	
13. Sobre el grupo de estudios: constitución y funcionamiento	53
14. Historia del Hospital Psiquiátrico y situación actual	54
15. Ideología asistencial y principios de la reforma	57
16. Modificaciones e innovaciones propuestas para la reforma del Hospital Psiquiátrico	59
17. Programa asistencial	63

CAPITULO III. INFORMES Y DOCUMENTOS TECNICO-ASISTENCIALES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO Y DEL ORGANO DE GESTION SOBRE LA TRANSFORMA-

ACION ASISTENCIAL Y EVOLUCION DE LA RE-
FORMA.

1. <u>Informes y documentos técnico-asistenciales del Hospital Psiquiátrico</u>	
18. Información para usuarios del hospital ...	69
19. La supervisión de las actividades de enfermos en la sección de admisiones	69
20. La selección y formación del personal de enfermería en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	70
21. Proyectos del centro de rehabilitación de alcohólicos (C.R.A.)	72
22. La terapias recreativas en el Hospital Psiquiátrico	73
23. La enseñanza e investigación en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	75
24. Asistencia psiquiátrica y psiquiatría de sector	78
25. Puesta en marcha del programa de psiquiatría de sector en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	83
26. Sugerencias y propuestas de la comisión de estudios e investigación	85
27. Comisión del personal voluntario	86
28. Actividades y organización de la rehabilitación	86
29. Situación actual del servicio de psiquiatría del Hospital General de Asturias	89
30. Normativa reguladora de las funciones y competencias del personal de enfermería ..	90

	<u>Págs.</u>
31. Informe sobre la situación de algunos enfermos en el Hospital Psiquiátrico	92
32. Informe de organización del Hospital Psiquiátrico	93
33. Informe sobre rehabilitación abierta	95
34. Sobre el nivel científico del Hospital Psiquiátrico	96
35. La función del psicólogo en el Hospital Psiquiátrico	96
36. Informe de una reunión de la sección de rehabilitación	97
37. Informe sobre situación actual y proyectos del departamento de laborterapia	98
38. Propuesta sobre la organización de un curso de psiquiatría para médicos de cabecera	102
39. Actas de las reuniones de la División Médica	102
40. Estructura y manejo de historias clínicas	102
41. Actas de la reunión de la División Médica	104
42. Actas de la reunión de la División Médica	105
43. La hospitalización de enfermos crónicos y oligofrénicos	105
44. Informe del Dr. F. Letemendía	106
45. Uso de las historias clínicas	110
46. Prohibido informar sobre la marcha y política de los establecimientos sanitarios provinciales	111
47. Constitución de la Comisión Mixta	111
48. Propuesta de creación de un centro social para el personal sanitario del hospital	

	<u>Págs.</u>
psiquiátrico	124
49. Violencia institucional	125
50. Comunicado al Sr. Consejero del Organo de Gestión	125
51. Acta de una reunión de la Comisión Mixta .	126
52. Se necesitan psicólogos	126
53. Acta de una reunión de la Comisión Mixta con el consejero y gerente en funciones ..	126
54. Interferencias del enfermero jefe con la labor del equipo asistencial	128
55. Acta de una reunión de la Comisión Mixta .	128
56. La Comisión Mixta y el enfermero jefe	129
57. Redistribución de las funciones del geren- te	129
58. Acta de la Comisión Mixta	130
59. Comunicado de la Comisión Mixta al Presi- dente de la Diputación	131
60. La asamblea médica y la gestión democráti- ca	132
61. El Presidente de la Diputación hace una aclaración y solicita colaboración	135
62. La Comisión Mixta responde al Presidente de la Diputación exponiendole sus compe- tencias	137
63. Respuesta del Consejo a propósito de la dimisión del director médico	139
64. Se urge la elaboración del reglamento para el Hospital Psiquiátrico	139
65. Esquema o anteproyecto de un nuevo regla- mento para el hospital psiquiátrico	140

CAPITULO IV: INFORMES Y ESCRITOS DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS ACERCA DE SU PROBLEMÁTICA SOCIOLABORAL.

1. <u>De los médicos residentes</u>	
66. Escrito de los médicos becarios solicitando aumento de beca	145
67. Los médicos residentes exigen un delegado representativo	145
68. Los médicos residentes solicitan retribución por participar en la asistencia extrahospitalaria	145
69. Los médicos residentes y las vacaciones ..	146
70. Informe sobre la situación laboral y docente de los médicos residentes	146
71. Los médicos residentes se niegan a asistir a las unidades no organizadas	149
72. Acta de una asamblea de médicos residentes	149
2. <u>De los médicos de plantilla</u>	
73. Reivindicaciones de los médicos adjuntos	150

CAPITULO V: INFORMACION SOBRE CONGRESOS, SEMINARIOS Y REUNIONES CIENTIFICAS.

1. <u>Congresos y reuniones de las sociedades de psiquiatría</u>	
74. VI Congreso nacional de la Asociación de Neuropsiquiatría	152
75. VIII Congreso de la Asociación de Neuropsiquiatría	153
76. V reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría	153

	<u>Págs.</u>
77. Características socio-profesionales de los enfermos del Hospital Psiquiátrico de Oviedo. X Congreso Nacional de la S.E.P. .	156
78. La asistencia extrahospitalaria y los dispensarios comarcales. X Congreso Nacional de la S.E.P.	157
79. Ponencias y comunicaciones al XI Congreso Nacional de la Asociación de Neuropsiquiatría	159
80. Resumen de la asamblea de la A.E.N.P., celebrada durante el XI Congreso.....	160
81. Propuesta de integración en la Seguridad Social de la asistencia al enfermo mental	161
82. Principios para la gestión democrática ...	161
83. Acta del Congreso de la A.E.N.P.: comisiones democráticas para el estudio de la asistencia psiquiátrica	162
84. Información de la A.E.N.P. sobre las conclusiones de su XI Congreso	163
85. El V Congreso mundial de psiquiatría y la psiquiatría española	167
2. <u>Seminarios y reuniones</u>	
86. Seminario sobre asistencia psiquiátrica en Tarragona	167
87. Seminario de Psicoterapia de Grupo de Barcelona	168
88. Seminario sobre organización de hospitales psiquiátricos y su relación con los centros extrahospitalarios. Cádiz	168

	<u>Págs.</u>
89. Censo y movimiento asistencial en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	169
90. Distribución de los ingresos por sexo en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	170
91. Plantilla del personal en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	171
92. Presupuestos del Hospital Psiquiátrico de Oviedo	172
93. Conclusiones del seminario de Psicoterapia de Grupo de Oviedo	173
94. La estructura psicosocial del Hospital Psiquiátrico de Oviedo	174
95. Las reuniones y los grupos en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	175

CAPITULO VI: INFORMACION GENERADA POR LA REESTRUCTURACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SU CONFLICTIVIDAD.

96. Los Colegios Médicos y la nueva reestructuración de la Seguridad Social	178
97. Anteproyecto sobre la nueva organización de la asistencia sanitaria en la Seguridad Social	178
98. Crítica de los médicos internos y residentes al proyecto de reestructuración de la Seguridad Social	181
99. La secretaría nacional del S.M.I.R. denuncia la falta de representatividad de la comisión que elabora el proyecto de reestructuración de la Seguridad Social	182

CAPITULO VII: INFORMACION GENERADA POR LOS CONFLICTOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE OVIEDO.

1. <u>Elaborada por el personal asistencial del hospital psiquiátrico</u>	
100. Los médicos residentes reivindican de nuevo aumento de las becas	185
101. Se intenta expedientar al delegado de los médicos residentes: amenaza de huelga ...	185
102. Los médicos rechazan la negativa del Consejo a mejorar las becas	186
103. Ultimatum de los médicos residentes: ¡atención a nuestras peticiones o paro! .	187
104. Los médicos residentes responden al Gerente: nunca se nos podrá pedir responsabilidades individuales ni mucho menos por vía criminal	187
105. Carta al Presidente de la Diputación: confiamos más en el diálogo que en posturas de fuerza	188
106. Toma de postura de los médicos adjuntos: los médicos residentes son necesarios para continuar manteniendo el buen nivel alcanzado	188
107. Esperamos las resoluciones del Consejo de Administración	189
108. La División Médica adopta decisiones para la democratización del hospital	189
109. El director médico informa al Presidente del Consejo acerca de la actitud del	

	<u>Págs.</u>
cuerpo médico	190
110. El cuerpo médico está unánimemente decidido a presentar la dimisión	192
111. Las asistencias sociales estiman que las peticiones de los médicos son justas	192
112. El director médico exige que se cumpla la promesa de una reunión entre Administración y médicos del hospital psiquiátrico	193
113. La plantilla médica le hace una crónica de los hechos al Consejo	193
114. Protesta por la destitución del director	194
115. Escrito de residentes al Presidente de la Diputación solicitando su readmisión y la reposición del director	195
116. Informe a la Delegación Provincial de Sindicatos tramitando conflicto colectivo	195
117. El director médico pide al Presidente del Consejo su reposición	196
118. Los médicos de plantilla presentan su dimisión	196
119. Los residentes solicitan de nuevo su readmisión y la del director	197
120. Informe sobre el conflicto presentado en la asamblea del Congreso de Málaga	197
121. Notas tomadas en asambleas de médicos ...	198
122. Los médicos impugnan las modificaciones introducidas por el tribunal de selección	199
123. La asamblea médica informa sobre los problemas asistenciales y la ineficacia de la Administración	200

	<u>Págs.</u>
124. Escrito de dimisión	203
125. Informe al Presidente de la S.E.P.	203
126. Se solicita la mediación del Colegio de Médicos	204
127. Informe a la A.E.N.P.	204
128. Se recurre ante el Consejo General de Colegios de Médicos la negativa del Colegio de Oviedo	205
2. <u>Informes elaborados por el personal asistencial de otras instituciones</u>	
129. Médicos internos y residentes del norte de España: consideramos perfectamente legítimas las reivindicaciones de los compañeros de Oviedo	206
130. A.T.S. del Hospital Alonso Vega: deben ser los profesionales los responsables de la selección del personal técnico	207
131. Solidaridad de médicos psiquiatras y personal sanitario de Córdoba	207
132. Médicos del Sanatorio de Toén denuncian la postura inmovilista de la Diputación de Oviedo	208
133. El personal sanitario del Instituto Mental de la Santa Cruz señala la disociación que sufre nuestra sanidad	208
134. Médicos de las Clínicas Psiquiátricas Francisco Franco: no a las ingerencias arbitrarias de la Administración	204
135. Asamblea general de médicos del Hospital	

	<u>Págs.</u>
Clínico de Barcelona: defensa de organismo democráticos de contratación	209
136. Médicos internos del Hospital de San Pablo: es injusto, que organismos desconocedores tengan la última palabra en la selección	209
137. Personal sanitario del Hospital Francisco Franco de Barcelona: denunciarnos la actuación del Consejo de Administración del Hospital Psiquiátrico de Oviedo	210
138. En las clínicas psiquiátricas del Francisco Franco (Madrid), se inicia un paro de solidaridad	210
139. Médicos de Madrid piden que se evite el deterioro del Hospital Psiquiátrico	211
140. La Coordinadora de M.I.R. analiza el conflicto del Hospital Psiquiátrico de Oviedo y llama al paro	211
3. <u>Por la Administración de los servicios asistenciales de la Diputación de Oviedo</u>	
141. El Consejo de Administración deniega la solicitud del incremento de las becas ...	212
142. El Presidente de la Diputación: espero que adopten posturas dignas del cuerpo a que pertenecemos	213
143. El Gerente: se pedirán individualmente las responsabilidades en que cada uno pudiera incurrir	213
144. El Gerente: si no modifican su actitud,	

	<u>Págs.</u>
renunciaran a la beca y deberán abandonar el Hospital	214
145. Se prohíbe toda reunión o asamblea de médicos en el Hospital Psiquiátrico	215
146. El Consejo de Administración declara vacantes las plazas de médicos residentes y les da un plazo de 24 horas para que abandonen el hospital	215
147. El Presidente de la Diputación deniega la solicitud de readmisión presentada por los residentes	216
148. La Diputación invita a los médicos de plantilla a reconsiderar su dimisión	216
149. Decreto del Presidente de la Diputación por el que se constituye la comisión elaboradora de la nueva normativa de los M.I.R.	216
150. Informe del Sr. Menéndez-Manjón, Presidente en funciones, acerca de la situación de los centros y la rescisión de los contratos al personal asistencial ...	217
4. <u>De otras instituciones oficiales</u>	
151. La Organización Sindical tramita conflicto colectivo	219
152. La Dirección General de Trabajo desestima el recurso presentado para promover conflicto colectivo	219
5. <u>Asociaciones y Sociedades científicas</u>	
153. Informe del boletín de la S.E.P.	220
154. Telegrama del Presidente de la A.E.N.P. .	221
155. Informe de los Dres. Cabaleiro Goas y	

	<u>Págs.</u>
García Reyes, portavoces de la A.E.N.P. .	221
156. Circulares de la A.E.N.P. en relación con el conflicto de Oviedo	225
157. Comunicación escrita del Presidente de la A.E.N.P.	226
6. <u>Del Colegio y Consejo General de Colegios Médicos</u>	
158. Se prohíbe a los médicos del Hospital Psiquiátrico una reunión en los locales del Colegio de Oviedo	227
159. El Colegio de Médicos de Oviedo pide la reposición del director médico	227
160. El Colegio de Médicos de Oviedo desestima la solicitud de mediación hecha por los médicos del Hospital Psiquiátrico	228
161. Circular de la Sección nacional de Médicos jóvenes	229
7. <u>De otros sectores sociales</u>	
162. Los mineros de Hunosa se solidarizan con los médicos	230
163. Pensionistas de la Felguera piden la inmediata anulación de sanciones	230
164. Club Cultural de Oviedo: pide se repare la insostenible situación a que están sometidos los médicos	231
165. Los alcohólicos anónimos: destacan la labor desarrollada por los médicos	231
166. Enfermos del hospital: lamentamos la actual situación como perjudicados directos	231

167. Un familiar de un despedido informa del conflicto a la Comisión Internacional de Derechos Humanos	232
--	-----

CAPITULO VIII: DE OTROS CONFLICTOS PSIQUIATRICOS.

168. Despido de un médico residente en el Hospital de Oña (Burgos)	235
169. La situación en el Hospital Alonso Vega de Madrid	235
170. Circular de la secretaria de la Coordinadora psiquiátrica	236
171. Hospital Psiquiátrico de Córdoba: no a la gestión democrática, despido de un médico	237
172. Paro en el Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona	238
173. Tensiones en el Hospital Psiquiátrico de Leganés	239
174. Repulsa por la expulsión de un médico del Hospital Psiquiátrico de Valencia	240

CAPITULO IX: DE LA PRENSA MEDICA.

1. <u>Prensa médica especializada</u>	
175. La formación del personal enfermero en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	243
176. La psiquiatría social en España a través de Index Clinicus	244
177. La enseñanza de la psiquiatría en Europa	244
178. La asistencia psiquiátrica en España a través de Archivos de Neurobiología	246

	<u>Págs.</u>
179. Trabajos sobre asistencia psiquiátrica publicados por los equipos asistenciales del Hospital Psiquiátrico de Oviedo	247
2. <u>Prensa médica de información general</u>	
2.1. <u>"Tribuna Médica"</u>	
180. Encuesta sobre la asistencia psiquiátrica en 1965	249
181. Usos y abusos de la psiquiatría	251
182. El conflicto del personal auxiliar de enfermería del Hospital Psiquiátrico de Oviedo	252
183. Conflicto de los M.I.R.: el centro del problema	253
184. Médicos de Madrid y Barcelona escriben al Presidente del Gobierno solidarizándose con el Hospital Psiquiátrico de Oviedo	254
185. Los médicos residentes del Hospital de San Pablo y la sanidad española..	255
186. Sobre los antecedentes político-morales de los médicos	256
187. Informe May sobre la asistencia psiquiátrica española	257
188. La asistencia psiquiátrica en Tribuna Médica	258
189. La sanidad y la asistencia psiquiátrica en las Cortes	260
2.2. <u>"Medicamenta"</u>	
190. ¿Quién es el enfermo?	261

	<u>Págs.</u>
191. La psiquiatría española está bajo cero	261
192. La asistencia psiquiátrica y los in- formes del Director General de Sani- dad a través de Medicamenta	262
2.3. <u>"Mundo Hospitalario"</u>	
193. Conclusiones sobre una visita a los servicios psiquiátricos de Bel-Air (Suiza)	264
194. El Organo de Gestión responde a las acusaciones del Dr. Pedrosa	264
2.4. <u>"Profesión Médica"</u>	
195. El presidente del Colegio de Médicos declara que el director médico no fue destituido	266
2.5. <u>"Noticias Médicas"</u>	
196. El Colegio de Médicos protesta ante el gobernador civil	268

CAPITULO X: PRENSA REGIONAL.

1. <u>"Región"</u>	
197. Región: datos de identidad	271
198. Hacia una nueva concepción hospitalaria..	271
199. Importancia de la medicina preventiva ...	272
200. Es necesaria una coordinación asistencial y sanitaria	272
201. La nueva técnica hospitalaria	273
202. El Ministro de la Gobernación impone la Gran Cruz de Sanidad al Presidente de la	

	<u>Págs.</u>
Diputación	273
203. Incomprensible la postura adoptada por los médicos	274
204. Dr. Junceda nuevo director del Hospital General: se inicia una etapa de mayor relieve para los médicos asturianos	275
205. El Colegio de Médicos exento de toda responsabilidad en la organización de los servicios sanitarios provinciales	275
206. El dinero de la Diputación	276
207. El Consejo rechaza las pretensiones de los médicos por ir acompañadas de violencia	276
208. No hay derecho a que los millones que cuestan los hospitales se malogren por el capricho de señores que nada les importa Asturias	277
209. Presidente del Colegio de Médicos: no me parece bien que los facultativos hayan acudido a la prensa antes que al Colegio	278
210. La Diputación defiende los intereses de los asturianos frente a una especie de colonialismo	279
211. ¿A quién sirve el hospital general?	279
212. Un hospital general para la beneficencia y la Universidad	279
2. <u>"La Nueva España"</u>	
213. La Nueva España: datos de identidad	280
214. Consideraciones sobre la asistencia psi-	

	<u>Págs.</u>
quiátrica en Asturias	280
215. No hay enfermos mentales incurables. La sociedad tiene una gran responsabilidad..	281
216. Hay que extender y perfeccionar la asistencia extrahospitalaria	281
217. La Diputación no debe emprender sola una organización piloto	282
218. Dr. Buckle (O.M.S.): Asturias va con años de adelanto sobre otras regiones en la asistencia psiquiátrica	282
219. Singular experiencia en el Hospital Psiquiátrico: el Dr. Reyes quiere poner en práctica una nueva terapia recreativa ...	283
220. En el Hospital Psiquiátrico no son admitidos enfermos de la Seguridad Social ...	284
221. Se puntualiza la noticia respecto a los enfermos de la Seguridad Social	284
222. El Ministro de la Gobernación: me siento orgulloso de contemplar la labor realizada en Oviedo	286
223. En el Hospital General hay muchas cosas que fallan, que son innovaciones introducidas por un señor	287
224. Los médicos becarios explican a la opinión pública su situación	289
225. El director y los médicos de plantilla abandonan una reunión con el Presidente del Consejo de Administración	290
226. La Delegación de Trabajo: no procede la	

	<u>Págs.</u>
tramitación de conflicto colectivo	291
227. Llegó el Prof. Lafuente Chaos en misión conciliadora	291
228. El Organo de Gestión informa acerca de las soluciones dadas al conflicto	293
229. ¿Por qué se vende el Hospital General de Asturias?	294
3. <u>"La Voz de Asturias"</u>	
230. La Voz de Asturias: datos de identidad ..	296
231. Carta de los auxiliares de enfermería del Hospital Psiquiátrico	297
232. Ha sido una falta de sentido común, dice el presidente de la Diputación	297
233. El Hospital General de Asturias puede hundirse, la situación está muy politizada, dice el Presidente del Consejo	298
234. Las frases de los diputados: ¡no a la subversión!	299
235. La mayoría de los diputados desconocían la situación del hospital	300
236. Los jefes y adjuntos del Hospital General informan sobre su problemática	301
237. La agrupación sindical de hospitales pide el reconocimiento de la condición laboral de los médicos becarios	303
238. El director destituido hace unas declaraciones a la prensa	304
239. Ciento catorce profesionales asturianos dirigen a la opinión pública un escrito	

	<u>Págs.</u>
sobre el problema del Hospital Psiquiá- trico	305
240. Los pacientes del Hospital Psiquiátrico se manifiestan públicamente	306
241. La crisis del Hospital General llegó ayer a su cierre	306
242. La plantilla médica del Hospital General critica a su director y la gestión desa- rrollada por la Administración	307
4. <u>"Asturias Semanal"</u>	
243. Siete días de una crisis	310
244. La crisis hospitalaria: el Organo de Ges- tión se ha situado al borde de la sinra- zón	311
245. Los problemas en las instituciones sani- tarias de la Diputación: no hay diálogo..	312

CAPITULO XI: PRENSA ESTATAL E INTERNACIONAL.

1. <u>"Informaciones"</u>	
246. La plantilla médica del Hospital de San Pablo escribe al Vicepresidente del Go- bierno	315
247. Representantes de 16 hospitales replican a la Diputación de Oviedo	315
248. Un enfrentamiento de estructuras	316
2. <u>"Madrid"</u>	
249. Para el Director General de Sanidad sería incomprensible una huelga de médicos	318
250. El conflicto del Hospital Psiquiátrico a	

	<u>Págs.</u>
través del humor	319
3. <u>"Triunfo"</u>	
251. El Mayo asturiano	320
252. Los nuevos médicos	321
253. El Hospital Psiquiátrico de Oviedo: una experiencia frustrada	323
4. <u>Frankfurter Allgemeine Zeitung</u>	
254. Los mineros hacen una colecta para los médicos	326

CAPITULO XII: PRENSA ILEGAL O CLANDESTINA.

1. <u>"Mundo Obrero"</u>	
255. Por primera vez en el franquismo una huel- ga de médicos alcanza proporciones nacio- nales	328
256. Apoyemos a los médicos de Oviedo	328
257. La huelga de médicos analizada por uno de los que la hicieron	329
2. <u>"Verdad"</u> (Organo regional del PCE)	
258. La huelga de los médicos cuestiona una de las instituciones modelo del franquismo: el Seguro de Enfermedad	330
259. La conversión del hospital en una insti- tución para la liberación de los enfer- mos, entraba en contradicción con un es- tado autoritario y fascista	331
260. La huelga de los médicos y la alianza de trabajadores y profesionales	332
261. El escándalo del Hospital Psiquiátrico ..	333

	<u>Págs.</u>
3. <u>Otra procedencia</u>	
262. Circular del Comité de solidaridad obrera de Asturias	333
263. Informe el Comité de solidaridad Che Guevara	334
264. Comisiones Obreras: por una medicina socializada al servicio del pueblo	335
265. <u>Mundo femenino</u> : las medidas tomadas provocan una disminución del nivel asistencial en los centros sanitarios	335
266. <u>Horizonte Español</u> : cuando los médicos despiertan de la anestesia	336

CAPITULO XIII: CIRCULARES Y PARTES INFORMATIVOS DE
LOS MEDICOS Y DE LA COORDINADORA
M. I. R.

1. <u>De los médicos del Hospital Psiquiátrico</u>	
267. Nuestros problemas eran de tres órdenes..	338
268. Se nos da un plazo de 24 horas para abandonar el hospital	339
269. Nuestra situación no encuentra cabida en ningún tipo de derecho	339
270. Se pretende crear una unidad nacional de médicos internos y residentes para defender sus intereses comunes	340
271. Los representantes de la Coordinadora se entrevistan con el Presidente del Consejo del Hospital Psiquiátrico	341
272. Se inician gestiones con el Director Ge-	

	<u>Págs.</u>
neral de Sanidad	342
2. <u>De la Coordinadora y los representantes de hospitales</u>	
273. Llamamiento para que no se ocupen las plazas declaradas vacantes en Oviedo	343
274. Comunicación a la asamblea de médicos in- ternos y residentes	344
275. Parte informativo de huelga nº 1	345
276. Idem nº 2	346
277. Idem nº 4	347
278. Idem nº 6	347
279. Idem nº 11	348
280. Idem nº 19	349
281. Idem nº 20 y anexo	350
3. <u>De los médicos del Hospital Psiquiátrico de Oviedo durante el segundo conflicto.</u>	
282. Se trata de llevar a la práctica el prin- cipio de participación del personal médi- co sanitario en la gestión	352
283. La Administración no hace más que reafir- mar las actitudes de autoritarismo e in- transigencia	353
284. La clase médica ha sido pre erida a la hora de planificar la asistencia	353
285. La comisión de residentes en vista del silencio de la Administración dimite	354
286. La Administración pretende ignorar los problemas	355
287. La asamblea médica del Hospital Psiquiá-	

	<u>Págs.</u>
trico ha decidido presentar su dimisión..	355
288. La Administración rescinde el contrato de los médicos y el personal asistencial es desalojado del hospital por la fuerza pública	356

I N T R O D U C C I O N

I N T R O D U C C I O N

1. Planteamiento del Problema:

En el periodo que corresponde casi exactamente a la década 1960-70, el sector de la sanidad en Asturias fue protagonista de unos acontecimientos que iban a tener repercusión en toda España. Se puso en funcionamiento un nuevo hospital general que sería pionero en algunas acciones sanitarias: se realizó la transformación del hospital psiquiátrico, se elaboraron proyectos y programas para la puesta en marcha de una nueva organización sanitaria en Asturias. Todas estas innovaciones generarían resistencias, luchas y conflictos.

Los acontecimientos llegaron a alcanzar una dimensión nacional, no sólo porque allí se pusieron en marcha fórmulas, que en algunos aspectos sirvieron de modelo para el resto de la sanidad, sino también porque contribuirían al nacimiento de movimientos profesionales, porque fueron objeto de un amplio tratamiento

en los medios de difusión estatales y, sobre todo, porque produjeron decisiones y tomas de postura en los órganos del poder central.

Nuestro propósito es el conocimiento histórico de esos hechos, en concreto de la reforma psiquiátrica y sus vaivenes. Se trata, pues, de conocerlos, ordenarlos y explicarlos, de tal forma que se pueda superar los datos empíricos y desvelar la realidad de aquella situación; de acercarnos al porqué de esos acontecimientos, al por qué de su origen y de su fin. Pensamos que la aproximación al conocimiento objetivo de la situación que nos proponemos estudiar --a pesar de ser un estudio parcial, de una especialidad, y local, de una región-- supondrá una aportación para la mejor comprensión de la situación sanitaria actual y en especial de la asistencia psiquiátrica y, sobre todo, facilitará elementos para abrir nuevas perspectivas e interrogantes. Hay por otra parte un deseo expreso en nuestro trabajo: inquirir en la dimensión social de los fenómenos, investigar cómo se relacionan los acontecimientos que se producen en el sector de la sanidad con otros hechos sociales; en suma, con la estructura social del ámbito donde se producen.

2. Material y Método:

Para poder responder a los objetivos que nos marcamos en el planteamiento anterior necesitamos dotarnos de un instrumento

formal que nos facilite el estudio y el trabajo. De una especie de modelo que nos ayude a situar los hechos, a decodificar su significado implícito. En este sentido hay una intención firme de huir y rechazar toda posición apriorística. Para cumplir esa intención acudiremos constantemente a la apoyatura documental y distinguiremos lo que es el acontecer de los hechos, su ordenación, sus relaciones y los análisis e interpretaciones que nos permitimos formular a partir de ellos.

Estudiaremos por una parte, la estructura social del marco concreto donde se originan los hechos, sin olvidar que ese marco está inserto en una realidad más amplia --la del país-- con una estructura y una política global, que es necesario conocer para no privar al estudio de su plano o dimensión longitudinal. Para cumplir este objetivo acudimos a materiales bibliográficos que nos permitan extraer los datos de estructura y coyuntura imprescindibles para reinterpretar todo el contexto a que hacemos referencia.

Para acercarnos a los fenómenos concretos que nos interesan estudiaremos el modelo técnico-asistencial que emplea la reforma psiquiátrica, sus orígenes, su aplicación a nuestra realidad, su adecuación y los problemas que genera. Una vez abiertos los conflictos, intentamos estudiar los factores y elementos que en ellos surgen, así como el comportamiento y motivaciones de las

diversas partes que se ven afectadas o interpeladas.

El material que usamos para el estudio de estos hechos es por una parte, material interno de las instituciones y del propio conflicto, en gran medida inédito; por otra el material presente en los diversos medios de difusión escritos que reflejan los hechos de un lado, y de otro las posiciones y los juicios de diversos sectores sociales ante estos acontecimientos. Ello nos llevó a ordenar las diversas fuentes según los criterios que explicaremos en el apéndice documental y a valernos de la información escrita en sus diversos niveles: prensa general, nacional y regional; prensa médica, especializada y no especializada; prensa clandestina. A partir de esta y de las otras fuentes recogemos el material preciso para someterlo al tratamiento ya enunciado y profundizar en la comprensión de su significado.

3. La situación sociopolítica y sanitaria española en el periodo que se estudia:

La reforma asistencial y los acontecimientos que vamos a historiar se desarrollan en casi su totalidad en el decenio de los sesenta, espacio que en el decir de algunos historiadores "... corresponde a un periodo netamente definido... seguido al final por la aparición de una nueva crisis orgánica... a partir del 70" (1). El inicio de este período se corresponde con el fin de la etapa de la autarquía y con el comienzo de la fase de ex-

pansión y de los Planes de desarrollo (I: 1964; II: 68-71; III: 72-75). Es la época de la España del crecimiento, superando en 1964 los 500 dólares de renta per capita, frontera del subdesarrollo (ver cuadro 1).

"Después del Plan de estabilización de Julio 1959 la economía española entró en un periodo de expansión rápida y sostenida, sin precedentes, que terminó a principios de 1967" (2).

3.1 Datos y características de la transformación socio-económica:

Consideramos que una forma de verificar las transformaciones experimentadas es observar los cambios acontecidos en la estructura de su población activa. (Ver cuadros 2 y 3).

En los citados cuadros pueden verse las transformaciones sufridas por los sectores básicos de la economía: gran disminución del sector agrícola y un incremento del sector industria y servicios. Las modificaciones cuantitativamente más importantes ocurren en los primeros años de la década. Entre el 60-65, 883.000 personas activas abandonaron el sector agrícola. Como se observará el sector agrícola pasó de ocupar el 51,9% de la población activa en 1940 al 29,1% en 1970.

Los sectores industria y servicios pasan del 24% en 1940 al 37 y 33% respectivamente en el 70. Estas modificaciones constatan pues el proceso de industrialización y "desagrarización" que

Cuadro 1
LA EVOLUCION DE LA RENTA PER CAPITA EN ESPAÑA

años	poblac. de hecho. (miles habitan.)	renta por persona		variación %	
		Pesetas	Dólares	valor cort.	valor constant.
1955	29.231	11.200	309	10,3	4,0
1960	30.431	17.505	292	1,0	0,5
1964	31.472	30.066	501	11,5	4,9
1968	32.788	47.338	676	9,7	4,8
1970	33.470	57.649	824	10,7	5,0

Fuente: Contabilidad Nacional de España. Instituto Nacional de Estadística y estimación propia del B. Bilbao. Informe económico B. Bilbao, 1970, pág. 95.

Cuadro 2

EVOLUCION DE LA POBLACION ACTIVA, SEGUN SECTORES DE LA ECONOMIA
(por décadas en miles)

años	agricul. y pesca		Industria		Sercicios		Total
		%		%		%	
1940 (a)	4.781,0	51,9	2.212,0	24	2.215,8	24,1	9.208,8
1950 (a)	5.271,0	49,6	2.708,6	25,4	2.641,5	24,9	10.208,8
1960 (c)	4.922,7	41,7	3.756,6	31,8	3.137,3	26,5	11.816,6
1970 (c)	2.706,3	29,1	4.746,4	37,3	4.279,5	33,6	12.732,2

Fuentes: (a) datos de los censos de Población: INE, anuario Estadístico, 64
(c) INE, Encuesta población activa, 1970 (Madrid, 1972), estimaciones
revisadas pág. VIII. Reproducidas Foessa 1975, pág. 717.

Cuadro 3

EVOLUCION DE LA POBLACION ACTIVA, SEGUN SECTORES. 1960-71
(en miles)

Años	Agricul. y pesca		Industria		Servicios		Total
		%		%		%	
1960	4.922,7	41,66	3.756,6	31,79	3.137,4	26,5	11.816,6
1965	4.039,9	33,18	4.324,4	33,51	3.812,6	31,31	12.176,9
1968	3.902,1	31,17	4.548,5	36,3	4.069,5	32,5	12.520,1
1970	3.706,2	29,11	4.746,4	37,28	4.279,5	33,61	12.733,2
1971	3.610,0	28,06	4.825,5	37,51	4.429,2	34,43	12.864,7

Fuente: INE, encuesta de población activa 1971 (Madrid, 1973), pág. VIII, reproducidas por Foessa 1975, pág. 718.

experimentó España en esos años.

Por otra parte si hasta 1969 el contingente que se incorpora a estos dos últimos sectores (industria y servicios) es bastante similar, a partir de 1970 se notan ya diferencias importantes a favor del sector servicios ⁽³⁾, lo que supone un claro indicio de que ha comenzado el proceso de terciarización, o predominio en el desarrollo del sector servicios, aspecto característico de las sociedades más desarrolladas.

Así pues, las transformaciones socioeconómicas que se produjeron nos muestran que se ha establecido una forma de producción capitalista (aumento de la fuerza de trabajo asalariada en los sectores de la industria y servicios que pasan de 4,5 millones en 1950 a casi 7,5 millones en 1971). Por otra parte se va produciendo también un proceso de concentración de las fuerzas productivas, como se deduce de la disminución del número de personas que emplean mano de obra. Esta disminución de empleadores acontece fundamentalmente en el sector agrícola y en la industria. Las fuerzas productivas se van concentrando en las grandes empresas. Otra característica patente es la disminución de los profesionales liberales (ver cuadro).

EVOLUCION DE PROFESIONALES Y TECNICOS 1964-70

	1964	1970	% de variación 1964-70
profes. liberal.	70.300	52.200	25,7
direct. empresa	19.700	23.600	19,8
cuadros super.	93.600	174.300	86,2
técnicos medios	243.400	325.300	33,6

Fuente: I.N.E. Encuestas de Población activa 1964 y 1970
Citado en Informe Foessa 1975, pág. 729.

Tanto en 1964 como en 1970 la mayoría de los cuadros superiores están en el sector servicios, sólo un quinto de ellos trabaja en la industria. A medida que pasan los años, y concretamente en 1970, el número de cuadros superiores que trabajan para el sector público sufre un incremento notable, lo que "es un claro reflejo de la importancia creciente que va tomando el Estado a medida que se pasa de la fase primitiva del capitalismo a otras de mayor desarrollo... y en ese sentido puede decirse que corresponde a lo que suele llamarse capitalismo monopolista de estado" (4).

Los cambios en el orden económico y la transformación de la infraestructura generaron modificaciones en el orden social, de entre las que queremos aquí destacar sobre todo: el fenómeno de las migraciones y el proceso de urbanización. En la década 1961-70 las salidas de los municipios españoles alcanzaron, como mínimo, la cifra de 3.719.725 personas (5). En el período 1941-50 salen 62.293 personas activas del sector agrícola; entre el 51-60

esa cifra asciende a 1.087.332, y el período 61-70, 1.990.669, lo que supone que durante esas tres décadas 3.140.282 personas fueron trasvasadas del sector agrícola a otros sectores.

La población que vive en ciudades de 100.000 habitantes o más, pasa de un 30% en 20 años (de 1950-70). La población que vive en ciudades de más de 50.000 habitantes varía así:

año 1950 = 30,7%; año 1960 = 35,7; año 1970 = 44%

El cambio brusco en los asentamientos de la población y en sus actividades es evidente. Es conocido, por otra parte, que procesos de estas características contribuyen a crear situaciones anómicas, conductas desviadas y crisis de identidad. En 1970 el 63,6% de la población se concentraba en el 5,6% de los municipios (488 en total), mientras que el restante 56,4% se distribuye entre el 94,4% de los mismos (6).

La Emigración al exterior: en este período se produce un fenómeno nuevo que es el gran movimiento de emigración hacia los países de Europa. Según estadísticas de los países receptores se estima que entre 1960 y 1972 la emigración española a tres de estos países fue:

período 1960-72	a	Alemania	=	551.919
"	"	Francia	=	436.295
"	"	Suiza	=	576.590

(7).

La situación económica en 1971.

En este año sobresalen dos problemas fundamentales en la economía española: el fuerte crecimiento del paro, que en términos anuales se eleva en un 37,5% sobre 1970, y el aumento de la tasa de inflación. Asimismo la tasa del crecimiento bruto: durante 1971 fue de un 4,7%, que con la de 1967 es la más baja desde el comienzo de la década, hecho "... que aún cobra mayor relevancia si se refiere al producto del sector industrial (3,8%), el más bajo de todos los últimos años" (8). Según la interpretación que hacen algunos autores de estos datos puede afirmarse que la onda depresiva del ciclo iniciado en el primer semestre del año 70 se prolongó durante el año 1971.

Los acontecimientos económicos del año 71 no discurrieron de acuerdo con las previsiones de la OCDE (ver cuadro 4).

3.2. Dinámica en las élites y en el modelo político.

Las transformaciones señaladas van acompañadas de cambios y renovaciones en la superestructura política. Así, el gobierno de 1957 elaborador de la nueva planificación económica, que representaría un punto de inflexión en la política económica española, supuso al mismo tiempo la entrada en los gabinetes de Franco de los primeros ministros pertenecientes al Opus Dei. Es opinión compartida por diversos autores, que la transformación económica produjo cambios en la hegemonía del bloque dominante,

Cuadro 4

	Aspiraciones 1971 previsiones OCDE	Realizaciones 1971
Tasa de crecimiento del PNB	6,0	4,9
Tasa de crecimiento importaciones	13,0	4,4
Tasa de crecimiento consumo privado	6,0	4,7
Tasa de crecimiento de inversión	7,5	1,2
Tasa de crecimiento del coste de la vida	superior al 70 aunque aumente sensiblemente a menor ritmo entre el final del 70 y el fin del 71	8,2 (media anual) 9,7 (Dic. 71-Dic. 72)

Fuente: Economía Española 1972. I.E.F. Ministerio de Hacienda, pág. 22

que pasó a estar ocupada por la oligarquía financiero-industrial; pero al mismo tiempo se producen divisiones en él, que va fragmentándose en razón de los diversos intereses y de las posiciones que ocupan dentro del aparato del estado. Es también conocido que la liberalización económica encontró resistencias y rechazos en algunos sectores, hallando la máxima oposición en el sector ideológico del régimen, precisamente el que progresivamente iba a verse desplazado por el Opus y los sectores técnicos (9).

Nos parece importante detenernos en describir algunos fenómenos de la dinámica de las élites del poder político, sobre todo las de la élite ejecutiva, puesto que en un estado centralista como el que analizamos muchos movimientos en esas élites van a tener, como tendremos ocasión de ver, amplia repercusión en las decisiones del poder local, que les está supeditado.

Los análisis de la composición de los gobiernos 57-62, 62-65, 65-69, 69-73, revelan que pierden su importancia las carreras políticas dentro del partido o en la organización del Movimiento que en la etapa anterior habían estado representados por tres y cuatro carteras. Recobran importancia las profesiones técnicas no jurídicas, empieza a adquirir mayor relieve el cuerpo de catedráticos de universidad y conservan su predominio con ligeras oscilaciones los cuerpos superiores de formación jurídica (10).

Amando de Miguel señala que tras una etapa azul-católi-

ca (1951-57), los grupos de técnicos y tecnócratas van a ser cada vez más dominantes reduciendo la gama colorista de años anteriores (11). En este sentido los acontecimientos de 1969 (presentación en las Cortes de Juan Carlos y la formación del nuevo gobierno) pueden ser interpretados como un alejamiento ya definitivo de la opción falange (Movimiento) del poder político.

Apuntábamos antes la fragmentación del bloque dominante, pues bien ese fenómeno se fue agudizando y haciendo más patente a medida que pasaron los años, expresándose muchas veces a través de la lucha y competitividad entre los grupos de las diversas instituciones del estado. Para A. de Miguel la evolución marcada por las diferentes etapas indica una lucha de Cuerpos de la Administración por el poder. "Los distintos intereses representados puede que se sirvan de grupos profesionales o Cuerpos de la Administración para ostentar el poder" (12).

Kenneeth N. Medhust dice de los gobiernos de Franco: "el conflicto departamental ha sido... intensificado por la práctica de asignar ministros asociados a grupos particulares a departamentos que directamente afectaban a los intereses de esos grupos" (13).

También Von Beyme⁽¹⁴⁾ se ocupa de la lucha de grupos en las diversas instituciones del sistema. Destaca la importancia que tiene el reparto del poder en los diversos puestos directivos

de la Administración, que por otra parte se ven siempre amenazados con el cese, ante el cambio del titular de la cartera de la que dependen. Así, por ejemplo, tras el cambio de gobierno del 1969 cesaron 575 funcionarios políticos. Describe también como las diversas tendencias se van atrincherando en los distintos sectores del estado (la falange en sindicatos, los tecnócratas en departamentos económicos, etc.) y en este sentido analiza la importancia que revistía la costumbre de que el gobernador civil fuese al mismo tiempo jefe provincial del movimiento, como una forma de asegurar al movimiento su influencia en la parcela de la Administración local. Para otros autores en este período de transformación las estructuras del poder político llegan a entrar en contradicción con sectores de las clases dominantes produciéndose entonces un fenómeno de "autonomía de factores políticos" (15).

Estas contradicciones que durante tiempo se desarrollan en el seno de las instituciones, terminan por saltar a la calle (son acontecimientos ejemplificadores en ese sentido el "asunto Matesa" y las diversas manifestaciones que se producen en relación con el proceso de Burgos 1970).

Si nos detuvimos en resaltar las contradicciones existentes entre las diversas instituciones del estado es porque ellas van a tener también una clara expresión en el sector de la sanidad, al ser éste dependiente de diversos Ministerios y departamen-

tos que defienden intereses distintos.

3.3. Crisis de la hegemonía ideológica del bloque dominante y conflictividad político-social

Coincidiendo con este proceso de transformación se produce una crisis de la hegemonía ideológica del bloque dominante que aparece de forma clara en el orden cultural y de la enseñanza superior. Los jóvenes que van llegando a las universidades y a las fábricas cuestionan esa ideología y son ajenos a los valores y a la moral de los vencedores de la guerra. En 1956 tienen lugar ya importantes manifestaciones estudiantiles. Empezó a organizarse en Madrid un movimiento en pro de un Congreso Libre de Estudiantes. "La idea tuvo excelente acogida entre toda una serie de intelectuales que se había agrupado en el círculo Tiempo Nuevo" (16). A lo largo de este año se produjeron detenciones de estudiantes y de intelectuales que tomaron postura contra el régimen (entre otros a Tierno Galvan y D. Ridruejo). Se suspendieron también varios artículos del Fuero de los Españoles. Finalmente se cesó a Ruiz Giménez como ministro de Educación.

En opinión de G. Hermet: "...después de 1950 surge el momento en que los recursos ideológicos --del régimen-- ya no pueden contribuir a extender, ni siquiera a estabilizar la clientela de la dictadura" (17).

De otra parte las huelgas de los trabajadores se extienden por Asturias, Cataluña y el País Vasco, A partir de la segunda mitad de 1961, es la fecha en la que podemos situar el principio de los nuevos y grandes movimientos obreros en España (18): La filosofía oficial de orientación escolástica toma como objeto central de sus críticas al materialismo, "durante años no se publica ningún libro sobre filosofía marxista.... Hasta 1961 no se publica el primer libro español sobre el tema, se trata de la obra colectiva Introducción al pensamiento marxista" (19). En los años siguientes esa barrera fue franqueada y el número de publicaciones extranjeras que podían adquirirse aumentan notablemente. También se autorizó la publicación de autores españoles hasta entonces prohibidos. Las corrientes marxistas son debatidas desde diversos planos y sobre todo como metodología científica; "es decir como utilización de unos ciertos esquemas de interpretación de la realidad y de unos criterios científicos..." (20). En octubre de 1963 aparece el primer número de Cuadernos para el Diálogo, revista que había de jugar un papel muy importante en el debate ideológico y social.

En junio del 62 se produce un fenómeno, que expresa la crisis del régimen: mas de 80 miembros de la oposición española acuden al Congreso que el Movimiento Europeo celebró en Munich, donde se reunieron con otras personas en el exilio. Este hecho

calificado oficialmente como el "contubernio de Munich", determinó que el gobierno decretara el destierro de algunas personalidades de la oposición y del mundo intelectual.

El régimen ya no controla la conflictividad y las luchas que se producen. Para cortar la conflictividad social incrementa las medidas represivas: durante el período 1956-68 se declaran tres estados de excepción; en el período 68-75 la frecuencia al recurso del estado de excepción es considerablemente superior y casi constante⁽²¹⁾. Las medidas represivas contra los trabajadores experimentaron un salto cualitativo en 1970, cuando la intervención de la policía en Granada causa la muerte de tres obreros de la construcción.

En los últimos años de la década del setenta la conflictividad sociolaboral se incrementa (ver cuadro 5). En esos movimientos aún se registra una escasa participación proporcional de técnicos y administrativos.

3.4. La situación Sanitaria en España

Vamos a servirnos de algunos datos e indicadores de forma que nos permitan una aproximación al conocimiento de la situación sanitaria en la década de los sesenta. Es a partir de ellos como iremos viendo que se produjeron cambios en el patrón epidemiológico y sanitario de nuestro país. Hay una disminución

Cuadro 5

DATOS COMPARATIVOS DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y DE LA ORGANIZACION
SINDICAL

Años	núm. conflict.		trabajad.afect.		horas no trabajad.	
	Trabajo	Sindic.	Trabajo	Sindic.	Trabajo	Sindicat.
1968	351	236	130.742	144.355	1.925.278	2.114.100
1969	491	459	205.325	174.719	4.476.727	5.549.200
1970	1.595	817	460.902	366.146	8.738.916	6.750.900
1971	616	601	180.578	266.453	no publ.	8.186.500
1972	656	688	174.412	304.725	"	7.469.400

Fuente: J.M. Arija, Triunfo 12.5.1973.

de la tasa de mortalidad, que desciende del 16,5% en 1940 al 8,6% en 1960 y al 8,4% en 1970⁽²²⁾. Hay un aumento de la esperanza de vida al nacer, con las siguientes oscilaciones:

47,12 (varones) y 53,24 (mujeres) en 1940; 67,32 (varones), 71,90 (mujeres) en 1960, y a 68,90 (varones) y 74,41 (mujeres) en 1970.

El mayor incremento decenal acontece en el período 50-60 (período que coincide con la comercialización de los antibióticos)⁽²³⁾.

Es notable también el descenso de la mortalidad infantil, aunque comparativamente con las tasas de otros países, llama la atención la fuerte incidencia que aún tiene en el nuestro, durante la época 60-70, la mortalidad infantil de origen exógeno. En cualquier caso, estos datos van configurando tendencialmente unos patrones semejantes a los de los países desarrollados. Y esto mismo ocurre, en general, con la evolución que siguen las causas de mortalidad (disminución de las causas exógenas, infecciosas y parasitarias), aunque haya también que constatar que alrededor de 1965 un 3,3% de los fallecidos morían a causa de enfermedades infecciosas y parasitarias, proporción mucho mayor que la común en los países desarrollados. Destacaba sobre todo la elevada tasa de enfermedades infecciosas y parasitarias entre los fallecidos menores de 1 año, superior incluso a la de Grecia y Portugal⁽²⁴⁾. El modelo de mortalidad por causas en 1959 coloca a España en una situación intermedia; en 1967 se constata ya una

evolución que le acerca cada vez más a las estructuras de los patrones de mortalidad que se produce en los países industrializados de Europa o de América del Norte. En opinión de algunos autores la evolución que revelan estos cambios pone a la sanidad española frente "... a problemas de salud cuya solución requeriría una estrategia y un aparato sanitario adecuados para la lucha contra enfermedades, que por decirlo en pocas palabras no se curan con una receta... el cambio de estrategia no es sólo un problema de presupuesto, sino que es todo el modelo de la sanidad lo que entra en crisis (25).

Estructura y Organización. Ya es por repetido archiconocido la multidependencia a que está sometida el sector de la sanidad. Si como se apuntó en páginas anteriores, se tiene presente la lucha y el juego de intereses contrarios existentes entre diversos departamentos de la Administración franquista, es fácil deducir las nefastas consecuencias que ha soportado el sector sanitario. Véase como ejemplo gráfico de lo que acabamos de decir el cuadro siguiente:

PLURALIDAD DE MANDOS EN LA ORGANIZACION HOSPITALARIA ESPAÑOLA

Ministerios que tienen organizaciones hospitalarias bajo su dependencia

- 1º Presidencia del Gobierno
- 2º Ministerio de la Gobernación
- 3º Ministerio del Trabajo
- 4º Ministerio de Educación y Ciencia
- 5º Ministerio de Justicia
- 6º Ministerio del Ejército
- 7º Ministerio de Marina
- 8º Ministerio del Aire

(recientemente han dejado de depender del ministro secretario general del movimiento los centros de la Obra 18 de Julio)

Organismos oficiales dependientes del Ministerio de la Gobernación que asumen la responsabilidad de algún sector hospitalario

Institutos Nacionales del Cáncer, de Leprología y de Recuperación y Rehabilitación

Patronatos Nacionales de Asistencia Psiquiátrica, Tuberculosa y Enfermedades del Tórax

Servicio de Maternidad y Puericultura, Beneficencia del Estado

Centros Hospitalarios a cargo de diversos organismos dependientes del Ministerio de la Gobernación	
Dirección General de Sanidad	83
P.N.A. y E.T.	50
P.N.A.P.	6
Dirección General de Beneficencia	3
Otros	5
<hr/>	
Total Centros	147

Esta variedad estructural e institucional, la dispersión de los inmediatos centros de decisión y poder son fenómenos de capital importancia para comprender el funcionamiento a que ha estado sometido la sanidad nacional.

En resumen, se puede decir que en la sanidad se distinguen dos grupos de funciones separados entre sí: medicina preventiva y medicina curativa. La medicina preventiva ha corrido a cargo del Estado, asistido por las diferentes corporaciones y entidades particulares. La totalidad de la población española estuvo en este sentido bajo la vigilancia de los servicios de sanidad nacional y de su ejecutivo: la Dirección General de Sanidad. En cuanto a la medicina curativa, varios entres más o menos coordinados, más bien menos que más, actúan sobre los sectores de población que se indica:

Seguro Obligatorio de Enfermedad	11.800.000
Seguro Rama Agrícola	3.200.000
Beneficencia Pública y Privada	500.000
Seguro libre de enfermedad	11.200.000

(26).

Serigó afirma que la población protegida por seguros voluntarios en 1965 se calculaba en 1.600.000, lo que representaba unos 7.000.000 de personas como beneficiarios⁽²⁷⁾. Estos datos se han ido modificando en el transcurso de los años; así, en el año 1970 el número de personas acogidas en el Régimen General de la Seguridad Social fue de 16.592.683, lo que representa el 53,9% de la población española.

LOS SERVICIOS Y EL PERSONAL SANITARIO

En este orden de cosas las modificaciones fueron por detrás de los acontecimientos económicos y del progreso general del país. Veamos esto tomando como exponente la evolución en el número de hospitales, y en la proporción camas por mil habitantes: el número de hospitales era en 1949 de 1.622 disminuyendo a 1.365 en 1970, lo que supone un descenso del 15%. El número de camas por mil habitantes se mantenía en 4,43 por mil habitantes en 1949, 4,44 en 1963 y llegaba a 4,60 en 1970. "Mientras que el nivel de renta en estos 21 años ha experimentado un crecimiento

del 702 por 100, el número de camas ha crecido solamente en un 122 por 100" (28).

CLASIFICACION Y DEPENDENCIA DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES
(Hospitales Generales, Quirúrgicos y Maternidades)

	número de establec.	número de camas
Seguro Social de Enfermedad	69	10.214
Estado y corporaciones locales	-	36.115
Obra sindical 18 Julio	21	1.209
Cruz Roja	42	2.105
Patronatos religiosos	-	2.953
Patronatos no religiosos	52	5.000
Ministerios militares	-	17.302
Entidades privadas	-	20.000
Totales	184	94.878

ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS

	número de establec.	número de camas
Sanatorios Psiquiátricos (D.G.S.)	4	1.800
Manicomios (incluidos Diputac.)	55	31.800
Asilos hospitales (pequeños manic.)	193	8.118

Asilos Hospit. (D.G.Benefic.)	3	340
Sanatorios Antitubercul. (P.N.A.)	56	16.279
Preventorios Antituberc. (P.N.A.)	5	1.831
Leproserías (D.G.Sanidad)	2	700
Leproserías (Diputaciones)	3	250
Instituto del Cáncer (D.G.Sanidad)	1	150
Hospital del Rey (D.G. Sanidad)	1	385
Escuela nacional enf. Tórax	1	40
Instituto Oftálmico (D.G.Benef.)	1	144
Hospital Niño Jesús (D.G. Benef.)	1	400
Otros hospitales infantiles	10	450
Totales	336	62.687

Fuente: Datos Comisaría del Plan de Desarrollo, sobre la base del censo elaborado en 1949 de establecimientos sanitarios modificados. Citado por H. Hatzfeld (1965) pág.47-48.

EVOLUCION DEL Nº DE HOSPITALES, CAMAS Y CAMAS POR MIL HABITANTES

	1949	1963	1970
Número de hospitales	1.622	539	1.365
Número de camas	127.343	139.393	156.473
Camas por mil habit.	4,43	4,44	4,60

Fuente: H. Pardell, Los Hospitales españoles: de la post-guerra al desarrollo. Rev. Doctor. Febrero, 1975, pág. 15.

En cuanto a su pertenencia se puede decir que, en 1970, la Seguridad Social no llegaba a disponer del 16% de las camas existentes, las privadas o particulares representaban alrededor del 30%. En opinión de Baltar⁽²⁹⁾ en números redondos y aproximados, la distribución sería la siguiente:

Beneficencia	80.000 camas
Seguridad Social	25,000 "
Militares	15.000 "
Propiedad Particular	40.000 "

Sin que se quiera hacer del índice camas por mil habitantes un exponente eminentemente fidedigno de la situación sanitaria, es patente que traduce una clara deficiencia y ello es más evidente si se compara con el resto de países de Europa.

INDICE DE CAMAS HOSPITALARIAS EN RELACION CON EL Nº DE HABITANTES

Proporción de camas hospitalarias en Europa (por mil habitantes)

Estadística de la O.M.S. Ginebra 1968

Suecia-Irlanda	14,28
Alemania Oriental-Irlanda del N.-Luxemburgo	12,50
Austria-Francia-Islandia-Escocia	11,11
Checoslovaquia-Suiza-Alemania Occ.-Finlandia-Italia	10,00
Rusia	9,30
Dinamarca-Noruega	9,09

Bélgica-Gales-Inglaterra	8,33
Albania-Portugal	5,88
Grecia-Yugoslavia	5,55
ESPAÑA	4,34
Promedio europeo	9,00

Fuente: Informe del Dr. Baltar: Desventura y Riesgo de los hospitales españoles. Triunfo 476, 1971.

Por lo que respecta al personal sanitario, el número de médicos había ascendido en 1961 a 36.552, lo que daba una proporción de 1 médico por mil habitantes, aproximadamente, tasa inferior a la recomendada para lograr una buena asistencia. Sin embargo los médicos que se iban licenciando no encontraban puestos de trabajo y tenían que emigrar, como otros técnicos españoles (30). Según Solé Sabaris (1970) cerca de 15.000 médicos jóvenes permanecen fuera de las escalas nacionales del Seguro, circunstancia agravada por el pluriempleo y que motiva la fuga de cerebros (31).

La evolución del personal total de los hospitales muestra una expansión llamativa, sobre todo porque parte de niveles muy bajos: según los censos de 1949, 63 y 72 las tasas son de 15, 23 y 39, respectivamente por 10.000 habitantes (32). Hay en este

incremento del personal asistencial unas características que considero importantes destacar: por una parte la creciente participación de los médicos en la plantilla de los hospitales (en 1949 el 33% de los médicos trabajaban en hospitales, en 1973 era el 68%) y por otra que en el incremento de las plantillas se va produciendo una abundancia de médicos frente a una escasez llamativa de enfermeras. Estos datos permiten señalar algunos fenómenos que se van dando en el sector de la sanidad: la creciente asalarización (en 1970 el número total de médicos que prestan servicios en la S.S. son de 28.198) y el proceso de concentración del personal sanitario en los centros hospitalarios, que configura una situación con características y dinámica propias de empresa y asalariados.

Los datos enunciados anteriormente, los costes e índices funcionales así como las inversiones que el estado destina a la sanidad (ver cuadros 6 y 7), son exponentes claros de que la situación sanitaria española ha estado alejada de los niveles que correspondían a la situación socioeconómica alcanzada por el país.

3.5. La Asistencia Psiquiátrica.

Si la organización sanitaria, en general, era deficiente, como ya vimos, y se encontraba lejos de alcanzar los niveles europeos, la asistencia psiquiátrica se sitúa en un lugar aún más

Cuadro 7

INVERSIONES ESTATALES EN SANIDAD

Naciones	Producto nacion bruto/habitant. en dólares	% del PNB dedica- do a sanidad	proporción de los gastos destinados a sanidad en los presupuestos del Estado
EE.UU.	3.980	5,9	6,8
Alemania	2.200	2,2	5,6
Luxemburgo	2.130	1,6	4,1
Holanda	1.620	1,5	3,3
Italia	1.230	1,1	3,1
Francia	2.530	0,7	1,8
Media de la CEE	--	1,3	3,3
ESPAÑA	730	0,2	1,0

Fuente: R. Baltar (1971), Desventura y riesgo de los hospitales españoles, Triunfo, 477, 1971.

Cuadro 6
 INDICES Y COSTES FUNCIONALES DE LA RED HOSPITALARIA ESPAÑOLA POR ENTIDADES
 (AÑO 1970)

redes hospitalar. parcial. (entida.)	porcenta. utilizac.	promedio estancia enfermo	rotación enfermo cama	coste estancia	coste enfermo
1 Estado Civiles	59	37	5,3	352	12.970
2 Provincia	72	54	4,9	216	11.750
3 Municipio	69	15	15	470	7.586
4 Seguri. Social	65	9	25	615	5.875
5 Movimiento	64	8	26	448	3.882
6 Cruz Roja	51	7	25	560	4.186
7 Iglesia	65	58	4,1	254	13.473
8 Particulares	62	14	15	455	6.751

Fuente: Serigó T. M. número extraordinario 1/4/74, pág. 24.

marginal dentro de esa organización. Por eso, usando una expresión muy repetida, se la calificó como "la cencieta de la medicina". Esta situación de abandono, de irresponsabilidad ante la asistencia psiquiátrica pública, ha hecho de las instituciones psiquiátricas, en general, lugares de confinamiento y custodia. Durante este decenio (60-70), sobre todo al final, van surgiendo informes que denuncian y delatan ese estado infrahumano y de marginación:

Valenciano Gayá L. (1960), Contribución a la organización psiquiátrica española; (1962) Servicios Psiquiátricos. Su Estructura total⁽³³⁾.

J. A. Vallejo Najera (1958), Abandono y desesperanza del enfermo del manicomio. Conferencia en la Real Academia de Medicina Madrid: "... viejos, destartalados, sucios, malolientes, inhóspitos... son el mejor ejemplo del sitio donde a uno no le gustaría estar... En los dormitorios corridos de muchas camas, el enfermo no tiene armario, ni siquiera un cajón con llave donde guardar las cosas... Los comedores siguen teniendo las mesas alargadas... escudillas de aluminio, que con las cucharas del mismo material completan los utensilios de que dispone el enfermo, en un ambiente profundamente desagradable".

Espinosa Iborra (1968), La asistencia psiquiátrica en Valencia⁽³⁴⁾.

R. Mir Marti (1968), Ruego-pregunta formulado en las Cortes al gobierno: "... como representante de los trabajadores, me avergüenzo de haber visto a estos hombres abandonados de sus compañeros de trabajo. Justo es que tengamos grandes hospitales para la S.S., pero recordemos que los enfermos mentales son trabajadores, y por su enfermedad merecen más cuidados, y si la sociedad no lo hace así, es mejor aplicar el procedimiento de la cámara de gas, pero lo que no podemos es permanecer impasibles".

Martin Arnoriaga (1971), Deplorable asistencia psiquiátrica. Se alquilan locos baratos (35).

De Lara A. M. (1972), Mi viaje alrededor de la locura (36).

También en algunos Congresos y reuniones científicas surgen comunicaciones que desvelan la dramática situación de nuestra asistencia psiquiátrica. Así, Ortíz Ramos, a la sazón presidente de la S.E.P., diría: "... este nivel (se refería al de la asistencia psiquiátrica) hace que la psiquiatría española como tal sea prácticamente inexistente... La psiquiatría española está bajo cero" (37). De todas formas las intervenciones y los contenidos de los congresos son un reflejo evidente de la discordancia que se produjo entre lo que se dijo y lo que se hacía.

Así parece entenderse en la observación que el cronista de la revista "Medicamenta" hace a propósito de la V Reunión de la SEP: "... uno piensa... que esa postura (se refiere a los de-

bates mantenidos) es una postura teórica, diríamos que en algunos psiquiatras parece presentarse una disociación entre lo que teóricamente se dice y lo que se hace y se vive por conseguir ese "fun" (38). Ciertamente el análisis de nuestros congresos y reuniones científicas, contrastados con la práctica y con la realidad cotidiana de nuestra asistencia psiquiátrica, podría ser un trabajo interesante para constatar la hipótesis de que discurren como dos mundos paralelos, ajenos y superpuestos. Nos permitimos avanzar que durante este período, los Congresos de Psiquiatría, salvo muy contadas excepciones, han quedado como una plataforma y lugar de encuentro para eruditos. Todo lo más como una zona donde las voces podían franquear ciertos límites a la libertad, porque ya se sabía de antemano de su inoperancia e inocuidad y porque también podían ser útiles para aliviar la mala conciencia de muchos profesionales. Por otra parte las instancias oficiales y los grupos que encarnan el poder psiquiátrico permanecen al lado de esta situación asistencial sin percibirla o ignorándola, ocupados en "meditaciones" más transcendentales (39).

Servicios Psiquiátricos.

Veamos a continuación los datos y estadísticas referentes a los servicios psiquiátricos que confirman y completan lo dicho anteriormente. El cuadro 8 nos permite observar las tasas y

Cuadro 8

PORCENTAJE DE CAMAS PSIQUIATRICAS DEL TOTAL DE CAMAS

Años	Número camas psiquiá. (a)	Número total camas	% camas psiq. del total camas	Poblac./camas psiquiátricas
1955	30.755	94.001	32,7	942
1960	32.760	96.991	33,8	929
1962	33.921	96.302	34,5	925
1966	35.147	156.819	22,4	931
1972 (b,c)	42.700	177.385	24,0	804

Fuente: INE, Anuarios estadísticos varios años. INE, Anuario estadístico 185.

Confederación estadística Caja de Ahorros. Estadísticas básicas de España 1900-1970, pág. 11 y ss.

Nota: a = camas permanentes; b = según el anuario estadístico de 1975 la cantidad de camas era 41.547; c = población calculada en el primero de Julio. Citado por B. González, en J.M. de Miguel (1978) pág. 246.

evolución de camas en los hospitales psiquiátricos para varios años. Analizando dicho cuadro, vemos que en el tanto por ciento total de camas, las camas psiquiátricas han descendido un 8,7% desde el 55 al 72. En cuanto al número de habitantes por cama ha pasado en el mismo período de 942 a 804. El número de centros también varió de 125 en 1966, a 113 en el 72. La verdad es que en el período 66-72 casi no se produce ningún cambio en cuanto al número de camas.

No basta decir que el sector de la asistencia psiquiátrica cuenta con pocas camas, es necesario añadir que esas camas que suponen el 25% de todas las existentes, son las peor dotadas de todo el sector sanitario: con una proporción de médicos por cama de 11/1.000, igual a 1 médico para 90 camas (datos de 1966); la tasa global del personal que las atiende es de 172 personas por 1.000 camas. Ambas tasas representan los niveles más bajos de todos los hospitales. Por ejemplo, en el caso de los hospitales quirúrgicos la tasa global de personal alcanza la cifra de 831 por mil camas⁽⁴⁰⁾. Asimismo estas camas se encuentran repartidas entre los hospitales que tienen mayor promedio de camas por centro y en aquellos que más tiempo llevan construídos, lo que revela también el hacinamiento y discriminación a que están sometidos estos centros. El informe May, experto de la OMS, estimaba que la proporción de médicos psiquiatras en España de 4,2 por 100.000 ha-

bitantes (1971) era una media a niveles europeos, "... pero su distribución es otra cuestión". "... el hecho de que aquí el 100 por 100 se dedique a la práctica privada limita necesariamente la posibilidad de desarrollo de servicios públicos de salud mental" (41). Comparando los servicios psiquiátricos públicos españoles con los países de Europa, solamente se sitúan por debajo de nuestro país en la tasa camas/habitantes, Turquía y Grecia⁽⁴²⁾. Contemplemos ahora los presupuestos que se destinan para el mantenimiento de estas camas: según se dice en el II Plan de Desarrollo alcanzan la cifra de 45 pts. por enfermo y día en los hospitales del PANAP y de 36 en los dependientes de las Diputaciones provinciales⁽⁴³⁾.

En cuanto a la dependencia patrimonial de las camas psiquiátricas hay que decir que en su mayoría dependen de la Administración pública, que abarca aproximadamente el 60% de las existentes, y dentro del servicio público son las Diputaciones las que con aproximadamente un 50% tienen la mayor responsabilidad. En orden decreciente sigue a la Administración pública las órdenes religiosas, con aproximadamente unas doce mil camas, gran parte de ellas establecen conciertos con dicha Administración. La situación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria no aventaja en mucho a la situación de las instituciones hospitalarias. La asistencia extrahospitalaria se viene prestando de la siguiente

forma:

1. Asistencia prestada por los dispensarios de higiene mental.
2. Por la S.S.
3. Por servicios dependientes de la beneficencia.
4. Por la Cruz Roja, clínicas de algunas órdenes religiosas, preventorios municipales, etc.

En 1961 existían sólo dispensarios de higiene mental en 30 provincias⁽⁴⁴⁾, su funcionamiento era muy deficiente, salvo muy contadas excepciones, caso por ejemplo de Córdoba. Carecían de personal auxiliar psiquiátrico, no tenían ninguna relación oficial con centros de internamiento y se caracterizaban por la inexistencia de actitudes eficaces de rehabilitación y readaptación. Por lo que atañe a la S.S., contaba en esa fecha con 245 consultas de especialistas de neuropsiquiatría (aún hoy en la S.S. sigue empleándose la especialidad de neuropsiquiatría) que tenían que atender a un total aproximado de 54.500 personas en todo lo que compete a su patología psiquiátrica y neurológica.

Según datos del Informe de la Comisión Interministerial para la reforma sanitaria⁽⁴⁵⁾ se calcula que existen en España 250.000 enfermos graves. Parece claro que con la estructura sanitaria que acabamos de describir no se puede hacer frente a las demandas que dicha problemática plantea, y así se admite en el II Plan de Desarrollo, en el que se dedica una atención especial a

la asistencia psiquiátrica y que entre otras cosas dice: "... la estrategia seguida en la elaboración del plan de necesidades hospitalarias ha sido conceder especial atención a la asistencia psiquiátrica, debido a la insuficiencia del número de camas existentes para enfermos mentales y a la evolución previsible de la demanda".

MOVIMIENTO ASISTENCIA Y DEMANDA PSIQUIÁTRICA.

Nos parece importante estudiar algunos datos en este sentido para poder estimar en qué medida se expresa la demanda y cuál fue su evolución. Un hecho se constata, a partir de los años cincuenta hay un aumento del número de internados en las instituciones psiquiátricas así como una disminución de la tasa de mortalidad entre los internados. Como el número de centros hospitalarios no aumenta, ni tampoco se dispone de otros servicios, estos hechos vienen a agravar la situación inhóspita e inhabitable de los manicomios.

La demanda de internamientos crece progresivamente desde los años cincuenta hasta el año 1971 (ver cuadro siguiente).

DEMENTES O ENFERMOS MENTALES ACOGIDOS EN ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (POR CIEN MIL HABITANTES)

Años	Enfermos internados (por 100.000)
1922	42
1931	99
1945	85
1950	89
1955 (c)	100
1960	108
1965	110
1967	110

Fuentes: Diversas fuentes. Elaborado por J. M. de Miguel y B. Oltra, 1971, op. cit.

Nota: c = población calculada.

Según González Duro (1975), la frecuentación hospitalaria en 1971 fue de 2,3 por mil habitantes, es decir 230 internamientos por 100.000 habitantes, acogiéndose durante el año 1970 a 77.076 personas en los hospitales psiquiátricos⁽⁴⁶⁾.

La realidad es que los centros psiquiátricos han ido aumentando progresivamente su censo. Así el HPO, construido inicialmente para hospitalizar a 500 enfermos tenía en 1965 un censo de 1.304 internados, lo que representaba, para la población pro-

vincial, un índice de 129 internos, en un momento dado, por 100.000 habitantes. Tasa desde luego bastante más elevada que la correspondiente al promedio nacional para el mismo año. El sanatorio psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela) aumentó su población de 1.294 en 1956, a 1.461 en 1970. El hospital psiquiátrico de Valencia pasó también de tener 978 pacientes hospitalizados en 1950, a 1.353 en 1965. Según Santodomingo, la capacidad funcional de los servicios psiquiátricos del hospital provincial de Madrid se vio rebasada levemente en 1956 y muy ampliamente en 1960⁽⁴⁷⁾.

La demanda que se hacía del hospital psiquiátrico iba creando situaciones de agobio que imponían una mayor movilidad de la población hospitalizada, aunque solo fuera como consecuencia de la aplicación de medidas administrativas⁽⁴⁸⁾, fórmulas que en muchos centros tuvieron una repercusión directa e inmediata en el incremento de reingresos, puesto que esas altas no expresaban actuaciones que facilitaran la reinserción social de los internos.

Aunque no es fácil hallar cifras fidedignas sobre estancias en los hospitales psiquiátricos, parece claro que las hospitalizaciones resultaban indiscutiblemente largas. Así se reconoce en el II Plan de Desarrollo y se confirma por los promedios y datos que describimos a continuación: para 1966 se da una estancia media de 371 días, por enfermo, superada por muchos cen-

tros⁽⁴⁹⁾. Se refiere que en las instituciones dependientes de las órdenes religiosas la ocupación llegaba al 95% y el promedio de estancia por enfermo era de 1.020 días. Para las instituciones del PANAP ese promedio se sitúa en 695 días. Según datos procedentes del Catálogo de Hospitales el promedio de estancia ha disminuído de 456 días por enfermo en 1963, a 263 en 1970. Otras fuentes⁽⁵⁰⁾ estiman que en 1973 la estancia media por enfermo en centros de la iglesia fue de 562,7 días, en los del PANAP fue de 1.485, y para los pertenecientes a las Diputaciones se reduce a 297,5 días por enfermo. En cualquiera de los casos todas estas cifras revelan que a lo largo del año son muy pocos enfermos los que hacen uso de una cama psiquiátrica. Es decir, que la población internada en los hospitales psiquiátricos tiene escasa movilidad y que el internamiento es un fenómeno que en la mayoría de los casos se prolonga años y en muchos casos pasa a ser una situación de por vida.

3.6. Política y legislación sanitaria en general.

Se puede afirmar que el primer intento de planificación sanitaria española en la psotguerra, ocurre en 1944, con la ley de bases de la sanidad. Posteriormente en el articulado aprobado por decreto de 24/6/1955 se regulan las competencias de la Administración local en materia sanitaria. Por otra parte se inicia

la realización de censos de los sanitarios, como una forma de conocer la realidad de los establecimientos: el primero referente al 1º de Noviembre de 1949, se publicó en 1952, el segundo se publicó en 1966, aunque se refiere a 1963, y por último el tercero que data de 1972.

En general hasta 1962, en que aparece la Ley de Hospitales, apenas se producen disposiciones sobre legislación sanitaria. El 21 de Julio de 1962 surge la Ley de Hospitales, su aparición en el BOE marcaría la posibilidad de iniciar una nueva etapa en la ordenación sanitaria española. Aunque parece que su intención básica era la de coordinar la red hospitalaria, algunos autores⁽⁵¹⁾ echan de menos un contenido claro que concretara y facilitara la coordinación de las instituciones.

La Ley examina las tendencias existentes en Europa en lo referente a la ordenación sanitaria, rechazando la integración total en el Estado de los servicios sanitarios y pronunciándose por la opción "que mantiene el respeto a la gestión de los distintos servicios e instituciones". "El estado no asumía la tarea de garantizar asistencia hospitalaria a todos los españoles"⁽⁵²⁾. La población a la hora de recibir asistencia hospitalaria ha quedado dividida en tres categorías: los afiliados a la S.S., los protegidos por la beneficencia, y los atendidos por instituciones privadas.

Se señala también en la Ley que los hospitales son centros de formación del personal técnico sanitario y de investigación científica. La Ley de Hospitales nunca llegaría a entrar en vigor, porque su reglamento no llegó a ser aprobado. El anteproyecto del reglamento de hospitales fue redactado en el año 1965 por la comisión de coordinación hospitalaria. Informado ya por el Consejo de Estado, fue devuelto a la Dirección General de Sanidad (53). El reglamento contenía regulaciones respecto a la formación de postgraduados, algunas de las cuales se pondrían en vigor mediante decreto, tras los conflictos de los médicos residentes: "Cada hospital se reservará los siguientes porcentajes para médicos internos y residentes: hospitales locales el 15%; hospitales provinciales el 20%; hospitales regionales y nacionales el 25% (Art. 438)". Por último en los Artículos 457 y 458 se definía el contenido funcional, posición orgánica, vínculo y dedicación de los médicos internos y residentes (54). También el reglamento para la Ley de Hospitales contenía algunos artículos de interés para la asistencia psiquiátrica: el art. 364 m, c, d, hace referencia a las secciones asistenciales para enfermos mentales agudos y crónicos. Los servicios mínimos que se necesitan para los hospitales mentales se describen en los artículos 546 al 552; la misión del personal auxiliar no especializado es expresada en el art. 472. Los mínimos de personal se enuncian en los art. 428 al

430. Materias que al no entrar en vigor este reglamento han quedado sin regular por normativas preceptivas⁽⁵⁵⁾.

A partir de 1962 se intenta --o se debía-- abordar la sanidad desde los Planes de Desarrollo. El I Plan fue enormemente insatisfactorio, como consecuencia de las incoherencias básicas de la estructura sanitaria del país (inexistencia de datos fiables, ausencia de política definida, etc.). El total de inversiones previstas en el capítulo de la sanidad ascendió a 1.881,3 millones de pesetas. Las acciones en el campo hospitalario se limitaron a cifrar grandes esperanzas en la Ley de 1962, a inversiones concretas en un par de grandes centros nacionales y a la creación de algunos servicios de higiene materno infantil, rural, oncológicos, psiquiátricos y de rehabilitación⁽⁵⁶⁾. Uno de los aspectos que se comenta en los tres planes es la situación de los servicios de salud mental. La inversión total del primer Plan para la construcción de servicios psiquiátricos es solamente de tres millones de pesetas para cuatro años y estuvo totalmente dedicado a dispensarios. En el segundo se señala que la sanidad mental es uno de los sectores más deficitarios y se hace alusión al bajo número de camas de que se dispone. Es de destacar que la asistencia a los pacientes mentales fuera incluida como una parte del programa de asistencia social y no del programa sanitario. Ello se debe, sin duda, a que la sanidad mental se consideraba

como un aspecto de la beneficencia: en 1970 las tres cuartas partes de las camas psiquiátricas pertenecían a las Diputaciones provinciales y estaban por tanto bajo un modelo de funcionamiento de beneficencia y no bajo un modelo sanitario planificado.

El II Plan reconoce que el 2,5% de los menores en la Obra de protección de Menores eran psicópatas o subnormales. En algunas circunstancias los planes tienden a incluir los pacientes mentales en un mismo grupo de marginados conjuntamente con prostitutas, personas mentalmente retardadas, alcoholismo, drogadictos⁽⁵⁷⁾.

3.7. La Seguridad Social y la política sanitaria.

Nos interesa en primer lugar destacar que la S.S. se desentiende totalmente de la asistencia psiquiátrica hospitalaria, y realiza la extrahospitalaria --como ya se comentó en otro lugar-- en unas condiciones de total ineficacia. Repetidamente desde diversas instancias se solicitó que la S.S. se hiciera cargo de la asistencia psiquiátrica de sus asegurados, pero estas peticiones cayeron en el vacío: AENP había tratado este tema en su VIII Congreso Nacional y de forma muy explícita en el XI, así como en alguna mesa redonda⁽⁵⁸⁾, también en las Cortes en repetidas ocasiones se presentaron interpelaciones y enmiendas en este sentido⁽⁵⁹⁾.

Por la Ley 14/XII/1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad que será implantado el 1/XI/1944. En 1947 apareció el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del INP y en 1948 se iniciaba la construcción de la primera institución hospitalaria propiedad del INP. Esto supuso una alternativa nueva en el continente: la constitución del INP en gestor de sus propios hospitales. Pensamos que esta opción sirvió en principio como un importante instrumento de propaganda ideológica para el régimen, posteriormente cumpliría también las funciones de un instrumento de ahorro forzoso al servicio del capital monopolista. "... En España desde aquel 1945 el INP se ha convertido en propietario de una extensa red de hospitales, monopolizando la asistencia sanitaria a la mayoría de la población" (60).

En noviembre de 1963 el gobierno presentó a las Cortes un proyecto de bases de la Seguridad Social para operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un sistema de seguridad social. Con la subida del Opus al gobierno se produjeron algunos cambios expresados en forma de denuncias de malversación de fondos y dirigidos a la creación de una Seguridad Social a nivel europeo, dentro del contexto de una sociedad industrial. El reajuste de la S.S. dará lugar a la ley de bases de la S.S. aprobada por decreto (BOE 22.4.1966). Se consolidó una política de prestigio y propaganda mediante las ciudades y residencias sanitarias.

La S.S. va englobando progresivamente a mayor cantidad de población, 29.029.406 personas en 1971, lo que representaba el 85% de la población; pero sus prestaciones sanitarias se circunscriben a los servicios de medicina general, especialidades, internamiento quirúrgico y medicina de urgencia (art. 103 de la ley articulada). La insuficiencia de sus prestaciones se trata de paliar con la asistencia social (art. 36). Se puede afirmar que la S.S. queda en una fase mutualista, con una asistencia incompleta, que debe complementarse con el sistema de Asistencia Social de la misma S.S. y con la Beneficencia de las corporaciones locales.

En síntesis, la política sanitaria queda dividida en sus competencias y organizativamente en dos grupos: las acciones preventivas y las curativas. La responsabilidad de las acciones preventivas le queda atribuida al Estado, que la desarrolla a través de la Dirección General de Sanidad. La S.S., supuso otra vía para una parcela de acciones en el orden curativo, acciones que se escapan a la competencia del Ministerio de Gobernación y de la Dirección General de Sanidad. Esta que en teoría debiera encauzar todo el sector sanitario quedó relegada a actuaciones ciertamente restringidas⁽⁶¹⁾.

Por otra parte queda el sector privado de la medicina, que en general se puede decir que no se vio sujeto a ningún tipo de control ni planificación.

3.8. La asistencia psiquiátrica y la creación del PANAP.

El PANAP (Patronato de Asistencia Psiquiátrica) surgió como una respuesta institucional para poner remedio a la caótica situación de la asistencia psiquiátrica. La ley de su creación se produjo el 14 de Abril de 1955 y el 21 de Diciembre de 1956 se aprobó el reglamento del patronato.

En su decreto fundacional se le asignan las siguientes funciones:

1. Organizar con sentido de modernización y perfeccionamiento la asistencia psiquiátrica en España, en sus fases profiláctica, curativa y asistencial; constituyéndose en el organismo que establezca los principios, métodos y normas por las que debe regirse la reforma.
2. Realizar por si mismo aquella parte de la asistencia que por su índole específica, ámbito geográfico o concierto con Diputaciones se le atribuya dentro de un plan conjunto.
3. Inspeccionar todos los centros, establecimientos y servicios de asistencia y profilaxis psiquiátrica.
4. Auxiliar con sus propios recursos a los organismos que lleven a cabo la asistencia psiquiátrica.
5. Promover la propagación de la higiene mental.
6. Establecer la adecuada conexión con los diversos organismos que prestan la asistencia.

7. Preparar y seleccionar el personal de todas clases.

8. Estudiar y proponer las reformas legislativas que demande el cumplimiento de sus fines.

Asimismo en su articulado se definen los ámbitos psiquiátricos integrados por los dispensarios de higiene mental, clínicas neuropsiquiátricas, manicomios provinciales, así como la necesidad de talleres terapéuticos.

La creación del PANAP creó tensiones y reacciones de oposición en algunos sectores de la psiquiatría privada y del poder psiquiátrico:

"El presidente de las Cortes Don Esteban Bilbao me llamó muy alarmado. Había quien tenía una porción de casas de asistencia psiquiátrica y no quería someterse en nada a los preceptos de la ley que proyectábamos. Ni a inspección, ni a capacitación de personal, ni a nada... tuvimos que ceder en muchos puntos y al final se aprobó la ley pero con las modificaciones sufridas"⁽⁶²⁾.

El PANAP se creó siendo director general de Sanidad el Dr. Palanca y Martínez Fortum, su primer secretario fue el Dr. Fernández Turegano a quien sucedió el Dr. Serigó Segarra.

Los enunciados fundacionales del patronato parece claro que eran ambiciosos y seguro que de haberse cumplido y desarrollado sus puntos programáticos habrían tenido una repercusión más notable en el terreno asistencial. Pero la imposibilidad e inefi-

cacia para llevar a cabo las funciones encomendadas quedó patente ya casi desde el principio, porque en el fondo no tuvo jurisdicción operativa mas que sobre sus propios centros, que representaron una parcela pequeña de la asistencia psiquiátrica (9 hospitales, 3.000 camas). En el mismo informe May se reconoce que el PANAP necesitaría una posición más formal dentro de la sociedad, con autoridad suficiente. En el terreno de la información promovió seminarios y editó diversas publicaciones con contenidos que no han tenido una repercusión práctica en la realidad asistencial de nuestro país. Su misma composición es en casi su totalidad una amalgama de la Administración y del poder psiquiátrico establecido, con intereses diversos que imposibilitaban su operatividad. Precisamente por los años de su fundación representantes del poder psiquiátrico escribirían como ya se señaló anteriormente, sobre lo innecesario de una organización más moderna de la asistencia psiquiátrica en nuestro país y destacarían el alto nivel de la asistencia psiquiátrica privada que rivaliza con la de cualquier otro país⁽⁶³⁾.

CAPITULO I

ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA
DEL AREA EN QUE
SE DESARROLLA LA REFORMA

I. ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA DEL AREA EN LA QUE SE DESARROLLA LA REFORMA

En la introducción, al plantearnos el problema y el método para su estudio, señalábamos la necesidad de situarlo en un marco concreto, en unas coordenadas de referencia que facilitaran una mejor interpretación de los hechos. En este capítulo intentamos eso, conocer los elementos básicos de la realidad asturiana. Nos pareció que la aproximación a esa realidad pasaba por estudiar los datos esenciales de su estructura económica, pero también los flujos y reflujos de sus aspectos sociales y políticos. He aquí la razón por la que ordenamos el capítulo en los siguientes apartados: población, territorio y economía; indicadores sociales; situación sanitaria; poder político y conflictividad social.

1. Asturias: Población, Territorio y Economía:

1.1. Estructura Geosocial.

La región asturiana se encuentra situada entre la cordillera cantábrica y el mar. Limita al este con la provincia de Santander, al oeste con Lugo y al sur con León. Existen en la región muchas alturas superiores a los 1.000 y 1.500 metros sobre el nivel del mar. Los macizos montañosos convierten a la región en un área de accidentada topografía y difíciles comunicaciones. Su extensión es de 10.895 kilómetros cuadrados, lo que representa el 2,09% de la superficie nacional; posee una longitud de costa de 305 kilómetros.

1.2. Población.

Su población total era en 1960 de 989.344 y en 1970 había ascendido a 1.045.635, con un tanto por ciento de variación en esa década de 5,7, inferior a la sufrida por el conjunto nacional. La densidad de población pasa de 93,64 habitantes por kilómetro cuadrado en 1960 a 98,97 en 1970, lo que la sitúa en el 14 lugar entre el conjunto provincial. Su población se distribuye en 78 municipios. Tiene un número de entidades de población por 100 km². de 65,2, lo que traduce un elevado grado de dispersión de sus entidades de población y un asentamiento que se puede caracterizar como ubicuo⁽⁶⁴⁾.

El proceso de urbanización fue rápido en su zona central. Entre 1960-65 la población considerada como urbana pasó del 14,4% a 29,3% de la población provincial. Los mayores índices de crecimiento se dieron en las comarcas de Gijón, Oviedo y Avilés, lo que corresponde a la zona central. En tan solo 8 municipios de esta zona, con una extensión de 1.259 kilómetros cuadrados, se concentran 528.527 habitantes, que representan una densidad de población casi cuatro veces superior a la media provincial. Sin embargo en el medio rural, en la zona occidental y oriental, los valores de densidad de su población son muy bajos. Sus tasas de envejecimiento son similares a la media nacional, aunque sigue una evolución ligeramente más rápida: el índice de envejecimiento (el tanto por ciento de población mayor de 65 años del total provincial) fue de 7,8 en 1960 y de 9,8 en el 70; los valores correspondientes a nivel nacional fueron de 8,2 y 9,7 respectivamente⁽⁶⁵⁾. El 85% de la población es autóctona.

1.3. Estructura Económica.

La población activa en Asturias ha descendido en la década de los sesenta, con unos porcentajes sobre el total provincial que bajaron de 39,5 en 1960 a 32,8 en 1970. Este descenso se relaciona esencialmente con dos factores: por una parte, la extraordinaria emigración del campo a la ciudad lo que detrajo una im-

portante masa de población activa femenina, y por otra el proceso de reestructuración de las industrias extractivas y de la siderurgia que provocó gran número de jubilaciones anticipadas. La importancia del primer factor se clarifica aún más si tenemos en cuenta que en ese período el agro asturiano perdió más del 50% de su población activa⁽⁶⁶⁾.

Los niveles de renta también han experimentado en Asturias modificaciones muy importantes. La renta per capita (renta provincial/número de habitantes) ha sufrido un progresivo descenso.

EVOLUCION DE LA RENTA PER CAPITA EN ASTURIAS CON EL
CONJUNTO NACIONAL

años	1955	1960	1962	1964	1967	1969	1971
lugar	6	9	16	20	15	19	16

Su distribución provincial, es por otra parte muy desigual, existe una gran concentración de la renta en la zona central, mientras que las áreas periféricas y rurales viven con niveles de renta muy inferiores. Se puede afirmar que hasta 1960 la región asturiana estaba considerada como una región desarrollada, pasando luego a engrosar el grupo de regiones declinantes.

Estructura y evolución de los diversos sectores de producción.

Sector primario: Comprende a 164.200 personas, el 36,6%

del total provincial; a nivel nacional este sector representa el 30,4% del conjunto nacional.

Sector secundario: 181.400, 40,4% del total provincial; el 37,1 en el ámbito nacional.

Sector terciario: 103.400, lo que supone el 23% del total provincial; inferior a los valores nacionales que en este sector alcanzan el 32,5%⁽⁶⁷⁾.

Características de los diversos sectores de producción.

Sector primario: Destaca en Asturias la fuerte participación del empleo agrario y su bajísima productividad. Es el de menor peso en la economía provincial (un 12% del valor añadido neto). En general es de estructura minifundista, las explotaciones tienen un carácter marcadamente familiar, con escasa mecanización y con una orientación mixta (agrícola y ganadera en su mayor parte).

Sector secundario: Es el sector predominante en la economía asturiana, acaparando aproximadamente el 39% de la población activa, con una participación en la productividad neta provincial del 49,5%, lo que le sitúa como una de las más elevadas de España. Este sector está orientado en general hacia la industria extractiva y metalúrgica. El índice de industrialización de Asturias resulta ser 1,2% superior al nacional. En 1970 Asturias se situaba a la cabeza de las provincias españolas en la produc-

ción de cinc, hulla, aluminio, acero y energía eléctrica. Pero la industria asturiana se organizó fundamentalmente como suministradora de materias primas industriales al resto de España, y sus empresas más importantes han pasado progresivamente a depender mayoritariamente del Estado a través del INI.

Sector terciario: Es el último por el volumen de empleo. Su bajo nivel no guarda relación con el potencial económico provincial⁽⁶⁸⁾. En 1969 ocupaba al 27,5% de la población activa provincial, mientras que a nivel nacional este sector empleaba al 35,3%. Las actividades terciarias (comercio, servicios bancarios, transportes) y el nivel de equipamiento colectivo (servicios urbanos, sanitarios, turísticos, etc.), están en Asturias en una situación desfavorable, en comparación con el potencial demográfico y económico de la provincia y con el peso de ésta dentro del estado español. A título indicativo podemos señalar algunas deficiencias estructurales muy notables dentro de la economía asturiana: a) el mal estado de la red vial y la dificultad de comunicaciones con aquellas regiones o zonas con las que se mantiene intercambios industriales y comerciales; b) la escasez de terrenos industriales urbanizados; c) la falta de agua en algunas zonas idóneas para la localización industrial⁽⁶⁹⁾. Dentro de este sector el comercio ocupa el lugar principal, aunque la contribución del sector comercial a la economía asturiana es inferior a lo que

dicho sector representa en el conjunto nacional. El bajo nivel de terciarización de la estructura económica asturiana fue un hecho al que se hace referencia en diversos estudios, analizando el riesgo que ello supone para un desarrollo armónico de su economía: "... Asturias se configura como una provincia eminentemente industrial... ahora bien el desarrollo de la actividad industrial requiere la existencia de un equipamiento cultural y social de acuerdo con la expansión económica que se produzca, con el fin de evitar un desfase entre las estructuras económicas y las formas de vida de la población" (70). También la política de desarrollo regional propugnada por el II Plan de Desarrollo alude a esta problemática. Para comprender la importancia y dinámica de cada uno de estos sectores veamos en el cuadro siguiente la participación de cada uno de ellos en la formación del valor añadido neto:

PRODUCCION NETA EN ASTURIAS (millones de pesetas)

	1967	%	1970	%	1971	%
Sector I	6.016	12,8	7.490,9	11,7	--	8,8
Sector II	23.777,8	50,8	32.669,5	50,9	--	50,0
Sector III	17.086,5	36,4	24.069,9	37,4	--	41,2

Fuente: Banco de Bilbao. Renta Nacional y su distribución provincial. Citado por GEA, 6.

Es asimismo interesante comprobar lo que importe la productividad por persona ocupada según el sector y su comparación con los valores nacionales:

PRODUCTIVIDAD POR PERSONA OCUPADA Y SECTOR (1969)

	Asturias	España
Sector I	50.954	64.159
Sector II	160.987	136.660
Sector III	172.552	188.176

Fuente: Tomado de G.E.A., tomo 6.

Otra cuestión importante es subrayar que las posibilidades de empleo de jóvenes y mujeres eran en Asturias inferiores a las del conjunto nacional. Ver cuadro siguiente:

TASAS DE ACTIVIDAD POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

	Menos de 30	De 30 a 44	De más de 65	Homb.	Muj.	Total
Asturias	23,3	51,9	15,1	56,9	9,7	32,6
Conj. nacional	29,2	-	-	-	13,3	34,9

Fuente: INE. Censos población España 1970. Avance sobre una encuesta del 2%. Elaboración y reproducción, Informe Foesa, 1975, pág. 1117.

1.4. La crisis de la economía asturiana.

Los efectos de la crisis aunque se venían sintiendo de alguna manera desde hacía tiempo, no se han hecho evidentes hasta los primeros años de la década de los sesenta. Fue a partir de 1965 cuando se empezó a preparar la reestructuración sectorial de los sectores hulleros y siderúrgicos. Para el sector hullero las repercusiones más graves tuvieron lugar a lo largo de los años 66 y 67 que es cuando se cerraron casi todas las minas no concertadas. Dentro del sector siderúrgico los cambios más importantes se produjeron en el año 71⁽⁷¹⁾.

En la génesis del estancamiento económico asturiano confluyen varios factores interrelacionados entre sí. Por una parte la situación de dependencia económica que padeció Asturias ("... se dice que una economía es dependiente cuando el control y el poder de decisión en los sectores determinantes no dependen de factores internos, sino de factores externos, que lógicamente actúan en función de sus propios intereses"⁽⁷²⁾). Se señala por otra parte el desequilibrio sectorial e intrasectorial de la industria asturiana, que como ya se dijo gira fundamentalmente en torno a dos subsectores: la minería y la siderurgia, siendo notable su falta de diversificación. El II Plan de Desarrollo hacía referencia a la necesidad de promover en la región asturiana una diversificación industrial que pudiera paliar la repercusión social que plan-

teaba la problemática de la minería del carbón. Por último se destaca como otro factor fundamental la retirada del capital privado de los sectores básicos asturianos. Se produce un proceso de descapitalización y el traspaso de aquellos sectores al sector público, que realiza una especie "de socialización de las pérdidas". El proceso del crecimiento industrial asturiano pasa a depender casi enteramente de la inversión del sector público, todo lo contrario de lo que ocurre en el resto de España. En 1968 el INI realiza el 32,20% de sus inversiones en Asturias, cifra que la sitúa muy por encima del resto de las provincias españolas.

La crisis de la economía asturiana se manifiesta a través de la disminución progresiva de los niveles de la renta per capita, a través de la disminución de la capacidad de empleo y del incremento del paro así como por el incremento de las tasas de emigración.

Evolución del paro en Asturias: (73)

año	número parados
1962	595
1964	1.054
1967	3.287
1969	3.300
1971	4.087

Crece muy ostensiblemente a partir del año 67.

Movimiento migratorio: (74)

período	migraciones
1951-60	+ 2.164
1961-70	- 31.345

2. Indicadores sociales:

2.1. Servicios de la vivienda y equipamiento.

En 1960 existía en Asturias un déficit de aproximadamente 32.000 viviendas, en 1968 esas necesidades habían variado y se estimaban en 23.000. Los índices de habitabilidad (personas/habitación, metros cuadrados por vivienda) tenían valores similares a la media nacional (75).

Según datos del Ministerio de la Vivienda (misma fuente) en 1960 el 43% de los hogares asturianos carecían de agua corriente y aproximadamente la misma proporción no disponía de retrete. Según otros datos procedentes del INE (recogidos con distinta metodología), en el año 1968 se aprecia una considerable mejora en los servicios de la vivienda en Asturias. Ver cuadro:

PORCENTAJE DE VIVIENDAS

	carecen de servicios	carecen de agua corr.	carecen de calefacción
Asturias	9%	32%	93%
España	34%	34%	94%

También en lo que atañe a hogares hacinados se señalan porcentajes similares para Asturias y para el conjunto del estado, apareciendo en Asturias una mayor proporción de hogares campesinos hacinados.

2.2. Servicios de comunicación.

Asturias cuenta con una red de carreteras de 4.069 km., de ellas 553 son de carreteras nacionales. La red resulta insuficiente por las características de su calzada y las exigencias de la densidad de circulación. La comunicación con el centro de España aparece como un problema grave de urgente solución que origina debates y en cuya búsqueda de soluciones participa activamente el presidente de la Diputación Sr. López Muñiz.

Las comunicaciones ferroviarias también exigen mejoras muy sustanciales. Las comunicaciones aéreas están dificultadas por condiciones climatológicas y por las condiciones técnicas del aeropuerto asturiano.

2.3. Educación.

El índice de analfabetismo es muy bajo en Asturias. Los niveles de escolarización a nivel preescolar son considerablemente inferiores a la media nacional⁽⁷⁶⁾.

A nivel primario y en la enseñanza media la situación en Asturias es bastante satisfactoria, sobre todo en relación con

el conjunto nacional. La proporción de alumnos escolarizados de enseñanza media (año 68-69) representa el 39,6% de la población comprendida entre los 11 y 17 años, tasa únicamente superada en las provincias de Madrid y Guipúzcoa⁽⁷⁷⁾.

2.4. Otros indicadores socioculturales.

Por lo que se refiere a los medios de información, Asturias mantiene un nivel adecuado a su peso demográfico, situándose con 11 periódicos en 6º lugar en el conjunto nacional. En otras publicaciones ocupa el 22 lugar con 113.000 ejemplares en total. Ocupa también el 5º lugar en cuanto a bibliotecas (88) y a emisoras de radio. En emisoras de TVE dispone de una estación emisora y tres reemisores, ocupando el 37 lugar⁽⁷⁸⁾.

Ofrece un panorama más deficitario en lo que respecta a centros de esparcimiento, especialmente en cuanto atañe a salas cinematográficas, instalaciones de carácter deportivo y recreativo como en otras de carácter específicamente cultural⁽⁷⁹⁾. Dispone de un distrito universitario y desde 1946 existe un Instituto de Estudios Asturianos, que ha venido promocionando y difundiendo publicaciones dirigidas a enriquecer el acervo histórico y cultural de Asturias.

3. Situación sanitaria en Asturias:

Nos interesa detenernos especialmente en este apartado

por cuanto es el marco inmediato en el que van a operar los acontecimientos que estudiamos. Veamos a continuación algunos datos que nos permitan hacer el diagnóstico de esa situación así como establecer comparaciones con la misma situación sanitaria a nivel del conjunto del estado. La esperanza de vida al nacer en Asturias, para el periodo 1961-65 fue de 68,9 años para varones y 75,39 para mujeres. Las tasas de mortalidad global evolucionan de 7,88 por mil vivos en 1960 a 7,61 en 1968. En ambos casos son valores que se sitúan por debajo de la media nacional. Las tasas de mortalidad infantil sin corregir, en 1960, alcanzan en Asturias la cifra de 36,1 (35,4 para el conjunto nacional); en 1964 desciende a 23,7⁽⁸⁰⁾. En 1967 las tasas de mortalidad infantil se configuran de la siguiente forma: morti-natalidad, 15,91; mortalidad endógena, 13,12; perinatal, 29,03; exógena, 15,50; total 29,62⁽⁸¹⁾.

Estas cifras traducen unos valores más favorables que la media nacional.

El índice de Swaroop (tasa de mortalidad senil que especifica la proporción de fallecidos de 50 años y más con relación al total) alcanzó en el bienio 1949-51 el 63,5, mientras que en el bienio 49-51 ascendió a 74,1. El aumento, pues, en la década referida fue de 10,6; ligeramente inferior al experimentado por el conjunto nacional (12,9). Esta evolución muestra cierta lógica,

teniendo en cuenta la relación del índice con la estructura de la población.

Las causas que determinan la mortalidad en Asturias, referidas al año 1967 son similares a las que se producen en una población con un nivel de desarrollo elevado (enfermedades del corazón 17,8%; cáncer 17,7%; senilidad 13,3%; lesiones vasculares 12%)(82).

Destaca en Asturias, por su importancia, el alto índice de siniestralidad laboral. La región asturiana se sitúa siempre en los primeros lugares, por encima del promedio nacional, en accidentes laborales, ocupando el primer lugar de todo el estado en los años 62, 65 y 67. Existe también una gran incidencia de enfermedades profesionales (silicosis). La respuesta social que este fenómeno genera la desarrollaremos más ampliamente en el apartado dedicado a la conflictividad social en Asturias.

3.1. Personal y servicios sanitarios.

Médicos, la media provincial para 1964 era de 1 médico por 1.450 habitantes, o también 1 médico por cada 31,81 Km². (83). La evolución del número global de médicos oscila de 971 en 1960 a 1.045 en el 65, y 1.134 en el 70. Este incremento va acompañado de una concentración desproporcionada de la capital.

Enfermeras: evolucionan de 25 por 100.000 habitantes en 1960, a 47 en el 65, y a 69 en el 70.

Según otras fuentes⁽⁸⁴⁾ existía en Asturias un total de personal sanitario de 5.291, de ellos 1.108 eran médicos y 1.487 técnicos de grado medio (enfermeras, matronas y practicantes).

La distribución del personal sanitario y de los servicios es muy irregular y no se hace en función de las exigencias o de las necesidades reales. Siguiendo el criterio del Colegio de Médicos de subdividir a la provincia en zonas o distritos, se configuran 17 zonas y el reparto del personal sanitario oscila desde 1 médico por cada 2.260 habitantes en alguna de ellas a 1 por 442 en otras. La mayor proporción de médicos, como también de personal y camas se concentran en las zonas que poseen mayor renta per capita. Entre seis zonas distritales que representan el 66,03% de la población acaparan el 82,67% del total de médicos.

3.2. Camas y hospitales.

Asturias posee una proporción de camas por mil habitantes inferior a la media nacional. En cuanto a camas psiquiátricas tiene la misma proporción de 1,2 por mil habitantes. La proporción de camas en hospitales generales es muy inferior al promedio nacional.

DISTRIBUCION DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS SEGUN CLASE DE HOSPITALES
(provincia de Oviedo)

	nº hosp.	camas	camas por mil habit.	proporción nacional
Hosp. General	2	660	0,62	1,57
Hosp. Quirur.	25	1.953	1,83	1,12
Maternidades	5	75	0,07	0,09
Infantiles	-	-	-	0,06
Antituberc.	1	400	0,38	-
Psiquiátr.	4	1.329	1,26	1,26
Otros	-	-	-	-
Total	37	4.417	4,19	4,64

Fuente: Catálogo de Hospitales 1960. Citado por Serigo.T.M.29.6.73

DISTRIBUCION DE LOS HOSPITALES SEGUN SU DEPENDENCIA (ASTURIAS)

Entidad rectora	hospitales	camas
Estado-Civiles	3	421
Provincia	2	1.886
Municipio	2	28
Seguridad Social	4	992
Movimiento	1	60
Cruz Roja	4	178

Iglesia	2	129
Particulares	19	803

Fuente: Catálogo de Hospitales 1960. Citado por A. Serigo. T.M., 29.6.73.

La proporción de camas de la S.S. es aproximadamente igual a la de camas privadas, y estas mantienen valores proporcionales semejantes a los del conjunto nacional.

EVOLUCION DEL PERSONAL DE HOSPITALES EN ASTURIAS
(por 100.000 habitantes)

años	médicos	personal sanitario.	pers. no sanitario.	total	total España
1963	32,4	137,1	39,6	225,1	232,7
1973	65,4	268,9	88	422,2	456,0

Fuente: Diversas fuentes. Reproducido por J. M. de Miguel 1976, pág. 214.

Los valores de Asturias como se desprende de los cuadros anteriores están por debajo de los índices nacionales.

FRECUENTACION HOSPITALARIA

INGRESOS EN LA RED HOSPITALARIA NACIONAL POR PROVINCIAS, 1.969
OVIEDO

	nº centros	nº camas	nº ingresos
Agudos	32	2.651	47.682
Psiquiátricos	4	1.363	1.692
Otros	2	423	533
Total	38	4.437	49.907

Fuente: Serigo. T.M., 29-7-73. Según datos de las hojas anuales de estadísticas de hospitales remitidos a la DGS.

Los datos del cuadro representan unos valores de frecuentación hospitalaria de 49 por mil habitantes. Proporción, desde luego, inferior a la de los países europeos.

3.3. La organización de la sanidad.

A nivel asistencial la sanidad depende, como en el resto del país, de: la Seguridad Social, de la Beneficencia provincial, y de los servicios privados.

3.3.1. La Seguridad Social. El número de castillas⁽⁸⁵⁾ era en Asturias de 265.502. Usando un índice multiplicador de 3 beneficiarios supone una población protegida por la S.S. de 800.000 habitantes. El nivel de asegurados en Asturias es obviamente alto, la

Seguridad Social carece de servicios necesarios para hacer frente a las demandas de la población protegida. Por ello tenía que establecer acuerdos y conciertos con otras entidades privadas y públicas.

Médicos de la Seguridad Social en Asturias:

Medicina general	390
Especialista	330
Médicos ayudantes	130

Personal no médico en la Seguridad Social:

Enfermeras	450
Auxiliares de clínica	330
Conserjes y celadores	218

Servicios asistenciales en la S.S.: dispone de 51 consultorios y 5 ambulatorios localizados en los núcleos de mayor densidad de población.

Camas hospitalarias de la Seguridad Social en Asturias (1971):

Oviedo	561
Gijón	206
Mieres	134

Formando parte de la ciudad sanitaria de Oviedo existen además: un centro de rehabilitación con 96 camas, un Instituto Nacional

de Silicosis con 300 camas y un centro materno infantil con 322. Estos dos últimos centros aun no han podido funcionar completamente por falta de personal enfermero y subalterno⁽⁸⁶⁾.

3.3.2. La asistencia dependiente de la Diputación provincial. La Diputación provincial mantuvo hasta 1960 un hospital psiquiátrico y un hospital provincial, que respondía a las características comunes del típico hospital para la beneficencia. Se puede afirmar que era un hospital donde sólo ingresaban "los pobres de beneficencia"⁽⁸⁷⁾. El anterior presidente de la Diputación Sr. Alonso Nora, había iniciado la construcción de un nuevo inmueble para hospital provincial pero una vez construido, pensó que era demasiado para las exigencias que planteaba la beneficencia y lo vendió al entonces SOE. Iniciaría luego la construcción de un nuevo edificio más acorde con aquellos supuestos. En 1957 llega a la presidencia de la Diputación el Sr. López Muñiz que poco después acomete la transformación del hospital provincial, introduciendo nuevas concepciones de lo que debía ser un hospital y una organización sanitaria moderna. En la campaña de prensa que se realizó para promocionar esa transformación se decía: "... hacia una nueva concepción hospitalaria... se supera el concepto de la beneficencia... el espíritu de la ley ya no coincide con el término beneficencia que debiera desaparecer de los textos legales"⁽⁸⁸⁾.

En 1960 la Diputación provincial mediante la aprobación

de los estatutos del Órgano Especial de gestión, pone en marcha un nuevo sistema asistencial valiéndose de una fórmula, que se usa por primera vez en España: la modalidad delegada por la Diputación provincial del Órgano Especial de Gestión, que se estructura a través de un consejo, un presidente y un gerente⁽⁸⁹⁾.

El articulado en que se basa la nueva organización postula la necesidad de un hospital moderno que responda a los criterios establecidos por la OMS, que realice medicina preventiva y que se integre en una red asistencial coordinada. En este sentido el Hospital General de Asturias, como se llama el nuevo centro, no sería más que el centro base o matriz, pero deberían existir otro conjunto de hospitales y servicios siguiendo una determinada gradación.

El Ministro de la Gobernación Sr. Alonso Vega, en un acto de reconocimiento a la labor realizada en el HGA⁽⁹⁰⁾ expondría una serie de ideas que correspondían a lo que se pretendía desarrollar por parte de la Diputación asturiana y debajo de las cuales subyacían innovaciones importantes para la organización sanitaria del país: "... hay que formar una organización, una red, sometiéndola a dos principios fundamentales: que no es obligatoria para los hospitales privados que no quieran formar parte de la red. Y segundo, que el orden funcional de esta red (acogerá) a todos los españoles, cualquiera que sea su condición económica, que

llamen a la puerta del hospital... pertenezca al sector que sea... De este modo no tendremos que preocuparnos, estando bien organizado, de quien va a ser el responsable económico de la asistencia, porque a veces lo será el propio asistido y otras lo serán los organismos, las instituciones, las cajas de seguro, los encargados de cubrir el riesgo de estas enfermedades que puedan tener los españoles".

Del análisis de los anteriores presupuestos se desprende que se preconiza un tipo de organización sanitaria, que poco tenía que ver con el existente, y que, como ya es conocido, no prevaleció. En todo caso parece que se quería crear un nuevo modelo sanitario que superara la organización asistencial vigente, asentada sobre los conceptos de beneficencia, seguro de los trabajadores y privados⁽⁹¹⁾.

El hospital general de Asturias puso en marcha un dispositivo asistencial para todas aquellas personas que desearan y necesitaran servirse de él. Se racionalizó el funcionamiento de los servicios asistenciales. Al elaborar el anteproyecto de presupuesto para 1961 se introdujeron los siguientes datos estadísticos:

	hospit. viejo	hospit. nuevo
Coste tratamiento por enfermo	4.625	3.116
Coste por enfermo y día	128	254

	hospit. viejo	hospit. nuevo
Ingresos al día	11	28
Ingresos al año	4.000	10.000
Presupuestos	18.500.000	31.160.000

El HGA se preocupa de los aspectos formativos, respondiendo así al principio defendido de que el hospital debería tener funciones docentes. Se pone en marcha una escuela de enfermeras y se organiza la formación de los médicos postgraduados, desarrollando por primera vez en España un programa de internada rotatorio, que luego sería seguido en otros centros del país⁽⁹²⁾. Se impulsaría también la creación del Seminario de hospitales (conjunto de hospitales que reunían unos mínimos para impartir docencia). Se ha dicho que en las innovaciones introducidas por el HGA se han inspirado otros hospitales que se han organizado después (La Paz, Puerta de Hierro) y que la misma ley de Hospitales de 1962 contenía enunciados que ya se encontraban recogidos con anterioridad en el reglamento del HGA⁽⁹³⁾.

Movimiento asistencial del HGA:

	1967	1969
enfermos ingresados	6.539	9.819
servicios ambulat. de policlín.	32.500	60.566

Se reorganizaron los servicios asistenciales estructurando una

nueva plantilla, introduciendo una jerarquización de responsabilidades en los equipos e imponiendo la dedicación exclusiva de todos sus facultativos.

El Hospital General de Asturias con una capacidad de 660 camas tenía una plantilla, en junio de 1971, de:

Técnicos grado superior	53
Técnicos grado medio	148
Administrativos	49
Especialistas	126
No cualificados	<u>212</u>
Total	588

(no incluye las alumnas de la escuela de enfermería que prestan servicios asistenciales ni los médicos internos y residentes, que oscilan entre 60-80).

La transformación obedece al deseo de poner en marcha un hospital moderno, con todo su aparato y complejidad, que responda a las exigencias del desarrollo industrial y en el que se apliquen nuevas técnicas hospitalarias, con marcada influencia americana, que el primer gerente, Dr. Soler Durall, parece conocer muy bien. Durante la campaña preparatoria se dice en la prensa: "... poner en marcha el mecanismo de un HG no es una misión exclusiva del médico, del sanitario propiamente dicho, sino que requiere de técnicas profesionales múltiples... los especialistas en adminis-

tración, organización, estadística, servicios industriales, etc. Todos piezas de un mismo engranaje y funciones que controlan sistemáticamente el rendimiento y la productividad íntimamente vinculada a la empresa... de tal manera que en ella se pueda asistir al mayor número de enfermos con un mínimo de gastos en el menor tiempo posible, y, a la vez, en las mejores condiciones. Es así que la administración de los hospitales modernos tiene una gran semejanza con la de las grandes empresas"⁽⁹⁴⁾. Esta nueva organización hospitalaria y su técnica, que se introduce por primera vez en nuestro país, lleva implícitos, sin duda, importantes elementos conflictivos. Por una parte la idea de una organización sanitaria integrada que eleve y potencie los servicios sanitarios públicos choca con las formas de la práctica médica predominantes, que ven amenazados sus intereses. Por otra, con esa nueva organización, con sus formas de gestión se crea de hecho una situación que representa un giro copernicano para el rol del médico, que pasa de ser un profesional liberal a ser un técnico asalariado. Las reacciones de hostilidad y la crispación que el HGA producirá en ciertos sectores sociales, y que estará presente a lo largo de toda esta historia, son esencialmente la expresión de esos elementos conflictivos. Es decir, el choque entre la fuerza de un proceso que intenta extenderse y la resistencia de los grupos, que en defensa de sus intereses, se oponen al cambio. Muchos años después

de abrirse esta contienda, avanzados ya los setenta, se producen dos noticias, que, aunque caen fuera del período que historiamos, las insertamos aquí para que queden como elemento de reflexión. La primera se refiere a la inauguración de un nuevo hospital en Oviedo (El Centro Médico), de carácter privado, que ha sido promovido por un grupo de médicos asturianos, muchos de ellos accionistas a su vez, y apoyado por el Colegio de Médicos. La segunda guarda relación con el HGA: "Progresivo deterioro del Hospital General de Asturias. Tiene un déficit de quinientos millones y no recibe suministro... Quizá hoy su única salida viable sea la integración en la S.S."⁽⁹⁵⁾.

La propia reorganización interna del HGA, su organigrama (el mismo que para el HPO) que estructura competencias de forma rígida, introdujo también aspectos conflictivos, no exclusivos de este centro, pero si cabe, mas graves en él, por estar enmarcado en una sociedad autoritaria y antidemocrática. Nos referimos a las dificultades que surgen entre el cuerpo administrativo y los médicos, entre la autonomía profesional y el control burocrático, entre la eficacia clínica y la ley del coste, a la interferencia entre áreas de poder propias de la Administración y del personal médico⁽⁹⁶⁾. Quizás algunos de esos factores hayan determinado que el primer director que contrató el HGA para su nueva etapa, cesara a los pocos días de su nombramiento. (No hacemos mención aquí del HPO porque lo estudiaremos en otro capítulo).

En el ánimo del presidente de la Diputación estaba el realizar un plan de regionalización hospitalaria para Asturias que coordinara todas las instituciones sanitarias (de ello se dio testimonio público con ocasión de algunos actos oficiales). Se llegó a elaborar un proyecto provisional (elaborado por el Dr. Asenjo y Sr. Artigas)⁽⁹⁷⁾. En ese proyecto se consideraba que debería de existir un hospital regional en Oviedo, complementado por cuatro hospitales de distrito localizados en Mieres, Avilés, Gijón y Langreo. Preveía además la existencia de cinco hospitales comarcales y hospitales de nivel local o rural en municipios comprendidos entre 5.000 y 12.000 habitantes. Este proyecto no pasa de su fase de preelaboración. Y la verdad es que tenía mucha lógica, como observaremos al estudiar el reparto de los servicios sanitarios en Asturias.

3.3.3. Medicina privada. Según el catálogo de hospitales de 1970 existían en Asturias 19 hospitales privados con 803 camas lo que representa aproximadamente el 20% de las existentes. Si excluimos de este conjunto las camas psiquiátricas privadas que no llegan al 5% de todas las camas psiquiátricas, la proporción de las camas privadas ya ascienden al 25%. Esto explicaría que las transformaciones del HGA y del HPO hayan encontrado oposiciones de consistencia muy distinta.

Por otra parte el número de entidades de seguro libre

establecidas en Asturias es de 11 con un número total de pólizas de 45.600, lo que multiplicado por un coeficiente aproximado de 3 beneficiarios supondría una población de 136.880 protegidos por estas formas de seguros. Es imposible saber qué cantidad de esa población era al mismo tiempo beneficiaria de la S.S.

3.4. Distribución de los servicios sanitarios.

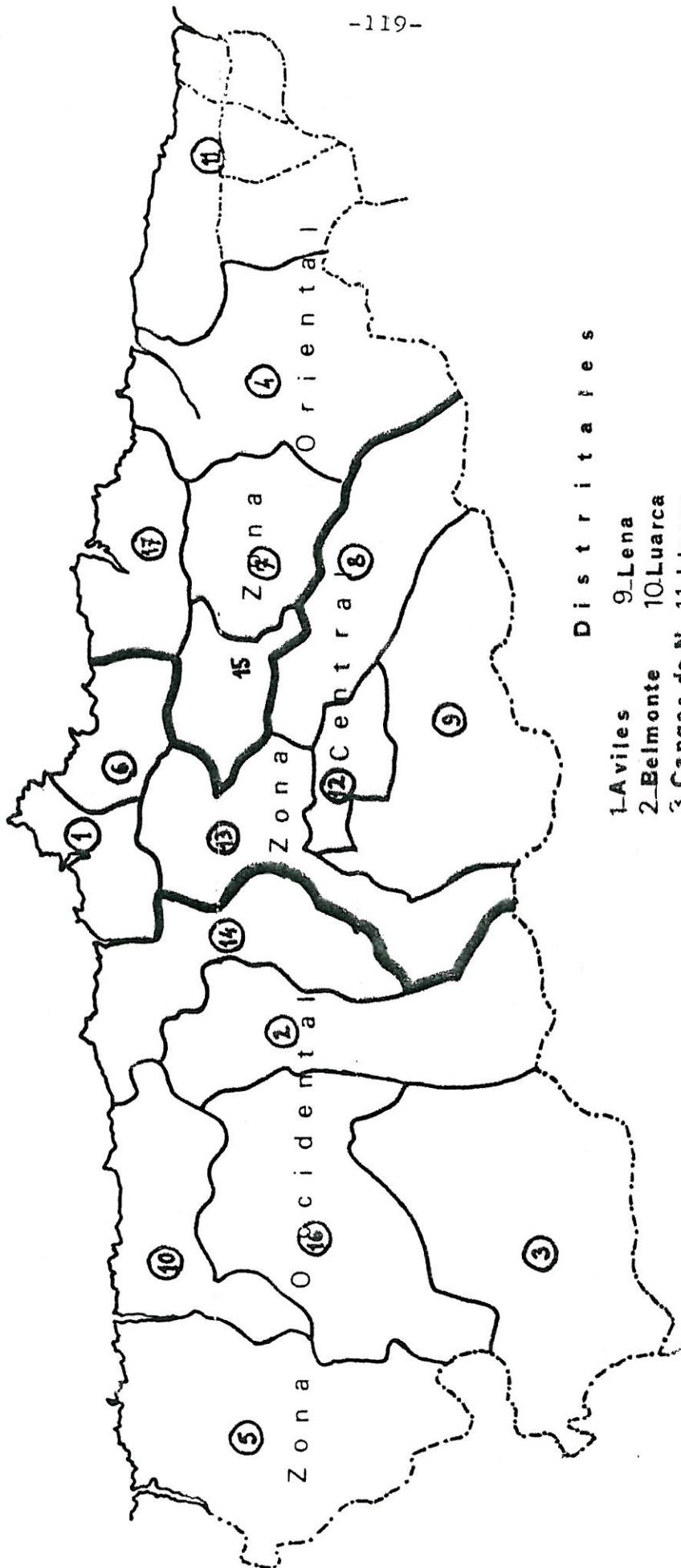
Dividiendo a Asturias por zonas en base a criterios demográficos, económicos y topográficos, la distribución sería:

Zona occidental: con una extensión de 2.755,7 Km². y 202.444 habitantes (el 19,35% de la población provincial) dispone 109 médicos (1 por cada 1.900 habitantes) y 216 camas.

Zona central: con 2.003,94 Km². de extensión y con 698.227 habitantes (66,03% de la población provincial), dispone de 910 médicos lo que representa el 82,67% de los médicos de Asturias y una proporción de 1 médico por 800 habitantes. Dispone asimismo de 3.186 camas.

Zona oriental: con 2.591 Km². de extensión y con una población de 152.738 habitantes (el 14,62% de la provincial). Disponen de 89 médicos, lo que supone un médico por cada 1.700 habitantes. Cuenta también con 54 camas⁽⁹⁸⁾. Ver mapas adjuntos tomados del mismo autor.

Esta fuente maneja un total de 3.456 camas para Asturias y una tasa de 3,28 camas por mil habitantes.



D i s t r i t a l e s

- 1-Aviles
- 2-Belmonte
- 3-Cangas de N.
- 4-Cangas de O.
- 5-Castropol
- 6-Gijón
- 7-Infiesto
- 8-Laviana
- 9-Lena
- 10-Luarca
- 11-Llanes
- 12-Mieres
- 13-Oviedo
- 14-Pravia
- 15-Siero
- 16-Tineo
- 17-Villavieja

Mapa: Distribución servicios sanitarios

Como conclusión final de los datos hasta ahora expuestos podemos decir que Asturias disponía de una estructura sanitaria, que a nivel de servicios y personal era inferior a la media nacional y no concordante con lo que era de esperar dado su desarrollo económico e industrial, lo que la coloca también en una posición desfavorable, si se compara con otras provincias que poseen parecida estructura económica. El equipamiento sanitario a pesar de que evolucionó favorablemente en la década de los sesenta, era insuficiente para resolver las demandas planteadas.

4. Análisis del poder político local:

En el pasado de Asturias existieron instituciones peculiares para el gobierno y la política provincial: la parroquia, los concejos, la Junta general del principado. La llegada de la época absolutista acabaría con esas instituciones. A partir de 1916 hay un intento para el resurgir del movimiento regionalista, impulsado por algunos sectores de la burguesía para defender sus intereses⁽⁹⁹⁾.

A partir de 1939 el centralismo político y cultural opera en Asturias como en el resto del estado. La administración y el poder político se articula a través del gobierno civil, la Diputación y los municipios; pero es la figura del gobernador civil el personaje clave del poder político local: El resto de las ins-

tituciones ejecutan sus decisiones y son dirigidas por las personas que responden a sus deseos. Cuando esto no ocurre así surgen tensiones y luchas entre las instituciones.

El fenómeno del centralismo merece aquí un comentario un poco más extenso. La centralización del sistema político determinaba que las élites política y ejecutiva decisorias se asentaran en Madrid. En 1967 el tanto por ciento de diputados o procuradores que residen en Asturias y Santander representan el 2%, mientras que en Madrid reside el 46%. "Madrid sigue siendo durante estos últimos 35 años, el centro del pactismo, de la oligarquía central y de la burguesía periférica, un pactismo instrumentado en muy buen grado a través de la Administración..."⁽¹⁰⁰⁾. De alguna manera parece coincidir en esa apreciación el mismo presidente de la Diputación Sr. López Muñiz, una vez cesado: "... la causa reside a mi juicio en el gran centralismo de la vida española. Todas las decisiones se toman en el centro y en el centro residen los hombres que ostentan el poder decisorio. Como estos hombres tienen unos delegados en las provincias cuentan con los medios para imponer sus directrices y hacerlas cumplir"⁽¹⁰¹⁾.

Por otra parte el papel oficial o institucional de las corporaciones locales dentro de la actividad económica global del sector público es poco menos que despreciable.

Puede señalarse que el presupuesto total de las corpora-

ciones locales no representa mucho mas del 14% del total de ingresos o gastos del sector público⁽¹⁰²⁾. Las corporaciones locales españolas invierten un total que viene a ser aproximadamente un 15% de las inversiones que realiza la administración central. Es clarificador comparar este dato con lo realizado en otros países: por ejemplo Noruega, donde las corporaciones locales invierten el doble que la Administración central, o con el reino Unido donde esa cifra es tres o cuatro veces superior⁽¹⁰³⁾. Obviamente este tipo de política administrativa interfiere el desarrollo de cualquier planificación sanitaria que quiera hacer jugar un papel relevante a la administración local y a las propias comunidades (es el ejemplo de la psiquiatría comunitaria o de la psiquiatría de sector).

Los ejecutivos del poder en Asturias. Hasta el año 1961 fue gobernador civil de la provincia el Sr. Labadie Otermin; sería sustituido poco después por el Sr. Marcos Peña Royo. En 1964 se incorporó como gobernador civil el Sr. Mateu de Ros, procedente de Huelva donde había adquirido experiencia en el manejo de los conflictos mineros. El Sr. Mateu de Ros permaneció hasta 1972 y tuvo una participación activa en el cese del Sr. López Muñiz y en los conflictos sanitarios ocurridos en ese periodo.

En la Diputación provincial el Sr. Alonso Nora, que luego pasaría al INP, fue sustituido por el Sr. López Muñiz, abogado

del estado. En otro capítulo analizaremos más detenidamente los cambios que se produjeron durante los años 70 y 72 en la Diputación. La crisis económica, ya analizada, y la falta de respuesta pone de manifiesto la impotencia de la Administración local para dar respuesta a los problemas asturianos. En algunos grupos y por parte de algunos medios de difusión (Asturias Semanal, La Voz de Asturias) surge una llamada de atención para potenciar y defender los intereses regionales. Esta sensibilización es aprovechada por otros grupos de modo chauvinista y demagógico como es el caso del periódico Región (1971-72)⁽¹⁰⁴⁾.

La medicina privada y sus intereses actúan como grupo de presión usando como palanca el Colegio Oficial de Médicos; precisamente su presidente llegó a ser procurador por la representación de Colegios Profesionales.

5. La conflictividad social en Asturias:

Es por conocido casi tópico la importancia que el sector de la minería tuvo en Asturias y el protagonismo que ese sector jugó en la conflictividad y tensiones sociales. Haciendo un breve balance se puede decir que en 1956-57 empiezas los conflictos mineros en Asturias. Ya en 1957 los patronos responden a la huelga declarando el lock-out, medida que se aplicaba por primera vez en España desde 1927.

En 1958 ante la huelga de la minería asturiana el gobierno decreta un estado de excepción para Asturias de 4 meses (acuerdo Consejo de Ministros 14-3-1958).

En 1962 se producen importantes huelgas en la minería, la lucha de los mineros encabezaría el movimiento obrero español. La respuesta fue otro estado de excepción. Se puede decir que a partir de 1957 hay por lo menos una huelga por año. Se desencadenan intensas acciones de represión que tienen repercusión en la prensa internacional, y que en 1963 provocan la aparición de una carta firmada por 101 intelectuales españoles, dirigida al Sr. Fraga, pidiéndole explicaciones por el trato que estaban recibiendo los mineros asturianos.

En las huelgas de 1964 surgen como reivindicaciones la problemática de la ordenanza laboral y de los silicóticos. Los mineros son vistos como un problema para la región y un ministro del gobierno llega a decir que "... para llevar a los mineros al trabajo se recurrirán a los métodos que sean necesarios".

En 1965, ya en marcha el primer Plan de Desarrollo se prepara la llamada acción concertada del sector minero. Esta acción concertada se convierte en 1967 en la nacionalización limitada del sector y en la creación de HUNOSA⁽¹⁰⁵⁾.

En 1966 una comisión provincial de mineros escribe un documento al Delegado Provincial de Sindicatos, que se hace públi-

co, y en el que manifiestan: "... no podemos permanecer al margen de la justa inquietud que provoca el que por la aplicación de la acción concertada serán clausurados y desmanteladas diversas instalaciones de la industria metalúrgica... lo que está arrastrando al paro a numerosos trabajadores y según datos oficiales a miles en el futuro..." Se plantea en el mismo escrito la grave problemática de la silicosis y respecto al SOE: "... exigimos un seguro obligatorio de enfermedad y accidentes equivalente al salario real, libertad de elegir al médico, plena asistencia de medicamentos y participación efectiva de los trabajadores en la dirección del SOE"(106).

En 1968 el 40% de las huelgas de todo el estado se dan en Asturias y dentro de la región el 90% ocurren en el sector de la minería. La segunda huelga de la minería fue llamada "la huelga de los silicóticos" en razón al contenido de sus reivindicaciones.

En 1970 tan sólo en Asturias hubo 96 huelgas desde el 1º de enero⁽¹⁰⁷⁾. Y también en ese año el 36,4% de los conflictos que se produjeron en las minas asturianas fueron motivadas por accidentes⁽¹⁰⁸⁾.

En 1971 se produce una larga huelga en la minería (HUNOSA), se produce en octubre de ese año con la participación de algunos sectores del comercio que habían cerrado sus establecimien-

tos en solidaridad con los trabajadores. También en ese año se produjeron acciones conflictivas por parte de los pensionistas jubilados, lo que desencadenó una acción violenta de las fuerzas del orden y la protesta de diversos sectores, entre ellos las máximas jerarquías eclesiásticas provinciales⁽¹⁰⁹⁾.

5.1. La salud de los mineros.

Incluimos este apartado aquí por su íntima relación con la conflictividad social del sector. Como ya vimos, en las luchas de la minería se incorpora muy precozmente reivindicaciones que atañen directamente a la problemática de la salud: enfermedades profesionales y accidentes laborales. Su sensibilización en este orden de cosas es patente.

El trabajo de la minería se desarrollaba en unas condiciones de gran dureza, los salarios se consiguen a base de destajos que requieren muy buenas condiciones físicas y desgastan a los trabajadores con gran rapidez, determinando una corta vida laboral. Pocos mineros pueden trabajar mas de 15 años bajo tierra. Se ha dicho de los mineros que están "casados con la muerte", expresión que encierra gran lógica pues en ese período la minería era la rama industrial de mayor índice de accidentes mortales. La vida profesional está limitada fundamentalmente por la enfermedad profesional: la silicosis. En 1966 había 6.716 silicóticos de primer grado en activo (población activa minera en esa fecha:

34.000), aproximadamente el 19,7% de los activos. En el mismo año se contabilizan como silicóticos inactivos (de segundo o tercer grado) 7.134 --según datos del INP-- y las viudas de silicóticos se estiman en 2.070.

Otras cifras dadas por La Voz de Asturias calculan que para el año 1965 los pensionistas por silicosis alcanzaban los 13.189; los silicóticos activos se estimaban en 15.000 (el 44% de los mineros activos y el 54 de los ocupados en el interior). El retiro de los mineros se produce muy a menudo entre los 35 y los 40 años. Toda esta situación sociolaboral, la situación sociofamiliar que genera, es sin duda un factor causal y coadyuvante muy importante en múltiples trastornos psiquiátricos (alcoholismo, depresiones, encefalopatías, etc.).

CAPITULO II

LA REFORMA DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO DE OVIEDO

II. LA REFORMA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO

DE OVIEDO

1. Fundamentos jurídicos y motivaciones.

Intentamos analizar en este capítulo no sólo los preceptos que obligaban a la Diputación a realizar la asistencia psiquiátrica; sino también una serie de circunstancias que pudieran explicar el deseo de transformar el HPO y de poner en marcha una reforma asistencial.

La Diputación provincial tenía la obligación, como todas las demás, de sostener un H.P. y de recluir en él a los enfermos de la provincia que necesitaran asistencia psiquiátrica hospitalaria, siempre que no dispusieran de medios económicos para recibirla de una entidad privada. Lo cierto es que como esa legislación (Ley de Régimen local, y de bases de la sanidad) no explicitaba el cumplimiento de unas condiciones asistenciales mínimas, y como los aspectos positivos, que en ese sentido contenía la legislación psiquiátrica de 1931, eran incumplidos, las Diputaciones

se limitaron a recluir a los enfermos en sus manicomios provinciales. Aunque a veces no se hacía ni eso y se enviaban a instituciones de otras provincias. Sin embargo el incremento de la demanda de hospitalización, fenómeno muy patente a partir de los años cincuenta, agravó esa situación. La inhibición de la S.S. respecto a la asistencia psiquiátrica, obligaba a las Diputaciones a cubrir esa "ausencia".

En el HPO no eran acogidos únicamente, como pasaba en los hospitales provinciales, los enfermos de la beneficencia, en su sentido más estricto, sino también todos aquellos trabajadores que necesitaban de hospitalización psiquiátrica. Un estudio sobre la población internada en Oviedo en 1965 revela que el 69,5% de los hospitalizados provenía del sector secundario de la población activa, o sea que los trabajadores de los medios industriales se encontraban sobre-representados en el censo hospitalario; puesto que en el nivel provincial, el sector II suponía el 42% del total de la población activa⁽¹¹⁰⁾. Se ha señalado también en otro lugar, el aumento sufrido por el censo hospitalario que desbordó su intención inicial de 500 pacientes para llegar en 1964 a más de 1.300, sin haber experimentado ninguna reforma estructural de interés. Si bien las demandas de internamiento crecían a nivel de todo el estado, el índice de frecuentación hospitalario de Asturias, tomando como base los internamientos del HPO, 1964-65, con

unos valores de 120 internados por 100.000 habitantes, se sitúa por encima de la media española.

El aumento de las demandas de internamiento era un fenómeno que se preveía en las instancias oficiales (I y II Plan de Desarrollo). El mismo Ministro de la Gobernación, Sr. Alonso Vega apuntaba que "... el aumento de las enfermedades mentales es proporcional al desarrollo de los países. España de cara a su desarrollo social y económico debe prepararse para hacer frente al incremento de enfermedades mentales"⁽¹¹¹⁾. No es despreciable la influencia que en estas preocupaciones ejercían los resultados conseguidos en Inglaterra. Desde 1954 el número de camas psiquiátricas había empezado a disminuir y los estudios estadísticos de la época preveían que el número de camas descendería de 3,4% en 1960 a 1,8% en 1975⁽¹¹²⁾. Apoyado en esos cálculos el Ministerio de Salud Pública inglés publicó en 1962 el nuevo plan para los hospitales⁽¹¹³⁾.

De cualquier forma la reforma del HPO hay que considerarla como un aspecto de la transformación sanitaria global que se inicia en Asturias en 1962, bajo el timón de la Diputación provincial y su presidente. Así se expresa en los estatutos del Órgano de Gestión⁽¹¹⁴⁾ cuando se señala que "... en su momento, cuando las circunstancias lo aconsejen, se iniciarán la transformación de otros centros benéfico sanitarios", incluyendo entre ellos

al H.P. estableciendo ya el compromiso de realizar una nueva asistencia psiquiátrica. Probablemente haya que considerar a todas estas transformaciones como la avanzadilla o "el plan piloto" de las nuevas formas de asistencia sanitaria, que ciertos grupos de poder intentaban desarrollar a nivel de todo el país. Esta característica "piloto" es confirmada por un diputado provincial: "... si se trata de poner en marcha una organización piloto"⁽¹¹⁵⁾ y por el mismo presidente, Sr. López Muñiz: "... el hospital psiquiátrico constituye por si solo un centro piloto de gran nivel"⁽¹¹⁶⁾.

Es también verosímil la relación entre los que impulsan las reformas sanitarios en Asturias y los que pretenden introducir modificaciones globales a través de la Ley de Coordinación Hospitalaria de 1962. Aparte de que en ambos proyectos programáticos se contienen principios similares, es en cierto modo reconocido por el Sr. Alonso Vega, en un acto de reconocimiento "de la obra asturiana", durante el que impone al Sr. López Muñiz, la Gran Cruz de la Sanidad, concedida por el Caudillo. El ministro defendió entonces la coordinación hospitalaria y la necesidad de una nueva organización sanitaria, que entre otras cosas pudiera paliar el problema del empleo de los médicos que iban acabando sus estudios. Para "llevar a cabo la coordinación el gobierno puso en marcha la Ley..." Afirmó sin embargo "que la coordinación se vio torpedeada por fines bastardos" y tras expresar manifiestas críticas al SOE,

terminó diciendo que estaba muy contento con los planes sanitarios de Asturias, porque "... vemos que es una proyección, una realización de los propósitos del gobierno en este sentido"(117). Estas declaraciones están hechas por el mismo ministro que seis años más tarde, también en una visita a las instalaciones sanitarias de Asturias, lamentaría que el "reglamento de la ley hospitalaria, en la que había puesto tantas esperanzas, fuera informado desfavorablemente"(118).

A las consideraciones anteriores es preciso añadir otras más dependientes de la realidad concreta asturiana y que sin duda se interrelacionan también con la reforma sanitaria en general y con la psiquiátrica en concreto. El escaso desarrollo del sector terciario, de los servicios en general, en la estructura económica asturiana era una cuestión que preocupaba en ciertos niveles y que por otra parte tenía una clara repercusión en el sector de la sanidad. Los niveles sanitarios, en cuanto a servicios y equipamiento, eran inferiores a la media nacional y desde luego ostensiblemente inferiores a los de otros territorios de parecida estructura económica. Potenciar el desarrollo del sector terciario era una exigencia cuyo incumplimiento provocaría un desarrollo industrial desarmónico y la consiguiente amenaza de estrangulamiento. Sectores de población que suelen tener amplia cabida en las actividades del sector terciario, la población femenina y el sector de

jóvenes, engrosaban en Asturias tasas de desempleo superiores a la media nacional.

De otro lado es necesario contemplar los grados de conflictividad y de tensión social presentes en Asturias, en muchos aspectos relacionados directa o indirectamente con la salud y la sanidad. Lógicamente desarrollar una red adecuada de servicios sanitarios, pudiera servir al mismo tiempo que para satisfacer reivindicaciones para hacer de amortiguador y contribuir a disminuir la tensión social existente.

Por último no se puede dejar de resaltar la dimensión personal, la preocupación y la ambición política del Sr. López Muñoz, aspectos que hay que valorar muy adecuadamente y en todas sus interrelaciones con las contradicciones existentes entre los grupos del sistema. Abogado del estado, y por tanto procedente del cuerpo superior jurídico, accede a la presidencia de la Diputación asturiana y a Consejero del Reino, al ser votado por los procuradores de la Administración local, en un periodo que algunos autores caracterizan por la hegemonía de la tecnocracia y la "expansión del poder de los cuerpos jurídicos superiores de la Administración" en el seno del gobierno y de la élite política ejecutiva⁽¹¹⁹⁾.

Es durante este periodo cuando el Sr. López Muñoz dedicó gran parte de su actividad al campo de las realizaciones sani-

tarios; tareas en las que puso gran entusiasmo y que desarrolló con gran protagonismo. Apartando a todas aquellas personas que por su situación o intereses (medicina privada, médicos de reconocido carisma, catedráticos, etc.) pudieran entorpecerlas o quizás asumir ellas mismas el protagonismo. Su preocupación por los temas sanitarios le llevó a presentar una ponencia en el I Congreso de Hospitales, sobre el tema "Sistemas de Gobierno de los Hospitales" (Barcelona Junio 1970).

Su carrera política progresaría hasta llegar, después de un corto descalabro --que analizaremos en otro capítulo--, a Subsecretario del Ministerio de Hacienda, siendo titular de la Cartera el Sr. Barrera de Irímo.

CAPITULO III

MODELO ASISTENCIAL

PARA

EL CAMBIO

III. MODELO ASISTENCIAL PARA EL CAMBIO

Antes de ocuparnos del acontecer de la reforma psiquiátrica, de su comienzo y desarrollo, nos parece imprescindible, para su mejor comprensión, indagar en base a que modelo se actuaba. Constatar si había un modelo previo y estudiar los elementos teóricos y los principios científico-asistenciales que lo informaban. Buscamos para ello los informes programáticos, analizamos su contenido, sus objetivos y sus antecedentes así como la procedencia y pertenencia teórico-asistencial de sus autores. Esta es la tarea que desarrollamos en el presente capítulo, que a su vez subdividimos en diversos apartados: los autores del modelo; supuestos científico-asistenciales; bases y experiencias previas en las que se apoya la reforma.

1. Los autores del Modelo:

En función de un decreto presidencial, 24/8/1963, y tras un previo acuerdo del Órgano de Gestión se constituye un Cru-

po de Estudios al que se le encarga el estudio de la situación del HPO y la elaboración de un programa para su reforma y transformación. El grupo queda integrado por cinco médicos-psiquiatras: J.L. Montoya Rico, director del grupo, C. Medina Gil, R. Pons Bartran, P. Quirós Corujo y J.L. Rodríguez Reyes, y por cinco asistentes sociales que trabajaron bajo la supervisión de la Srta. Martínez Arrojo, jefe del departamento de asistencia social de los servicios del Organo de Gestión y procedente de Barcelona.

En razón de los informes firmados que pudimos estudiar y de testimonios personales comprobamos que el peso del grupo recayó en el Dr. Montoya y el Dr. Medina.

J.L. Montoya, nacido en Alicante en 1932, tras permanecer en los servicios de medicina interna en la Fundación Jiménez Díaz, se marchó a EE.UU. donde adquirió su formación psiquiátrica. Trabajó en un hospital psiquiátrico del estado de Maryland (Crowsville State hospital). Posteriormente y durante varios años lo hizo en una clínica psiquiátrica de orientación psicodinámica (Seton Psychiatric Institute, en Baltimore), y también en servicios de psiquiatría del hospital general y de psiquiatría infantil de la Universidad de Maryland. Finalmente desarrolló su práctica en dispensarios de salud mental y realizó cursos de formación en psiquiatría comunitaria en la Universidad de Johns Hopkins.

El Dr. Medina Gil, nació en la provincia de Albacete,

adquirió también su formación psiquiátrica en EE.UU. donde trabajó tres años y en el Canadá donde permaneció cuatro. Cuando regresó a Oviedo poseía amplia experiencia psiquiátrica y conocía de cerca los programas de psiquiatría comunitaria.

En cuanto a los restantes miembros del grupo, el Dr. Pons Bartran procedía de Barcelona, el Dr. Quiros Corujo estaba trabajando en el HPO, y el Dr. Rodríguez Reyes procedía de la psiquiatría privada de Oviedo, ignorándose en base a qué criterios se le recluta para el grupo. Según testimonio personal de alguno de los miembros del grupo, la integración del Dr. Reyes y su permanencia posterior en la plantilla, podría interpretarse como una recompensa del gerente por algunos servicios familiares. Y también como una operación estratégica del gerente y del presidente de la Diputación dirigida a contrarrestar la presión de algunos grupos locales. Al grupo se le encargó de evaluar la asistencia en el HPO, la situación de los internados, las características del personal asistencial y la presentación de un informe memoria en el que programaran los cambios a realizar.

Dicen en la memoria que a pesar de que intentaron realizar su trabajo evitando las tensiones al máximo, encontraron dificultades y recelos. En varias ocasiones para que su trabajo pudiera continuar y para disponer de material de información se tuvo que recurrir a mandamientos por decreto del presidente de la Dipu-

tación. En Marzo de 1964 entregaron su informe-memoria ya terminado a la Diputación.

2. Supuestos científico-asistenciales:

Tomamos como material fundamental para el análisis de la ideología y principios asistenciales de la reforma del HPO, las memorias⁽¹²⁰⁾ elaboradas por el Grupo de Estudios y los informes difundidos por la prensa local⁽¹²¹⁾.

Los proyectos y programas que se ofrecen a la Diputación, para establecer en base a ellos una reforma de la asistencia psiquiátrica, pueden caracterizarse como un programa que se ajusta a los principios de la llamada psiquiatría social y/o comunitaria. Evidentemente el término de psiquiatría social fue manejado y entendido con una significación muy amplia. La OMS, en su informe técnico sobre Psiquiatría Social y actitudes de la comunidad (Ginebra 1959), establece que "... tal como aquí se emplea, psiquiatría social se refiere a las medidas preventivas y curativas tendientes a lograr el ajuste del individuo para una vida satisfactoria y útil en términos de su propio ambiente. Para alcanzar esta meta el psiquiatra social trata de proveer al enfermo mental, y a aquellos que están en peligro de convertirse en enfermos, oportunidades de realizar contactos con la sociedad que sean favorables para el mantenimiento o restablecimiento de su adapta-

ción social".

Otros entienden que "... la psiquiatría social es la aplicación y extensión del conocimiento psiquiátrico y las actuaciones terapéuticas en forma recíproca con otros campos de la ciencia conductivista, así como el empleo de los resultados para aumentar la comprensión del total funcionamiento humano y el uso práctico de tal conocimiento, esto es, en la psiquiatría comunitaria y en la salud pública"(122).

Aunque nosotros empleemos aquí indistintamente psiquiatría social y comunitaria, conviene precisar que no todos los autores lo entienden así, y que en este sentido se han expresado distinciones que consideramos útil conocer. Mientras unos consideran a la psiquiatría comunitaria como la designación más comprensiva, pues puede decirse que abarca no sólo el cuerpo de teoría y conocimiento sino también sus aplicaciones prácticas en la comunidad, y los múltiples enlaces entre teoría y práctica. Delimitando más los conceptos sostienen otros autores⁽¹²³⁾: "... que psiquiatría comunitaria tiende a poner mayor énfasis sobre la práctica aplicada al nivel de la comunidad, así como las investigaciones y evaluaciones programáticas que subyacen y continuamente conforman sus operaciones de servicio, mientras que la psiquiatría social ha llegado a connotar un énfasis más exclusivo sobre la teoría y la investigación antes que sobre la práctica".

M. Jones⁽¹²⁴⁾ propone el término de psiquiatría comunitaria a la práctica psiquiátrica dentro de la mas vasta comunidad, fuera del hospital. Dice "... usaré psiquiatría social... como producto de una opinión entre la psiquiatría y las disciplinas sociales y que no puede tipificarse tanto por una clase particular de actividad, como por sus puntos de vista. Puntos de vista que necesitan colaboración de la sociología, de la antropología, de la epidemiología y la ecología, y de la medicina preventiva y terapéutica".

Hechas estas aclaraciones, pasamos a transcribir lo que el informe-memoria nos permite sintetizar como principios esenciales de la reforma (otra cosa es el desarrollo y aplicación de esos postulados, que describimos en el capítulo siguiente):

- 1) Se concede gran importancia al papel que juegan los factores sociales en el desencadenamiento y evolución de la enfermedad mental, así como en la producción de internamientos. Se responsabiliza a la sociedad y a sus instituciones (familia, Administración) de la modificación de esos factores y del mantenimiento de los prejuicios que favorecen la discriminación del enfermo mental. Se cuestionan las ideas de incurabilidad de las enfermedades mentales y toda la ideología del pesimismo terapéutico. En suma se afirma que la rehabilitación del enfermo mental depende de la actitud y motivación que la estructura social mantenga frente a

estos problemas.

2) Se califica al manicomio como un lugar inadecuado e ineficaz para el tratamiento de los enfermos mentales. Se postula la necesidad de superar las funciones asilares y custodiales de las instituciones psiquiátricas, transformándolos en elementos dinámicos que sirvan, no para guardar a los internos, sino para realizar con eficacia el tratamiento y la rehabilitación de los enfermos. El estudio sociológico de los internados les lleva a la conclusión de que los estados definidos como de cronicidad dependen de la propia vida en el hospital y de los factores sociales que generan rechazo, aislamiento y marginación. Se sostiene en consecuencia que la actual situación del HPO es nociva y perjudicial para la personalidad de los internados e ineficaz para su restablecimiento. Se preconiza una nueva organización en base a criterios mas funcionales, rechazando la tradicional clasificación en función del sexo y diagnóstico clínico. Sin descuidar la atención somática y el cuidado individual, se concede más importancia a la reorganización global del hospital como un todo, que a la aplicación de los tratamientos individuales. En ese sentido se piensa que la transformación del hospital será operativa si se introduce una nueva reorganización administrativa, si se logra que sus actividades, sus regulaciones, y su arquitectura estén dirigidas hacia la formación de un ambiente o comunidad terapéutica que faci-

lite la rehabilitación y la resocialización del paciente. La organización clínico-administrativa del hospital debe ordenarse y tener como principio la creación de esta comunidad terapéutica.

3) En el orden asistencial el hospital es un instrumento, un elemento más --pero no el único-- de una serie de servicios asistenciales. Se recomienda que el enfermo, en la medida de lo posible, sea tratado y asistido en su propia comunidad. Ha de tenderse a no separarle de ella, por lo que se hace necesario disponer de una red asistencial que descentralice los servicios, dotándoles de diversas características: extrahospitalarios, intermedios, de hospitalización, etc. De tal manera que mediante esa red se pueda ir respondiendo a los diversos momentos y demandas que la enfermedad presenta a lo largo de su evolución.

Los servicios asistenciales deben estar coordinados e integrados de forma global, recayendo sobre ellos la responsabilidad de la asistencia a una determinada comunidad. Cualquier ciudadano de esa comunidad puede hacer uso de los servicios.

4) Se considera que la eficacia del tratamiento ya no es una tarea que dependa únicamente de la actividad individual del médico psiquiatra; el tratamiento es el resultado de la actuación coordinada de todo el personal sanitario. Se reconoce pues la labor terapéutica que desempeña este personal y se afirma que la práctica psiquiátrica ha de ser una práctica colectiva: la de un

equipo, que ha de contar con médicos, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, etc. Y es este equipo el que ha de mantener la continuidad terapéutica siguiendo al enfermo tanto en las actuaciones intra como extrahospitalarias.

5) Se otorga gran importancia a las actividades llamadas de terapia ocupacional y de rehabilitación mediante la labor-terapia y el trabajo industrial.

6) Se destaca la importancia que para el funcionamiento del equipo terapéutico tiene la formación y la disponibilidad del personal enfermero. De ahí la necesidad de contar con dotaciones importantes y cualificadas de enfermeros.

7) Se hace mucho hincapié en lo que podría calificarse como aspectos administrativos, o técnico-administrativos, creando niveles de responsabilidad bien delimitados dentro de los equipos y del hospital. Es este nivel de responsabilidad preestablecido el que define el rol y las actividades de cada elemento. Se insiste en la importancia que reviste mantener relaciones con las diversas ramas de la administración y con las instituciones sociales de la comunidad. En ese sentido se sugiere la idea de crear formas de participación a través de personal voluntario que tengan un contacto directo con los programas y vida del hospital.

3. Bases y experiencias en las que se fundamenta la reforma psiquiátrica de Asturias:

Los antecedentes y las bases de los programas asistenciales que se presentan en Oviedo, hay que buscarlos en las experiencias de psiquiatría comunitaria inglesa y americana, así como en los informes y recomendaciones de la OMS. No se puede olvidar que las dos personas de más actividad y relieve en el Grupo de estudios, Dr. Medina y Montoya, se habían formado fundamentalmente en EE.UU. y Canadá. Las nociones y presupuestos operativos de esas experiencias, como veremos al estudiarlas, en lo fundamental, van a ser los mismos que encontramos en los programas asistenciales de Oviedo. Posteriormente se deja sentir el influjo de otra corriente ligada a la psiquiatría francesa, en especial al Dr. F. Tosquelles, que mantuvo estrecho contacto con algunos médicos de Oviedo. También se notará cierta influencia, aunque en mucho menor grado, de la organización psiquiátrica de Bel-Air (Ginebra) dirigida por el Dr. Ajurriaguerra. A veces estas corrientes entrarán en una especie de pugna en la que se pretende dirimir la hegemonía de un grupo u otro en el hospital.

3.1. La psiquiatría comunitaria en España.

Las corrientes sociológicas y los enfoques dinámicos tardan en penetrar en España⁽¹²⁵⁾. La psiquiatría oficial y la ideología dominante en general, son los baluartes fundamentales

que impiden el acercamiento de nuevas corrientes.

En el VI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría (Barcelona 1960), de las 81 comunicaciones que figuran en las actas, sólo el 7,4% versan sobre temas asistenciales --6, que son presentadas por el mismo grupo--, mientras que el 32% tratan sobre experimentación con psicofármacos o sobre su aplicación⁽¹²⁶⁾.

Revisando la bibliografía que se menciona en el primer tratado aparecido en España con el título de PSIQUIATRÍA SOCIAL⁽¹²⁷⁾, a lo largo de sus diez páginas de referencias bibliográficas solamente encontramos tres citas concernientes a trabajos españoles publicados antes de 1965. De esos trabajos dos pertenecen al autor del libro.

Para disponer de más elementos que nos permitieran una mayor aproximación al grado de penetración de la psiquiatría social en España, revisamos el Index Clinicus Sandoz Internacional Literature Survey Neurology/Psychiatry, en su apartado: SOCIAL PSYCHIATRY. Esta revisión se concretó a los años 1968-69-70. Nuestro objetivo era comprobar cuántos trabajos aparecen bajo ese epígrafe de autores españoles o hechos en España. Ciertamente la presencia es bien escasa: en el 68 encontramos 2; en el 69, 1; y en el 70, 2⁽¹²⁸⁾. La encuesta realizada por el Dr. Amat, presentada al X Congreso de la S.E.P., confirma también los presupuestos anteriores. El enfoque doctrinal predominante entre los psiquiatras

encuestados es el de la psiquiatría clínica.

El estudio de las comunicaciones presentadas al XI Congreso Nacional de la A.E.N.P. (1971) permite obtener conclusiones similares a las de 1960. De las 90 comunicaciones presentadas, sólo el 4,4% se dedican al tema de la asistencia psiquiátrica, entendido éste en un sentido amplio⁽¹²⁹⁾.

En los años que preceden a 1936, pero sobre todo durante el primer bienio de la Segunda República, se advierte una gran preocupación por los temas asistenciales. Los debates sobre la asistencia y el estado de los hospitales saltan a la prensa general. Se dedica especial atención al desarrollo de la higiene mental, surgen las llamadas "misiones de higiene mental". Se crea el Consejo Superior Psiquiátrico y aparecen publicaciones ocupadas de los problemas reales de la asistencia (La asistencia al enfermo mental. Manual del enfermero psiquiátrico)⁽¹³⁰⁾. Penetran con gran resonancia las corrientes de dinamización hospitalaria y de la terapéutica del medio preconizadas por el alemán H. Simon, cuya obra se traduce en 1937⁽¹³¹⁾.

Después de 1939 se abre un largo periodo en el que los hospitales y la asistencia en general permanecen envueltos en el silencio y la miseria. Aunque pudiera entenderse la creación del PANAP (1955) como un intento de introducir cambios en la realidad asistencial, este proyecto encontró la resistencia precisa en

ciertas áreas del poder⁽¹³²⁾ para neutralizarlo y dejarlo reducido a algo inoperante o simplemente orientador. Ya hemos referido en otro lugar cómo portavoces representativos de la psiquiatría oficial se esfuerzan en hacer manifestaciones para encubrir la nefasta realidad asistencial⁽¹³³⁾.

Los conceptos y la teoría de la psiquiatría social o comunitaria empiezan a ser conocidos y manejados en conferencias y publicaciones a partir de los años 60⁽¹³⁴⁾.

En otro núcleos muy reducidos y de escasa repercusión en el ámbito de la asistencia pública se ponen en marcha prácticas de psiquiatría dinámica-analítica y comunitaria (Clínica Peña Retama Madrid). También desde esos núcleos surgen algunas publicaciones con enfoques dinámicos y comunitarios⁽¹³⁵⁾.

Esta inquietud ideológica llega a las tribunas de algunos congresos y reuniones. Unas veces la necesidad de cambios se expresa suave y subrepticamente, como si se temiera que la defensa de corrientes foráneas pudiera irritar a los abanderados de la "psiquiatría nacional"; en otras ocasiones, las menos, la expresión es más contundente: "... estoy de acuerdo... que la psiquiatría española está muerta y pretenden resucitarla los mismos que la deterioraron. Lo que hace falta es entender la necesidad de un cambio radical en esa psiquiatría oficial que está anacrónica y auténticamente cadáver"⁽¹³⁶⁾.

En los años siguientes van apareciendo monografías y publicaciones, algunas promovidas por el PANAP, con un discurso y contenidos en la línea de la psiquiatría comunitaria. Mas toda esa literatura no rebasa el plano de la erudición y de lo académico. Ni recoge los elementos esenciales de nuestra realidad social ni incide en ella. Por otra parte se cae en flagrantes contradicciones al aparentar defender y promover la psiquiatría comunitaria y al mismo tiempo permitir y autorizar la construcción de "los nuevos manicomios" (por su tamaño y situación, como es el caso del Psiquiátrico de Valencia, Albacete, Alonso Vega de Madrid, entre otros), que niegan en la práctica toda la conceptualización de la psiquiatría comunitaria.

La encuesta realizada en 1968 entre 25 directores de hospitales constata una vez más lo inamovible que permanece nuestra práctica asistencial: "... están mal dotados económicamente, disponen de escaso número de personal auxiliar y prácticamente ninguno especializado, sus estructuras materiales y funcionales (aglomeración y promiscuidad de los enfermos, limitaciones terapéuticas, ominosa dependencia administrativa y burocrática) eran anticuadas" (137).

Como final de este corte preámbulo sobre la psiquiatría comunitaria en España podemos decir que es Asturias el lugar donde primero se intenta poner en práctica una organización asisten-

cial que se enmarca en las coordenadas de la psiquiatría comunitaria. Y ya veremos como precisamente este atributo de experiencia aislada, despegada en cierto modo de la realidad nacional, contribuiría a hacerla más vulnerable.

3.2. Nacimiento y desarrollo de la psiquiatría social y comunitaria:

A continuación describimos, de forma esquemática, lo que a nuestro entender podrían ser los momentos importantes en el nacimiento y desarrollo de esta corriente psiquiátrica, así como de su conceptualización.

En los años 1920 H.S. Sullivan organiza una unidad experimental para el tratamiento de enfermos esquizofrénicos en un hospital de Maryland (EE.UU.). Algunos años más tarde, por los 30, publica sus elaboraciones sobre las relaciones interpersonales y la psiquiatría de interacción⁽¹³⁸⁾. El decenio 1920-30 es un periodo en el que emerge con creciente cuerpo teórico la psicología social y la antropología. Al final de los años 30 J. Bierer inicia la experiencia de un hospital de día en Marlborough (Inglaterra) y algunos años después Cameron pondría en marcha hospitales de día en Montreal.

La preocupación por la vida en los hospitales y por su transformación empieza a tener expresión en diversos países desa-

rollados de Europa. Los métodos terapéuticos preconizados por H. Simon en Alemania, había impactado la asistencia en Holanda. En 1933 el English Board of Control organiza visitas de psiquiatras ingleses a Holanda para conocer de cerca la aplicación de los métodos de terapia ocupacional e industrial en los hospitales. Los acontecimientos de la segunda guerra mundial replantean la influencia de los factores sociales y del grupo en la salud del individuo. Cierta número de psiquiatras ingleses comienza a hacer una aplicación positiva de esas fuerzas sociales. Se empieza a trabajar bajo esa orientación en el Northfield Hospital, en una unidad para soldados con desórdenes somáticos. Dice M. Jones: "... como todos los pacientes de la unidad tenían síntomas muy similares pareció apropiado considerarlos como un cuerpo" "... esta fue mi primera experiencia con un vasto grupo, de unos cien pacientes y con 6 miembros del personal asistencial". Se empezó hacia 1941 con una serie de charlas didácticas "... pasamos de la idea de enseñar a una audiencia pasiva a una enseñanza social, como un proceso de interacción entre el cuerpo médico y los pacientes" (139).

Bion y Rickman también trabajan con un grupo de soldados y desplazan su atención de las ansiedades y problemas individuales a los del grupo, insistiendo en que asumieran responsabilidades para la organización de la sala (140).

El grupo Northfield colaboró con algunos trabajos en un número del Bulletin of the Meninger Clinic (1946), destacando entre ellos el de Main, que se refería al daño que el hospital tradicional inflinge a las personalidades neurótico dependientes. Diría "... la fina mezcla tradicional de caridad y disciplina que reciben es una técnica practicada para sacarles la iniciativa como seres adultos y convertirles en pacientes". Main luchó por cambiar la organización de los hospitales de forma que sirvieran para ayudar a los pacientes en vez de perjudicarlos. Fue en este trabajo, "The Hospital as a Therapeutic Institution", donde se usó por primera vez la frase COMUNIDAD TERAPEUTICA⁽¹⁴¹⁾.

La experiencia que había iniciado M. Jones se vio enormemente favorecida por la propia situación social inglesa, de gran capacidad de empleo. Los empresarios que buscaban fuerza de trabajo emplearon a los enfermos. Los éxitos de esa tarea movieron a los organismos de la salud pública a iniciar una unidad de tratamiento para inadaptados sociales: Unidad de Neurosis Industrial (Belmont Hospital). Posteriormente cambió su nombre por Unidad de Rehabilitación Social y en 1959 se convirtió en el Hospital Henderson. Dice M. Jones que fue entre 1946 y 1959 cuando él desarrolló el concepto de comunidad terapéutica. En 1952 M. Jones y colaboradores publicaron Social Psychiatry (Londres. Tavistock); unos años después se publicaría este libro en EE.UU.⁽¹⁴²⁾. A partir de

1959 M. Jones es invitado a EE.UU. y pasa allí cuatro años. Al regreso vuelve a Escocia, precisamente al Hospital Dingleton, donde G. Bell había llevado a sus últimas consecuencias la política de puertas abiertas, llegando en 1949 a abrir la última puerta del hospital que permanecía cerrada. También en 1953 Duncan Mac Millan abrió la última sala cerrada del hospital de Nottingham.

En 1955 D. V. Martin inicia la transformación de un hospital y emplea el término "institucionalización" para definir los efectos nocivos que el hospital produce en los internos. En 1962 publica Adventury in Psychiatrie, donde narra la transformación del Hospital Claybury, que como ya hemos dicho había iniciado en 1955 (143).

En 1959 R. Barton publica su libro Institucional Neurosis. Según él el origen de los efectos nocivos de la vida en la institución psiquiátrica está asociada a muchos factores del medio ambiente en el que vive el paciente. Agrupa esos factores bajo siete epígrafes: pérdida de contacto con el mundo exterior; ocio forzado; actitud autoritaria de los médicos y personal enfermero; pérdida de amigos, relaciones y propiedades; drogas; medio ambiente en las salas; pérdida de perspectiva fuera de la institución. Preconiza una serie de medida para corregir esos efectos y luchar contra la neurosis institucional (144).

Es también en Inglaterra donde se acuña el término psi-

quiatria comunitaria y donde se pone en marcha la organización asistencial que la encarna. El desarrollo de la psiquiatría comunitaria inglesa hay que ligarla a la situación sociopolítica: la ascensión del laborismo al poder y la nueva situación económica de postguerra. Fue esta situación la que permitió la creación del N.H.S. (National Health Service) y esta organización sanitaria creó las condiciones para la puesta en marcha de ese tipo de asistencia psiquiátrica, que adquiere concreción a partir del Mental Health Act de 1959. Denis Hil, que fue director del Maudsley Hospital, escribe en su libro, Psychiatry in Medicine-Retrospect and Prospect "... el NHS fue saludado con gran entusiasmo por las disciplinas médicas menos privilegiadas. Los pacientes psíquicos fueron por primera vez en la historia de la medicina tratados como los demás pacientes"(145).

En el informe para el Mental Health Act puede decirse que los dos aspectos esenciales son: que se acaba con las diferencias legales y administrativas que persistían hasta entonces entre enfermos psíquicos y somáticos, y que se desplaza el tratamiento de las instituciones a la comunidad recayendo la responsabilidad sobre la administración local.

La puesta en marcha de esa organización asistencial da lugar a que formulen estudios que prevén una gran disminución en la necesidad de camas en los hospitales mentales. En 1961 Tooth y

Brooke⁽¹⁴⁶⁾ estimaron que el número de camas descendería de 3,4 por mil en 1960 a 1,8 en 1975. En 1962 el Ministerio de Salud hace público el nuevo plan para los hospitales. Basado en este estudio señalaba que no se necesitarían muchos de los hospitales existentes, siempre que se crearan unidades psiquiátricas de 30 a 60 camas en los hospitales generales⁽¹⁴⁷⁾. Ciertamente todos esos estudios y previsiones crean nuevas expectativas en el orden de la asistencia psiquiátrica que desbordan las fronteras de Inglaterra.

Beilak atribuye el éxito de la ideología asistencial comunitaria a que recoge la influencia de varias corrientes y al despertar de una conciencia más aguda en la sociedad sobre la importancia de las enfermedades mentales.

En la teoría de la psiquiatría comunitaria concurren varias corrientes de tal forma que se estructura como un discurso ecléctico en el que conviven el psicoanálisis, la sociología, las teorías del comportamiento y ciertas tendencias de la psiquiatría clínica⁽¹⁴⁸⁾.

En Inglaterra se desarrolla también ampliamente el uso del trabajo industrial como método de rehabilitación y se van organizando unidades industriales en los diversos hospitales⁽¹⁴⁹⁾. Early visitó España y conoció muy de cerca la reforma de Oviedo. Él organizó primero el trabajo industrial en un hospital (el Glen-

side-Bristol), luego extendió esa actividad fuera del hospital y fundó la Industrial Therapy Organisation. En el año 62 había alrededor de 60 talleres industriales en hospitales mentales ingleses.

La práctica desarrollada en el hospital Belmont (Inglaterra) fue estudiada por un equipo de antropólogos, sociólogos y psicoanalistas. Las conclusiones fueron publicadas en el libro de Rapoport (que había trabajado en ese hospital desde 1953 al 57), Community as Doctor (150). Su libro tiene la importancia de que analiza y describe algunas de las características más importantes de la comunidad terapéutica que existía en el hospital:

Democratización, cada miembro de la comunidad debía participar con igual derecho en la toma de decisiones respecto a las tareas de la comunidad hospitalaria, tanto terapéuticas como administrativas.

Actitud permisiva, todos los miembros deberían mostrar gran tolerancia respecto a los comportamientos que aparecieran como conflictivos o desviados según las normas "ordinarias".

Intensa relación comunitaria, el funcionamiento de la unidad debería caracterizarse por un conjunto de relaciones estrechas, íntimas y comunicativas, prestando gran atención a los niveles de comunicación.

Confrontación con la realidad, (reality confrontación)

los enfermos debían ser confrontados constantemente con las interpretaciones que hacía el resto de las gentes de su comportamiento. Rapoport criticó el hecho de que la comunidad no se preocupaba bastante del tratamiento de postcura y planteó claramente el problema de la terapia familiar.

En la década de los cincuenta la OMS inicia la publicación de una serie de informes sobre la asistencia psiquiátrica, sobre el hospital y en concreto en 1959 publica un informe acerca de la Psiquiatría social y actitudes de la comunidad.

También en Holanda se desarrollan experiencias de psiquiatría comunitaria, especialmente las impulsadas por Querido en Amsterdam, allá por los años cuarenta.

La psiquiatría social, en opinión de M. Jones tuvo menos desarrollo en EE.UU. que en Inglaterra; si bien es cierto que las corrientes analíticas y la sociología habían cobrado importante cuerpo en USA, la estructura social americana, bien distinta que la inglesa y sin un NHS, no favorecía del mismo modo el desarrollo de una psiquiatría comunitaria. Precisamente para intentar modificar la deficiente situación asistencial surge la Action for Mental Health (151). Por ella se prevé la creación de centros de salud mental (Community mental Health centers). Este programa no fue llevado a cabo en toda la extensión que se preveía. A pesar de que globalmente la psiquiatría en EE.UU. no sufrió cambios nota-

bles, las teorizaciones de algunas experiencias y la investigación desde otras disciplinas paralelas supusieron aportes importantes. Nos referimos a los aportes de la sociología, de la antropología y de la psicología social.

Stanton y Schwarz, un psiquiatra y un psicólogo social, después de trabajar en el Chesnut Lodge Sanitarium formulan presupuestos importantes, como el del conflicto triangular y el enfoque del hospital como una cultura total. Observan el síndrome de agitación y conducta disociada y confirman que este tipo de conducta en los pacientes es en realidad la expresión de un conflicto que tiene lugar entre las personas que le administran su tratamiento. En 1954 publican The Mental Hospital, donde relatan de forma detallada todos sus análisis (152).

Belknap, sociólogo, realizó también investigaciones en un hospital estatal y publica un libro que hoy se considera como un estudio clásico sobre la cultura tradicional y estereotipada de los hospitales mentales (153).

También Caudill, antropólogo social estudia la institución hospitalaria entre 1952 y 1958 y publica un libro, El Hospital Psiquiátrico como comunidad terapéutica (154). Su objetivo central es demostrar que el HP constituye un verdadero sistema social y que las propiedades de tal sistema constituyen un conjunto de variables que afectan al comportamiento de las personas en to-

das las areas del hospital.

En 1961 E. Goffman publica su libro Asylums Essays on the Social Situation of Mental Patients. Esta obra permanecerá como un estudio modelo en el análisis institucional y en las relaciones que se establecen las instituciones, caracterizadas por el autor como "totales".

Hay que destacar, por último, que en 1964 se celebra en Londres el primer congreso de Psiquiatría Social⁽¹⁵⁵⁾.

C A P I T U L O I V

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE OVIEDO: HISTORIA
Y SITUACION ANTES DE INICIARSE LA REFORMA

IV. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE OVIEDO: HISTORIA Y SITUACION ANTES DE INICIARSE LA REFORMA

El primer centro hospitalario donde se ingresaron los pacientes mentales en Asturias, fue el Hospital de San Francisco. Disponía de tres "salas para dementes" y en ellas se recluían enfermos mentales desde 1837 hasta 1897.

A partir de 1897 existió en el Gran Hospital, también conocido como Hospital de Llamaquique, un departamento con 150 camas e instalaciones para la hospitalización de enfermos mentales. En realidad se trataba de salas de observación, en las que los enfermos podían permanecer como máximo de tres a seis meses; siendo trasladados al manicomio de Valladolid, cuando su hospitalización se prolongaba mas tiempo. En vista de los múltiples problemas que provocaba aquella situación, la Diputación Provincial compró en 1925 los terrenos de la finca de la Cadellada, para construir en ella un nuevo hospital psiquiátrico provincial y evitar así los traslados. En octubre de 1926 se ordenó al arquitecto M. Bobes y

al Dr. S. Arman, este último director del departamento psiquiátrico, que giraran una visita por determinados manicomios europeos, a fin de documentarse para la orientación del nuevo manicomio. En 1927 se inició su construcción, y finalmente en 1934 empezó a funcionar el Hospital Psiquiátrico Provincial, llamado también La Caddellada, por estar emplazado en la finca del mismo nombre. En este lugar se desarrollaron intensos combates durante la contienda de 1936 y fue preciso desalojar a los enfermos y trasladarlos a otro lugar de la provincia. Durante la guerra civil se utilizaron dos inmuebles (Corias y Valdedios), para la reclusión de los enfermos psíquicos. Los dos bandos contendientes tuvieron, durante cierto tiempo, un lugar de reclusión en cada zona. Como consecuencia de la guerra, el hospital psiquiátrico provincial quedó muy afectado y fue preciso su reconstrucción. Los enfermos volvieron de nuevo a él en el año 1939⁽¹⁵⁶⁾.

El proyecto de las instalaciones del H.P. no llegó a desarrollarse en su totalidad. Contaba con doce pabellones, al estilo de los antiguos cuarteles y pensado sobre todo en su función custodial. Estos pabellones se hallaban distribuidos en dos "sub-hospitales, con personal y director independientes: uno "para hombres y otro para mujeres". Se respetaba así un criterio institucional habitual: la división sexual del espacio.

El proyecto del hospital estaba concebido para hospita-

lizar a 500 enfermos, pero estas previsiones fueron pronto desbordadas. A comienzos de 1961 tenía ya una población de 1.198 internados, y en 1964 esta población había aumentado a más de 1.300 (698 hombres y 611 mujeres).

1. Situación del Hospital y características de los internados:

La situación del hospital se había hecho tan dramática que ya había suscitado las quejas del médico director de la sección de varones. En 1955, después que el presidente de la Diputación hubiera hecho una visita al centro, el Dr. Quiros Isla, director de la sección de varones, le envió una memoria exponiéndole la situación del hospital y lamentándose de que no se tuviera en cuenta la opinión técnica de los médicos. En la memoria le expone las razones que permiten explicar "el aspecto deprimente y carcelario" del manicomio y le informa de las funciones y organización de los hospitales psiquiátricos modernos, tomando como base informes de la OMS y bibliografía francesa. Se reclama espacio e instalaciones para laborterapia y actividades recreativas, se estima necesario organizar salas o unidades para 30 o 35 enfermos y que se tomen medidas para acabar con "la monotonía de la comida y su presentación en forma de rancho carcelario". Resume ese informe diciendo: "bien se deja ver que resulta difícil hacer una enumeración de las necesidades mas urgentes. Podrían considerarse

... aglomeración y aspecto carcelario y exceso de unidad y jerarquización, con responsabilidad muy difusa en todo el personal⁽¹⁵⁷⁾.

Esta situación manicomial, como la de tantos otros hospitales españoles, tenía su inmediata repercusión en los internados. La mayoría reunían esas características que se han atribuido a la cronicidad: gran asociabilidad y regresión, largas estancias, edad avanzada. "Eran enfermos que permanecían en los patios, indiferentes, apáticos, inactivos"⁽¹⁵⁸⁾.

La mayoría de la población internada en 1964, tenía una edad comprendida entre 30 y 50 años, alcanzándose el acmé en el intervalo de los 41-50. Ciertamente era una edad muy superior a la de los ingresos que se producían en los hospitales generales y a la de la estructura de la población asturiana. Más de la mitad de los internos llevaban más de tres años hospitalizados, y el mayor porcentaje de la población de los internados correspondía a los que permanecían en el centro desde hacía más de 10 años.

Un 75% de los internos (1964) eran solteros y tenían rotas las relaciones y comunicación con su familia. Este desarraigo familiar era más manifiesto en aquellos cuyo ingreso se había decretado a instancias de disposiciones gubernativas o judiciales. La mayoría de los internamientos se habían producido sin contar con el enfermo, es decir acudiendo a fórmulas en las que decide el internamiento la familia, o bien por orden gubernativa y judicial.

Podríamos por tanto afirmar que salvo una proporción bajísima, casi desdeñable, la mayoría de los internamientos tenían el carácter de forzados. Es asimismo de destacar que el H.P. era para la mayoría de las personas internadas, el primer lugar donde efectuaron un ingreso.

Por diagnósticos, y siguiendo categorías amplias y flexibles⁽¹⁵⁹⁾, la mayoría de los enfermos hospitalizados en 1964 fueron considerados como esquizofrénicos (55%), seguidos por el grupo de los diagnosticados de oligofrenia (12,5%) y de los de epilepsia (5,6%). La asistencia general, somática, que se prestaba en el hospital, era deficiente, observándose, según constata el grupo de estudios, patentes pruebas de desasistencia en ese sentido.

En cuanto al grado de afectación, y siguiendo unos criterios manejados por el grupo de estudios⁽¹⁶⁰⁾, casi la mitad de los pacientes (48%) presentaban un grado de afectación grave que ensombrecía su pronóstico. Solo un 8% fue considerado con un grado de afectación ligera, susceptibles de poder causar alta de forma inmediata. La mayoría de los ingresos (tomando como referencia los primeros ingresos producidos en 1965) procedían, con escasa diferencia significativa, de la zona de Asturias calificada como progresiva. Valorando estos ingresos en función de los diversos sectores de la población activa, la diferencia era muy signi-

ficativa a favor del sector secundario (industrial). Véanse los siguientes cuadros.

LUGAR DE RESIDENCIA

	Población general		Primeros ingresos	
Zona progresiva	619.580	61,2 %	426	70,2 %
Zona estacionaria	227.534	22,5 %	105	17,3 %
Zona regresiva	164.367	16,3 %	76	12,5 %

PROCEDENCIA POR SECTORES LABORALES

	Población general activa (1965)		Primeros ingresos	
Sector primario	156.200	34,8 %	63	16,0 %
Sector secundario	189.400	42,2 %	274	69,5 %
Sector terciario	103.400	23,0 %	57	14,5 %

Fuente: Montoya Rico y colabor. (1970). Estudio sobre los factores sociofamiliares que inciden sobre la hospitalización de pacientes esquizofrénicos. Actas X Congreso de la S.E.P. Oviedo 1970.

2. Personal Asistencial:

La penuria de personal asistencial era manifiesta. La dotación económica era tan ínfima, que no había posibilidades,

aunque se quisiera, de disponer de otro personal que el imprescindible para vigilar. En 1964 trabajaban en el hospital 7 médicos: los 2 directores, 1 jefe de la subsección de enfermas crónicas y 4 médicos de guardia, todos ellos en régimen de dedicación parcial. Estas razones condicionaban que el tiempo de atención médica fuera muy reducido y dependiente, en su gran parte, de los médicos de guardia, que eran los que más tiempo dedicaban.

La plantilla global que era en 1961 de 190 personas asciende en 1964 a 246, lo que arroja un índice personal/cama de 0,18. La plantilla del personal sanitario (no incluimos a las hermanas de la caridad) era de 166, y por consiguiente el índice de personal sanitario/cama, quedaba reducido a 0,12. De este personal sanitario, su mayoría (127) eran los llamados "sanitarios", enfermeros o cuidadores, personal sin cualificar y desprofesionalizado. Habían sido reclutados en su gran mayoría entre gentes que realizaban antes tareas múltiples: agrícolas, construcción, peonaje, etc. Muchos eran familiares o conocidos entre sí, siendo un factor de importancia para su incorporación, el hecho de contar con un pariente que trabajara ya en el hospital o en otros servicios de la Diputación. La motivación, obviamente, no dependía de las características de la actividad, sino de las ventajas que confería disponer de un puesto en una institución pública⁽¹⁶¹⁾. Muchos de los enfermeros, fundamentalmente los varones, seguían

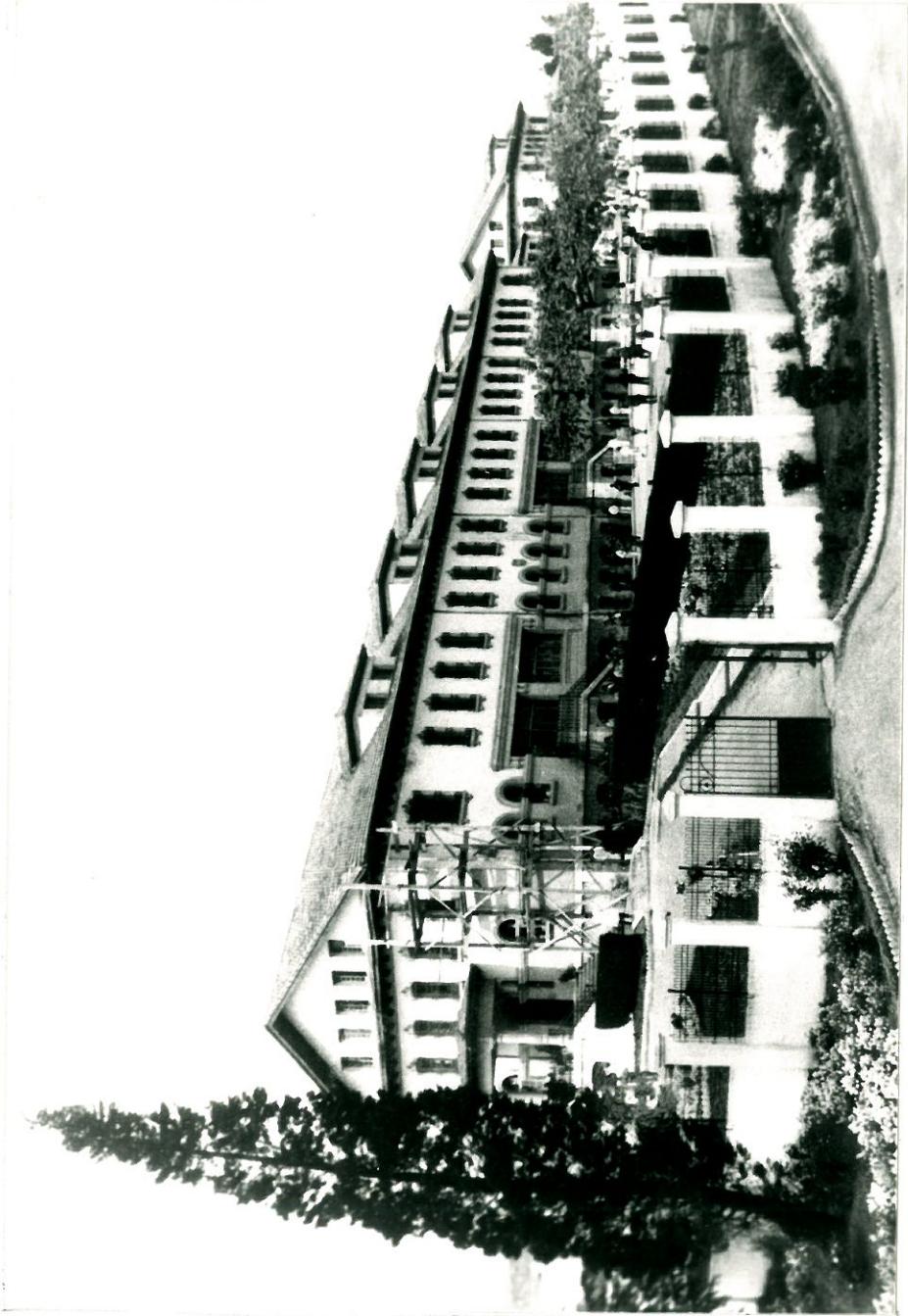
desempeñando simultáneamente otras actividades extrahospitalarias que no tenían ninguna relación con el trabajo sanitario (pintores, albañiles, etc.). Este pluriempleo obedecía esencialmente a razones económicas. El hospital daba seguridad y protección social, pero no lo suficiente para vivir⁽¹⁶²⁾.

3. Tratamientos habituales en el HPO

Había una falta total de programas estructurados, excepto alguna actividad de laborterapia, que se habían introducido hacía poco, y, esporádicamente, algún acontecimiento recreativo o socioterapéutico. Los enfermos, como en casi todas las instituciones, eran atendidos en la medida en que su conducta o sintomatología fuera lo suficientemente desordenada para llamar la atención. Eran habituales medios de contención mecánica. El 72% de la población internada en 1964 había recibido tratamiento con electrochoque, insulino-terapia, o con ambos. En los últimos años se constataba un aumento en la aplicación de tratamientos medicamentosos con fenotiacinas. Las actividades de laborterapia se limitaban en general a las tareas llamadas de conservación y mantenimiento: limpieza, albañilería, jardinería, etc. De todas formas era enorme la gran cantidad de enfermos que no participaban en nada y que se mantenían sin conexión ninguna con el mundo exterior (ausencia de visitas, de prensa, de medios informativos, etc.)⁽¹⁶³⁾.

No existían consultas extrahospitalarias de postcura, estructuradas y, en términos generales, puede decirse que los enfermos que salían no volvían a mantener otro contacto con el centro hasta que se producía un nuevo ingreso.

Esta era, de forma resumida, la realidad concreta que se intentaba transformar.



Pabellón 2º Varones: vista general y patio (1961).



Comedor 2ª Varones (1960).

CAPITULO V

APLICACION DEL MODELO
ASISTENCIAL A LA
REALIDAD CONCRETA

V. APLICACION DEL MODELO ASISTENCIAL A LA REALIDAD CONCRETA

Un año después de haber recibido la memoria sobre la situación del HPC, la Diputación Provincial decide incluir la gestión y dirección de este centro entre las competencias del Órgano Especial de Gestión. El día 9 de abril de 1965, el Consejo de Administración del Órgano de Gestión, se reúne en el HP, dictando las primeras normas para poner en marcha la reforma y dando testimonio público del compromiso que establecía. Partiendo de la experiencia adquirida con el hospital general, se somete también el HP a un sistema de dirección única de todos los servicios médicos y administrativos, que pasan a depender de la gerencia. Es esta una fórmula que se aplica por primera vez en nuestro país a la gestión de un HP. De inmediato se producen modificaciones en la plantilla del hospital y en su organigrama. Tres de los psiquiatras que integraron el grupo de estudios pasan a la plantilla del hospital psiquiátrico como jefes clínicos, a ellos se sumaría un

médico que ya se encontraba en el centro como médico de guardia. Este hecho y la decisión imparable de reorganizar y transformar el hospital psiquiátrico agudizó las tensiones con los directores del hospital psiquiátrico: el director de la sección de mujeres solicitó la excedencia para nunca más volver, el director de la parte de hombres pasaría a una situación de baja por enfermedad; posteriormente solicitaría su reincorporación, el Organo de Gestión la denegó, iniciándose por ello un largo contencioso. En esa "operación de limpieza" dirigida a prescindir de todo aquel personal anterior que pudiera crear dificultades, hay que insertar también el cese de uno de los médicos que integraron el grupo de estudios, Dr. Quiros Corujo, perteneciente a la plantilla del hospital e hijo del director de la sección de varones. Por un decreto del presidente de la Diputación, de febrero de 1965, se le separó del hospital, fundamentando la sanción en "actos de indisciplina y ausencia de capacidad y vocación profesional". Estas medidas provocaron la intervención del Colegio Provincial de Médicos, que se dirigió al Presidente del Consejo general de Colegios Médicos "para que se interceda" cerca del Director General de Sanidad y del Director General de Administración Local, con el "fin de que resplandezca la verdad y se le otorguen las garantías mínimas exigibles en un expediente disciplinario, en el que se le imputan cargos que se fundamentan en testimonios de personal admi-

nistrativo --administrador del hospital-- y no de ningún personal técnico"(164).

Se abren nuevas tensiones que venían a sumarse a las creadas con la transformación del HGA, y que enfrentarían a la Administración de los servicios sanitarios de la Diputación, con ciertos sectores sociales asturianos, especialmente con grupos ligados a los intereses de la medicina privada. Estos hechos también crearon ligeros fraccionamientos en la corporación provincial, y algún diputado llegó a manifestar públicamente la necesidad de que los nuevos programas "tuvieran en cuenta a los que habían dedicado la mayor parte de su vida a regir esas organizaciones provinciales". Obviamente la reforma psiquiátrica, dado el caso desarrollo de la psiquiatría privada, no se encontraba con una presión tan consistente como en el caso del hospital general.

1. Procedimientos aplicados en otras instituciones

En opinión de algunos autores, que han estudiado los cambios y transformaciones realizados en los hospitales psiquiátricos, se puede observar que se han seguido diversos procedimientos o "maneras de hacer". Vamos a describir aquí algunos de esos procedimientos con la intención de situar más elementos de referencia o contraste.

Para J. O. Majastre⁽¹⁶⁵⁾, se pueden distinguir tres ac-

titudes, en términos generales. En la primera denominada como tecnocrática, el cambio aparece como la sustitución de un orden antiguo por un orden nuevo; este orden nuevo es determinado por un médico jefe o por el conjunto de los médicos. Basándose en exigencias racionales, técnicas, la instancia médica combate las estructuras anteriores, impone lo que sabe que es bueno para los enfermos. Las actitudes de oposición se las juzga como una forma de resistencia al cambio, de mala voluntad, de conservadurismo, las medidas adoptadas son presentadas como medidas "buenas en si mismas", garantizadas por la experiencia o la autoridad médica que sabe lo que conviene hacer; en resumen se trata de medidas "técnicas", no contaminadas por el deseo del médico. El personal enfermero está al servicio de este nuevo orden, puesto que los enfermos son instrumentos de la voluntad médica. La dimensión principal de esta actitud es la exclusión del deseo del médico del campo de análisis constituido por la vida del hospital.

La segunda actitud puede ser llamada actitud comunitaria. Mediante la participación de todos en la comunidad --que se presenta como un "gran cuerpo místico"-- se tiende a negar las diferencias, las barreras entre los diversos grupos que componen el hospital. Estos ramalazos de desalienación se producen cuando una tarea común y una tarea ajena a la que en principio representa la razón por la cual las personas están juntas en el lugar, une a los

enfermos y a los miembros del equipo terapéutico en un grupo en el que quedan anuladas, abolidas todas las diferencias, las oposiciones.

El tercer enfoque es el "intercambista". Los miembros de una organización no se distribuyen entre sí, como si se tratara de un trozo de pan, una colectividad que ha devenido comunidad, sino que realizan en su interior una serie de intercambios, de prestaciones y de contraprestaciones que les otorgan derechos y les asignan deberes. En el interior de la organización, se reconocen las oposiciones de objetivos y la disparidad de beneficios. En el nivel del HP, se trataba de realizar una red de intercambios, de informaciones y de decisiones en los que a cada uno se le reconociera el derecho de tener, en lo que a él se refiriese, los puntos de vista que legítimamente le correspondieran.

A. Levy⁽¹⁶⁶⁾ refiere, también, que a grandes rasgos pueden distinguirse tres tipos de soluciones en la implantación de nuevos métodos:

1. La fijación de horas y lugares reservados al tratamiento psicoterapéutico en el clima requerido de permisividad. En su opinión esta solución puede apreciarse en el hospital que estudian Stanton y Schwartz. En él los objetivos del tratamiento son confiados a unos psicoterapeutas agregados al establecimiento; se establecen unas zonas separadas para la psicoterapia (una hora

diaria) y para la administración (23 horas diarias); hay actitudes opuestas respecto a los pacientes: permisivas en los psicoterapeutas, protectora o represiva en el resto del personal; mantenimiento de rígidos muros entre personal clínico o médico y personal enfermero; procedimientos y reglamentos administrativos que difieren según las dos categorías de personal y suscitan resentimientos.

2. La democratización de las estructuras del hospital y, en primer lugar, de las estructuras jerárquicas del personal sanitario (médicos y enfermeras) de la que se da por descontado una repercusión sobre las relaciones, en general, y con los enfermos, en particular. Señala que ejemplos de este tipo han sido estudiados por Rapoport en Inglaterra y Sivadon en Francia. Su desarrollo discurre sobre dos planos de acción: por una parte, reformas administrativas destinadas a transformar el entorno material, los métodos de tratamiento de los enfermos y las estructuras de autoridad; por otra, tentativas para encauzar, por la formación, las actitudes --de los médicos respecto a los enfermeros y de los enfermeros respecto a los enfermos-- hacia una mayor amabilidad, simpatía y respeto mutuos. Estas experiencias hacen hincapié en medidas de orden concreto, reforma de estructuras que vienen a reinstituír en el hospital, de manera autoritaria, una especie de democracia formal. Estas reformas, que a menudo necesitan de una

selección institucionalizada o espontánea entre los médicos y enfermeros, apartan a los que mas hubieran podido sufrir con los cambios, especialmente por la falta de definición y de localización de la autoridad.

3. La socioterapia del hospital entero; el tratamiento de la institución en su conjunto (médicos, enfermeras y enfermos), con el fin de favorecer a todos los niveles una evolución de las actitudes y de las relaciones; la toma de conciencia, a través del análisis, de los sistemas de defensa inconscientes y de los sentimientos colectivos.

Este tipo de solución tiene como finalidad mas bien el "destruir el proceso de institucionalización", o sea, el proceso corriente que acaba por establecer en los hospitales mentales unas estructuras más o menos rígidas, una barrera entre sub-grupos de profesionales o de especialistas; en resumen, un sistema jerárquico más o menos autoritario, responsable de marcadas actitudes de dependencia en los pacientes y los enfermeros respecto a los médicos, vistos como omnipotentes. Según esta solución, el principal factor del cambio reside en las actitudes mismas y son estas, a menudo inconscientes en los médicos y enfermeros, las que hay que modificar profundamente. Se señalan como ejemplos de esta solución la de Martin en Inglaterra y la de Tosquelles y sus discípulos en Francia. Martin subraya que la evolución de las ac-

titudes y la destrucción del proceso de institucionalización no se adquiere más que lenta y progresivamente, y no sin haber provocado numerosos sufrimientos. El cambio aquí no ha sido, pues, impuesto. Martín subraya la ausencia de presiones físicas y morales sobre los individuos para obligarles a aceptar cambios. El cambio será facilitado solamente por el análisis de los sentimientos y de las relaciones a todos los niveles y por una toma de conciencia colectiva. La diferencia que se establece entre esta solución y la anterior, es que en aquella el medio social es percibido como objeto que los médicos pueden manipular desde el exterior y modelar sin estar implicados en ello. En ésta, es la comunidad la que se vuelve terapéutica a través de su propia psicoterapia global, comprendidos médicos y enfermeros.

2. Reorganización del HPO: El Organigrama

Se reestructura el HP aplicando el mismo organigrama existente en el HGA, con lo que se crean y se jerarquizan nuevos niveles de responsabilidad (ver gráfico del organigrama).

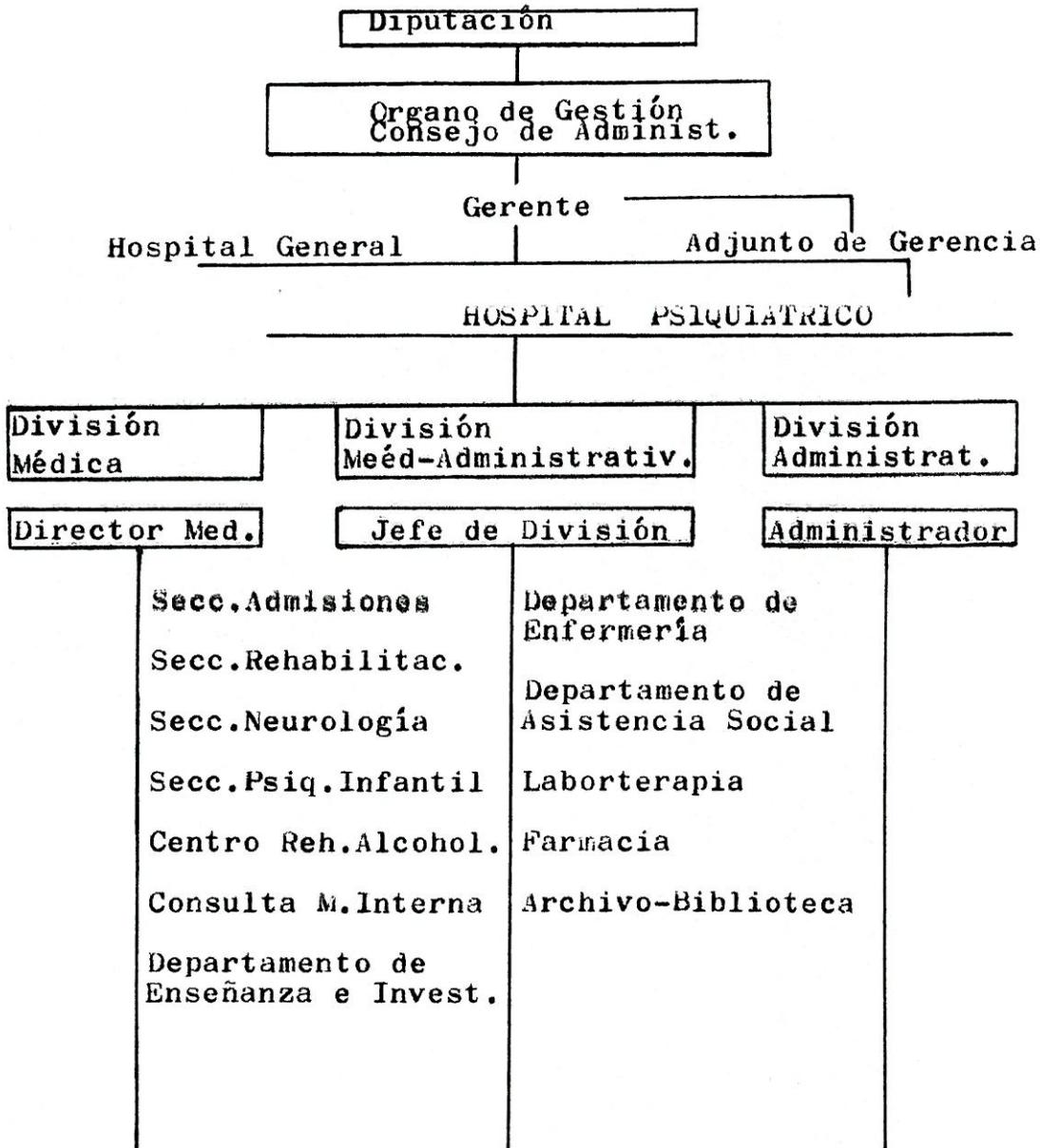
Se reorganiza la División Médica asignando las sucesivas responsabilidades de las secciones a cada uno de los jefes clínicos. Posteriormente se incorpora un nuevo jefe, procedente de Alemania, para encargarse de la sección de neurología, y dos médicos adjunto, procedentes de la escuela de postgraduados de la

Casa Salud de Valdecilla (Santander). Así, conjuntamente con los médicos becarios, se van completando los equipos médicos que quedan estructurados de esta forma: Jefe clínico, médico adjunto, médico becario. La División médica se divide en diversas secciones (véase gráfico), a uno de los jefes de sección se le nombra director médico, desempeñando los dos cargos simultáneamente. Con los cuatro jefes clínicos, el administrador y el gerente se constituye la Junta Facultativa, que durante tiempo funcionará como el órgano ejecutivo real⁽¹⁶⁷⁾.

Posteriormente se crearía la sección de rehabilitación de alcoholismo, al cargo de la cual se colocó otro médico jefe procedente de EE.UU.

El personal de enfermería se reestructuró siguiendo una escala muy jerarquizada, los diversos cargos implican una delimitación nítida de funciones y responsabilidades. (Ver gráfico).

Para poner en marcha esta reorganización se contrataron tres personas para ocupar el cargo de supervisor general, que se habían formado en Inglaterra y carecían de la titulación española de A.T.S., extremo éste que provocaría algún problema. Uno de ellos fue promocionado a enfermero jefe. A esta plantilla directiva del departamento de enfermería se sumó otro seleccionado de la plantilla existente en el hospital. En junio de 1965 se organizó un cursillo de formación acelerada para personas ajenas al centro



Organigrama del Hospital Psiquiátrico

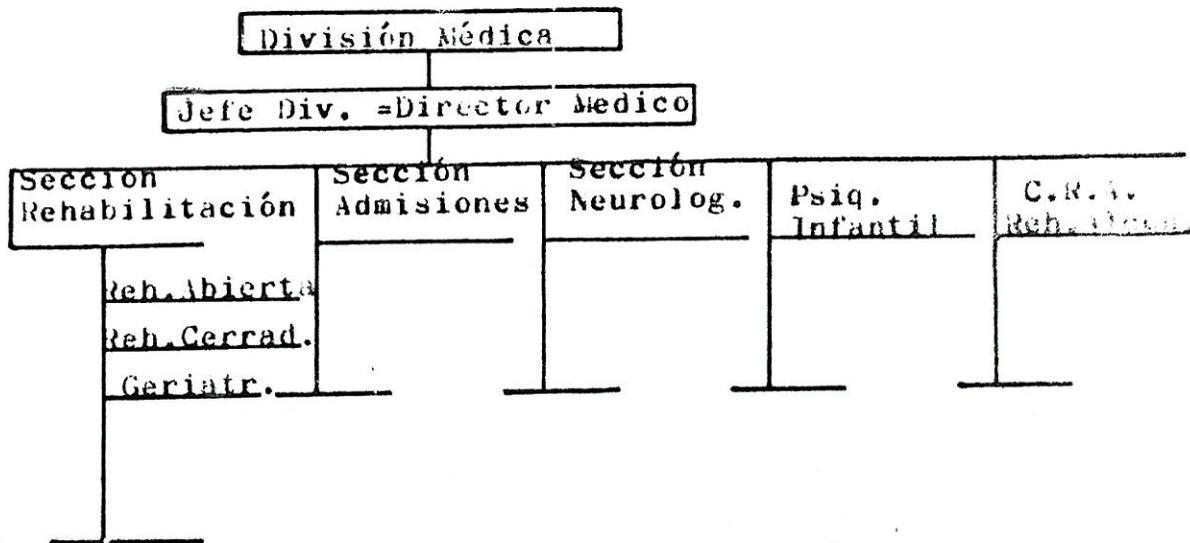


Gráfico: División Médica

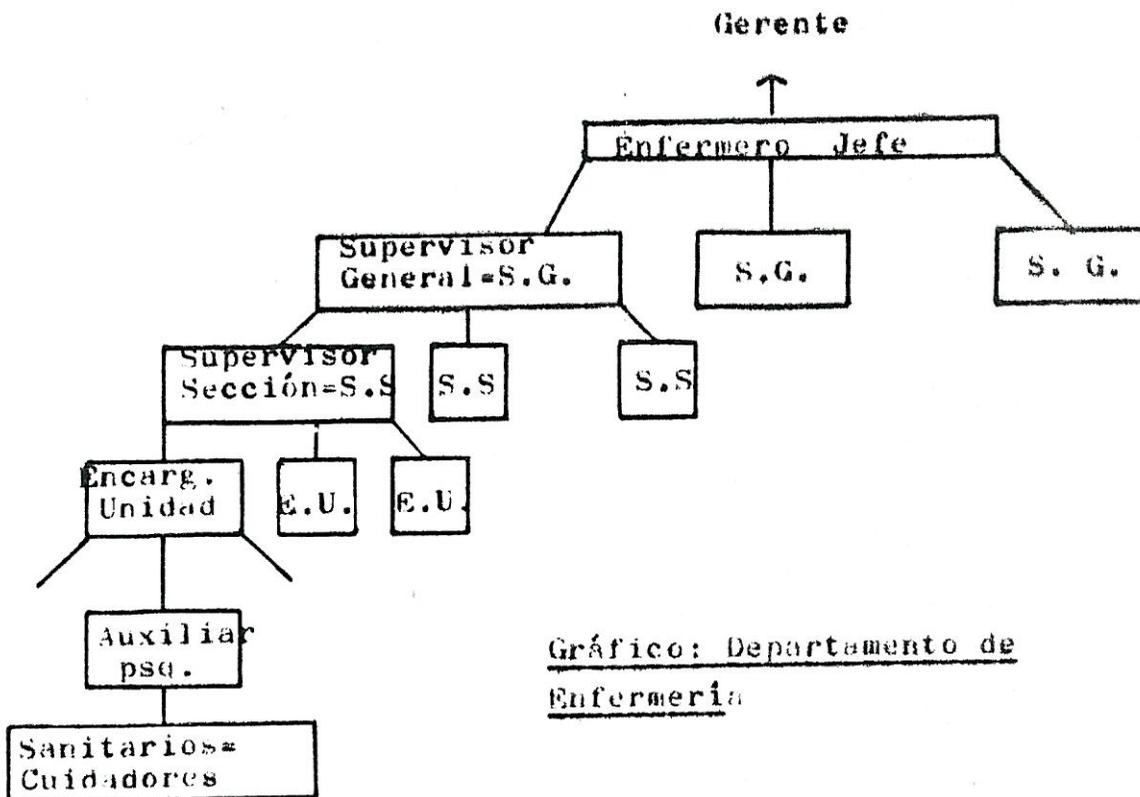


Gráfico: Departamento de Enfermería

(ver apéndice) exigiéndoles como condiciones básicas para optar a las plazas, unos límites de edad, un nivel de instrucción no inferior al bachiller elemental y superar una entrevista para evaluar actitudes. La opción que se había tomado era crear una categoría básica calificada como de auxiliar psiquiátrico, refrendada con un diploma del PANAP. Esta decisión renunciando al empleo de ATS, no estuvo libre de críticas y fue, de alguna manera, ignorada en las instancias oficiales que emitieron un decreto sobre la especialización psiquiátrica de las ATS⁽¹⁶⁸⁾. En febrero de 1966 se celebró otro cursillo de formación acelerada con un grupo de 25 personas seleccionadas de entre la plantilla existente en el hospital. El personal que había recibido esa capacitación va siendo distribuido por las diversas unidades que inician su transformación, fundamentalmente en las de admisiones y rehabilitación abierta.

Se creó también un departamento de asistencia social con la incorporación de cuatro asistentes sociales que se distribuyeron entre la sección de admisiones y rehabilitación y trabajaban bajo la supervisión de la jefe de asistencia social de los servicios asistenciales del Organó de Gestión.

3. Reorganización clínico-funcional de las secciones asistenciales

Se empieza a funcionar bajo el concepto de unidad asistencial, que engloba a una sala o pabellón, al personal enfermero y médico a él asignado y a un número de enfermos que varía de 25-30, en las de admisiones, a 40-50, en las de rehabilitación abierta y a 200 y más en las salas de rehabilitación cerrada. La reorganización se realiza en base a criterios de racionalización y eficacia. No se podía transformar todo el hospital a la vez, se escoge, pues, una parte de él, aquella que se piensa ha de tener mayor repercusión en su dinamización y en su acercamiento a la sociedad. La idea es que esta transformación, a modo de mancha de aceite, fuera extendiéndose hasta que abarcara la totalidad del centro.

3.1. Sección de Admisiones.

Comprende varias unidades o pabellones. Sus funciones son la recepción, diagnóstico y tratamiento de los primeros ingresos, o de los enfermos que habiendo causado alta recidivaban. La estancia en esta sección estaba determinada por criterios temporales. Se podía permanecer allí de 3 a 4 meses, al cabo de ese tiempo si no se producía el alta eran trasladados a la sección de rehabilitación, abierta o cerrada, según la conducta del enfermo.

Esta actitud de cambiar a los internos de unidad, en un momento dado de su evolución, generaba a veces una dinámica de "peloteo".

Esta sección era un instrumento muy útil para lograr uno de los propósitos esenciales de la política asistencial: agilizar la rotación de los enfermos por las unidades, acortar el tiempo de hospitalización e intentar prevenirla. De hecho en 1967, el promedio de la estancia en admisiones fue de 42,6 días en el caso de los varones y de 23,9 en las mujeres.

3.2. Sección de rehabilitación.

Como se describió en otro apartado la mayoría de la población hospitalizada en el hospital eran calificados como crónicos. Movilizar ese sector de internados era pues, un objetivo primordial para acabar con la pletera y el hacinamiento hospitalario. Se inició el trabajo de rehabilitación con una selección de aquellos enfermos que ofrecían más posibilidades de reinserción social y, por tanto, menor grado de asociabilidad. Se organizaron unidades de 40 personas, introduciendo con ello modificaciones arquitectónicas para que el medio físico se asemejara a las situaciones habituales en la vida de fuera del hospital. Se inició la apertura de puertas y el derribo de las tapias. Se evaluaron los enfermos estudiando no sólo los aspectos puramente clínicos, sino también los sociales y laborales.

Se organizó el equipo asistencial y se puso en marcha

un programa estructurado de interacción a través de actividades de grupo y sociales. Asimismo se desarrollaban programas de ergoterapia⁽¹⁶⁹⁾.

3.3. Departamento de Laborterapia.

En la división médico-administrativa se desarrolla desmesuradamente la sección de Laborterapia, que terminó llamándose, emulando a la organización psiquiátrica de Bel-Air (Ginebra), Departamento de Terapias Colectivas. Su funcionamiento produjo problemas e interferencias en la actividad terapéutica del hospital. La contradicción entre los principios teóricos en los que decía apoyarse y su funcionamiento práctico era evidente, sirviendo en muchos casos más para retener en el centro a aquellos pacientes que tenían buen rendimiento laboral, que para facilitar su reinserción social. El hecho de que el médico encargado de esta sección fuera el único que tenía una dedicación parcial en el hospital, que alternaba con la consulta de la clínica privada, convirtió al departamento en algunas ocasiones en un instrumento de poder y propaganda personal⁽¹⁷⁰⁾.

4. La Nueva práctica asistencial

El quehacer psiquiátrico experimenta una transformación fundamental articulándose en formas y criterios hasta entonces no aplicados en el HP.

Se introduce una dinámica de trabajo en equipo, los pacientes son evaluados conjuntamente por el equipo asistencial. La toma de decisiones, que era antes, potestad casi exclusiva del acto médico, individual y aislado; son tomadas ahora a lo largo de la reunión del equipo. De cualquier forma la autoridad ligada al rol médico, sigue siendo evidente y no contestada. Hay asimismo una marcada división entre la función y el trabajo médico y el del resto del personal asistencial.

Las actividades y los programas asistenciales están en general muy estructurados y reglados por diversas normativas, dejando pocas cosas a tenor de la espontaneidad⁽¹⁷¹⁾. El trabajo colectivo se realiza a través de las reuniones que se organizan en los diversos niveles: de unidad, de sección, de pacientes y equipo asistencial, sólo del equipo, etc. Contribuyendo en cierta medida a crear un lugar donde resurge la palabra, la exposición y el debate de múltiples problemas hasta entonces silenciados.

Se promueven programas de socioterapia, y a propósito de los diversos actos se estudian las actitudes del equipo asistencial, estimulando actitudes de respeto y simpatía hacia los pacientes. Se movilizan las iniciativas de estos para desarrollar así su capacidad de realización personal; se potencia la autoestima de los internos prestando detenida atención a aquellos aspectos que la puedan favorecer. En el orden social se recoge informa-

ción y se estudia su medio sociofamiliar, reactivando las relaciones y analizando sus posibilidades de reinserción laboral. En cuanto a la influencia de las diversas corrientes teóricas se puede decir que se mantenía una posición eclectica. Coexistían los enfoques clínico-fenomenológicos, con otros mas dinámicos y sociológicos.

5. La Reforma y el personal auxiliar de enfermería

El informe del Grupo de estudios concluía diciendo respecto al personal auxiliar de enfermería (conocidos allí como los sanitarios), que su formación psiquiátrica era muy baja. Este fenómeno también fue advertido por el propio personal, por eso su evaluación por el mencionado grupo, se convirtió en una "guerra de nervios". Este fue un aspecto concreto, de los muchos que contribuyeron a incrementar la inseguridad y desconfianza provocada por la reforma de las estructuras sanitarias asturianas entre el personal asistencial; sentimientos que por otra parte eran promovidos desde instancias nada propicias a esos cambios.

El personal sanitario (enfermero, cuidador) del HP, había sido reclutado, como en la gran mayoría de estos centros hospitalarios, para custodiar, vigilar y realizar tareas mecánicas. El trabajo en una institución manicomial les había acostumbrado a una cultura rígida, llena de prejuicios y de pesimismo terapéuti-

co. De pronto se ven sometidos a valoraciones con arreglo a patrones que ellos desconocían, realizados por gentes que llegan de fuera (el personal médico que existía en el hospital no participó en las evaluaciones); por médicos que desplazaban a los antiguos directores ¿Si eso pasaba con los médicos, con los directores, qué podría pasar con ellos? Su desconfianza se va objetivando en los pasos siguientes: efectivamente también ellos son preteridos por compañeros que llegan del extranjero para ocupar los puestos jerárquicos de mayor responsabilidad. Se abren las puertas del hospital, tras una campaña de difusión, para un grupo de gentes que llegan en base a otros criterios y que les van a hacer la competencia muy difícil. Llega gente joven, instruida, sin la marca de la institución. Poco a poco la marginación se consolida, solamente una pequeña parte del personal antiguo se promociona a las nuevas categorías, y el resultado es que el personal de enfermería del hospital se va dividiendo en dos bloques, que llevan incluso uniforme distinto: los antiguos y los nuevos. Estos son destinados a las unidades que se modernizan y se transforman, realizando actividades más cualificadas. Los antiguos permanecerán en las salas de siempre, allí donde las conductas asociales son más graves y la violencia institucional intensa, pensando y realizando las funciones de siempre. Los dos bloques perdurarán ya durante toda la reforma, y el personal antiguo enquistado en las áreas

manicomiales, constituirán un pequeño manicomio dentro del hospital, que aún en el año 72 abarcaba a unos 400 internos.

Esta situación del personal sanitario antiguo pronto tendría su expresión conflictiva; plantearon un contencioso ante la Magistratura de Trabajo para aclarar sus funciones y categoría. Su malestar, su actitud de rechazo ante la reforma y lo nuevo, se manifestaría también en los momentos en que aquella se pone en peligro. Durante los últimos días de enero de 1972, cuando los médicos visitan las salas cerradas, donde se encontraba este personal, para informarles de la naturaleza del conflicto y en cierta medida pedirles solidaridad, encuentran una respuesta manifiestamente hostil y escuchan añoranzas de los antiguos médicos y del antiguo funcionamiento. Se rechazaba la ideología de la reforma, que quizás nunca aceptaron; pero se rechaza sobre todo a las personas que la introdujeron y la representan. Los técnicos y ejecutores de la reforma conocían muy bien la importancia del personal de enfermería, sabían, y así lo expresaron repetidas veces (ver trabajos) que sin un personal enfermero que entendiera sus objetivos y se identificara con ellos, no serían posibles grandes transformaciones. Para ello recurren a la fórmula de introducir gentes nuevas que sirvan de fermento transformador, gentes que por su nivel de instrucción y por su juventud pudieran adquirir más fácilmente mejores niveles de cualificación psiquiátrica y

aceptar o hacer suyas las nuevas formas asistenciales. Este tipo de actitud demuestra que esperaban poco de la mayoría del antiguo personal, a los que como a cierto sector de enfermos, se consideraban irrecuperables. La plantilla de enfermería del centro, que aumenta considerablemente, lo hace a expensas de personal de nueva incorporación, que es sociológicamente distinto del anterior. Pero los antiguos quedarían arrinconados con su ideología asistencial, con los tradicionales puntos de vista, y aunque en el hospital se había introducido una cultura nueva, aquellos serían transmisores en ciertas áreas de la cultura antigua. En estas salas seguirían pasando cosas propias de la vida institucional (se practicaban contenciones mecánicas, agresiones, etc.)⁽¹⁷²⁾.

Las tensiones entre el personal de enfermería no se limitan al personal antiguo, a los llamados sanitarios; también el personal de nueva incorporación presentó pronto problemas. La desmesurada preocupación por la racionalización y por la eficacia llevó a una organización excesivamente jerarquizada y muy rígida, lo que generaba múltiples niveles de responsabilidad y una división del trabajo que no correspondía a las exigencias terapéuticas (ver organigrama de la jerarquización del personal enfermero). El funcionamiento era muy autoritario, las decisiones en los niveles jerárquicos inferiores tenían que ser siempre consultadas con los superiores, la comunicación entre los diversos niveles y esta-

mentos se hace difícil y torpe. Expresamente se indica que el personal enfermero siempre ha de tratar a los médicos de usted, las desviaciones en ese y otro sentido eran objeto de amonestaciones o sanciones más o menos manifiestas (traslados a salas mas difíciles, dificultad para la promoción, obstaculización para los descansos, etc.). Las instrucciones permanentes para el departamento de enfermería, elaboradas y presentadas a la JF por el enfermero jefe, son un ejemplo de la mejor disciplina castrense⁽¹⁷³⁾: "el enfermero jefe es la máxima autoridad del departamento, dependiendo directamente del gerente. Los supervisores generales complementan la acción, representan al enfermero jefe y tienen misiones delegadas de este último. Los supervisores de sección... son responsables ante el enfermero jefe de la buena marcha de la sección". Parece que el único objetivo de estas instrucciones fuera asegurar que se vigile y mantenga el nuevo orden, olvidando el papel activo del personal enfermero en la interacción y en la relación terapéutica.

Este tipo de organización y funcionamiento entraba objetivamente en contradicción con los principios básicos de la reforma que preconizaban la introducción de una nueva reorganización administrativa, dirigida a la formación de un ambiente o comunidad terapéutica.

La repercusión negativa de una jerarquización inadecua-

da en la terapéutica institucional fue analizada por diversos autores. Oury analiza las relaciones de las estructuras jerárquicas tradicionales con el superyo, y señala que estas relaciones entrañan un empobrecimiento del contacto, de la iniciativa, de la emergencia de la palabra, dicho de otra forma, de toda posibilidad de mantener un campo transferencial eficaz. El mismo autor hace referencia al artículo de R. Millon et D Tremaux: "Hierarchie et therapeutique: es preciso destruir la cadena asilar, cadena lineal, en un extremo el médico, en el otro, el enfermo, donde las secuencias intermediarias metabolizan la demanda; cadena mistificante que transforma la demanda del enfermo en demanda del enfermero"(174).

De otro lado la puesta en marcha de la reforma, sus campañas de difusión y propaganda, suscitó falsas expectativas con la creación de nuevas salidas profesionales, expectativas que tuvieron amplio eco en un medio en el que el empleo femenino y de los jóvenes era bajo. El desarrollo de la reforma fue confirmando que las nuevas profesiones tenían un futuro mucho mas incierto de lo que se había anunciado. Las categorías de auxiliar psiquiátrico, monitores de laborterapia no eran reconocidos en otros lugares, los diplomas tenían escaso valor y en el resto de los hospitales no había puestos de trabajo ni posibilidades de empleo. El HPO era pues el único centro de trabajo y el único lugar para promo-

cionar; posibilidad por lo demás harto difícil. Las disposiciones que se produjeron en las mismas instancias oficiales entraron en contradicción con los propósitos de Oviedo. Así en 1970 se produce el decreto ya mencionado⁽¹⁷⁵⁾ por el que se crea la especialidad de psiquiatría en los estudios de ATS. Se exigía la titulación de ATS, más dos cursos de especialización en escuela o centro reconocido y se señala que una vez en vigor, no podrán ocupar puestos de trabajo que lleven implícitos la especialidad psiquiátrica, mas que aquellos ATS que tengan el diploma de la especialización. Se daba así confirmación oficial a una opción que los promotores de la reforma de Oviedo habían rechazado. Por lo tanto, las dificultades cotidianas y las que crean las nuevas disposiciones oficiales no vienen mas que aumentar la frustración del personal enfermero de Oviedo que no ve claro su futuro profesional. Esto se constata en la encuesta pasada en el HPO⁽¹⁷⁶⁾: "los problemas más debatidos han sido los económico laborales, el incremento del nivel científico, homologación a nivel nacional, promoción profesional y dependencia jerárquica".

La acumulación de todos estos hechos y el enfrentamiento con una gerencia rígida (el adjunto de gerencia) que desoye sistemáticamente sus peticiones desencadena en enero del 71, el primer conflicto abierto que se produce en el HPO: el Conflicto de las camisetas, conocido así porque para llamar la atención pú-

blica sobre su situación el personal femenino decidió acudir al centro vestido con camisetas de fútbol (véase testimonio gráfico adjunto) y el personal masculino dejándose crecer la barba. El conflicto tuvo repercusión a nivel de la prensa regional y nacional, y en él se reivindican mejoras salariales y profesionales (categoría profesional acorde con la preparación exigida en la convocatoria, aumento salarial, reglamento de régimen interior). Se enfrentan abiertamente al gerente con el que, en un principio, se niegan a negociar⁽¹⁷⁷⁾. Al final se toman algunas medidas disciplinarias y sus dificultades de organización y coherencia interna les impide ofrecer mayor resistencia y satisfacer las exigencias planteadas.

El personal médico y la reforma

La plantilla fue integrándose, en casi su totalidad, por médicos jóvenes que habían completado su formación en hospitales psiquiátricos extranjeros (EE.UU., Alemania, Inglaterra). Se impuso el régimen de dedicación exclusiva o como se decía en los contratos: "...el contratado dedicará toda su actividad profesional al h.p., en donde además la ejercerá exclusivamente"⁽¹⁷⁸⁾. Esta fue sin duda, una característica de singular relieve en la organización de los servicios psiquiátricos; criticada por otra parte, en algunos sectores y organizaciones médicas. La aceptación y defensa de ese tipo de actividad profesional ligada al mismo tiempo



Las auxiliares psiquiátricas del H.P.O. acuden al trabajo vestidas con camisetas de fútbol para llamar la atención sobre los problemas.

a la idea de potenciar la asistencia a través del sector público, entraba, obviamente, en contradicción con el modelo de la medicina liberal. Se creaba una situación, que quizás en el sentir de la mayoría de los médicos obedecía a razones técnicas, pero que sin duda convergía al mismo tiempo con los intereses de la mayoría de la población.

La plantilla médica se jerarquiza también, delimitando niveles de responsabilidad y de poder de forma muy precisa. En general toda la nueva organización administrativa tiende a reducir el rol del médico al papel de un técnico asalariado y a desviar su poder tradicional hacia la figura del gerente. El Organigrama no habla, por ejemplo, de director médico, sino de jefe de la división médica, aparecen instancias de poder paralelas (jefe de división administrativa), que sustraen de la competencia habitual del director funciones netamente sanitarias --enfermería-- y que terminan confluyendo en la gerencia.

Al principio hay un pequeño grupo, integrante de la Junta Facultativa, que participa en la elaboración y toma de decisiones, que opera como un poder ejecutivo real. A medida que la J.F. se amplía con otras categorías médicas (adjuntos, representante de residentes, etc.) empieza a quedar como una instancia formal, consultiva y de discusión. Lo cierto es que la mayoría de los médicos se sentían, y lo estaban objetivamente, alejados de los cen-

tros de decisión y poder en los que se tomaban los acuerdos que afectaban al hospital y por lo tanto a ellos mismos. Evidentemente es una situación bien distinta a la del profesional liberal en la que la consecución del título ya prejuzga un modo de trabajar que él mismo controla.

Los salarios de los médicos, sobre todo a nivel de adjuntos y becarios, fueron haciéndose insuficientes y con diferencias notables, en el caso de los adjuntos, respecto a la misma categoría en el HGA. En este centro los complementos procedentes de la atención a los privados compensaba la insuficiencia. Por otro lado, la mayor parte tenían un contrato temporal (un contrato cada año o seis meses), lo que pendía como una amenaza provocadora de inseguridad⁽¹⁷⁹⁾.

Las insatisfacciones salariales se intentaban neutralizar con una sublimación a través del nivel técnico profesional y del prestigio que conllevaba.

La promoción era también muy difícil, ningún médico adjunto consiguió pasar a jefe clínico; algunos promocionaron al marcharse a otros centros. De todas formas era difícil encontrar un trabajo con una práctica atractiva en otros hospitales. Según una encuesta realizada por el Instituto Español de Opinión Pública (1968) de cada 100 licenciados por facultades o escuelas técnicas sólo 22 se ocupaban en tareas de acuerdo con su cualificación

profesional. Según el diario Pueblo (13.3.72) existían un total de 2.500 licenciados en psicología sin ocupación⁽¹⁸⁰⁾.

Todas las características señaladas hasta aquí: problemas salariales, alejamiento de los centros de decisión, inseguridad en el empleo, dificultades para cambiar de puesto de trabajo, son desde luego atributos comunes a las situaciones de otros asalariados.

En 1966 el gerente, Dr. Soler Durall, abandona su puesto siendo sustituido por el hasta entonces director del HGA, Dr. Casals Punti. A partir de ese cambio y de la consolidación del Dr. Montoya como director del HPO --1966-- comienza a hacerse ostensiblemente perceptible una pugna entre los jefes. Esta lucha aflora como una competencia profesional entre discursos y opciones técnico-asistenciales. Se trata de disputar el poder y el prestigio imponiendo la hegemonía de una y otra opción. Hay incluso una adscripción más o menos clara, a escuelas o modelos: unos se vinculan más al Dr. Tosquelles, viajan a Francia y Suiza, publican trabajos que remiten a su discurso⁽¹⁸¹⁾. Otros se sienten más vinculados a las corrientes anglosajonas y a sus representantes.

6.1. Los médicos becarios-residentes.

Los becarios son médicos postgraduados que acuden al centro para especializarse en base a los programas de formación

que se han puesto en marcha. Permanecen en el hospital de dos a tres años (se preveía una permanencia de tres años), reciben información, participan en la práctica asistencial, trabajan, y, a cambio, reciben una cuantía económica en concepto de beca más alojamiento y manutención. En un informe de los representantes españoles que participaron en la reunión de Sociedades Europeas de psiquiatría sobre el tema de la formación de los psiquiatras se advierte: "... lo que más llama la atención es que España es el único país en el que el alumno de cualquiera de las escuelas o centro habilitados para impartir la enseñanza de la especialidad deben pagar sus estudios, ya que en todos los demás países son los propios hospitales los que pagan"⁽¹⁸²⁾.

Como se desprende del párrafo anterior las dificultades para realizar la formación en este país son manifiestas; pero las dificultades no acaban ahí sino que aun se agravan después. Una de las preocupaciones que aparece como fundamental en los residentes de Oviedo⁽¹⁸³⁾ es la incertidumbre de su futuro como postgraduado especializado. La enseñanza no está programada pensando en la práctica privada, en la función del médico aislado que debe saber-lo-todo; sino en la perspectiva de la medicina hospitalaria y del trabajo en equipo. Mas la contradicción era que recibían una preparación para desempeñar un puesto de trabajo que no existía. En el mismo hospital, solamente dos o tres becarios consiguieron

promocionar a adjuntos en el periodo del 65-72.

A la problemática de los postgraduados no es ajena la universidad, impactada por la crisis de la ideología del bloque dominante e imposibilitada, como tal institución, para inculcar actitudes y valores que respondan a las necesidades reales del país. Hay por eso en los postgraduados una búsqueda, no exenta de oscilaciones, del "nuevo modelo profesional" (184).

En la manera de responder los becarios de Oviedo se podrían distinguir dos etapas: una que se extiende a lo largo de los tres primeros años, caracterizada porque las frustraciones se viven a un nivel individual y, a pesar de que surgen a veces protestas por las condiciones de su trabajo que saltan a la prensa, se expresan en ese mismo nivel a través de la conducta personal (185). Otra que parece iniciarse a partir de 1968, coincidente con la llegada de promociones más vinculadas a los movimientos de lucha universitaria y por ello sensibilizados ideológicamente ante la problemática socio política. En esta segunda etapa se dan fenómenos cualitativamente distintos, se toma conciencia de que las raíces de la frustración no están en los problemas personales; sino en los factores sociales y en la problemática concreta que como postgraduados están viviendo. Se supera, por eso, la descarga o respuesta individual y se pasa como grupo a estudiar los problemas y exigirles soluciones. Se inicia una dinámica de reivindi-

caciones que, en mayor o menor medida, estarán presentes hasta que se abren los conflictos (186).

7. La transformación y los avances asistenciales

Gracias a las modificaciones introducidas se consiguió la humanización del hospital en su gran parte, de forma que el ambiente del mismo se hizo mucho más habitable y confortable.

Disminuyó ostensiblemente el censo hospitalario, reduciéndose al cabo de cinco años, en unos doscientos internados. Aumentó el número de ingresos y de altas con lo que se dinamizó el funcionamiento hospitalario y se modificó notablemente el índice de retación enfermo/cama (187).

La plantilla del centro aumentó en más del doble, pasando de 246 en 1964 a 548 en 1970. El aumento se hizo sobre todo a expensas de personal enfermero auxiliar, monitores de laborterapia y médicos, es decir a expensas del personal cualificado. La relación personal total/cama asciende casi a 0,5, proporción que, si bien supone la mitad de lo que recomienda la OMS, se sitúa muy por encima de la media nacional.

Los presupuestos experimentan modificaciones muy sustanciosas; lo mismo ocurre en el coste por estancia y día que pasa de 35,48 pts. en 1961 a 50 en 1964 y a 185 en 1970. Dentro del presupuesto nos parece importante resaltar las partidas asignadas

a farmacia y a personal, puesto que traducen importante modificaciones cualitativas en el orden asistencial. En 1964 el gasto de farmacia representaba el 9% del presupuesto, este gasto desciende en 1970 al 6%. Por el contrario el gasto del capítulo de personal asciende de un 48% del total de presupuesto en 1964 al 69% en 1970⁽¹⁸⁸⁾.

Se organizan consultas para la asistencia ambulatoria en el HGA y en el HPO, con lo que se inicia el desarrollo de la asistencia extrahospitalaria. Se pone en marcha en el propio hospital una unidad para la rehabilitación de alcohólicos, que desarrolla una auténtica actividad, así como un nuevo pabellón dedicado a psiquiatría infantil, dotado con 22 camas. Se construye un centro social, con diversos servicios (bar, salas de juegos, peluquería, biblioteca, cine, etc.), lugar de encuentro, de potenciación de las actividades culturales y recreativas. En la práctica asistencial se desarrollan enormemente las actividades de grupo (reuniones de sala, de sección, tratamientos de psicoterapia de grupo y psicodrama, múltiples actividades de socioterapia).

Hay una gran preocupación por los aspectos científico-técnicos. Se crea una comisión llamada de enseñanza e investigación, que se proponía la formación académica del personal médico-sanitario y la vigilancia y promoción del nivel científico-técnico⁽¹⁸⁹⁾, llegando en determinados momentos a hacer una llamada

porque el trabajo del hospital se estaba haciendo "demasiado rutinario en detrimento de la formación personal y científica..." y sobre el hecho de que las altas o el acortamiento de las estancias "no era criterio suficiente de la eficacia del centro". Se realizan sesiones clínicas y bibliográficas. Otro aspecto en el que se refleja esta preocupación científicista fue en los debates existentes acerca de la elaboración y modelo de la historia clínica. Se pasa de una época anterior en que apenas contiene datos, sobre todo de significación social, a otra en la que se configura como un amplio documento biográfico y de identidad. Aparece aquí la historia clínica como una especie de análisis biográfico⁽¹⁹⁰⁾, mediante el cual se pone en relación la enfermedad de la persona con su historial, intentando aclarar las correlaciones entre síntomas, vivencias y situación. En este sentido se hace hincapié en la exploración de determinadas etapas de la vida (infancia, escuela, servicio militar, matrimonio, etc.), en las que se establecen nuevas necesidades, nuevas relaciones, nuevas responsabilidades y que se juzgan como más propicias para manifestarse las desviaciones.

La historia que se aplica⁽¹⁹¹⁾ quiere situarse en una posición intermedia o eclectica entre los polos extremos del pseudorracionalismo humanista y del pseudorracionalismo científicista⁽¹⁹²⁾.

Muchos de los datos sociales que se recogen responden al deseo de realizar en el futuro investigaciones sobre la eficacia y racionalidad de los servicios asistenciales, así como los factores que pueden determinar la demanda. Se recomienda, por ejemplo, registrar el horario de los ingresos para estudiar en su día el período de mayor incidencia y sus posibles causas. Hay también la intención de poder realizar estudios de registro de casas⁽¹⁹³⁾. Ciertamente se evidencia un manifiesto afán de acumular información, que de ser cumplido y llevado a sus últimas consecuencias convertiría a los servicios psiquiátricos en un importante archivo⁽¹⁹⁴⁾, que contaría con datos muy útiles para el mantenimiento del orden y la estabilidad del sistema. Se refiere que "... la historia laboral nos da de una manera objetiva y gráfica, la curva de la eficacia social del paciente". O también, es importante "disponer de los nombres de la familia para en un momento determinado, poder pedir informes acerca de ellos a instituciones como escuelas, prisiones, otros hospitales, personas particulares, etc."⁽¹⁹⁵⁾.

Otro dato de clara significación es que la historia ya no se configura como un documento exclusivamente médico sino que al incluir en ellas los informes de todo el personal que mantiene una relación terapéutica con el paciente (enfermera, psicólogo, terapeuta ocupacional) pasa a ser el expediente que recoge las

elaboraciones del equipo asistencial, aunque mayoritariamente lo haga el médico. Este fenómeno generó debates respecto a quien debe manejar y tener acceso al expediente clínico, debate en el que aparecían posturas encontradas, los que defendían que en función del secreto profesional debería quedar limitada al personal médico y otros que mantenían criterios más flexibles y amplios que fueron los que al final prevalecieron⁽¹⁹⁶⁾.

8. Repercusión social de la reforma

El Organo de Gestión partiendo de la experiencia adquirida con la gestión y transformación del HGA, se preocupó de mantener en los medios de información una presencia periódica y puntual de los avances que se iban logrando en la asistencia psiquiátrica. Cada visita significativa que llega al hospital, la participación en los congresos de la especialidad, cada acto de reconocimiento oficial así como las inauguraciones tuvieron cumplida expresión en la prensa. A veces esta información adquiría rasgos sensacionalistas o sospechosos de estar dirigida en provecho del prestigio personal: "en el HPO se puso en marcha, hace ya tiempo una experiencia apasionante: la laborterapia"⁽¹⁹⁷⁾; "los enfermos del HPO protagonistas de una singular experiencia: el Dr. Reyes quiere poner en práctica una nueva terapia: la recreativa"⁽¹⁹⁸⁾; "gracias a la laborterapia se curan muchos enfermos mentales";

"comenzó la segunda temporada de terapéutica ocupacional, que se produce como caso único en España. Enfermos del psiquiátrico pescando en el río Pigüña" (199).

El centro es visitado por destacados representantes de la OMS en materia de salud mental, que expresan su reconocimiento y apoyo a la organización psiquiátrica de Asturias (200). Durante un periodo de varios años la prensa regional refleja toda ella los aspectos más positivos y encomiables de la reforma emprendida en los servicios psiquiátricos. Incluso publicaciones muy poco sospechosas de profesar simpatías a los promotores de la reforma (201), destacan la importancia del programa asistencial "que atiende a la mayor parte de las necesidades psiquiátricas provinciales".

La nueva vida que ha surgido en el hospital: la apertura, la mayor tolerancia institucional, el estímulo de la convivencia y el fin de la segregación sexual, no provoca reacciones hostiles o moralizadoras en los sectores sociales, ni actitudes de rechazo en la población más próxima al centro (202). En general se puede afirmar que la nueva imagen reforzada por el tratamiento positivo de los medios de difusión, genera una aquiescencia pasiva en los medios populares que valoran favorablemente la renovación del ambiente hospitalario y la atención médica ;todo está mejor atendido. Esto repercute en un aumento de la demanda de los servicios psiquiátricos. De todas formas, la dinamización del HP, el propó-

sito de producir altas y reducir internamientos, cuando no se disponía de otros servicios intermedios de acogida en la propia comunidad, creaba a veces sentimientos de desamparo y perplejidad entre las familias de los enfermos y se escuchaban exclamaciones como ¡que hacer, si en el HPO ya no los quieren! La sobrecarga familiar que representa el vaciamiento de los manicomios fue un tema debatido y objeto de diversas investigaciones sobre todo por autores ingleses⁽²⁰³⁾. Esta sobrecarga es obvia cuando la salida de los internados se debe a puras medidas administrativas o burocráticas, o en todo caso a actuaciones exclusivas de transformación institucional sin contar con puntos de apoyo en el seno de la comunidad.

Un aspecto social importante fue la expectativa que se creó respecto a nuevas salidas profesionales y más puestos de trabajo, que interesaban sobre todo a sectores con bajo índice de empleo (mujeres y jóvenes). Parece claro que en este sentido se hizo un uso poco crítico de la difusión y propaganda: "... una profesión con buen futuro: la de auxiliar en psiquiatría". "Primer curso de laborterapia... de singular interés para los asturianos"⁽²⁰⁴⁾. Y desde luego esas promesas incumplidas no son ajenas a las frustraciones experimentadas posteriormente por el personal de enfermería.

En otro plano, en 1968 el hospital psiquiátrico y el

presidente de la Diputación protagonizan unos hechos que tienen repercusión social y revelan las contradicciones existentes entre los diversos niveles del aparato oficial del estado. La prensa lo reflejaba de la siguiente manera: "... en el h.p. no son admitidos los enfermos de la SS. En algunos casos se admite el ingreso previo el depósito de una fianza... Por una orden expresa y tajante del presidente de la Diputación desde hace días no son admitidos en el h.p. pacientes de la SS." (205).

La Diputación saldría al paso rectificando parcialmente la noticia y explicando que la actitud adoptada se fundamentaba en las bases legales y en las gestiones realizadas con la SS. Según éstas, la SS. estaba obligada a correr con los gastos que produjera la asistencia a sus asegurados. La SS. no estaba cumpliendo, en opinión del presidente de la Diputación, lo que era su obligación. Ciertamente esta actitud e interpretación del presidente no era bien vista ni compartida por los directivos de la SS. Se trataba de un tema, que no era la primera vez, ni sería desde luego la última, que surgía; incluso en las mismas instancias legislativas del Estado. En 1967 y en 1968 se plantearon en las Cortes preguntas e interpelaciones sobre esta materia, formuladas por procuradores y por algunos presidentes de Diputación (206). Otro ruego similar se repitió en 1972 con motivo del debate del proyecto de ley sobre perfeccionamiento y financiación de

la SS⁽²⁰⁷⁾. Ni estas ni otras presiones --el tema fue tratado también en congresos y reuniones de sociedades científicas⁽²⁰⁸⁾-- fueron capaces de alterar las resistencias de la SS. frente a la asistencia psiquiátrica.

La actitud emprendida por el presidente de la Diputación fue en cierta manera usada en su contra: "...mas de cincuenta pacientes --algunos peligrosos-- están desasistidos actualmente de las mínimas atenciones... Este no es, desde luego, el procedimiento mas adecuado para resolver posibles discrepancias de criterio entre la SS. y la Beneficencia provincial⁽²⁰⁹⁾.

Estas contradicciones entre los diversos departamentos de la Administración volvieron a salir a la luz, con motivo de la visita que giró a las instalaciones sanitarias de la Diputación el Ministro de gobernación Sr. Alonso Vega, en octubre del 68; al mismo tiempo que se reafirmó el apoyo a la gestión del Sr. López Muñiz. En esta ocasión el presidente de la Diputación asturiana expresaba al ministro el deseo de avanzar a través de nuevas etapas "para llegar a una regionalización hospitalaria en la cual los servicios del hospital general y del psiquiátrico sean los hospitales base de toda la provincia y que se pueda lograr también una eficaz y activa coordinación con los grandes organismos encargados de la asistencia en nuestro país, concretamente de la SS". El Ministro tras señalar que aquel hospital era ejemplo:

"... aquí nació el milagro de las técnicas modernas, aquí existe un equipo que se entiende", destacaría la desventaja en que se encontraban respecto a la S.S. los servicios cuya financiación dependía de la asistencia social "el montaje no parece lógico, pero es así..."(210).

9. Puesta en marcha de la psiquiatría de sector en Asturias

Hacemos un apartado con este tema porque de alguna manera esta etapa representó un punto de inflexión que contribuía, a la creación de unas condiciones muy favorables para que la evolución de la reforma experimentara un salto cualitativo importante.

La organización sectorial que se pretende implantar en Asturias está inspirada en el modelo de organización sectorial francesa. Veamos muy esquemáticamente su historia: la legislación que pone en marcha este tipo de asistencia se oficializa mediante la famosa circular del 15 de marzo de 1960. Las ideas básicas que luego originarían la doctrina del sector fueron elaboradas en los años de la postguerra por un grupo de psiquiatras integrados en el movimiento conocido como el "movimiento desalienista" (incluía entre otros a Sivadon, Le Guillant, Bonnafé, Daumozon, Ey, etc.). La concepción primitiva podría resumirse "... en la intención de que un mismo equipo terapéutico, multidisciplinario,

extra e intrahospitalario, debe ocuparse de un mismo sector de población, con el cual debe estar en contrato directo y constante. La actuación del equipo dependerá de las necesidades de la población" (211). Para una mayor información sobre la historia y evolución del sector en Francia ver: (212).

Los documentos internos del HFO en los que se fundamenta la necesidad de la puesta en marcha de la psiquiatría de sector (213) son una reproducción, a veces literal, del trabajo de H. Mignot y entienden como psiquiatría de sector "... cuando en un territorio definido y suficientemente limitado, un mismo y solo equipo médico es responsable del conjunto de tareas de profilaxis, asistencia y readaptación, disponiendo a la vez de una serie de instituciones variadas. La psiquiatría de sector no es solamente una forma original de organización sanitaria, ella implica una modificación profunda de la actitud de la sociedad hacia el enfermo mental...". Su organización la concretan así: "1) ... en el plano material, en un area geográfica... y en unas instituciones, de tal forma variadas que en cada momento de la evolución de la enfermedad se pueda disponer de la institución que mas se adapte a las necesidades del enfermo"; 2) "... un conjunto de equipos (ordinariamente tres para adultos, uno para psiquiatría infantil y otro para alcoholismo)... Estos equipos estarán integrados corrientemente por médicos, asistentes sociales y psicólogos..." Según la

mencionada circular francesa los departamentos o provincias se dividirían en sectores de 66.600 habitantes, atendidos por un equipo médico-social y se disponía que en cada sector se cuente con los siguientes establecimientos: un dispensario de higiene mental, un hospital de día, un hogar postcura un taller protegido. A partir de esa circular surgirán numerosos decretos, y lo cierto es que la organización del sector en Francia no fue muchos más allá de Paris.

Como comprobaremos luego, cuando describamos sus características, la organización del sector en Asturias no se acercaba a los criterios técnico-organizativos que preveían los textos clásicos de esta forma de organización, lo que obviamente repercutiría en la demanda a los equipos asistenciales existentes y en una mayor ineficacia de su labor. El tamaño desproporcionado de las áreas delimitadas, el hecho de disponer únicamente del hospital y el ambulatorio como instituciones asistenciales, la escasez de personal médico-asistencial, representaban importantes problemas a superar para que la nueva organización tuviera una repercusión real y eficaz en la práctica, y pudiera desbordar las meras intenciones o los aspectos propagandistas.

Ya se apuntó en otro lugar que la puesta en marcha de esta organización y su debate previo, expresó y agudizó la revaliada existente entre algunos jefes clínicos, que pretendieron usar-

la como un instrumento de lucha por el poder y el prestigio. El director fue casi sorprendido por el acuerdo, a la vuelta de un viaje de estudios. Los impulsores de la nueva organización publicaron un trabajo conjuntamente con el gerente, excluyendo de él al director médico, mediante el que dan a conocer los nuevos planes del HPO⁽²¹⁴⁾. En un primer momento la dirección, Dr. Montoya, expresó resistencia a su puesta en marcha; entendía que era precipitado y puso como condición que se dispusiera al menos con tres equipos asistenciales. Marcó asimismo el ritmo o calendario de esa nueva etapa⁽²¹⁵⁾. La jefatura del nuevo equipo es ocupada por un psiquiatra de formación inglesa lo que refuerza la corriente anglosajona y disgusta al grupo mas vinculado a las corrientes francesas.

La organización concreta del sector se fue haciendo por etapas. En una primera se dividió la provincia en tres áreas o sectores, tomando como criterio para ello, la densidad de su población y los ingresos que habían producido cada una en el HP el período 1964-67. Quedaron así delimitadas tres áreas o sectores:

Sector Central, con una población de 330.310 habitantes y un volumen de ingresos para el periodo referido de 2.141.

Sector Oriental, con una población de 315.398 habitantes, y un número de ingresos de 1.512.

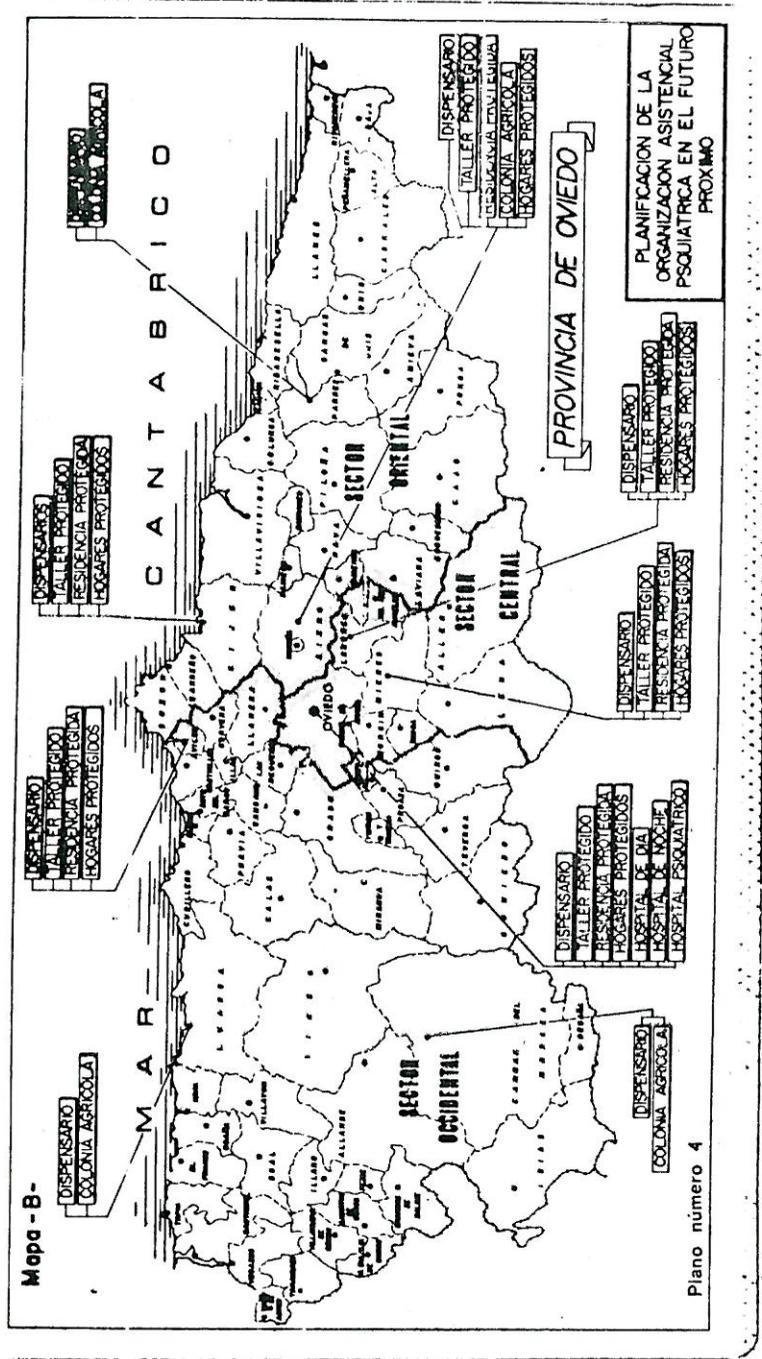
Sector Occidental, su población ascendía a 334.758 habi-

tantes y su número de ingresos representaba 2.010.

La extensión y por tanto la densidad de población de los sectores era muy desigual (ver gráficos adjuntos).

Una vez hecho este reparto, se inició la etapa de sectorización intrahospitalaria, dividiendo al hospital por áreas en las que los equipos determinados asistían a los enfermos procedentes de uno u otro sector. En 1970 se pasó a instalar dispensarios en diversos enclaves de cada sector y a iniciar la asistencia ambulatoria en los propios sectores a través de ellos (ver gráfico). Además de las consultas realizadas en el propio HP y en el HGA, llegaron a ponerse en marcha 8 ambulatorios, repartidos por la provincia⁽²¹⁶⁾. Cada ambulatorio era atendido por un equipo básico, constituido en general por un médico jefe clínico o adjunto, una asistente social y una enfermera. El número de consultas realizado fue incrementándose enormemente totalizando en 1971 4.169 (sin incluir HP y HG)⁽²¹⁷⁾. La puesta en funcionamiento de los dispensarios fue precedida de unos contactos e información al jefe provincial de sanidad, al jefe provincial de la SS. y a los alcaldes de las localidades en las que se instalaron los dispensarios. La acogida de la comunidad fue buena, acercaba los servicios, evitaba desplazamientos, daba mayor seguridad y protección a las familias. En las instancias médicas la acogida ya fue diversa. El Colegio Oficial de Médicos de Oviedo al enterarse del nue-

El sector y los Dispensarios comarcales



vo funcionamiento se erigió como defensor de los intereses de los psiquiatras privados, que, en su opinión se verían perjudicados por este funcionamiento del HP. La primera intención del organismo colegial provincial fue oponerse a la apertura de dispensarios, posteriormente puso como condición, para que no se produjera una competencia desleal, que en esos consultorios se cobraran tasas similares a las de las consultas privadas. Se llegó a programar por el Colegio una reunión conjunta de representantes de la psiquiatría privada y directivos del HPO, pero esta no se celebró, y los dispensarios iniciaron su funcionamiento como un servicio público.

La psiquiatría de sector que abría importantes perspectivas y la posibilidad de una mayor vinculación a los movimientos de base de la comunidad asturiana, quedó bloqueada en una de sus etapas. No se pudo ir más allá de la delimitación de grandes áreas de población, de la división y organización del hospital en base a ellas, de la asistencia extrahospitalaria a través de los diversos consultorios y de la continuidad asistencial que los equipos mantenían a través de esos dos eslabones.

10. La reforma de Oviedo y la psiquiatría oficial

Sin pretender que sea un concepto muy riguroso, entendemos aquí por psiquiatría oficial lo más representativo del po-

der psiquiátrico, que hasta bien avanzados los años sesenta controló cátedras, sociedades, revistas y se hacía escuchar en instancias importantes de la administración del estado. En este sentido se puede decir que la reforma del HPO se inicia y discurre al margen y con gran indiferencia de esa psiquiatría oficial.

Por una parte la psiquiatría académica estaba fuertemente inspirada por la psiquiatría germano-suiza y menos por la francesa. Los planes asistenciales de Oviedo con sus raíces anglosajonas no estaban en la línea de la psiquiatría oficial. Por otra parte el equipo asistencial que trabaja en Asturias centra todos sus esfuerzos en el terreno asistencial y en la dimensión y repercusión social de esa asistencia, campo que la mencionada psiquiatría tenía en el más misero abandono, tanto práctico como teórico. El trabajo de Martínez Pardo⁽²¹⁸⁾ constata gráficamente, partiendo de lo publicado, el desinterés por todo lo asistencial en esa larga noche de postguerra que empezó a modificarse algo a partir de 1965. Modificación a la que sin duda los equipos de Oviedo contribuyeron notablemente con las publicaciones que se produjeron a partir del estudio de los problemas que surgían en la organización y en su práctica⁽²¹⁹⁾. A medida que la transformación asistencial del HPO evoluciona, va otorgándosele cierto apoyo del PANAP que facilitó la visita y el apoyo de expertos de la OMS y becó a algunos médicos para conocer de cerca las experiencias co-

equipos los Dres., Buckle y Early, expertos de la OMS, Serigó, Letemendía, Tosquelles, Castilla del Pino, Cabaleiro Goás, como personas mas significadas.

El hecho de que el HPO ejerciera gran atracción para la formación de postgraduados, llegando a tener 21 médicos en formación, sin contar con el visto bueno, ni con la tutela de ninguna escuela oficial de la especialidad, podría haber sido otro factor distanciador.

A pesar de las circunstancias señaladas la asistencia psiquiátrica en Asturias va incrementando su prestigio. El Congreso de la SEP que se celebra en Oviedo con las ponencias de Epidemiología psiquiátrica en España, Sociogenia y profilaxis, y Asistencia psiquiátrica supone un reconocimiento más "oficializado" de la labor del HPO, y no sólo por celebrarse esa reunión en Asturias sino porque se eligen como temas de estudio, unas materias muy en consonancia con las preocupaciones y los objetivos imperantes en Oviedo.

En ese mismo año también se celebraría en el HPO el Seminario patrocinado por el PANAP sobre psicoterapia de grupo.

11. Problemas que genera el desarrollo de la reforma. Objetivos incumplidos

En apartados anteriores apuntábamos los logros conseguidos por la transformación asistencial del HPO, la elevación de su

nivel técnico-asistencial, el incremento de su prestigio a nivel nacional; pero todos esos aspectos no deben encubrir otra dimensión, la de los objetivos incumplidos y la ausencia de una respuesta adecuada a los problemas que se iban generando. El cúmulo de todos estos factores más o menos latentes, contribuye en ciertas ocasiones a crear un ambiente de crispación.

En el terreno asistencial, aun cinco años después de iniciada la reforma, persisten áreas de claras características manicomiales e intensa violencia institucional⁽²²⁰⁾. Concretamente en la sección de rehabilitación cerrada permanecían aún a finales de 1970, 452 internos encerrados en ambiente infrahumano y de indiscriminada mixtificación. La sección de geriatría si bien había modificado favorablemente el habitat, apenas contaba con asistencia. De hecho los médicos residentes se habían negado a trabajar en esas secciones alegando que dadas sus características se imposibilitaba cualquier labor docente⁽²²¹⁾. Tampoco se había llegado a dar una solución satisfactoria al problema de las policlínicas y de la unidad psiquiátrica prevista en el HGA. Un miembro importante de la reforma, integrante del grupo de estudios, el Dr. Medina, que estuvo encargado de la asistencia psiquiátrica en el HGA y que esperaba contar con una unidad asistencial en dicho centro; desesperanzado, quizás, por ese problema o porque intuyera las insalvables dificultades para poner en práctica los programas

asistenciales previstos, abandonó el hospital y vuelve a la emigración. Se produce así la primera deserción entre los técnicos que habían protagonizado la puesta en marcha de la reforma.

De otro lado la creación de servicios intermedios, también previstos en los programas iniciales para ponerse en marcha al tercer o cuarto año; es decir, los hogares postcura, talleres protegidos, hospitales de día, etc., nunca llegarían a existir. El incumplimiento de estos objetivos repercutía obviamente en la descentralización y dinamización del centro y en las posibilidades de reinserción social. Por eso en 1970 se sigue discutiendo el problema de la pletera de camas en el hospital⁽²²²⁾.

La laborterapia seguía presentando una serie de problemas que dificultaban la dinamización del hospital. Por una parte su funcionamiento autónomo, rígido y ambicioso interfería en la labor asistencial de los equipos⁽²²³⁾. Fue incapaz de desarrollarse fuera del hospital y de dar una respuesta clara a los problemas esenciales. Las gratificaciones que recibían los enfermos ocupados en tareas de conservación eran ridículas, y por otra parte "... todos los beneficios que se obtenían en laborterapia van actualmente a un Fondo Común del Departamento, sin que de esos fondos se pueda disponer en beneficio de los enfermos". Este tema de los ingresos procedentes de laborterapia y su misma planificación era un asunto nebuloso, que únicamente conocían el jefe del de-

partamento y la Administración. El hecho de que el médico encargado tuviera intereses ajenos al hospital (consulta privada, clínica privada) contribuía a dificultar un análisis objetivo de esa situación. Los informes elaborados por este médico evolucionan de un contenido simplista a otros mucho más elaborados, en los que es evidente la apropiación del discurso del Dr. Tosquelles⁽²²⁴⁾. Pero en cualquier caso hay una gran inconsecuencia entre lo que se escribe y lo que revela la práctica de ese departamento.

La puesta en marcha de la psiquiatría de sector, sin aumentar consecuentemente las plantillas y los equipos, incrementó la demanda y la sobrecarga asistencial (mayor número de consultas ambulatorias, largos desplazamientos, etc.), produciendo situaciones de agobio en los equipos⁽²²⁵⁾.

Todo este cúmulo de problemas y quizás la sentida necesidad de desarrollar los elementos teóricos, llevó a los médicos a plantearse el disponer de un psicoanalista que iniciara con ellos un trabajo de dinámica de grupo y luego un análisis didáctico con aquellos más interesados. Se iniciaron gestiones con colegas argentinos, pero al final el proyecto no se llevó a la práctica. A nivel del personal de enfermería se hacía muy notoria su escasez. Si bien había experimentado un incremento muy considerable, la reorganización del hospital, la división de las antiguas salas y la creación de nuevas unidades, había multiplicado las necesida-

des. Este problema era grave sobre todo en el turno de la noche, cubierto en su gran parte por personal antiguo, al que no se le había promocionado, y que sin embargo llegaban en esa ocasión a sustituir las funciones de los puestos de responsabilidad (del enfermero jefe, de los supervisores generales). Se podía decir, y se decía, que en la noche el HPO era otro hospital, que experimentaba una regresión a épocas anteriores.

La estructura del Organigrama (igual para el HGA que para el h.p.), con sus poderes paralelos que confluían en la gerencia, condicionaba la escisión de los equipos asistenciales básicos que estaban dependientes de estructuras verticales, con un funcionamiento rígido y autoritario y sin comunicación entre sí. La dificultad para la integración de los elementos constituyentes en el equipo básico, era un escollo serio que tenía su expresión en el trabajo cotidiano. Al depender de las jefaturas de los diversos departamentos, carecían de poder decisorio para actuar en el momento y lugar que exigía tomar decisiones: en la práctica del equipo. Es este el mismo problema de la "subordinación múltiple", descrita y analizada ya en 1954 por J. Henry⁽²²⁶⁾. Por la propia dinámica de la situación se veían obligados a actuar más como miembros de su grupo profesional que como elementos de la unidad asistencial básica⁽²²⁷⁾. Por ejemplo si el equipo asistencial discutía el plan a seguir con un enfermo o con la marcha de

la sección, los miembros de ese equipo pertenecientes a la división médico-administrativa y a los departamentos de enfermería, terapias colectivas y asistencia social, no podían comprometerse con los planes o decisiones allí tomados sin antes contar con el visto bueno de la jefatura de su departamento. En muchas ocasiones el acuerdo tomado por el equipo era incumplido, porque en las jefaturas de departamento se producían opiniones divergentes⁽²²⁸⁾.

En un intento de ir corrigiendo esas dificultades, de acercar el personal asistencial a los centros de decisión y poder dotarle de mas autonomía en la acción, los equipos fueron potenciando los lugares de encuentro y discusión, el trabajo grupal y colectivo. Fue este un hecho que preocupó a la dirección médica y que motivó una comunicación, por su parte, al Seminario de Psicoterapia de Grupo (Oviedo 1970) sobre "las reuniones en el HPO. Tras evaluar cuantitativamente lo que esas actividades representaban (se formaban 56 grupos al mes que celebraban 340 reuniones)⁽²²⁹⁾ analiza algunos de los factores que en su opinión las determinan. Manifiesta su incertidumbre respecto a si tanta reunión sirve para algo y su preocupación por poder medir su eficacia. El racionalismo a ultranza y el eficientismo, quizás no le permiten leer el mensaje implícito en esos encuentros. Piensa que estas reuniones "están principalmente dirigidas y mantenidas por el personal médico, y que la participación del resto del personal," e in-

cluso de los propios enfermos no es todo lo activa que nos gustaría". Obviamente al personal enfermero y por supuesto a los enfermos, con niveles de poder muy distintos de los médicos, se les otorgaba menores posibilidades de participación y acercamiento a los centros de decisión.

Este problema es también tratado por el Dr. Martínez Sierra en el mismo seminario⁽²³⁰⁾. De esta comunicación reproducimos por su interés alguno de sus puntos: "... Se da importancia a la responsabilidad y agilidad burocrática, abundando las estructuras piramidales, personales y sistemas de control". "... Aunque aceptable, no consideramos que la estructura social corresponda a unos principios de comunidad terapéutica; hay grupos segregados de gran parte de la comunicación, y la comunicación intragrupal es superior a la intergrupala".

El Organigrama condicionaba también una escasa comunicación entre el hospital y el máximo nivel de responsabilidad: el Organo de Gestión. Esta deficiencia se vio agravada en el h.p. con la llegada del adjunto de gerencia, con lo que se introducía un nuevo filtro. El hecho de que fuera médico no facilitó en nada las cosas, porque no era vivido como un integrante del grupo médico. Su actuación estrangulaba la comunicación, llegando a advertir al director que se abstuviera de establecer contactos con instancias superiores sino era a través de él.

R. M. Coe analizando la naturaleza autoritaria del hospital⁽²³¹⁾, dice que "... la clase de actividades que despliegan en el hospital sólo pueden ser llevadas a cabo en un ambiente el cual se cumplan órdenes sin preguntar y con rapidez... Por ello la finalidad de esta rígida jerarquía de los cauces de autoridad... Esta clase de autoridad, como la de las organizaciones militares, es de tipo racional legal, basada en el poder que tiene cada grado y concentrada en la cumbre". Efectivamente este tipo de estructura se asemeja bastante a la existente en el HPO, pero en este caso no parecen responder a las funciones reales del hospital y desde luego entra en contradicción con los principios de comunidad terapéutica, que se explicitan en las bases doctrinales del Informe-Memoria, elaborado por el Grupo de Estudios.

Estos problemas referentes al organigrama, a la comunicación y a la ineficacia de la JF, llevan a que todos los médicos de plantilla, como división médica, instituyan unas reuniones periódicas para abordar su estudio y solución. Las reuniones son ineficaces porque la rivalidad entre los diversos jefes impide la consecución de actitudes consensuales, y también porque el gerente cuando advierte el peligro interviene creando un clima de inseguridad y control: exige que se le entreguen las actas de esas reuniones firmadas por el secretario, que se responsabilizará de su contenido, y que esas actas recojan todo lo que se discuta en

la reunión⁽²³²⁾. De cualquier forma se llegó a plantear la necesidad de reestructurar el organigrama y modificar el funcionamiento de la JF. Tampoco aquí hubo opiniones concordantes, pues alguno de los médicos-jefes, el Dr. Reyes, sostenía que la JF sería mas eficaz, si se reducía la participación únicamente a los jefes clínicos, que serían los que llevarían a ella los acuerdos y conclusiones que se adoptaran en las reuniones del DM. También, otro jefe, el Dr. Martínez Sierra, señala que la J.F. tras el nombramiento del director médico y su ampliación, se volvió consultiva y "... su funcionamiento menos espontáneo y mas programado"⁽²³³⁾.

En el hospital persistían asimismo insatisfacciones en el orden laboral y profesional, fundamentalmente con los médicos adjuntos y el personal de enfermería. El tema de los médicos adjuntos fue tratado también en las reuniones de la DM; finalmente dirigieron un escrito al Consejo (noviembre 1970) en el que solicitaban la equiparación a las categorías correspondientes de la SS. La situación del personal enfermero de los sanitarios (personal enfermero de antes de la reforma), tuvo su expresión en un conflicto abierto en el primer caso y en una demanda ante la Magistratura en el segundo. No analizamos aquí la problemática de los becarios, por cuanto que al ser ellos los denonantes de los conflictos mas intensos del centro, la estudiamos en el próximo capítulo.

Por último es preciso señalar que aunque se expresaba en los programas asistenciales la necesidad de desarrollar, cada vez mas, el contacto y las relaciones con la sociedad fue esta una tarea, que también se puede considerar incumplida. Una forma de participación, que incluso se había llegado a estudiar, fue la incorporación y organización de personal voluntario. Pero no pasó de la fase de estudio previo. Tampoco se posibilitaron otras formas de participación democrática o de instituciones con arraigo popular y social. En este sentido la participación se atenía a los cauces previstos por el sistema y dentro ese marco, el dirigismo y el protagonismo del presidente era tan intenso, que, sin prejuizar con ello el contenido y utilidad de la "obra" en si, bien se pudiera calificar de "presidencialista". En el capítulo siguiente, describiremos algunos datos, que nos mostrarán la extremada importancia de esa circunstancia para la descomposición de la reforma. Al estar apoyada únicamente en el poder de los ejecutivos y altos responsables de la Administración, que lo son en función de fidelidades políticas y adhesiones personales, de desaparición de la "figura clave" produce de inmediato la caída del resto y consiguientemente la desintegración de las reformas iniciadas, si no responden a los intereses de los sucesores.

CAPITULO VI

EL CONFLICTO DEL H. P. O.

VI. EL CONFLICTO DEL H.P.O.

1. Preliminares

1.1. Situación de los médicos becarios.

Habíamos apuntado en un capítulo anterior la situación paradójica y contradictoria a que estaban sometidos los médicos "becarios" o residentes. Señaláboños también que a partir de esa situación habían surgido entre ellos nuevas formas de organización y de expresión. Es así como surge el lenguaje y la dinámica de las reivindicaciones, que de una manera un tanto artificial, podemos agrupar en tres categorías: 1) salariales y laborales; 2) docentes, que se extienden también a las condiciones de trabajo y 3) de orden representativo ó democrático. A partir de 1969 se producen pues una serie de escritos dirigidos al gerente solicitando aumentos en la cuantía económica de la beca. Todos ellos se recapi- tulan en uno, del 30-11-70, que al ser desoído por la Administra-

ción sería el determinante último del conflicto que se inicia.

También en el orden docente y en los aspectos relacionados con su formación, manifestaron una serie de insatisfacciones que expusieron de manera detallada en un amplio escrito, producto del análisis y reflexión de su situación, que dirigieron a la Comisión de Estudios en Agosto de 1970⁽²³⁴⁾. Los contenidos esenciales del mismo son: la protesta por las excesivas tareas laborales que se les asignan, la falta de unos programas de docencia estructurados, el predominio de los criterios asistenciales sobre los docentes en la rotación por los distintos servicios, la ausencia de una buena formación psicodinámica, la ausencia de programas de investigación básica, la dificultad de promoción en el propio centro y la incertidumbre de su futuro profesional como postgraduados especializados ante la falta de puestos de trabajo. Aparecía también como un problema el hecho de que el certificado o diploma expedido en el centro no tuviera un reconocimiento oficial expreso. Las exigencias relacionadas con la docencia vuelven a surgir, al negarse a asistir en salas que no disponen de programas asistenciales organizados (geriatria, rehabilitación cerrada).

Por otra parte se introducen entre los médicos becarios nuevas formas de organización: desarrollan una actividad colectiva, mediante asambleas y comisiones de trabajo, en las que se estudia y debaten los problemas que les afectan, así como su difu-

sión mediante escritos o panfletos⁽²³⁵⁾. Su organización les lleva también a enfrentamientos con la gerencia al exigir disponer de un portavoz oficialmente reconocido y democráticamente elegido. Hasta entonces el llamado "jefe de residentes" era designado por la gerencia. Con su actitud consiguen que su elección sea democrática y que se denomine delegado en vez de jefe.

El lenguaje de los escritos que emiten en este periodo, contiene elementos que revelan cierta conciencia de su situación de asalariados y una ruptura con el mundo profesional liberal: "teniendo en cuenta el notable aumento del nivel de vida que ha encarecido los artículos... y nuestra actividad laboral intensiva y de dedicación exclusiva". "... nos produce un sentimiento de cosificación, de pieza manejable, de trabajador alienado". "... tenemos la íntima convicción de que nuestra categoría de profesionales postgraduados... y nuestra siempre dignidad de trabajadores está siendo vejada en el terreno estrictamente económico al negarse nos un contrato de trabajo, excluirnos de cualquier tipo de seguro y ofrecernos paternalmente una asignación mensual en concepto de beca" "... No este el momento para el análisis completo de nuestra situación... que se trata de una problemática nacional con hondas raíces en las movedizas bases de nuestra estructura social en su conjunto"⁽²³⁶⁾.

De otro lado la sensibilidad frente a los problemas so-

cioprofesionales se ve agudizada por la crisis de la teoría psiquiátrica.

La organización del HPO estaba centrada en unos objetivos asistenciales determinados y en ese sentido su funcionamiento estaba impregnado de un gran pragmatismo y empirismo. Mas allá de la preocupación técnica, y, en ocasiones, de las disquisiciones psicologistas o sociologistas, no había lugar para teorizaciones: "esto no es una escuela de especialización", comentaban algunos jefes. La excesiva demanda asistencial no permitía "gastar tiempo" para inquirir o debatir proposiciones teóricas que ayudaran más a explicar y comprender la realidad⁽²³⁷⁾. Esta ausencia es vivida por los médicos becarios y se expresa de distintas formas: "mayor formación psicodinámica", "los programas de formación teórica son insuficientes", "no se hace investigación", etc.⁽²³⁸⁾. Lo plantean también a destacados psiquiatras que visitan y se relacionan con el centro. El Dr. Letemendía opinaba que esas inquietudes podrían satisfacerse si se establecieran acuerdos para la docencia con la universidad; el Dr. Tosquelles, respondió con una curiosa y bonita carta⁽²³⁹⁾, que sorprendió a los medios, en la que reinterpreta la demanda en el lenguaje del deseo y de lo imaginario. El mensaje contenido en el escrito no "prendió en los médicos" que esperaban una respuesta en el plano de lo real y de sus interrelaciones sociales. Los temas estudiados en el X Congreso de la S.E.P.

(Sociogenia y profilaxis, asistencia, etc.) y en el seminario de psicoterapia de grupo (dinámica de grupos, comunidad terapéutica, etc.) ambos celebrados en Oviedo, en el último trimestre de 1970, actuaron a modo de revulsivo ideológico y avivaron inquietudes.

Interrogantes que se debaten y quedan planteados, son, por ejemplo: ¿hasta qué punto una auténtica profilaxis exige de los médicos un compromiso con las luchas para superar la injusticia social? ¿hacemos algo más que adaptar a los locos a un orden social injusto ó somos meros cumplidores del mandato social? ¿refugiarse en el mundo de lo imaginario, de lo delirante y de los "fantasmas" supone huir de la realidad o es una manera de romper esa realidad y de abrir sus contradicciones? Es posible una comunidad terapéutica y democrática en una sociedad que no lo es? (Estas son, entre otras, algunas de las cuestiones que nos consta, quedan latiendo en el grupo.

Hay también elementos ideológicos críticos introducidos por la lectura y discusión de algunas publicaciones. Esto ocurre por ejemplo, con obras de Erich Fromm⁽²⁴⁰⁾ y con un libro aparecido a finales del 70⁽²⁴¹⁾, obra de un autor colectivo: Los Comités d'Action Santé, ligados a los movimientos franceses de Mayo del 68. En la introducción de esta obra se dice: "... lo que hasta entonces había faltado era encontrar la fórmula idónea de dinamizar una lucha distinta en los centros sanitarios... y fue esto lo que

se logró... con la creación de los Comités d'Action Santé: montar unas plataformas unitarias e interprofesionales... desde las cuales se han propuesto mantener una lucha política de masas, a partir de las múltiples contradicciones que se presentan en cada institución (especialmente en relación con las condiciones de trabajo y las relaciones laborales), que logre enfrentarse con el Estado".

El hospital modelo, que parecía centrar sus únicos objetivos en el logro de altos niveles técnicos, científico y asistenciales, sentirá a partir de aquí contaminado su asepticismo por la irrupción de otros fenómenos (reivindicaciones salariales, crítica al autoritarismo, reivindicaciones democráticas, etc.) cuya discusión pasó a primer plano.

1.2. Problemática sanitaria global: la reestructuración de la SS

El año 1970 ha sido extraordinariamente pobre en materia legislativa sanitaria⁽²⁴²⁾, sin embargo estaba ya en marcha la elaboración de un proyecto que agudizaría la crisis del sector. En junio de 1970 se tienen noticias del inicio inmediato de negociaciones entre el INP, el Consejo General de Trabajadores y el Consejo General de Colegios Médicos, con el fin de discutir y ponerse de acuerdo sobre el proyecto de reorganización de la SS. en lo concerniente al régimen, gobierno y servicio de las institucio-

nes sanitarias. Se trataba en suma de introducir una nueva ordenación en la SS., que según sus contenidos podía o no, suponer cambios profundos en la situación sanitaria del país.

En la crisis del sector sanitario estaban incidiendo varios factores⁽²⁴³⁾, pero en esta ocasión las alternativas al proyecto decantan diversas posiciones entre el sector médico que, en síntesis, podrían reducirse a dos: los que intentan a toda costa defender privilegios y mantener un funcionamiento de medicina liberal, y aquellos otros que se pronuncian por un modelo de asistencia pública, en beneficio de la mayoría de la población.

Enterados de las negociaciones, los médicos pertenecientes al seminario de médicos internos y residentes (SMIR) intentan participar y formular propuestas usando como cauce la Agrupación sindical de médicos de hospitales. Las posturas se polarizan entre los intereses que representan el Consejo General de Médicos y los que defiende la Agrupación sindical de médicos de hospitales. Los Colegios plantean una moción y un "no a que la SS. monopolice el ejercicio médico"⁽²⁴⁴⁾. Hay una intensa actividad de los Colegios y del Consejo de Médicos. Los puntos que empiezan a perfilarse como más conflictivos son: los métodos de selección, la vinculación al cargo y el tipo de dedicación. Las conversaciones discurren finalmente a un nivel tripartito entre los tres organismos ya señalados y el SMIR les hace llegar su propuesta de la que ex-

tractamos los siguientes puntos:

1. Establecer a nivel nacional los requisitos mínimos para calificación de hospitales docentes y que sólo estos puedan ofrecer plazas de MIR.
2. Programas de formación detallados.
3. Convocatoria a nivel nacional con criterios uniformes de selección.
4. Pruebas selectivas realizadas por el hospital que ofrezca la plaza.
5. Creación o renovación de los órganos médicos del hospital, con independencia de las funciones políticas y administrativas. De estos órganos médicos dependerán las funciones de contratación y renovación de los médicos del hospital a través de las Juntas de credenciales, Juntas facultativas y Juntas de gobierno en las que estarán representados todos los estamentos médicos.
6. Exigencia de un régimen laboral de plena dedicación; supresión del pluriempleo para todos los que desempeñan un puesto hospitalario.
7. Vinculación progresiva al cargo, con controles de la labor efectuada y con garantías de continuidad cuando el cumplimiento sea ortodoxo.
8. Contratos laborales por tiempo determinado. Para los

interno-residentes no sería superior al tiempo de su formación. La remuneración de estos será en concepto de salario incluyendo seguros sociales⁽²⁴⁵⁾. En estos planteamientos además de los aspectos profesionales específicos se perfilan otros de carácter político y democrático que apuntan hacia un nuevo modelo sanitario.

La importancia del proyecto y del debate desborda el marco estrictamente profesional y salta a los medios de difusión, en los que se reflejan también diversas posturas ante el problema, como ocurre con la controversia mantenida entre el diario Arriba y el ABC⁽²⁴⁶⁾.

1.3. Cambios políticos nacionales y locales

Exponemos a continuación algunos hechos concatenados y previos a los conflictos que pueden contribuir a esclarecer mucho mejor, todo el marco y la situación en la que se gestan.

En agosto de 1969 salta "el escándalo Matesa". Se dice que es a consecuencia de esa crisis por lo que se produce en octubre del mismo año una amplia reorganización del gobierno. En el nuevo gobierno parece establecerse un gran predominio del Opus Dei, en detrimento de la Falange⁽²⁴⁷⁾. Como consecuencia de esa reorganización ministerial cesa el ministro de la gobernación Sr. Alonso Vega, que, como ya vimos anteriormente, mantuvo estrecha relación con la organización sanitaria de Asturias a la que apoyó repetidamente. Es sustituido en la cartera ministerial por el Sr.

Garicano Goñi.

Otro hecho de singular relieve fue el proceso iniciado en Diciembre del 70, contra militantes de ETA, que indudablemente suscita gran agitación política en todo el país.

En otro plano, los conflictos y crisis en los diversos grupos de profesionales se agudizan. El IV Congreso de los abogados celebrado en León en junio del 70, o la huelga de la enseñanza a escala nacional que se inicia en marzo de 1971, son algunos testimonios de ello.

A nivel local los grandes acontecimientos políticos no tardarían en tener su repercusión. El 16 de setiembre de 1970 se le comunica, de forma súbita, el cese del presidente de la Diputación asturiana, Sr. López Muñiz. Este cese desencadena alguna reacción y sorpresa: "El relevo de la presidencia cayó como una bomba, sorprendió... porque nada había presagiado, fuera de los despachos oficiales, que pudiera darse inmediatamente un cese de altura en la Administración provincial". Se augura asimismo que no le va a ser fácil la tarea al sucesor "... sobre todo pensando en los ambiciosos planes previstos en el polo de desarrollo, consorcio de aguas y vías de comunicaciones"⁽²⁴⁸⁾. Se nombró como sucesor a D. Guillermo Lorenzo Suárez, médico, 37 años, alcalde de Mieres y delegado provincial de la familia. Ocupó cargos diversos en la Falange; a los 24 años el de delegado provincial de juventud-

des y consejero provincial de Asturias y Valladolid. Fue jefe del SEU en Valladolid y director del Colegio Mayor Universitario Reyes Católicos. Desde 1964 era alcalde de Mieres, diputado y consejero provincial del movimiento.

El Sr. López Muñiz no parecía estar preparado para interrumpir su actividad y así lo expresó en el acto de la toma de posesión del nuevo presidente, estando presente el gobernador civil: "... deseo hacer saber a todos los asturianos que mi voluntad firme era permanecer en este puesto hasta finalizar mi mandato como procurador en cortes y como miembro del Consejo del Reino ... pensaba, tal vez con notorio error, que era este el momento en que por mi experiencia, por mi participación más intensa en la vida política de la nación, podría ser mas útil⁽²⁴⁹⁾. Señala a continuación las tensiones habidas entre él y el gobernador civil y que según el oficio recibido, su cese se produjo a propuesta del gobernador.

En el mismo acto dijo el presidente entrante: "Yo proclamo mi procedencia de la Falange y mi integración total y consciente en el Movimiento nacional. Mis principios son los principios de este Movimiento Nacional, nacido el 18 de Julio de 1936 de la mano de nuestro Capitán y Jefe Francisco Franco"⁽²⁵⁰⁾.

Estos cambios y manifestaciones parecen evidenciar obviamente las luchas intestinas de los grupos del sistema. En

unas declaraciones hechas a Asturias Semanal⁽²⁵¹⁾ el Sr. López Muñiz insistiría en que él pensaba permanecer mas tiempo en el puesto y realizar una "serie de complementos indispensables en los servicios del HGA, y del HPO" "¿Cómo voy a negar que para mi fue un shock?". Añadía respecto a su encuadre político: "... no me considero incluido en ningún grupo de oposición porque dentro de nuestro marco consitucional no está previsto y entiendo que el juego debe hacerse dentro de ese marco... Las asociaciones (políticas) deben ser sinceras y de verdad, como Vds. recordarán yo di el paso con un grupo de hombres (Cabanillas, Fanjul, Calvo Sotelo, etc.) ...fue el intento de constituir una asociación". Este cese no lo desplazó definitivamente de la vida política. Causó baja en el Consejo del Reino, y este hecho tuvo repercusión a nivel de los medios de difusión por "la aparente contradicción que encierra el que un cese discrecional genere la baja en un puesto representativo". El 21-10-70 sería recibido por Franco. Unos años después llegaría a la subsecretaría de Hacienda, como ya se dijo en otro lugar.

1.4. Repercusión en la Reforma Sanitaria Asturiana.

Los cambios a nivel del poder político local, prosiguiendo la cadena de los hechos, repercutieron de inmediato en el eslabón sanitario, en el que se desencadenó una ofensiva contra lo más representativo del poder anterior: los altos ejecutivos y las for-

mas de gestión. Dos meses después de haberse producido la renovación en la corporación provincial, La Nueva España, órgano regional del Movimiento, publicó con grandes titulares una entrevista con un médico jefe del HGA, asturiano a su vez y con reconocido prestigio profesional, que llevaba trabajando en el hospital desde 1963. El Dr. Pedrosa expresó una serie de críticas al funcionamiento del HGA y a su línea de mando. Críticas que nos parece importante resaltar aquí porque, sin duda, traducen lo que desde algunos medios, cuyo portavoz en esta ocasión es el Dr. Pedrosa, se deseaba cambiar. Así, en su opinión, el hospital está concebido de forma muy parecida a los americanos, pero con muchos fallos. Una de las innovaciones que a su parecer creó graves situaciones, fue el régimen de dedicación exclusiva de los médicos. Este factor es para él el responsable del aislamiento en que permanece el centro "que se convierte así en un quiste". Responsabiliza de estos fallos al primer gerente Dr. Soler Durall, persona de la confianza del presidente de la Diputación, y que también fue condecorado por el ministro de la gobernación en el mismo acto que este último. Le acusa asimismo de desoir los planteamientos de los médicos, de decidir él exclusivamente como debían hacerse las cosas. Estima que el gerente debería ser un hombre de empresa y que para remediar la situación "debiera contarse con un comité ejecutivo formado por los jefes de departamento" que sirviera de unión en-

tre la clase médica y los responsables del hospital, así como con "una dirección médica fuerte nombrada por los propios jefes"⁽²⁵²⁾.

Este testimonio obró como una especie de aldabonazo y despertó en los días siguientes una serie de manifestaciones en los otros medios de difusión. El ataque al poder caído es claro: "... la obra se organizó con escaso sentido de la realidad, desbordando las posibilidades económicas de la Diputación... pero no sólo se trata de problemas económicos sino también de profunda diferencia de criterios entre los médicos... ha habido implicaciones políticas"⁽²⁵³⁾. Finalmente el mismo Organismo de Gestión de los Servicios asistenciales se ve obligado a pronunciarse públicamente para apaciguar los ánimos⁽²⁵⁴⁾. En la polémica suscitada surge un elemento que ya había estado presente en ocasiones anteriores, se trata del fenómeno calificado como de "catalanismo". En algunos medios se había creado la opinión de que, en gran parte, los males del HGA se debían a la presencia, entre sus ejecutivos y médicos jefes, de abundante número de catalanes. En la entrevista anterior preguntaba el periódico si el hecho de que hubieran llegado muchos catalanes no significaba una forma de colonización profesional y el Dr. Pedrosa respondió que, efectivamente, la línea de mando había estado siempre en manos de catalanes. Este fenómeno podría analizarse desde diversos niveles; de un lado, está el carácter de esa reforma sanitaria, entendida como la aplica-

ción de una tecnología, que se considera "buena en si misma" y que por lo tanto solo necesita de personas --técnicos-- que la compartan y la apliquen sin vacilaciones. En este sentido su carácter de "gentes foráneas" podría ser favorable ya que estaban desvinculadas y ajenas a ciertos intereses y grupos locales. De otro lado, era obvio que el HGA lesionaba los intereses de la medicina liberal asturiana. Ante este hecho se produce una respuesta que intenta servirse de los prejuicios contra el "extranjero", en este caso el catalán. Se promueve una campaña de movilización de la opinión (se hacen pintadas en los indicadores cambiando la inscripción HG de Asturias por HG de Cataluña, se dice que estos técnicos venidos de fuera desconocen los intereses de Asturias, se habla de colonización, etc.) con el ánimo de transformar los prejuicios y tendencias preexistentes en actitudes y acciones que generen un clima de desprestigio de los instrumentos de la reforma e impacten por consiguiente al poder político que la sostiene.

La pugna, en cualquier caso, estimamos que no rebasó el marco de las élites. Así parece entenderlo, también, otro jefe clínico del HGA que participó en la polémica⁽²⁵⁵⁾ afirmando que el llamado "catalanismo" es un nacionalismo o separatismo reaccionario que tiene, en este caso, su origen en los "problemas planteados por las clases bien asentadas en el poder económico y político". Efectivamente se libra una lucha entre una parte del poder

político local (entendemos nosotros aquí el concepto de poder en el sentido de que una de las partes del entramado social local ha ejercido su voluntad, contraria a otras partes que se le oponen, valiéndose de métodos coercitivos) y otros sectores sociales que se organizan como grupo de presión⁽²⁵⁶⁾. Los efectos empiezan a hacerse notorios: el gerente, Dr. Casals Punti, abandona su puesto en los primeros meses del año siguiente.

2. Crónica del Conflicto

El discurrir del conflicto, su crónica, nos parece un aspecto esencial de nuestro trabajo en la medida que representa un momento en el que se agudiza el antagonismo de las fuerzas en pugna y los factores que las determinan se hacen más aparentes o manifiestos. Tuñón de Lara dice que "el estudio de los conflictos y de sus factores, a todos los niveles, constituye hoy la parte central e indispensable de la ciencia histórica"⁽²⁵⁷⁾. Estudiaremos en este apartado el comienzo, evolución y la solución del conflicto; la actuación de una de las partes: los médicos becarios, así como las implicaciones y solidaridades que suscitan. En los apartados siguientes nos iremos ocupando sucesivamente con el análisis de la otra parte: La Administración, a través de sus diversos organismos. Concluiremos tras revisar la participación de otras instituciones profesionales (Colegios Médicos, Sociedades

científicas, etc.). Redactaremos posteriormente otro capítulo examinando el reflejo y tratamiento que se conceden los medios de difusión y analizando las posiciones ideológicas que reflejan y sus vinculaciones.

2.1. Comienzo del Conflicto.

A la petición del aumento de la beca, solicitado en noviembre de 1970, no hubo respuesta hasta los primeros días del mes de marzo de 1971, en que los becarios reciben una comunicación desairada del Consejo rechazando sus peticiones. La Administración fundamentaba su negativa en lo siguiente: "son becarios, están aprendiendo, y eso ya es una forma de remuneración"; "además el Consejo no tiene dinero para hacer frente a esos aumentos"(258).

La contestación llega en un momento en que la tensión se había agudizado debido a dos acontecimientos: la muerte por accidente en el HGA de una médico-residente y el intento, por parte de la gerencia, de expedientar a la representante de los becarios del h.p. El primer hecho puso al descubierto con toda crudeza la desprotección social en que se encontraban estos médicos; pues al carecer de contrato, el siniestro no fue reconocido como accidente laboral. El segundo sirvió para aglutinar a todo el grupo en una respuesta de defensa solidaria, amenazando con el paro, lo que hizo retroceder al gerente y les reveló la fuerza que poseían(259).

Así las cosas el 5 de abril remiten un nuevo escrito a la gerencia, expresando su desacuerdo con las razones aducidas por el Consejo y se reafirman en sus peticiones. Catorce días más tarde pasan a la acción: "... consideramos inútil continuar pidiendo o solicitando en los términos hasta ahora empleados... si no se resuelven favorablemente nuestras peticiones en el plazo de 72 horas iniciaremos un paro total"⁽²⁶⁰⁾. La Administración hace caso omiso del ultimatum, responde con intimidaciones y apelando a una ética profesional ajena a los valores de los nuevos médicos, porque responde al carisma y a la ideología de la medicina liberal: "...espero del concepto de responsabilidad, que la profesión médica imprime..."; "espero que adeopten posturas dignas del Cuerpo y de la profesión a que pertenecemos"⁽²⁶¹⁾. La huelga se inicia.

2.2. ¿Cómo se organiza y se dirige la lucha?

Los médicos estudian y discuten su situación en asambleas. Deciden que una vez analizado en profundidad todo el tema las decisiones se tomarán mediante el voto de la asamblea que tendrá carácter vinculante. Al decidir emplear otro método de acción, hacen una serie de consideraciones y valoraciones que se resumen en lo siguiente: "era necesario centrarse en las reivindicaciones económicas porque era lo más concreto y lo que más aglutinaba; había que fijarse un objetivo claro, cuya necesidad era evidente y

su solución fácil. Una vez alcanzado ese objetivo, se podrían abordar otros. "Elegimos la amenaza de paro porque ya había sido eficaz anteriormente --cuando se intentó expediantar a nuestra representante--, pero también porque era la mejor manera de demostrar nuestra situación. La Administración no reconocía nuestro trabajo. ¡Son becarios, respondían! El mejor modo de demostrar nuestra situación laboral, de demostrar lo que hacíamos, era dejar de hacerlo" (262).

Se somete a votación la decisión de ir a la huelga y es aprobada por 16 votos a favor y 3 en contra. A partir de ese momento organizan los contactos con la Administración siempre a través del representante o de comisiones elegidas con ese propósito; se trataba de evitar presiones individuales que pudiera afectar la cohesión del grupo. Se estudia toda la operación informativa, estructurándola en tres niveles: a los médicos adjuntos y jefes del propio hospital, a la opinión pública a través de la prensa y a los compañeros del resto de hospitales mediante boletines informativos enviados directamente. En la prensa local explican a la opinión pública los detalles de su situación y los factores que les impulsan a tomar esas decisiones, cuidándose de resaltar la labor asistencial realizada por el hospital (263). A lo largo del conflicto enviaron información completa a más de 100 hospitales y mantuvieron además constante información a través de la prensa.

Una vez que se extiende el conflicto y se constituye la

Coordinadora de MIR (Conjunto de médicos internos y residentes de los diversos hospitales que se organizan en una plataforma), los representantes de ésta asumen la dirección y estrategia del conflicto. La lucha pasa a estar más coordinada y estructurada, se perfecciona la organización y los métodos de análisis y trabajo, evidenciándose en el tratamiento de la situación mas elementos políticos. Pensamos que puede ser ejemplificador en este sentido, reproducir el contenido del primer parte que se emite con motivo de la huelga que se reanuda en junio:

"1. La huelga comienza el viernes día 4

....

3. De las cartas enviadas a los Organismos oficiales se enviarán notas a la prensa

4. Los comités de huelga de cada hospital deberán quedar perfectamente establecidos

5. La información saldrá de la Coordinadora, y llegará a ella, de 9 a 11 de la mañana y de 21 a 23 de la tarde, cada día

6. La información saldrá de la Coordinadora en forma de parte escueto idéntico para todos los hospitales

7. El responsable de recibir la información de la Coordinadora recibirá el parte mediante cinta magnetofónica por teléfono, a fin de evitar errores de interpretación

y abreviar tiempo

8. El responsable de dar información a la Coordinadora lo hará en forma escueta, concretando sobre los siguientes puntos: a) información sobre miembros del "staff". b) eficiencia de la cadena de información. c) medidas represivas. d) esquiroles. e) prensa. f) combatividad.

9. El responsable de la información remitirá a la Coordinadora los recortes de la prensa diaria.

10. Se intentará movilizar a otros sectores (intelectuales, personalidades civiles y religiosas, etc.) con declaraciones de solidaridad⁽²⁶⁴⁾.

2.3. Extensión del conflicto.

La conflictividad va propagándose a través de diversos medios. Empezaremos por el más próximo, por el propio hospital.

2.3.1. Hospital Psiquiátrico de Oviedo. Ya apuntamos en otro lugar que la falta de solución a ciertos problemas había llegado a crear un clima de insatisfacción y descontento entre los médicos de plantilla.

Los médicos adjuntos conocían muy bien las tareas asistenciales que estaban desempeñando los becarios; existía entre ellos, además, unas relaciones muy cordiales y en algunos casos afinidades ideológicas. Así pues los adjuntos no dudaron en apoyar la causa de los residentes, que de alguna manera venía a reac-

tivar otras cuestiones latentes en el seno de la plantilla médica. La actitud del gerente amenazando con prescindir de los becarios y sustituirlos por médicos de guardia suponía, por una parte, una grave amenaza al nivel asistencial del centro, extremo al que los médicos muy sensibles, puesto que daba gran sentido a su "razón de ser en el hospital"; por otra, evidenciaba una vez más, y, de forma muy clara, que se tomaban decisiones que afectaban al hospital y a la propia situación de los médicos, sin contar en absoluto con su opinión. Estos aspectos se expresan en la carta que los médicos adjuntos dirigen al presidente de la Diputación, Gerente y jefes clínicos: "...consideramos que los médicos residentes son necesarios para continuar manteniendo el buen nivel asistencial, científico y docente, ...la crisis actual despierta en nosotros sentimientos de frustración que disminuyen los incentivos y afectan seriamente a nuestra sincera motivación para continuar nuestro trabajo"(265).

Los Adjuntos exponen sus decisiones a los jefes y se promueve una actuación colectiva a través de las reuniones de la División Médica y de la Junta Facultativa. El conflicto y la necesidad de intervenir en la búsqueda de soluciones refuerza la cohesión de la plantilla médica. En una Junta Facultativa se decide que los cargos de director médico y presidente de la comisión de estudios, que hasta entonces eran puestos de confianza de la Admi-

nistración, sean puestos a disposición de la J.F., que ha de re-frendarlos pasando así a ser cargos de confianza de la División Médica. Esta decisión se comunica al presidente del Consejo conjuntamente con un escrito en el que se le pide una reunión para tratar el conflicto y en el que se añade: "...ante la toma de medidas drásticas, como sería la rescisión de la beca de los médicos residentes, sin consultar ni tener en cuenta la J.F., el cuerpo médico está unánimamente decidido a, siguiendo los trámites legales necesarios, presentar la dimisión de sus cargos respectivos"(266).

El conflicto incrementa en los médicos la necesidad de disponer de cauces de información y participación, por eso se solicita una reunión entre una delegación de la J.F. y otra del Consejo, sin la presencia del gerente, para discutir la institucionalización de una comisión mixta (Consejo/Hospital) con funciones informativas y asesoras.

El Consejo respondió a todas esas peticiones con la convocatoria de una reunión conjunta con los médicos del HG y de la que se excluyó a los becarios del HPO, por su postura de huelga. La intención parecía clara: diluir el problema del HPO y aislar a los becarios del mismo. Durante ella el director del HPO pidió la palabra para interrumpir algunas afirmaciones gratuitas que estaba haciendo el presidente del Consejo de Administración. Le fue

negada la palabra lo que motivó que todos los médicos del HPO y la mayor parte de los residentes del HG abandonaran la reunión (267).

Todos los hechos anteriores y la actitud del director médico de solidaridad implícita con la causa de los becarios, lleva al Consejo a decretar la destitución del Dr. Montoya como director. La reacción del resto de los médicos fue de protesta enérgica que intentaron expresar a través de un escrito. Se produce entonces un fraccionamiento entre los médicos, que por otra parte ya se adivinaba; el encargado de laborterapia Dr. Reyes y el Dr. Martínez Sierra, no firmaron el escrito y empezaron a adoptar una actitud distanciadora del resto de los médicos, realizando el primero, maniobras e intimidaciones para que las actitudes de protesta no progresaran. El conflicto no vino por otra parte más que a delimitar abiertamente las pugnas y divergencias existentes entre algunos jefes. Ahora el grupo más vinculado a las corrientes francesas, en especial al Dr. Tosquelles, no subscribe las actitudes de la mayoría, pasando a adoptar una actitud más conservadora y de entendimiento con la Administración.

En cuanto a la participación del personal no médico hay que tener en cuenta que el conflicto y sus reivindicaciones tenían un carácter primordialmente estamental; era el conflicto de un grupo profesional. Por esto la participación de este personal

tenía que darse en términos de solidaridad. Había cierta sensibilidad para que esta se produjera, la Administración era el enemigo común, contra la que los enfermeros ya habían luchado, contando en aquella ocasión con el testimonio solidario de los médicos becarios. Por otra parte el personal enfermero era un soporte en el que se apoyan los becarios que llegan al hospital, para resolver algunos problemas y obtener información; esa especie de dependencia inicial acerca al mismo tiempo las relaciones. En los primeros días se produjeron unas notas escuetas de los psicólogos y asistentes sociales solicitando que no se tomaran medidas represivas contra los médicos. El personal de enfermería participó mediante una carta de solidaridad que expresa una evidente vinculación afectiva con el problema: "...hemos visto en la prensa... un artículo en el cual se habla de vuestros problemas, así como lo habíamos hecho nosotros anteriormente. Nosotros como auxiliares que colaboramos con vosotros podemos dar fe de que vuestras pretensiones son justas,... Hoy se nota vuestra falta, vuestra actividad y dinamismo, vuestro trabajo que estabais desempeñando con sumo esmero y abnegación... Contais incondicionalmente con nuestro apoyo"(268).

2.3.2. La participación del Hospital General de Asturias. El eco que el conflicto produce en el HGA sirve para reactivar también problemas allí existentes. De un modo esquemático los podríamos

resumir en dos grandes grupos: a) los ligados a la falta de participación y a las dificultades de comunicación de los médicos con el Consejo de Administración; b) los derivados de la implantación de una nueva política sanitaria que se apartaba de los objetivos iniciales. El mismo presidente del Consejo Sr. Siro Arribas, en la reunión mantenida con los médicos, dejaba entrever la importancia de esos problemas: "... no ignoro las dificultades que se presentan con motivo de las prórrogas de los contratos, que por ser temporales ofrecen dificultades de seguridad. La buena marcha del hospital se ha ido deteriorando debido al mal ambiente forjado en el exterior"(269).

Los médicos residentes del HG son los primeros que se solidarizaron con el conflicto del h.p., a través de escritos públicos. Luego participaron en la huelga como los de los demás hospitales españoles.

Algunos de los jefes del HG, más identificados con los objetivos iniciales de la reforma sanitaria, explicaban, ante la nueva situación, las condiciones necesarias para poder seguir adelante: "... dedicación completa del personal facultativo, obteniendo a cambio una remuneración suficiente para que no sea necesario pluriemplearse; comités de credenciales que supervisen y decidan la admisión de los nuevos componentes del equipo médico; comisión mixta para institucionalizar el diálogo cuerpo médico/Ad-

ministración para el buen gobierno del hospital; comisión de control y calidad que vele en todo momento por el perfecto y mas rentable funcionamiento del centro"⁽²⁷⁰⁾. En opinión de estos jefes el conflicto del psiquiátrico tiene un denominador común con su situación "que es el enfrentamiento entre la organización hospitalaria tradicional, que entienden se quiere institucionalizar con disposiciones oficiales (se refieren al anteproyecto de la SS), y la concepción y exigencias de una medicina moderna, representada en este caso por los dos hospitales de Asturias y algún otro centro del resto de España".

El cambio de presidente de la Diputación y la presión que ejercen los sectores que quieren modificar la estructura sanitaria que se venía siguiendo, empiezan a tener consecuencias concretas. En un pleno de la Diputación se afirma que "... el futuro del HG está en su ordenamiento económico o acabará con los presupuestos de la Diputación"⁽²⁷¹⁾. Por otra parte al abandono del gerente, sigue el cambio del director médico del centro, sustituido por una persona, el Dr. Junceda, más enraizada en los sectores e intereses de la medicina asturiana y que en opinión de gran parte de la plantilla médica del centro, no representa ni asume la filosofía asistencial en la que se fundamentó la organización. Estos hechos provocan tensión e inquietud entre los médicos de plantilla. Se celebran asambleas, se dirigen escritos al órgano de Ges-

ción y finalmente hacen público uno con cuarenta firmas de los jefes y de los adjuntos mediante el que pretenden dar respuesta a algunos de los problemas planteados señalando las deficiencias: "... la gestión administrativa del HG no ha sido llevada todo lo inteligente y racional que exige una empresa moderna; hubo falta de comunicación y representatividad. Todo hospital moderno constituye una institución dinámica y por tanto evolutiva. Las normas establecidas inicialmente cumplieron un papel en su momento, posteriormente necesitaban claras modificaciones. La falta de comunicación entre los médicos y el Consejo de Administración evitó toda posibilidad de introducir modificaciones y cambios... Una de las mas graves consecuencias de esta falta de comunicación fue la ignorancia total que el Consejo tenía de la labor realizada por los residentes en hospital moderno. Los residentes no son estudiantes, son médicos con responsabilidad progresiva que prestan una asistencia médica para el funcionamiento del hospital... Otro ejemplo catastrófico es la imposición de un director médico desoyendo el sentir expresado en múltiples ocasiones y formalmente manifestado en la asamblea, de que para la designación de tal puesto debe tenerse en cuenta el sentir y la opinión de todos los médicos que trabajan en el hospital"(272).

La problemática del hospital general evidencia en esencia los mismos problemas que en el psiquiátrico: el alejamiento

de los médicos de los centros de decisión; la ejecutiva que al ser desplazada del poder deja a aquéllos desprovistos de instrumentos de defensa. La ausencia de participación se denuncia repetidamente en uno y otro centro, el desplazamiento del poder se ha constatado con el cambio de presidente y con el desmonte progresivo de sus piezas ejecutivas.

2.3.3. Extensión del conflicto al resto de los hospitales españoles. A lo largo de 1970 la tensión en la sanidad se aglutinó en torno al proyecto de reestructuración de la SS. En el grupo de los médicos empieza a romperse la unidad corporativista y a manifestarse opciones y posturas encontradas. Dice una revista que analiza la situación conflictiva: "en ninguna parte, como aquí, se ha glosado tanto la analogía médico-sacerdote. Su concordancia con el estblishment, por consiguiente, era absoluta... Y hete aquí que, de la noche a la mañana, grupos de médicos, preferentemente psiquiatras y preferentemente jóvenes, pusieron una pica en Flandes y comenzaron a separar el día de la noche, las aguas de la tierra, y se hizo un poco de luz"⁽²⁷³⁾.

Las tensiones empezaron a reventar y en marzo de 1971 un grupo de 220 médicos del Hospital Clínico de Barcelona, acuden a un paro para solucionar los problemas que tiene planteados el centro, que son los mismos que tienen tantos otros centros.

Los médicos del seminario de médicos internos y residen-

tes, que habían formulado sus propuestas para la reestructuración de la SS no tenían ninguna seguridad de que sus peticiones fueran consideradas. El proyecto se estaba discutiendo al margen de ellos y con la suficiente reserva para que no trascendiera lo que no interesaba que se conociera. En este sentido el conflicto del HPO actuó como detonador. Así, cuando se inicia el primer paro de los médicos en los diversos hospitales se fundamenta de la siguiente forma: "... por nuestra parte hemos llegado a esta situación de paro ante las confusas y contradictorias informaciones que hemos recibido de los dos organismos de la Administración consultados y ante la certeza de que el nuevo plan de ordenación lleva implícito el principio de propiedad definitiva del puesto". Insisten una vez mas en sus peticiones: dedicación completa, abolición del principio de propiedad de plaza, proponiendo en su lugar contratos renovables, cuya regulación se arbitre por comités representativos. A esta situación se sumó el problema planteado por los médicos de Oviedo. El resto de los médicos residentes opinaban al respecto: "el considerar al médico residente como becario y limitar su labor al simple aprendizaje, supone un desconocimiento de su función en el hospital... La demanda que tienen estas plazas, como constata el presidente de la Diputación de Oviedo, únicamente refleja una situación de escasez de puestos hospitalarios destinados a los postgraduados"⁽²⁷⁴⁾. Ciertamente los médicos de Oviedo-

do habían planteado unas exigencias que estaban latentes en el ánimo de los compañeros del resto de hospitales. En este sentido es clarificador el escrito que, en respuesta al Dr. Lafuente, emiten los médicos barceloneses (del Hospital San Pablo y Residencia): "las causas del conflicto radican en que hasta la fecha figuramos en los centros... sin derechos sociales, con una mínima dotación económica y sin contrato. Cualquier trabajador, incluso temporal, tiene un contrato y unos derechos laborales. Como médicos nos duele que durante años hayamos estado marginados no sólo de los más elementales derechos laborales, sino también de los docentes, ya que gran parte de nosotros somos autodidactas por la falta de dedicación a la enseñanza de nuestros mayores, debido al pluriempleo, consultas particulares, etc.... Queremos recordar que se informó hace un año al presidente del Consejo General de Colegios de Médicos, Dr. Lafuente, de la necesidad de que la modalidad médica de internos y residentes fuera reconocida... transcurrido este tiempo desconocemos oficialmente que el Consejo haya hecho gestión alguna a este respecto"(275).

Se debatía ahora la situación de postgraduado; pero implícitamente, también el futuro como especialista o profesional, problema que como ya hemos visto era muy sentido por los becarios de Oviedo. En relación con el conflicto, Tribuna Médica comentaba: "... nos parece que lo esencial es esto: después de 4 años de

internado-rotatorio no tienen un centro o lugar adecuado donde ejercer... pero además no todos los estudiantes ni mucho menos encuentran plaza para completar su formación en un plan de internado rotatorio. Los cálculos más optimistas dicen que en España hay 500 de estas plazas --en 1970 hubo al parecer 200-- y se estima que serían necesarias alrededor de dos mil... En definitiva se vive una situación paradójica: el país necesita más médicos para conseguir un buen nivel asistencial y los nuevos médicos no encuentran sitio en el país"(276).

Como se puede deducir de todo lo anterior el terreno estaba preparado para que la chispa que saltó en Oviedo encendiera el fuego a nivel de todo el estado. Así se entiende en el análisis que se hace en Triunfo al estudiar la solidaridad que despertó el conflicto: "... tenía al mismo tiempo el carácter de crisis piloto de una situación estructuralmente incorrecta que afecta a la condición de residentes de todos los médicos de España. Las cuestiones en litigio en Oviedo... están en mayor o menor grado en todos y cada uno de los milquinientos médicos internos y residentes parados..."(277).

2.3.4. Participación de los médicos de plantilla de otros hospitales. Se produce una participación solidaria fundamentalmente entre los médicos de hospitales que tienen un mayor nivel técnico asistencial. Son aquellos que están inmersos en toda la complejidad

tecnológica y organizativa del hospital moderna los que sienten la necesidad de desarrollar nuevas opciones sanitarias que están implícitas en la lucha que mantienen los MIR. Así, se produjeron actitudes y escritos de solidaridad por parte de la plantilla de la Fundación Jiménez Díaz, del Hospital clínico de Madrid, de la Paz, del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, etc. Precisamente los médicos de este último destacan en su escrito la identidad de criterios que les une con los MIR y que son entre otros: "... medicina igual para todos y sin distinciones sociales, medicina hospitalaria planificada a distintos niveles y acorde con los recursos económicos..., unificación de los organismos rectores de los hospitales; necesidad de la plena dedicación e incompatibilidad con cualquier otra; que el trabajo y la categoría científica sea el único determinante de la continuidad en los cargos negando un carácter vitalicio y siendo la propia corporación médica supervisada por los organismos disciplinarios en la gestión hospitalaria la que los valore"(278).

2.4. Repercusión y solidaridad en otros sectores sociales.

El conflicto tuvo una notable repercusión en otros sectores no sanitarios. La magnitud de esa repercusión social puede ser evaluada partiendo del tratamiento y atención que le dedica la prensa, lo que analizaremos en otro lugar. Hay sobre todo una reacción de los sectores con mayor sensibilidad a la problemática

sociopolítica y en aquellos que resultan afectados de forma inmediata por las consecuencias del conflicto. Este es el caso de los pacientes, de sus familiares y de las asociaciones de exalcohólicos, que hicieron público testimonio de su adhesión a los médicos, al mismo tiempo que, como parte interesada en la marcha de la asistencia, solicitaban la resolución inmediata de los problemas planteados. Las causas y las consecuencias del conflicto son también discutidas y analizadas entre los grupos más avanzados de los trabajadores y en las plataformas culturales ciudadanas (clubs culturales). Los trabajadores expresan su solidaridad introduciendo elementos nuevos que potencian la dimensión política del conflicto. En general todos los análisis procedentes de esos medios son coincidentes en dos aspectos: el conflicto evidencia la asalarización de que son objeto esos médicos, y revela que un amplio grupo de profesionales "... está sujeto también como nosotros a unas relaciones de dependencia del capital, y en ese sentido se destacan los puntos coincidentes actualmente y los que pueden desarrollarse... para aunar esfuerzos hacia objetivos comunes" (279).

De otro lado las reivindicaciones aun siendo esencialmente profesionales llevan implícitas transformaciones sanitarias y elementos políticos que convergen con los intereses de los trabajadores y de la gran población en general. Son estas cuestiones

las que desencadenan la solidaridad de los más diversos trabajadores: mineros, jubilados, trabajadores del metal, de artes gráficas, etc. Una dimensión singular de esa solidaridad es la realizada por el Comité de solidaridad obrera de Asturias, que incluye en su Fondo de Solidaridad a los 20 médicos becarios de Oviedo, a los que ayuda con 20.000 pesetas: "en los últimos meses los movimientos de profesores interinos y los de los médicos residentes son un ejemplo de cómo se extiende la conciencia obrera... Porque es así y lo será cada vez más, acogemos hoy en este fondo de solidaridad a los veinte médicos represaliados del HPO. Son veinte compañeros que luchan por una medicina al servicio de la sociedad y no al servicio de una clase..."(280). También comparecen en esta situación los testimonios de clubs culturales y profesores; pero quizá convenga destacar en este aspecto de la solidaridad ciudadana la carta suscrita por 114 profesionales diversos de Asturias, en la que se analizan algunos aspectos esenciales de la situación: "... sorprende igualmente la intransigencia con que se ha cerrado el paso a la satisfacción de las peticiones de los médicos becarios. El logro de sus aspiraciones hubiese supuesto 900.000 pesetas anuales en un presupuesto que supera los 290 millones... ha llegado el momento de que la justicia se anteponga al principio de autoridad"(281).

2.5. Evolución, solución y logros del conflicto.

El conflicto que se inició el 22 de abril perduró hasta el 15 de junio. Durante este período los médicos entraron tres veces en paro a nivel de todo el país. Asimismo la Diputación de Asturias a través de sus diversos organismos (Organo de Gestión de los Servicios Sanitarios, Pleno de Diputación, etc.) decretó por tres veces la expulsión de los becarios.

Las huelgas van contando progresivamente con mayor participación y teniendo más eficacia. Unas veces se facilitaría su reactivación por la frustración de unas negociaciones iniciadas, otras sería la propia Administración la que con sus declaraciones --ver el apartado dedicado a la Administración-- avivaría los ánimos y aglutinaría a los médicos. La primera huelga a nivel nacional se inició el 6 de mayo, 15 días después de que los médicos de Oviedo iniciaron su paro y después de que depusieran su actitud, durante 3 días, para favorecer negociaciones; participan en ella 19 hospitales y alrededor de 1.500 médicos. En este momento el objetivo fundamental que anima a tantos hospitales es la oposición a los términos en que se elabora el proyecto de reestructuración de la SS., al mismo tiempo que se manifiesta la solidaridad con los becarios de Oviedo. En las acciones posteriores la solidaridad y las reivindicaciones de los médicos de Oviedo pasaron a ser el móvil fundamental. El segundo paro comenzó el 14 de mayo ce-

sando a los pocos días. Finalmente el 4 de junio se inició por tercera vez un paro en el que participaron alrededor de 25 hospitales y dos mil médicos.

La capacidad de respuesta y organización se fue perfeccionando. Ante la falta de cauces de participación válidos y eficaces los médicos se dotan de instrumentos propios y desautorizan la mediación del Colegio, agudizándose así la confrontación entre los "médicos instalados" y los médicos jóvenes (desarrollaremos este aspecto más extensamente cuando tratemos de la participación del Colegio). El conflicto pasa por momentos difíciles, se ejercen presiones de diversos órdenes que intentan dividir a los médicos y cortar el movimiento. Uno de estos momentos se da en los últimos días cuando se les ofrece unas negociaciones y la solución del conflicto si renuncian a la defensa del Director médico del HPO, Dr. Montoya. Esta situación obligó a la Coordinadora a un largo debate en el que se estudió cada uno de los elementos que en ella incidía, analizando el por qué la Diputación hacía de la cuestión del director un punto inflexible: "... el Dr. Montoya no sólo se manifiesta apolítico⁽²⁸²⁾ sino que lo es. En este sentido no se comprende que la Diputación de Asturias oponga tan fuerte resistencia a su reposición... Pensamos que la verdadera razón de que se le excluya de la oferta recibida es que dicha oferta ha sido hecha para no ser aceptada". Analizan en el comunicado que emi-

ten las actitudes que se podrían tomar: "a) abandono del Dr. Montoya; b) rechazar la negociación propuesta; c) separar tácticamente ambos problemas". Finalmente la Coordinadora hace a los hospitales la siguiente propuesta: "Negociar con la Administración en las siguientes condiciones:

- presentación de la solicitud propuesta, por parte de los residentes del HPO,
- presentación de un escrito de los residentes del HPO pidiendo la reposición de su director,
- envío de telegramas individuales de cada MIR de España al presidente de la Diputación de Oviedo, solicitando la readmisión de sus compañeros y la reposición del director,
- extensión de estos telegramas individuales a todos los contratados y a otros sectores sociales. El propósito es inundar de telegramas la Diputación de Asturias antes de las cinco del martes,
- esperar, en vista de esto, la decisión del Consejo de Administración del martes en Oviedo. No deponer el paro hasta que los residentes no sean readmitidos, cosa que comunicará la coordinadora"(283).

Esta propuesta se produjo el mismo día que los diez médicos de la plantilla del HPO presentaron su dimisión. La situación en el centro se había agudizado, el deterioro asistencial,

que los médicos denunciaron repetidamente, creaba ya un evidente malestar, y ante la falta de perspectivas para una solución se recurrió a otras medidas de presión. Si bien es cierto que la dimisión de los médicos surgía fundamentalmente como una medida más de presión, sirve también para expresar de alguna manera la subjetividad de los médicos de plantilla. Traduce al mismo tiempo que su desánimo, una dificultad para usar métodos de lucha de clase (la huelga no era asumida por la mayoría de ellos) y el gran componente ético que contiene su planteamiento del conflicto⁽²⁸⁴⁾. De todas formas la misma actitud ante la dimisión decanta las posiciones; así de los 13 médicos, sólo la firma 10: el Dr. Montoya que pedía ser repuesto, no estimó oportuno presentar su dimisión; los otros dos, Dr. Rodríguez Reyes y Dr. Martínez Sierra, se habían distanciado de las posiciones del resto de la plantilla y pasaron a ser miembros de confianza de la Administración.

La solución llega acompañada de unos cambios de conducta premonitorios por parte de algunas instituciones que median en la lid.

Finalmente el día 15 de junio, tras una reunión del Organismo de Gestión de los servicios de la Diputación que duró mas de 10 horas, y a la que asiste el presidente de la Diputación y el Gobernador civil de la provincia, surge la solución. Se dice también que ese mismo día llegaron a la Diputación mas de mil tele-

gramas⁽²⁸⁵⁾.

La situación se termina reponiendo al director médico, anulando las sanciones de los becarios e invitando a los médicos de plantilla a que, ante el cambio de circunstancias, reconsideren su escrito de dimisión⁽²⁸⁶⁾. Al mismo tiempo se acuerda crear una comisión mixta (Consejo, jefes clínicos y becarios) para estudiar las peticiones, que vienen a ser facilitadas por la disposición del Ministerio de la gobernación (BOE 5-8-71) que regulan la situación jurídica de los médicos residentes de las instituciones dependientes de ese ministerio⁽²⁸⁷⁾.

Lo que empezó siendo un conflicto profesional y reivindicativo terminó adquiriendo una significación mucho más amplia. Plantea abiertamente la crisis dentro de este grupo social que se manifiesta a través de la defensa de formas de práctica enfrentadas y de la ruptura dentro de la corporación médica. Los médicos jóvenes se enfrentan a los privilegios y al paternalismo de los mandarines de la medicina liberal. Solicitan unas condiciones (contrato laboral, salarios fijos, seguros sociales) que los define con profesionales asalariados; emplean unos métodos de lucha: la huelga, declaración de conflicto colectivo (normativa de exclusiva aplicación a los trabajadores) que los alejan del carisma del profesional liberal y los acercan al resto de los trabajadores. Por otra parte el conflicto actúa como un elemento revulsivo

que ayuda a desvelar las deficiencias estructurales que subyacen en el sector de la sanidad y en particular en la asistencia psiquiátrica.

Los planteamientos que surgen en torno a la SS, la dimensión que introducen algunas solidaridades, la falta de libertades y de instrumentos representativos que se hacen evidentes a lo largo del conflicto, y, finalmente, el hecho de que una Administración pública, empeñada en mantener por encima de todo el principio de autoridad, se vea obligada a ceder --fenómeno excepcional en nuestro período de dictadura-- dió a todos estos acontecimientos claras connotaciones políticas.

Así pues el conflicto se plantea, y termina siendo, un conflicto ofensivo que conquista posiciones nuevas y ventajosas: "... se pedía en principio un aumento de la cuantía de la beca. Se consiguió: a) Un contrato, elaborado con nuestra participación que incluye:

- remuneración en los términos solicitados
- seguros de previsión social y asistencia médica

b) Un plan de enseñanza teórico práctico, cuyas bases quedan definidas en la normativa y en cuya elaboración participamos los médicos residentes.

c) Casi inmediatamente la normativa de los residentes se ha hecho extensiva a los MIR del HGA y a todos los establecimientos depen-

dientes de las Diputaciones por el decreto-ley del Ministerio de la Gobernación.

d) En la SS, tras la reestructuración, los MIR tienen también la misma consideración jurídico-laboral"(288).

3. Respuesta y comportamiento de la Administración

Revisaremos en este apartado la actitud y la respuesta de todos aquellos organismos, provinciales o estatales, directamente ligados a la Administración o al aparato de estado y que de alguna manera han tenido participación o han sido interpelados por el conflicto.

3.1. La Diputación provincial y sus Organos de Gestión.

La actuación de la Diputación a lo largo de este conflicto revela un aspecto que nos parece esencial: siendo ella la responsable última de la marcha y gestión de los servicios sanitarios, la gran mayoría de los diputados manifiestan un gran desconocimiento de los elementos que la nueva organización conlleva, así como de las condiciones en que se encuentran sus técnicos y trabajadores. "La mayoría de los diputados se enteraron ese día de detalles como la cuantía de la beca, situación de estudios, etc."(289).

Es asimismo patente la ignorancia que evidencian respecto a las implicaciones que conlleva la nueva organización tanto

por lo que atañe a la asalarización de los profesionales como a los nuevos términos en que se plantea la docencia. Para los máximos responsables de la Diputación la docencia sigue siendo una cuestión de relación maestro/alumno alejada de la práctica y ajena al trabajo en equipo. Una especie de acto pasivo en el que "el residente es enseñado", por lo que debe quedar agradecido. Así parece desprenderse de las manifestaciones del presidente de la Diputación y del Consejo de Administración y de las de algunos diputados: "...estos médicos vienen a aprender... el principio es claro: los becarios están en una etapa de aprendizaje" "...la única misión de los mismos (se refiere a los residentes) es la de ser enseñados y luego recibir el diploma, que es una garantía para su futuro profesional y que se aduce como mérito para oposiciones..." "...según la teoría de los residentes también podrían ponerse en paro los becarios de la Universidad" (290).

Pensamos que respecto a esta actitud podrían formularse dos hipótesis: a) o bien los miembros de estas instituciones entienden su presencia en ellas como un acto formal y de "representación", y no ven por consiguiente la responsabilidad de conocer la situación que les depende y sobre la que toman decisiones; b) o bien el presidente anterior consideró los servicios sanitarios como una "obra" tan personal que los pormenores de la organización no llegaban hasta los diputados. El mismo presidente del Con-

sejo exclamaría: "¡no sabía que en el hospital hubiera tantos líos!".

Sin embargo el comportamiento de la Diputación en este sentido es contradictorio, pues mantiene que los médicos están allí para aprender y al mismo tiempo les acusa de abandonar su trabajo, enjuiciando esa actitud con los valores éticos que fundamentan la imagen "sacralizada del médico": ¿Cómo es posible que unos médicos quieran abandonar el servicio teniendo al cuidado enfermos? "No se cómo por su formación universitaria han podido llegar a ese final"; "no se puede abandonar a los enfermos... por unas reivindicaciones laborales; hay una falta total de sentido común por quienes la adoptaron"(291).

Nos parece que otro aspecto a destacar es la falta de compromiso de los nuevos directivos con los servicios sanitarios: "los médicos becarios son necesarios pero no imprescindibles. La ley sólo obliga a la Diputación a una situación asistencial, no a una labor docente"(292). Uno se pregunta, ¿dónde queda aquella definición que en los comienzos de la reforma se hizo del hospital, como una institución asistencial, científica y docente?

Cuando se dice que la ley no obliga se está despreciando la ley de Coordinación hospitalaria, con la que posiblemente, el nuevo presidente no sienta ninguna obligación. La misma magnitud de la petición formulada por los médicos no exigía grandes es-

fuerzas de la Diputación para satisfacerla. Como se analiza en el escrito firmado por diversos profesionales, la demanda de los médicos representaba un total de 900.000 pesetas anuales en unos presupuestos que superaban los 290 millones. Hay entonces que suponer que otros factores ajenos al mero problema económico serían los responsables de que la postura se volviera tan rígida y de que se enconara y agrandara el conflicto. Entre estos factores cabe incluir la defensa a ultranza del principio de autoridad; pero también la oportunidad de aprovechar la situación conflictiva para introducir modificaciones en la organización sanitaria. Desde esta perspectiva podría entenderse muchos mejor la postura adoptada respecto al director, que resultó, en cierta manera, incomprendible para la Coordinadora. Es decir, la Diputación aprovecha el conflicto para deshacerse del director médico, para ir descomponiendo las piezas de confianza de la anterior presidencia, e introducir otras, como ya se había hecho en el HGA, que facilitarían el desarrollo de las directrices de la nueva Administración⁽²⁹³⁾.

También recurrió la Diputación de Oviedo a los estereotipos esenciales al régimen franquista y a los sistemas autoritarios en general: cuando un grupo o sector plantea problemas se le considera como un enemigo del estado y de la sociedad, y en vez de debatir si son justas las cuestiones planteadas, se le intenta descalificar con epítetos muy definidos, que sirven al mismo tiem-

po para desvirtuar la esencia de los problemas surgidos. "El asunto se ha politizado mucho", diría el presidente del Consejo; "... la postura de los diputados con respecto a los residentes queda condensada en un no a la subversión" (294). Más explícito aún sería el diputado y procurador en Cortes Sr. Saez de Niera, presidente a su vez de la C.O.S.A.: "...las nuevas convocatorias deberán tener en cuenta en sus bases no sólo la preparación del médico, sino que para su admisión como becario habría que tener en cuenta su historial moral y político... no vamos a admitir, porque esté bien preparado, a un inmoral, a un corruptor de menores o a un comunista" (295). Ciertamente estas declaraciones ejemplificadoras de la "moral del régimen" han suscitado comentarios y rechazo en diversos medios de difusión. Una actitud similar, aunque esta vez puesta en marcha por la vía del rumor desde otros lugares, se adoptó con el director, del que se hacía decir que encabezaba "un movimiento de carácter subversivo" (296). En esta ocasión el mensaje era fácil de leer: se trataba de asustarle para que se fuera o en todo caso de justificar la represión y su sustitución.

La Diputación no disimula que la solución se produce a pesar de sus deseos: fueron necesarias tres huelgas, muchos días de conflicto, la mediación de diversas instituciones y finalmente una reunión de diez horas en la que permaneció durante algunas horas el gobernador civil de la provincia. El comunicado final del

presidente deja sentir el resabio que produce una solución forzada: "...los acuerdos han sido adoptados anteponiendo a todo los intereses de los enfermos... absteniéndose de todo comentario sobre la responsabilidad en la que en conciencia incurren frente a los propios enfermos y a la sociedad, quienes dificultan el normal desenvolvimiento de las instituciones hospitalarias". Lo mismo podría decirse de la ratificación que hace el pleno de la Diputación sobre las condiciones del historial moral y político de los nuevos candidatos (297).

3.2. Gobierno Civil.

Como ya se comentaba en otro capítulo el relevo del presidente de la Diputación se produjo a petición del gobernador civil, lo que mostraba, aparte de otras razones, el desacuerdo entre ambas autoridades. El gobierno civil se mantiene formalmente distante del conflicto hasta el final. A pesar de que la Diputación había ordenado a los médicos que abandonaran su residencia del hospital, no se produjo desalojo ni intervención, en esta ocasión, de las fuerzas del orden. Finalmente el gobernador comparece en la reunión que mantiene el Consejo de Administración y en la que se toma la decisión de dar una solución al conflicto. En este sentido se dijo que él portaba decisiones de la Administración central para que se solucionara aquella situación.

3.3. Dirección General de Sanidad.

Este organismo tuvo una participación importante en el conflicto y a pesar de considerar de justicia las peticiones de los médicos, su actuación se mostró a veces inoperante e ineficaz. Siendo el Hospital psiquiátrico una institución que le estaba subordinada en el orden sanitario, esa inoperancia había que interpretarla como resultado de las contradicciones existentes entre las diversas estructuras de la Administración y del funcionamiento autónomo. El Dr. García Orcoyen manifestó que no había conocido otro paro de médicos en España... y que "...sería incomprensible una huelga de médicos en España"⁽²⁹⁸⁾. A partir del 14 de mayo la Dirección General tomó una parte más activa en la mediación del conflicto; mantuvo entrevistas con los médicos a través del subdirector general y en otras ocasiones fue el director general, quien dialogó con los médicos. En el caso de la Diputación parece que se negó a comparecer a alguna de las reuniones que la Dirección General promovió⁽²⁹⁹⁾. Finalmente será la misma Dirección General de Sanidad la que elaborará la normativa que en forma de orden normaliza la situación de los residentes que ocupan puestos en instituciones dependientes del Ministerio de Gobernación, de las entidades locales o en otras entidades tuteladas por dicho ministerio.

Llama la atención que en el informe anual que el direc-

tor general hace sobre la situación de la sanidad cada año, no exista ninguna referencia a los conflictos surgidos en 1971⁽³⁰⁰⁾. Para el director general los acontecimientos habidos no debieron tener la relevancia precisa para dedicarles alguna atención. Parodiando aquello de la España oficial y de la España real, podemos decir que la sanidad oficial recoge bien poco de lo que ha sido la sanidad real del año 71.

3.4. Organización Sindical. Delegación de Trabajo. Magistratura.

Durante el periodo del conflicto se reúne en Madrid la IV Asamblea nacional de agrupación sindical de médicos de hospitales. En esa reunión se trata de los puntos conflictivos del proyecto de reestructuración de la SS., pero también se estudia el problema de los residentes y en concreto la situación del HPO. La agrupación manifiesta la necesidad de un estatuto laboral para los médicos residentes y respecto a la situación de Oviedo recomienda se plantee conflicto colectivo.

Dos médicos miembros del jurado de empresa del hospital presentan en la Delegación de la Organización sindical en Oviedo la solicitud para que se declare en la empresa conflicto colectivo. La organización sindical da trámite a esa solicitud y promueve un acto de conciliación entre las partes, al que no se presenta la Diputación. Posteriormente pasa la situación a la Delegación de Trabajo que declara improcedente tal solicitud porque en

su opinión: "...el decreto solo comprende aquellas situaciones cuya calificación sea indudablemente de carácter laboral, afectadas por un contrato de trabajo, circunstancias que no concurren en el caso presente..."(301). Los médicos no satisfechos con esa respuesta recurren a la Dirección General de Trabajo que contesta en el mismo sentido que la delegación provincial. Los médicos presentaron también demanda ante la magistratura de trabajo con la intención de que se les reconociera su carácter de relación laboral con la empresa, en cuyo caso las sentencias de la delegación de trabajo tendría que ser modificadas. La Magistratura no llegó a ver la demanda porque los médicos la retiraron ante la solución del conflicto.

4. Organización Colegial: Colegios y Consejo General de Colegios Médicos

Antes de pasar a analizar la participación de estas instituciones conviene apuntar algunos elementos históricos de su vida y de sus representantes.

Los Colegios Médicos fueron también controlados por el nuevo régimen instaurado entre 1936-39. Las directivas dejaron de ser elegidas por los miembros para ser designadas por el representante gubernamental respectivo. De este modo se aseguraba la no contestación a la política sanitaria oficial --fuera del tipo que

fuera-- por parte de un grupo social --los médicos--, con un fuerte espíritu corporativo, perfectamente cohesionado a través de sus Colegios y que habían demostrado durante los años anteriores a 1936 una fuerte capacidad como grupo de presión. Dejamos de lado ahora en qué dirección había caminado su presión y ante que problemas concretos se ejerció.

La vida corporativa de los Colegios de Médicos durante los últimos años, giró en torno a apasionadas luchas para conseguir una auténtica representatividad. En 1963 se celebran elecciones por primera vez después de 27 años. Por lo que respecta al Consejo General ante la presión para que los cargos directivos fueran elegidos, el Dr. Crespo Álvarez renunció a la presidencia, siendo ocupada interinamente por el Prof. Lafuente Chaos. Por fin el 14 de abril de 1964 se celebran las elecciones y sale elegido por un voto de diferencia el Prof. Lafuente que ya permanecería en el cargo hasta el año 1975.

El Prof. Lafuente había estado relacionado con la puesta en marcha del SOE, fue fundador de la Obra 18 de Julio incautándose de la Mutualidad obrera. Se había declarado francamente partidario de las doctrinas nacional-sindicalistas y "no ocultaba su opinión contraria a la persistencia de la organización democrática colegial, que a su juicio debía desaparecer"⁽³⁰²⁾.

La vida médica había vivido ya en estos últimos años mo-

mentos de tensión corporativa. Uno de ellos ocurre en el año 1952. Con motivo de celebrarse el II día del médico en Ávila, tuvo lugar una asamblea en la que se abordaron diversos problemas. Algún medio de información tituló a esa asamblea como "el grito de Ávila". En opinión de Ruiz Heras⁽³⁰³⁾ "...la asamblea fue efectivamente un grito de sana rebeldía que despertó la conciencia adormecida de las corporaciones médicas... y fue como el aviso o presagio de la futura e inevitable rebelión que afectaría 20 años después a las promociones de médicos jóvenes". Otro de esos momentos surge con motivo de la preparación del I Congreso Nacional de Médicos Jóvenes, celebrado en Madrid en 1966: "a última hora, fruto de manipulaciones, el nombre había perdido rango y pasaba de ser congreso a ser coloquio, unas normas improvisadas intentaban limitar la representatividad y la participación... los organizadores decidieron oponerse a las intromisiones. El Congreso estuvo a punto de irse a pique"⁽³⁰⁴⁾.

Tanto la directiva del Colegio de Médicos de Oviedo, como su presidente, el Dr. E. González Menéndez, hombre de la confianza del Prof. Lafuente, y que también como éste llegó a ser procurador en Cortes y vicepresidente del Consejo, no estaban muy entusiasmados con la reforma sanitaria de Asturias. Se hizo sin contar con ellos⁽³⁰⁵⁾, o a pesar de ellos, y en algún momento, como con la puesta en marcha de la sectorización, el Colegio se eri-

gió en defensa de intereses que, en su opinión, podrían ser lesionados por los servicios psiquiátricos de la Diputación. Tanto el presidente del Colegio de Médicos asturiano como el presidente del Consejo General mantienen a lo largo del conflicto una actitud contradictoria y oportunista.

Los médicos del HPO enviaron en los primeros días de Mayo un informe al Colegio de Médicos. No le pedían intervención, sino que simplemente se limitaban a "tenerle objetivamente informado". Los becarios obviamente no veían en el Colegio un cauce válido para la defensa de sus intereses, y de hecho la gran mayoría no estaban ni colegiados. El día 7 de mayo se celebra una reunión en la sede del Consejo General, a la que asiste además de su presidente el Director General de Sanidad. Una noticia da cuenta de que es posible que en esa reunión se hayan tomado decisiones para resolver el conflicto de los residentes. Tres días después los médicos de Oviedo reciben la llamada del Presidente del Colegio de Oviedo, quien tras manifestar que son de justicia sus peticiones, les sugiere que soliciten por escrito la mediación del Colegio. Al día siguiente se persona en Oviedo el Prof. Lafuente. La noticia es reflejada con grandes rotativos en la prensa regional del Movimiento. Cuando tras diversas entrevistas con los médicos ya pensaba el Prof. Lafuente que había resuelto la situación, aquellos le manifiestan que rechazan su intervención. A través de la

prensa, los médicos explicarían su decisión en razón de que no se reponía al director médico y de que no se garantizaba las cuantías económicas exigidas⁽³⁰⁶⁾. En el boletín informativo que enviaron al resto de hospitales agregan: "...el Prof. Lafuente utilizó con nosotros, sobre todo con nuestro representante presiones y amenazas de todo tipo... rechazó de plano la reposición del Dr. Montoya como director... En vista de su actitud intransigente, amenazante y tergiversadora, pensamos que su mediación no sería válida... Quedó bien claro su intento de manijarnos para conseguir que el HPO dejara de ser motivo de unión y solidaridad entre los MIR⁽³⁰⁷⁾.

Los representantes de la organización colegial sufrieron, sin duda, un serio descalabro con el rechazo de los residentes. Pretendían aparecer como el cauce legal que defiende los intereses de todos los médicos y que éstos públicamente aceptan. Perseguían en suma retomar una situación que ya no controlaba, la de los médicos jóvenes, bloquear los instrumentos de participación con que se habían dotado y frenar el conflicto surgido a propósito de la SS., que tanto comprometía al Prof. Lafuente. Tanto el presidente del Colegio provincial como el presidente del Consejo General no disimulan el desaire y pierden el tino en sus declaraciones, dejando entrever claramente cuáles eran sus intereses en el conflicto. El Prof. Lafuente declarararía pocos días después

en Barcelona: "... móviles completamente ajenos a la medicina han dado motivo al injustificado cambio de los becarios". "Si lo que desean es interferir las normas asistenciales últimamente estructuradas, no es posible atender sus peticiones"⁽³⁰⁸⁾. Posteriormente declaró a Radio Nacional de España: "... el problema de fondo de los becarios es el temor que tienen a que la nueva reestructuración de la SS. no les deje posibilidades de ingreso, y están totalmente equivocados, o lo que es peor engañados en su origen... La nueva estructuración de la SS., que espero salga en el próximo consejo de ministros, es una de las mejores del mundo... nosotros pagamos por hacer cursillos y ellos tienen posibilidades de especializarse recibiendo honorarios"⁽³⁰⁹⁾. El tono demagógico y paternalista con que se dirige a los nuevos médicos, "entes inexpertos, que no saben y se dejan engañar", traduce problemas más profundos de la crisis de la corporación médica.

También el Dr. Menéndez avisa por dónde andan sus temores, cuando intentando dividir el movimiento, afirma que el problema de los becarios de Oviedo no tiene nada que ver con los de la SS. y del resto de hospitales⁽³¹⁰⁾. La defensa que el Colegio hace de los médicos se hace intrigante con la argumentación que aduce para no interceder por la reposición del director: "... no creo que pueda hablarse de una destitución... ya que se trata de un cese o relevo en el cargo de confianza. Esta es la razón de

que el asunto del director deba ser tratado de forma distinta al de los médicos becarios... la readmisión del director al cargo es una cuestión totalmente distinta y que no creo que interese ni al propio Dr. Montoya, dada la situación planteada.... Las cuestiones de orden personal... deben merecer distinto enfoque que las de carácter asistencial, en que están en juego el bien del enfermo y la calidad de la institución"⁽³¹¹⁾. Quince días después, enterados, quizás, de que se iba a arbitrar una solución al conflicto, el Colegio quiere capitalizar la solución y da un giro radical dirigiendo un escrito al presidente de la Diputación, que difunde ampliamente, en el que protesta por los antecedentes morales y políticos que se piensan exigir a los médicos y pide la reposición del director y la readmisión de los residentes. Por segunda vez sufre un descalabro. En el comunicado final de la resolución del conflicto, el presidente de la Diputación menciona algunas mediaciones, pero olvida totalmente al Colegio. La indignación que produce al Colegio de Médicos tal actitud le lleva a dirigir un escrito al gobernador civil, en el que reivindica que, al menos, se le deje al Colegio la vigilancia ética y moral de los profesionales: "el Colegio y no otras instituciones, tiene que velar sobre la moralidad de este sector profesional". "Incumbe al Colegio certificar sobre los aspectos de ética profesional y personal que sean exigibles a los solicitantes

de cualquier tipo de trabajo médico"⁽³¹²⁾. Ciertamente se las propias instituciones oficiales no le dejan ni el papel de asegurar el comportamiento ético-profesional de los médicos, atentan contra su razón de ser. La organización colegial ha salido tan mal parada de esta situación, que posteriormente, en otros momentos de tensión, cuando se solicitó su intervención, se negó a hacerlo.

A lo largo de todo este periodo surgen actitudes encontradas y contradicciones entre algunas secciones colegiales y lo más representativo del poder corporativo. Así el Colegio de Médicos de Madrid y el de Sevilla se solidarizan sin indecisiones con los residentes y lo mismo ocurre con las vocalías de médicos jóvenes y las mesas de hospitales⁽³¹³⁾, que ya anteriormente con motivo de los debates de la reestructuración de la SS, habían demostrado defender intereses distintos a los del presidente del Consejo.

Muchos de los aspectos que describimos en este apartado podrían quedar implícitos en la siguiente frase: "... la crisis profesional se hace patente en el instante en que la supuesta unidad corporativa se escinde entre los intereses de una minoría de profesionales que controlan los puestos de trabajo, las tradiciones, la representación y una mayoría de nuevos reclutas que hablan otro lenguaje. Estos últimos sienten una indudable frustración al no ver claro el modelo profesional"⁽³¹⁴⁾.

5. Asociaciones científicas

También las asociaciones científicas de la especialidad median en el conflicto y expresan su solidaridad con los despedidos. La A.E.M.P., dirigió un escrito al director general de sanidad apoyando a los médicos y al director y protestando al mismo tiempo por el nombramiento del adjunto de gerencia como director interino: "... cuya designación sienta un precedente inadmisiblemente que contraviene disposiciones vigentes". Solicitaron asimismo la reposición del director de la S. E.P., la Sociedad de Psicología y Psicoterapia Analítica y la Sociedad de Higiene Mental. Estos testimonios de adhesión suscitaron cierto recelo en la organización colegial.

CAPITULO VII

SITUACION CREADA TRAS LA
RESOLUCION DEL CONFLICTO

VII. SITUACION CREADA TRAS LA RESOLUCION DEL CONFLICTO

El conflicto introduce nuevos elementos tanto objetivos como subjetivos en la vida de la institución. Sin duda se puede decir que la forma de solucionarse el conflicto produjo efectos que desbordaron el marco del HPO y que a su vez se interrelacionan con los acontecimientos que se van a suceder en todo lo que resta del año 1971. Del estudio de este período en sus diversos aspectos nos vamos a ocupar a continuación.

1. Normativa reguladora de los derechos y deberes de los médicos del HPO. La nueva situación jurídica de los MIR.

El conflicto había terminado con la reunión del Consejo y con la producción de un decreto presidencial que dictaba las condiciones para la constitución de la comisión, que habría de participar en la elaboración de la normativa de los médicos. Cuando todo el mundo se las había tan felices, se dejan sentir los rescoldos de la situación superada: en un pleno de la Diputación,

que se celebra el 24 de junio, el presidente de la corporación (quizás con el ánimo de reafirmarse en sus fidelidades ideológicas, a lo que siempre fue proclive) planteó de nuevo que las manifestaciones hechas anteriormente por un diputado, referentes a los antecedentes de los nuevos médicos, había sido mal interpretadas... "...se trata de que para conceder las becas se tuviera en cuenta, en adelante, además de los méritos académicos, sus condiciones morales, por la transcendencia de los contactos personales con unos seres que merecen especial protección por su debilidad". "Se dijo... que naturalmente si algún médico fuera comunista no podría tener acceso a las becas, por la sencilla razón de que el comunismo está prohibido en España. No lo admitiremos bajo ningún concepto". "Estas palabras del presidente fueron ratificadas por los diputados con fuertes aplausos"⁽³¹⁵⁾. Parece evidente que cuando la normalidad había vuelto a sentirse en el hospital, hay un intento de seguir manteniendo latente el cisma. Para ello nada mejor que acudir a uno de los "demonios" que acechan al sistema. El presidente, que a través de esas declaraciones parece considerar a los pacientes como si fueran "menores", asume la protección de los mismos haciendo una llamada para estar vigilantes ante la posible contaminación moral.

La prensa, en general, califica a esa intervención como poco afortunada, algún periódico se extiende en un intento de in-

terpretarla diciendo: "...no encontramos explicación clara a esta actitud, a no ser que la Diputación Provincial le interese no sólo mantener un elevado nivel sanitario de la región; sino también aplicar un riguroso método de profilaxis política... Pero esto sería equivocar funciones"(316).

Los médicos no se dejan provocar por las palabras de la Corporación y se ponen a trabajar en la comisión que elaboraba la normativa sobre sus funciones y deberes. Entre tanto se anuncia que se va a producir una orden de la Dirección General de Sanidad que regulará la situación jurídica de los médicos residentes que ocupen puestos en las instituciones dependientes del Ministerio de la Gobernación y de las corporaciones locales. La disposición aparece en el BOE del 5 de julio. Su texto define el contenido funcional, la posición orgánica la dedicación y el vínculo de estos médicos. Un análisis jurídico del mismo, tomando como elemento comparativo el texto nonato del reglamento de hospitales, hace de esta orden la siguiente descripción: "...la nueva regulación copia literalmente los art. 457 y 458 del reglamento. Es decir que tras nueve años de vigencia de la Ley de Hospitales y seis de "invigencia" del Reglamento, lo único que se ha conseguido es que al fin, en función de un conflicto, se sancionen dos artículos". Sigue analizando las limitaciones de la nueva orden y termina afirmando:

"1, que esta disposición que podía y debería afectar a toda la red hospitalaria nacional, restringe su aplicación a las instituciones hospitalarias dependientes del Ministerio de la Gobernación... con lo que deja fuera de su ámbito a importantísimos sectores, como el de la SS.

2, En consecuencia ni garantiza el derecho de acceso a las nuevas promociones médicas, ni satisface la legítima exigencia social de la comunidad de poder contar con médicos auténtica y completamente formados y experimentados.

3, No fija el porcentaje mínimo de médicos internos y residentes que deberán admitir --los hospitales--, por lo que su disciplina del internado y de la residencia quedará reducida a los centros que quieran establecerla, y, en todo caso, sin garantía de retribución mínima, justa y decorosa, como antes se ha apuntado"⁽³¹⁷⁾. Ciertamente las consideraciones que el autor hace en el tercer punto fueron premonitorias, pues al quedar el periodo de internado y residencia como una cuestión voluntaria dependiente de los propios hospitales, muchos de ellos prescindieron de estos médicos para evitar el tener que vérselas con un grupo etiquetado "de contestatario y conflictivo".

La comisión formada en el HPO para la elaboración de las normas reguladoras de los derechos y deberes de los residentes, integrada por miembros del Consejo de Administración, jefes

clínicos y residentes, trabajó con armonía y eficacia. Su éxito pervivirá en el hospital como un testimonio ejemplar de la conveniencia y racionalidad de los instrumentos democráticos. En el mes de julio quedó aprobada y entró en vigor la nueva normativa para los médicos residentes. En ella se reconocen explícitamente los fines docentes del hospital: "...el Organo de Gestión de los Servicios asistenciales de la Diputación de Oviedo, para cumplir los fines docentes que son propios de todo hospital, según el concepto de este que preconiza la OMS y a tenor de lo previsto en la Ley de Hospitales de Julio 1962...". Se explicitan asimismo aspectos importantes de la formación del postgraduado: "...la formación del postgraduado incluye necesariamente un programa completo de enseñanza teórica... La enseñanza será de doble naturaleza:

- Práctica con supervisión: durante el primer año incluirá elaboración de la historia clínica, cambios de medicación y de unidad, diagnóstico y alta. La supervisión será al menos, semanal de todos y cada uno de los enfermos previamente atendidos por el médico residente y en todo caso cuando éste lo solicite. La supervisión en el 2º y 3º año sobre los actos que se refieren al párrafo anterior, se realizará siempre que lo solicite el médico residente y en todo caso cuando lo juzgue oportuno el jefe clínico o el médico adjunto para el adecuado tratamiento del enfermo.

La supervisión incluirá asimismo, orientación bibliográfica.

- Teórica: incluirá como mínimo los siguientes cursos teóricos: en el primer año neurofisiología, psicopatología general, psicología general y psicofarmacología; en el segundo: psicología analítica, psicometría, métodos complementarios de exploración neurológica, sociología; en el tercer año: serán determinados por los diferentes servicios bajo la supervisión de la Jefatura de la División Médica. Los cursos serán complementados con seminarios en número y sobre temas a determinar". Los residentes también consiguieron que en la normativa quedara reconocido su derecho a participar y que se concretara como hacerlo: "...funcionará en el hospital una comisión de residentes. Se compondrá de cuatro miembros de los que integran la JF... para el estudio de las cuestiones propias de la competencia de la comisión de residentes, cuando el jefe del DM lo estime conveniente, se podrá incorporar a la comisión una representación de los médicos residentes constituida por cuatro elegidos por ellos mismos"⁽³¹⁸⁾.

2. Nacimiento del movimiento de los MIR y de la COORDINADORA de psiquiatría

La lucha habida les planteó a los médicos la necesidad de contar con instrumentos de participación al mismo tiempo que les evidenció la falta de cauces representativos y eficaces. La

organización colegial no había defendido sus intereses, "tampoco se ha mostrado representativo ni comprometida en una reforma. Pues aparte de que su composición no permite el primero de estos calificativos, se ha mostrado defensora de la estructuración actual (de la SS.) con todos sus defectos y errores"⁽³¹⁹⁾. Los médicos renunciando a la mediación del Colegio habían conseguido que sus directos representantes negociaran directamente con los centros decisorios oficiales (DGS, Consejo de Administración de la Diputación, etc.). Así pues terminado el conflicto, los médicos internos y residentes de los diversos hospitales intentan crear una estructura organizativa fija que posibilite un mejor estudio y defensa de sus intereses. En el mes de junio se convocó en Barcelona una asamblea nacional de médicos internos y residentes y en el orden del día figuraban, entre otros, los siguientes temas: "2. Organización de la A.M.I.P.: secretaría, órgano de difusión, cuotas; 4. Consideraciones en torno a la presidencia del Consejo General de Colegios de Médicos"⁽³²⁰⁾. Unos meses mas tarde la secretaría de los MIR, que domicilia su centro de información en la Clínica de la Concepción (Madrid) informa del trabajo que está realizando la comisión del I.N.P. sobre el reglamento general de Régimen, Gobierno y Servicio de las instituciones sanitarias, de la que se encuentran marginados los residentes. En esta hoja informativa se propone que en las asambleas de MIR de los diversos

hospitales se discuta este aspecto "encuadrado dentro de la problemática general de la representatividad y participación de los médicos en la gestión de los hospitales a que pertenecen" (321). Consideramos que estas son las primeras fases de articulación de lo que posteriormente habría de ser el Movimiento de los MIR que protagonizaría importantes luchas y reivindicaciones en la sanidad nacional. También entre los profesionales que trabajan en la asistencia psiquiátrica se intenta, a partir del conflicto Oviedo, una estructuración y coordinación que terminará plasmándose en una organización conocida como COORDINADORA de Psiquiatría. Tuvo las características de un movimiento marginal dentro de la psiquiatría, que se reunía furtivamente y carecía de medios de expresión. En ella se agrupó lo más dinámico y progresista del sector psiquiátrico, integrando no solo a médicos en formación sino también a médicos de plantilla y en menor grado a otros trabajadores de la salud no médicos. Su primera actuación articulada se produciría en el Congreso de Málaga (véase mas adelante), dispondría también de una Secretaría con funciones de información y coordinación, que durante un primer periodo se localiza en el HPO (322). A partir de ese momento su presencia se dejará sentir sobre todo en situaciones defensivas, con motivo de conflictos, y en algún otro Congreso. Su última reunión tendría lugar en el Colegio de Médicos de La Coruña, en el otoño de 1975. La Coordinadora que había

surgido a propósito de unos conflictos psiquiátricos (Oviedo, Clínicas Ibiza) desaparece tras participar en un acto de solidaridad con los represaliados de otro hospital psiquiátrico: el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela).

3. La Nueva Situación del HPO

Logradas las reivindicaciones de los médicos residentes, una vez aprobada la normativa que había de regular sus deberes y derechos, se crea en el hospital cierta inflamación eufórica que impregna la vida de la institución.

En el orden asistencial se potencia el funcionamiento comunitario, se abren salas cerradas, se inicia una práctica más renovadora en salas que hasta entonces estaban muy desasistidas, produciéndose algunos resultados que estimulaban y cuestionaban la desesperanza habitual del trabajo con "los crónicos". Las asambleas diarias de pacientes y equipo asistencial empieza a extenderse por la gran mayoría de las unidades. En ellas se abordan los problemas de la vida cotidiana, las relaciones interpersonales, los tratamientos, las altas, etc. Las asambleas llegan a tomar, por votación, decisiones referentes a un alta, a un permiso o un cambio de medicación. Hay como un deseo de que los pacientes cuestionen el poder institucional participando en decisiones que antes eran competencia exclusiva de ciertos niveles de poder.

Otros problemas de la vida hospitalaria (comida, limpieza, etc.) son asumidos directamente por los internados, que a través de sus comisiones van a discutirlos directamente con la administración o incluso los plantean a la opinión pública a través de la prensa. Hay en suma, un gran avance hacia un funcionamiento que se podría tipificar como de comunidad terapéutica, Este funcionamiento que es impulsado por una élite, por los mismos que han tenido una actividad más intensa en el conflicto, despierta recelos y genera problemas en los diversos niveles. Entre los enfermos hay resistencias para modificar la actitud pasivo dependientes, como ya dijo Rousseau: "en sus cadenas, los esclavos pierden todo, incluso el deseo de escaparse". Se crea un ambiente de participación y expresión que no se entiende muy bien y ante el que los enfermos sienten temores a manifestarse por miedo al castigo. Hay veces actitudes hierpcriticas o poco razonadas que acarrearán cierto riesgo de descalificación a las comisiones de los internados. Entre el personal enfermero surge también una falta de comprensión de los objetivos que se persiguen: ¿qué se pretende? ¿a dónde vamos a parar? ¿cómo van a decidir los enfermos? Se vive también aquella situación como una amenaza a sus estatus jerárquico, que a veces se racionaliza diciendo que los enfermos se han vuelto muy exigentes o que ya no respetan. También entre los médicos se generan problemas, que a veces se intentan disimular más. Son problemas

ligados a un deterioro de su rol, a la responsabilidad que se les puede exigir por la libertad del enfermo y los problemas que de ella se deriven.

A veces surgen comentarios entre el rumor del hospital, que dejan entrever que se está usando el hospital y los enfermos para ciertos "intereses saduceos", para otros fines ajenos a los que debe tener un hospital. Es decir que todo este nuevo funcionamiento asambleario y de participación no discurría sin ansiedades y contradicciones⁽³²³⁾.

Hay en los equipos ganas de realizar una práctica más crítica y surgen algunos enfrentamientos contra lo que se estima como abuso de poder: se denuncia a un alcalde la actuación de la policía que pretende forzar un internamiento injustificado; se critica y denuncia al enfermero jefe a través de un escrito, firmado por todos los miembros de un equipo --hecho este insólito porque el personal enfermero tenía miedo a la represión-- por hacer cambios e interferir en la labor asistencial del mismo. Dentro del optimista ambiente participativo se crean grupos de estudio y comisiones que se ocupan de diversos temas (estudio del organigrama, de rehabilitación, de la unidad psiquiátrica en el HG, etc.) y se prescinde de la J.F. que había demostrado ser un instrumento inoperante y no era adecuado para recoger el nuevo caudal participativo.

Entre tanto van produciéndose otros fenómenos de distinto significado y que los médicos, deslumbrados por la nueva situación, no parecen valorar ajustadamente. En agosto el presidente de la Diputación a través de la gerencia envía un comunicado a los hospitales advirtiéndole de la falta de disciplina que implica el que se emitan juicios en la prensa sobre la marcha y política de los establecimientos provinciales, "problemas cuyo tratamiento incumbe únicamente a los Organos de Gestión de la Diputación"⁽³²⁴⁾. También en los meses siguientes al conflicto abandonan el centro definitivamente el Dr. Montoya y el Dr. Asenjo, director médico y gerente respectivamente. El primero para incorporarse como director-gerente en un hospital psiquiátrico de Santiago de Compostela, el segundo para hacerlo como director técnico del Hospital Clínico de Barcelona. Para sustituir al director médico se nombra interinamente al jefe clínico Dr. Martínez Sierra, que, por haber salido erosionado en su prestigio del conflicto anterior y porque le asusta la nueva dinámica, acepta el cargo con gran inseguridad y ambigüedad mostrándose incapaz de ejercer sus funciones de una manera positiva y orientadora. Todos estos elementos hace que a nivel del hospital surja durante cierto periodo un vacío de poder que los médicos interpretan como un desplazamiento del poder anterior. Las relaciones con la Administración tienen un aspecto de gran cordialidad, hay entrevistas de los médicos con el presiden-

te del Consejo y con el Consejero que sustituye al gerente, en las que se afirma que el hospital continuará siendo modelo en su género.

Los médicos tras varias asambleas ven la necesidad de que su participación y su capacidad de decisión tenga una estructura más formal y más reconocida, y, a primeros de septiembre, se dirigen al presidente del Consejo proponiéndole que se forme una Comisión Mixta (miembros del Consejo, miembros del hospital). Se le pide asimismo que no se efectue ningún cambio importante en el centro hasta que no esté constituida dicha comisión y lo pueda estudiar⁽³²⁵⁾.

Llegados a este punto vamos a dejar el hospital psiquiátrico para ocuparnos de otros acontecimientos que surgen a lo largo del país y que más tarde tendrán su repercusión en el propio hospital.

4. Los conflictos y luchas psiquiátricas en otros hospitales

El año 1971 que la prensa médica⁽³²⁶⁾ calificó como "el año de la asistencia psiquiátrica", abre la puerta a un periodo de importantes luchas por la transformación de la asistencia psiquiátrica, y contra el orden del viejo manicomio que caracteriza nuestra realidad. Unas veces esas luchas terminaron en conflictos abiertos, otras discurrirán bajo una forma mas latente o menos es-

tremecedora, pero no por ello menos importante. Sería difícil poder entender estos hechos en toda su dimensión, si no se les coloca en un nivel más global, que analizábamos en la introducción: el de las luchas político-sociales que estaba experimentando el país. Diversos estudios históricos nos constatan cómo el acontecer psiquiátrico refleja las tensiones sociales. ElleMBERGER señala que sería difícil comprender la obra de E. Bleuler sin tener en cuenta el entorno de luchas sociales y políticas existentes en el cantón de Zürich en el siglo XIX y la participación de su familia en esas luchas⁽³²⁷⁾. Los acontecimientos de la revolución del 1848 y las tensiones sociales consiguientes crean una situación cuya consecuencia fue, en opinión de K. Dorner, que "nunca en la historia de la medicina alemana tantos psiquiatras... se comprometieron tanto políticamente como en los años de la revolución del 48... El interés específico de los médicos era esa reforma de la medicina que venía pidiéndose desde hacía años... Los Colegios médicos tenían un universal derecho de control. Por un decreto prusiano de 1835 había que probar las ideas políticas de los estudiantes de medicina antes de permitirle el acceso al examen de la licenciatura... los sueldos de los médicos jóvenes, bajos y arbitrarios condujeron a duras luchas y a que los pobres no tuvieron asistencia... Desde esta perspectiva podemos entender la gran actividad política que desarrollaron los jóvenes psiquiatras

durante la revolución contra los representantes de la psiquiatría todavía dominante" (328).

Veamos algunos de esos acontecimientos que se suceden en los diversos hospitales:

- Sanatorio de Oña (Burgos). En los primeros días de agosto la revista Sábado Gráfico publica un reportaje bajo el título "Se alquilan locos baratos", en el que se informa de la situación en el mencionado centro, que depende de la Diputación. El autor describe una situación de miseria y explotación de los internos, quienes realizan trabajos para diversas industrias por los que apenas cobran. En relación con estas circunstancias es despedido un médico residente.

- Las Clínicas Ibiza 43. Madrid. Se trata de uno de los centros dependientes de la Diputación madrileña encargado de la asistencia psiquiátrica (el otro es el Hospital Alonso Vega). En 1971 la dirección de la ciudad sanitaria Francisco Franco, donde están enclavadas, decide disminuir el número de camas, y trasladar el personal y a los psiquiatras al Hospital Alonso Vega. Los motivos que parecían estar detrás de esa decisión era poder dedicar más camas a los pacientes de la Seguridad Social, de los que se obtenían más ingresos. En el mes de agosto, desoyendo negociaciones previas, llega la orden, y los médicos que se encontraban en el centro la desacatan y permanecen en actitud de encierro en

el centro. El conflicto se generaliza y transcurrida la primera semana eran mas de 1.500 los médicos encerrados en los diversos centros españoles⁽³²⁹⁾. Los médicos cuentan con la solidaridad de la AENP y del Colegio de Médicos de Madrid. Los encerrados fueron desalojados por la policía y la Diputación anuncia el despido de los médicos. Finalmente la extensión del conflicto consigue anular todas las medidas represivas y satisfacer en parte las reivindicaciones planteadas por los médicos.

- Instituto Mental de la Santa Cruz y San Pablo (Barcelona). En el verano de 1971 se derriba la mitad del edificio, la parte ocupada por los enfermos varones, para iniciar la construcción de bloques de viviendas por parte de una urbanizadora a quien había vendido los terrenos la administración⁽³³⁰⁾. El personal asistencial expuso su protesta y oposición a la desaparición, por lo que representaba para la asistencia psiquiátrica de Barcelona, y adoptó una actitud de encierro solidarizándose al mismo tiempo con los compañeros de las clínicas Ibiza. En noviembre, la administración no renueva el contrato a una auxiliar de clínica, este hecho es interpretado por el personal asistencial como una medida represiva por las protestas adoptadas anteriormente y realizan un paro, cubriendo únicamente los servicios de urgencia. Este conflicto se prolongaría y agudizaría a lo largo del año 72 y 73.

- Hospital Psiquiátrico de Córdoba. Como consecuencia de intentar poner en práctica las conclusiones adoptadas en el Congreso de Neuropsiquiatría de Málaga (véase después), parte del personal asistencial reivindica participar en la gestión y que se convierta a la "Reunión técnico-administrativa" en un órgano decisorio. El director desautoriza a esta comisión y termina despidiendo a un médico residente.

Hospital psiquiátrico de Valencia, también en este centro se producen tensiones y expulsiones en el invierno de 1971.

Hospital Psiquiátrico de Leganes-Madrid. En este centro surgieron importantes tensiones en febrero del 71, como consecuencia del descontento de los médicos por su salario y de la deficiencia de personal auxiliar. En relación con esos problemas el director pide la excedencia durante tres meses. Las tensiones resurgen con motivo de la solidaridad que se produce con el conflicto de Oviedo y de las Clínicas Ibiza. A consecuencia de todo ello hay de nuevo cierto enfrentamiento con el director a quien los médicos exigen mas dedicación al centro y al estudio de los problemas asistenciales. El director termina dimitiendo. Posteriormente los médicos negocian una solución satisfactoria, directamente con el secretario general del PNAP y consiguen que se pongan en marcha importantes medidas de democratización de la estructura hospitalaria⁽³³¹⁾.

Este movimiento tiene su repercusión en los medios de difusión. El tema de la psiquiatría, y de los hospitales psiquiátricos adquiere interés periodístico y multiplicará su presencia en las revistas de interés general y en alguna prensa médica⁽³³²⁾. El tratamiento y las condiciones de vida de los locos rebasan la tapia del asilo y se transforman en noticias de conocimiento general.

5. El XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. El V Congreso Mundial de Psiquiatría

La coordinación establecida entre los psiquiatras jóvenes a partir de los conflictos les facilitó tener una actuación innovadora en el congreso de la AENP que se celebró en Málaga entre los días 27 y 29 de Septiembre. La AENP, fundada en 1923, tenía una trayectoria histórica enraizada con lo más valioso y progresista de nuestro acervo neuropsiquiátrico. Su actitud en los conflictos previos había constatado esa imagen al expresar sin ambages la solidaridad con los psiquiatras en conflicto. Todas estas circunstancias hacían de la reunión de esta asociación un marco adecuado para planteamientos renovadores.

A lo largo del congreso los elementos de los diversos hospitales, que mantenían posiciones críticas y democráticas, en su gran mayoría médicos jóvenes, integran un colectivo que se reúne y trabaja paralelamente al Congreso oficial, para intervenir en

el momento de la asamblea, planteando los problemas reales que afectan a la asistencia, y, romper con el escenario de "erudición académica" a que estaban reducidos todos los congresos. Se establecen contactos con algunos de los miembros de la asociación que componen la mesa presidencial y así se llega a la asamblea en la que se decide intervenir de la siguiente forma: representantes del HPO, de las Clínicas Ibiza y del Instituto Mental de la Santa Cruz se sentaron en la mesa e informaron de los conflictos habidos en las respectivas instituciones. A continuación tres miembros delegados por el colectivo hicieron sucesivas intervenciones con una especie de "ponencia-moción" en la que recogían temas candentes de la actualidad psiquiátrica para orientar el debate de toda la asamblea y solicitar finalmente una decisión de la misma sobre las mociones presentadas. Los puntos centrales de estas mociones se referían a la SS. y asistencia psiquiátrica, al principio de participación en la gestión en los centros hospitalarios, y a la formación de comisiones de estudio, interdisciplinarias, a nivel provincial y a nivel de la propia asociación, que facilitarían un estudio real de la asistencia psiquiátrica y a partir de ahí un cambio radical de la misma⁽³³³⁾.

La asamblea fue un ejemplo de debate democrático, aunque hubo alguna figura de la psiquiatría establecida que no la aguantó y se salió. Representó, sin duda, un giro radical, una

ruptura, con la dinámica habitual de los congresos oficiales del franquismo. Pensamos que su desarrollo fue posible porque al sistema no le iba quedando más remedio que consentir con ciertas zonas de libertad, y en este sentido el congreso de una asociación podría ser lo mas inofensivo; pero también gracias al papel jugado por la mesa presidencial, sobre todo al Dr. Valenciano Gaya, que con su autoridad e inquebrantable talante democrático dirigió en todo el momento el debate y facilitó que aquella asamblea se constituyera en un lugar de libre expresión, cuestión arriesgada en los tiempos que corrían (334).

La asociación, pues, a través de su asamblea termina aprobando y haciendo suyas unas conclusiones, que remite a todos los asociados así como a las autoridades e instancias oficiales, y que por su importancia reproducimos a continuación:

"1º. La Asociación patrocina y recomienda la creación de comisiones técnicas, elegidas democráticamente entre todos los estamentos médicos y del personal auxiliar titulado de todos los centros psiquiátricos y con participación de los médicos que ejercen una actividad asistencial extrahospitalaria, a nivel provincial, para el estudio y planificación de la asistencia psiquiátrica. Dentro de la Asociación se creará un órgano compuesto de representantes médicos de estas comisiones.

2º. La Asociación apoya el principio de participación

del personal médico-sanitario en la gestión hospitalaria de todos los centros psiquiátricos.

3º. La Asociación pide a la SS. la estandarización de las prestaciones y hacerlos reglamentariamente para todos los enfermos que necesiten hospitalización. Estimar la cuantía por una comisión paritaria de los centros y la SS...

4º. Solicitar con la máxima urgencia sea aprobado el Reglamento de Hospitales que haga posible la puesta en vigor de la Ley de Hospitales aprobada en 1962.

8º. Siendo las Diputaciones Provinciales las entidades gestoras máximamente responsables hasta ahora de la asistencia psiquiátrica en España es de desear que --en la forma mas adecuada o que proceda-- dispongan de recursos económicos necesarios para ella y que en la actualidad parecen insuficientes" (335).

El éxito del Congreso y sus conclusiones produce demasiado optimismo y excesivas esperanzas entre el "colectivo contestario". La Coordinadora de Psiquiatría se estructura mejor y se decide que la secretaría de la misma se organice en el HPO. Pero el poder psiquiátrico no converge con los jóvenes en los objetivos democráticos sino que reacciona autoritariamente y allí donde se intentan poner en práctica los principios de gestión democrática se sucede la represión, como ya vimos en el apartado anterior. La psiquiatría establecida se asusta por la organización de los

nuevos psiquiatras. En un intento de agrupamiento y reorganización, casi un año después, se reúnen en un hotel de Barcelona (336) mas de 15 directores de hospitales psiquiátricos, que tratan del Congreso de Málaga y de sus nefastas consecuencias, producidas, en parte, por las conclusiones que algunos de ellos habían votado en aquella sorprendente asamblea.

En los primeros días del último mes del año, tiene lugar en la ciudad de Méjico el V Congreso Mundial de Psiquiatría. La crisis que en general atraviesa la psiquiatría y los conflictos acaecidos en España resuenan en el marco de este congreso. El debate político ideológico impregna gran cantidad de los debates. Para algún comentarista de la prensa médica que calificó al congreso como "un congreso dramático, podría haber representado "un gozne en la historia de la psiquiatría y tal vez el comienzo de una era distinta"(337). Las tensiones comienzan en la misma apertura con la distribución de "una carta abierta" en la que se describían los hospitales psiquiátricos soviéticos como cárceles para acabar con los opositores políticos. "Inmediatamente después se produjo el primer incidente en torno al español Prof. López Ibor y presidente hasta ese congreso de la Asociación Psiquiátrica Mundial... Un diario mejicano publicó un largo artículo sobre el psiquiatra español, mencionando los recientes acontecimientos psiquiátricos de Madrid y otros aspectos... el Prof. López Ibor

que había de asistir a la investidura de su sucesor, en el acto de clausura del Congreso, no lo hizo patentando así su disconformidad con la campaña de prensa en torno a su figura"⁽³³⁸⁾. La figura del Prof. Lopez Ibor había sido también tema periodístico unos meses antes en España; comentándose, y no precisamente en términos favorables, aspectos de su práctica en el Hospital provincial de Madrid y de algunos de sus recientes libros⁽³³⁹⁾. Pero el debate político ideológico no se limitó al comportamiento de ésta o aquella figura, de éste o aquel país, sino que se situó sobre los discursos mismos de la psiquiatría. Ello llevó al Profesor francés H. Ey a presentar una moción en la que afirmaba: "...son las campañas de impugnación antipsiquiátrica de inspiración político-ideológica las que hacen representar a la psiquiatría un rol que no es el suyo, el de ser un instrumento de la represión social... La psiquiatría es y no puede ser mas que una de las principales ramas de la medicina". Para que no faltara ningún detalle, el congreso tuvo una especie "de contestación" al reunirse un grupo de congresistas latinoamericanos y españoles para constituir una nueva asociación Iberoamericana de Psiquiatría "en franca rebeldía a los criterios de la asociación mundial "...La fuerza pública desalojó a este grupo"⁽³⁴⁰⁾.

De las crónicas informativas referentes tanto a nuestro país como a otros parece desprenderse un aviso: ¡la psiquiatría

se ha politizado! y las fuerzas vigilantes del orden no dudarán en aplicar su actuación tan pronto como los psiquiatras amenacen a ese orden.

6. La lucha por la gestión democrática en el HPO

Los engañosos resultados del Congreso de Málaga infunden muchos ánimos a los médicos del HPO para desarrollar la ofensiva por la gestión democrática. Ciertamente que la participación de los médicos en la gestión hospitalaria es un tema candente también más allá de nuestras fronteras. El Comité de Médicos del Mercado Común estudia estos problemas y elaboran un estatuto de médicos de hospitales, en el que se abordan los aspectos que preocupan a los médicos jóvenes españoles. De cualquier forma tampoco en estos países europeos, a pesar de su situación política bien distinta a la nuestra, se llega a dictámenes claros. Pues el convenio aprobado el 29-4-72 por el Comité permanente de los Médicos de Hospitales de la C.E.E. y el Comité de Estudios de las Organizaciones Hospitalarias, si bien toca los aspectos de gestión y participación de los médicos se reduce a fórmulas ambiguas⁽³⁴¹⁾.

Los médicos de Oviedo potencian el funcionamiento de la Comisión Mixta que se había constituido inmediatamente antes del Congreso. Pasa a ser un instrumento de estudio de la situación del hospital y de solución de los problemas urgentes. La Adminis-

tración permite este funcionamiento, y el consejero, que sustituye al gerente, celebra entrevistas con ella y escucha los problemas que le plantea. De todas formas como nada hay instituido, reina cierta confusión en el hospital respecto a las funciones y operatividad de la mencionada comisión. La comisión que funciona, está integrada por representantes de los diversos estamentos médicos; cuando se reúnen el resto del personal asistencial para estudiar la formación de su comisión, la Administración reacciona y explica que las comisiones que surjan entre este personal únicamente tendrán el cometido de trabajar para la elaboración de un nuevo reglamento; en cuanto a la comisión de médicos además de ese cometido se le atribuyen provisionalmente funciones propias de la dirección médica. De cualquier forma la autoridad de la comisión es dudosa; así por ejemplo el jefe de enfermería desobedece sus indicaciones y aunque se denuncia este hecho ante la Administración no se toma ninguna decisión. La nueva dinámica introducida en el centro crea amplias expectativas y al mismo tiempo provoca desconfianza entre el personal no médico. En esta situación incide un decreto presidencial mediante el cual se cubre la ausencia del gerente dividiendo las funciones que le estaban atribuidas entre el director médico y el administrador⁽³⁴²⁾.

Esta disposición creó gran inquietud entre los médicos que estimaban que con ella se venían a negar las funciones previa-

mente asignadas a la Comisión Mixta. Se inicia a partir de entonces una comunicación entre Administración y plantilla médica, de argumentación y contraargumentación para debatir la situación creada. En uno de esos escritos la asamblea médica explica, tras enumerar las funciones que tenía la mencionada comisión: "... la simple enumeración de estas funciones justifican plenamente la necesidad de la comisión. Pero pueden argüirse otras razones al respecto.

-La falta de comunicación entre el estamento médico y el Organo de Gestión fue uno de los determinantes clave del pasado conflicto de Mayo. La contraprueba viene dada por la comisión constituida para elaborar las normas de los médicos residentes. En esta ocasión por primera vez se estableció un auténtico diálogo.

-El reciente conflicto de las Clínicas Ibiza de Madrid ha puesto de manifiesto una vez más, la necesidad de participación de todo el personal médico sanitario en la gestión hospitalaria. Como es sabido la solución de ese conflicto fue la constitución de una comisión representativa de ambas partes para la reorganización y planificación de la asistencia psiquiátrica madrileña.

-Problemática semejante ha sido dada en el Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona.

Situaciones similares a las anteriores se produjeron en la clínica de La Concepción y en el Hospital Clínico de Madrid.

-Planteado en el XI Congreso de la AENP, el problema de la asistencia psiquiátrica en el país se recomienda y se apoya "el principio de participación del personal médico-sanitario en la gestión hospitalaria de todos los centros psiquiátricos.

-En el Sanatorio de Leganés, ha sido propuesta y aceptada por el Secretario General de PANAP la asamblea médico-sanitaria del hospital, de esta asamblea se ha elegido una comisión que democráticamente desempeña funciones de planificación y control, cumpliéndose de este modo "el principio de participación en la gestión hospitalaria anteriormente aludido. Por lo demás se le recuerda que la comisión de este centro fue reconocida por el propio Consejo, por su presidente y por un miembro del mismo, que hacía funciones de gerente, al reunirse con ella"(343).

Efectivamente se había producido una reunión entre el Presidente del Consejo y un consejero delegado y los miembros de la Comisión médica. En esa reunión les fue planteado a los médicos que, como el director nombrado interinamente no funcionaba con eficacia, hicieran ellos una propuesta para director médico que el Consejo valoraría muy positivamente. Los médicos discutieron este tema en asamblea y desestimaron hacer la mencionada propuesta: "...el problema del director médico es en sí mismo impor-

tante, pero en este momento ajeno al contenido de nuestra petición... En el momento en que esta comisión sea reconocida oficialmente, recogiendo la opinión de la asamblea médica propondrá razonada y motivadamente la persona del director médico, que en este sentido responderá a un consenso democrático por parte de la totalidad de los médicos del hospital" (344).

Al mantener esta postura intransigente con la propuesta del director, se agudiza la confrontación con la Administración, que empezaba de nuevo a inquietarse por el vacío de poder en el hospital, agravado por la dimisión del director médico y por la dinámica asamblearia. Cautivados, por la aplicación inmediata de los principios democráticos, los médicos se abstraen de la realidad social que les rodea y omiten de sus análisis una valoración ajustada de su fuerza. Confunden el discurso de sus deseos con la realidad.

La Administración necesita contar con un director médico "actuante" que cubra su responsabilidad en el centro, y por ello amonesta al director dimisionario y advierte a los médicos que es preceptivo tener un director y que ellos deben trabajar en la elaboración de un nuevo reglamento (345).

La tensión crece y salta de nuevo a los medios de difusión que, con mejor o peor intención, comentan: ¡los médicos del psiquiátrico no quieren director!. Se reactiva asimismo las polémicas

micas respecto a la crisis del HGA, y, finalmente el presidente de la Diputación se ve obligado a intervenir presentando un informe al pleno de la Diputación, en el que toma postura frente a la situación de los servicios asistenciales y del que resumimos algún punto:

"...no podemos dejar de señalar el que, en el régimen interior de nuestras instituciones sanitarias, esta misma organización crea en la actualidad una evidente insatisfacción por parte del personal sanitario que da lugar a tensiones y situaciones de malestar. Esto puede producir y de hecho lo está produciendo anomalías y defectos que perjudican la deseada y eficaz función, asistencial.

5º. Si he de hacer un análisis sincero... no podemos ni debemos silenciar el que en nuestros Centros asistenciales existe una evidente crisis de autoridad. Esta crisis se observa en todos los niveles y posiblemente arranque de una inicial contemporización del poder ejecutivo ante problemas que no fue capaz de resolver y que agravándose, acaban, en indisciplina, en desorden, en conflicto... Por todo lo anterior, paso a resumir nuestro punto de vista sobre la materia que nos viene ocupando:

1. Es nuestro deseo no solo mantener nuestras instituciones sanitarias --que por otra parte nos viene impuesto por la ley-- sino el procurar que las mismas alcancen el mayor nivel

asistencial posible.

2. Para conseguir lo anterior, la Diputación debe seguir aportando en lo económico cifras similares a estos últimos seis años... que ciframos en el treinta por ciento aproximadamente del presupuesto de la Corporación.

3. Para conseguir el mayor nivel asistencial posible... y dado que la Diputación ya ha llegado al máximo de sus posibilidades de aportación, teniendo en cuenta el resto de obligaciones que sobre ella pesan, deben procurarse recursos de otras procedencias.

4. Deben obtenerse ayudas del Estado, hasta ahora nunca aportadas, para el sostenimiento de nuestras instituciones sanitarias, puesto que la labor que la Diputación realiza va bastante más allá de las obligaciones que le impone la Ley, en una tarea prestada a la sociedad para cuidar de su salud, con unos niveles y unas calidades a las que ni podemos ni queremos renunciar.

5. Es de todo punto necesario el lograr una pronta y adecuada coordinación con la Universidad para el establecimiento de su Facultad de Medicina y el uso por ésta para su labor docente de nuestros Centros Hospitalarios, coordinación que debe producir los mayores beneficios para la Facultad, para nuestras instituciones sanitarias y sobre todo para la comunidad.

6. Es necesario el prestar la debida asistencia sanita-

ria sin discriminación de clase u origen del enfermo y aplicando en unos casos las tarifas que corresponden cuando la situación económica del usuario lo permita, en otros la generosidad debida a quien no tiene medios suficientes y las adecuadas tarifas en toda clase de conciertos con cualquier tipo de Entidad o Institución.

7. Debemos ir a una pronta revisión del Reglamento de los servicios asistenciales.

8. Consideración especial ha de merecer en esta revisión la forma de Gobierno del Organó de Gestión y de los Centros de él dependientes, arbitrando las fórmulas adecuadas para las condiciones y características de cada centro.

9. En estos órganos de gobierno, han de tener representación, de un lado la Diputación, por precepto legal y por ser propietaria de los Centros Sanitarios y del otro la Sociedad Asturiana debidamente representada y la clase médica, responsable, como señalamos anteriormente en última instancia, de la calidad de la asistencia sanitaria.

10. Igualmente y en el gobierno interior de cada Centro Asistencial, debe participar debida y adecuadamente no sólo la clase médica, sino en cada caso el personal encuadrado en cada unidad, incorporando a todos en la tarea que ha de ser compartida con la mayor responsabilidad y eficacia" (346).

CAPITULO VIII

NUEVO CONFLICTO Y DESENLACE

VIII. NUEVO CONFLICTO Y DESENLACE

En este ambiente de tensión, se realizan las pruebas para la selección de los aspirantes a las nuevas plazas de médicos residentes convocadas en el HPO. El Consejo de Administración tiene una actuación, que en opinión de los médicos, quebranta los términos de la convocatoria⁽³⁴⁷⁾. Así se producen los incidentes que de nuevo harían estallar la crisis.

La Comisión de selección, integrada por tres médicos de plantilla y tres residentes, elaboró unos baremos e hizo la entrevista y la selección entre los treinta aspirantes que concurrieron a las pruebas. El Consejo de Administración nombró, a su vez, un tribunal, cuya composición se determinaba en la convocatoria, que revocó parcialmente la propuesta de selección realizada por la comisión del hospital, excluyendo a uno de los propuestos e incluyendo a otro candidato que la mencionada comisión no había calificado entre los seis primeros. En opinión de la comisión, este

tribunal desautorizó la selección realizada; pero "lo que es peor, actuaba ilegalmente por haber infringido los términos de la convocatoria"⁽³⁴⁸⁾. En esa convocatoria se especificaba que el candidato, "en caso de ser varón debería haber cumplido el servicio militar o estar libre de su cumplimiento", y que era preceptivo la realización de una entrevista para la selección de candidatos. Continúan los médicos: "el candidato que introdujo el tribunal no estaba libre ni había cumplido el servicio militar y además se introdujo esa modificación sin haber entrevistado a ninguno de los candidatos". Ante estos hechos se produce una serie de escritos y reclamaciones de las que el Consejo hace caso omiso y como consecuencia los médicos, en su gran mayoría, deciden adoptar una postura de fuerza.

1. Comienzo del Conflicto

Estos hechos dan lugar a diversas asambleas, no exentas de confrontaciones apasionadas, en las que se interpretan los hechos y se analiza la situación. En la interpretación hay acuerdo casi unánime: se trata de una arbitrariedad, que, vista en el contexto de lo que está pasando, "es una negación a la participación". "Es una aplicación de las medidas de saneamiento político-moral anunciadas en junio por la Diputación"⁽³⁴⁹⁾.

Las opiniones ya no eran tan unánimes en el análisis de

la situación y en la conveniencia de las medidas a tomar. Había valoraciones discrepantes que ya se habían manifestado a propósito de la propuesta de director. Para algunos, no se estaba en las mejores circunstancias para librar una contienda frontal; para otros parecía esencial seguir manteniendo un foco de lucha. Las votaciones apoyaron mayoritariamente a las posiciones más radicales y el día 7 de enero, 26 médicos iniciaron el encierro en el hospital y una especie de huelga de celo o servicio permanente. Tres médicos que habían participado en el conflicto anterior, han quedado atrás en este nuevo salto y se desvinculan de las decisiones de la asamblea. Permanecen también al margen, el director en funciones, Dr. Martínez Sierra, y el jefe de la sección de labor-terapia, Dr. Rodríguez Reyes. La lucha se organiza como en el conflicto anterior. Las decisiones son producto del funcionamiento democrático de la asamblea que delibera diariamente. Se mantiene informada a la opinión pública a través de la prensa y se informa al resto de hospitales a través de boletines que se envían directamente. En esta ocasión se mantienen mas contactos y mejor información con el personal auxiliar del centro.

El encierro genera la dinámica y las tensiones propias de un grupo en situación de stres. Hay incertidumbre respecto a la intervención de la policía, hay miedo a agresiones de "elementos radicales incontrolados". Durante el encierro se difundieron

por los hospitales, y también se enviaron por correo a algunos médicos, panfletos en los que se responsabilizaba del conflicto a una célula comunista proveniente de la universidad de Salamanca en la que incluían algunos nombres de médicos del hospital⁽³⁵⁰⁾. El silencio de la Administración, la ausencia de una respuesta solidaria con fuerza y la imposibilidad de encontrar vías de negociación van creando impaciencia y minando las esperanzas. Se elabora un informe con las deficiencias más ostensibles del centro, con el que se pretende actuar de revulsivo y demostrar la necesidad de participación⁽³⁵¹⁾.

Ante las críticas de la Administración por no haber presentado el borrador para el reglamento del centro, se elabora precipitadamente un esquema, que a pesar de su carácter apresurado y provisional, traduce la abstracción y el idealismo en que han caído los médicos. Pues más parece un compendio de formulaciones democráticas que un proyecto para negociar la regulación jurídica de la institución⁽³⁵²⁾.

El encierro no se puede prolongar más y se empieza a discutir la salida a aquella situación y la necesidad de incrementar las medidas de presión. El paso a la huelga, que era una posibilidad aceptada por la mayoría, se descarta porque ante ella se desvincularían algunos médicos --sobre todo de plantilla-- que consideraban esa acción como impropia para su lucha. Casi por ex-

clusión los 26 médicos deciden presentar otra vez la dimisión. Escribían al resto de los hospitales: "...a pesar de las cuatro comunicaciones escritas dirigidas al Consejo, de las entrevistas personales y de 20 días de encierro no solo no nos han contestado, sino que parecen ignorar el problema. La Asamblea médica se ha planteado que caso de no obtener respuesta satisfactoria en un plazo inmediato, la única posibilidad que queda es presentar nuestra dimisión al Consejo"⁽³⁵³⁾. Los médicos demuestran con sus decisiones una incapacidad para reflexionar en términos de relación de fuerzas. Al pasar por alto los elementos reales de la situación, su dimisión aparece más como una especie de "inmolación democrática", o como un testimonio ético, que como una acción dirigida a transformar positivamente la situación concreta.

2. Extensión del Conflicto

Esta vez las tensiones del HPO no generan la misma conmoción nacional que en los meses de la primavera. Los problemas que surgen ahora, aun siendo importantes, no encuentran en el resto de los hospitales españoles la misma sensibilidad que existe en Oviedo. Por otra parte, acontecimientos como la huelga de los estudiantes de medicina, el problema de las alumnas de A.T.S. y la represión que se ha dejado sentir en algunos centros, hace aparecer la cuestión de Oviedo como algo distante. El resultado es,

que los hospitales no se movilizan ahora al unísono de los compañeros del hospital psiquiátrico asturiano. Pero veamos:

2.1. El Hospital General de Asturias.

La solidaridad que este centro mantiene con el HP, se limita a un testimonio escrito de los médicos residentes. Estos médicos que también realizaron posteriormente un encierro, dirían explícitamente que esa actitud se adoptaba en protesta por sus propios problemas y no por los del HP. Lo cierto es que también en el HGA el Consejo había mantenido una actitud similar en la selección de residentes que se celebró en el mes de diciembre. Los residentes no habían visto entonces capacidad para enfrentarse a ese problema "y no adoptamos ninguna actitud. Cuando los del psiquiátrico decidieron el encierro nosotros no teníamos fuerza moral para seguirlos"⁽³⁵⁴⁾. Sin embargo en el HGA coincidiendo con este conflicto y con los acontecimientos internos que se precipitan, surge abiertamente la confrontación de los diversos intereses y opciones sanitarias que subyacen en su crisis.

La orden del Ministerio de Educación y Ciencia (BOE, 31-12-71) referente a la enseñanza de los ATS determina que las alumnas del HGA exijan su cumplimiento, puesto que sus prácticas y horario infringen dicho decreto. Como no son escuchadas deciden adoptar un paro, la consecuencia es que se demuestra que más de 300 alumnas realizaban un trabajo necesario para el funcionamien-

to del Hospital, sin percibir retribución alguna. Como el decreto sitúa en la ilegalidad a la gran mayoría de los hospitales que tienen una escuela de ATS, unos 15 días después se produce una contraorden que anula la anterior. Estas decisiones demuestran que se intentaba regular una situación que se desconocía, así como la falta de coordinación entre las estructuras oficiales que inciden en esa realidad.

Lo cierto es que el problema de las alumnas agudiza las contradicciones existentes en el HGA. El director y gerente en funciones, que en opinión de las alumnas no parecía muy interesado en que se resolviera el problema, da la orden de que no se admitan más enfermos que los de beneficencia y que atendiesen a los de carácter urgente de la SS. y privados, para remitirlos una vez prestada la asistencia urgente, a los centros de la SS. y a las clínicas privadas. "La crisis del HGA llegó ayer a su punto culminante con el cierre de puertas de la institución"⁽³⁵⁵⁾. Parece que esa decisión fue tomada a espaldas de la plantilla médica del centro y sin previo aviso a la opinión pública asturiana. Esta situación desencadena la actividad de los médicos de plantilla que, tras una asamblea, hacen públicos una serie de acuerdos, tomados por una mayoría de 101 votos frente a 124 votantes, entre los que figuran pedir la dimisión del director gerente del centro. Añaden además: "...en los últimos meses se han hecho patentes di-

versos problemas que la institución tenía planteados... estos eran de dos tipos: falta de representatividad del estamento en la gestión hospitalaria (en su vertiente técnica) e insuficiencia presupuestaria... El cambio en presidencia de Diputación coadyuvó a que estos problemas adquirieran vigencia y se agigantasen, de la mano del criterio de que el Hospital era una empresa hipertrofiada, por encima de las posibilidades reales de la provincia... En este recrudecimiento juega un papel primordial el actual director médico, que ya inicialmente no contó con la confianza y apoyo del Cuerpo Médico, debido a sus características personales, a su falta de preparación en las técnicas de gestión hospitalaria y a su incapacidad para el diálogo. Su enfrentamiento con el cuerpo médico viene determinado por...

4. Existen muestras inequívocas de que los principios básicos (en que se asienta la medicina hospitalaria) no son compartidos por el jefe de la división médica (director médico").

5. ...Pedimos al Consejo de Administración una efectiva y real representatividad del Cuerpo Médico, en los aspectos técnicos, en la gestión de la institución, para prevenir nuevas situaciones conflictivas" (356).

La mayoría de los médicos del HG no respetaron la orden de no atender los ingresos, porque se interpretaba como una acción dirigida a agravar la crisis y a modificar el funcionamiento y ca-

racterización del HGA, cuyos principios, según su opinión, no eran compartidos por el director. El sector que defiende otra opción, ligado a otros intereses, responde de inmediato a esta comparecencia pública de la mayoría de los médicos del HGA. Mas de ciento cincuenta médicos asturianos publican un escrito en el que se solidarizan con el director médico y gerente en funciones y atacan a los médicos firmantes del escrito anterior, esgrimiendo una serie de argumentaciones que se repiten a lo largo de la historia de este centro: critican la supuesta superioridad técnico-asistencial del HGA, la forma en que fueron reclutados esos médicos para el hospital y otra vez el "catalanismo". La situación descubría con claridad las partes e intereses en litigio; la postura e interpretación que de los hechos de cierta prensa regional (véase después), facilitaba también desvelar el intríngulis de la situación sanitaria asturiana. De cualquier forma allí se iniciaba el comienzo del final del HGA.

2.2. Participación de otros hospitales.

La participación del resto de hospitales se limita a testimonios de solidaridad en forma de escritos dirigidos a la opinión pública o a las instancias oficiales. Esta solidaridad mana fundamentalmente de hospitales psiquiátricos y de algunos hospitales generales o residencias de vanguardia, particularmente de Madrid y Barcelona⁽³⁵⁷⁾.

La presión ejercida por los hospitales psiquiátricos, aunque hubiera sido mayor, difícilmente podría haber adquirido la eficacia precisa, para hacer girar las cosas.

Por los demás en la situación incidían una serie de cuestiones que ayudan a explicar la debilidad de la repercusión. En los conflictos habidos en los meses anteriores, la Administración había evidenciado gran intransigencia: en las clínicas Ibiza intervino la policía, en el Instituto Mental de Barcelona no se ve salida a la situación, en otros hospitales psiquiátricos, en los que se intentó poner en práctica los acuerdos del congreso de Málaga, se habían producido expulsiones. Asimismo la huelga de los estudiantes de medicina⁽³⁵⁸⁾, que produjo encierros solidarios en hospitales de Madrid, estaba discurriendo con intensa dureza, tanto por las sanciones impuestas como por los enfrentamientos habidos entre estudiantes y fuerzas de orden público. Por último las reivindicaciones que surgen ahora son más políticas y menos aglutinantes que en el conflicto anterior. La lucha por la gestión democrática surge con un carácter tan perentorio en la dinámica del HPO que les aleja del resto de los centros hospitalarios españoles incapaces de movilizarse ahora tras esos objetivos. Esto es lo que pudiera deducirse tras el llamamiento hecho por la Coordinadora de MIR, una vez expulsados los médicos y enfermeros de Oviedo, que aunque está firmado por representantes de 13 hospi-

tales no consigue tener eco en los centros y por lo tanto no se traduce en acción. La Coordinadora propuso un paro en base a los siguientes motivos: "1. La situación del Hospital Psiquiátrico de Oviedo; 2. Reafirmación de la línea defendida por los MIR, dedicación exclusiva, contratación temporal; 3. Reafirmación de la necesidad de creación de nuevas camas hospitalarias. Necesidad de una dirección única y médica para la medicina nacional; 4. Reafirmación de la necesidad de persistencia del MIR cuya existencia misma parece peligrar, si observamos la nueva ley para estudiantes de medicina, retraso en la incorporación de los nuevos internos a los hospitales de la SS. manifestaciones de la Diputación de Oviedo en el sentido de reducir plazas e idéntica voluntad en el San Pablo de Barcelona.

Se pide mantener actitud de paro hasta que se readmita a los médicos y personal enfermero de Oviedo y sea respetado el criterio técnico senrado por la comisión médica"(359).

2.3. Solidaridad en otros sectores sociales.

También en esta área la repercusión fue escasa. Para la mayoría de la gente que no calaba en el trasfondo de la cuestión el motivo del conflicto era visto como la consecuencia de un "enchufe", como una arbitrariedad de los resortes del poder a las que tan acostumbrado estaba el país. Costaba entender que todo aquello provocara una complicación tan grave. La misma prensa dio

menos defusión a los hechos, y alguna revista que entendía los males profundos de la situación sanitaria, comentaba que el motivo desencadenante era irrelevante⁽³⁶⁰⁾. A pesar de lo dicho, el temor a que el hospital psiquiátrico pudiera verse afectado en su asistencia determinó cartas de solidaridad de diversos trabajadores de Gijón, así como de expacientes y de los internados del hospital⁽³⁶¹⁾.

3. El Desenlace y la expulsión

El 29 de enero los médicos envían un escrito individual al presidente del Consejo comunicándole la dimisión en términos similares a la vez anterior y dando un plazo de siete días para que se hiciera efectiva. Como ya se comentó anteriormente las relaciones interestamentales en el hospital se habían modificado favorablemente en los últimos meses. Si bien el conflicto actual seguía siendo una "cosa de médicos", se planteaba unos objetivos de participación que interesaban a la parte más avanzada del personal enfermero. Por otra parte la puesta en funcionamiento del Jurado de empresa --que recogía representantes de los diversos estamentos-- facilitó el encuentro de algunos objetivos comunes y el análisis de la situación función de los mismos. Ayudaba, en suma, a la convergencia entre los estamentos médico y de enfermería. Hay que resaltar sin embargo que un sector importante del antiguo per-

sonal "cuidador", no quería saber nada de los "lios de los nuevos médicos". De cualquier forma a lo largo del conflicto una gran parte del personal asistencial no médico había hecho público un escrito solidarizándose con los médicos. El Consejo decide aceptar la dimisión y les comunica que queda rescindido el contrato y que les da un plazo de ocho horas para que abandonen el centro. Se termina el encierro sin que sean desalojados por las fuerzas del orden, aunque sí hubo coacciones e interrogatorios policiales.

Llegado el momento de la expulsión de los médicos, el personal enfermero y asistentes sociales inician una protesta activa, mediante un paro y concentración en una sala del hospital. Su razonamiento era así: si se despide a los médicos y se deshacen los equipos ¿cuáles van a ser nuestras condiciones y posibilidades de trabajo? La emotividad de la situación, precipitó en buena medida la toma de postura del personal enfermero.

Los médicos intentan unirse al grupo del personal, cuando se enteran que se va a producir la intervención de las fuerzas de orden público; pero son interceptados por agentes de la brigada-político social, conjuntamente con el médico jefe de la labor-terapia. Unas horas más tarde se realiza el desalojo del personal asistencial: 26 médicos y 60 miembros del resto del personal (57 enfermeros y tres asistentes sociales) son expulsados del hospital. Con las circunstancias finales se rompen aspectos imprevisi-

bles, entre los integrantes de los diversos sectores y estamentos hospitalarios se produce un movimiento que determina la fusión del grupo, la constitución de un "grupo en fusión": los de "carre-ra y los del empleo" se van juntos.

Los responsables de velar por el orden, actuaron ahora con mucha mayor impaciencia que en el caso de los médicos. Aunque en los días siguientes el personal asistencial acude a la Magistratura, ya nada cambió. En este caso, no cabe decir, como cuando nos referíamos al HGA, que empezaba el comienzo del fin. El Final del psiquiátrico fue lo recién dicho. El Final fue ese acto duro, ese golpe seco. Aquí se acabaron las ilusiones de la "Primavera de Oviedo", del "Mayo Asturiano".

Un año después: "...la situación es lamentable. Se pide que se abra una encuesta para que los enfermos opinen sobre la situación⁽³⁶²⁾. Cinco años mas tarde: "...situación inhumana de los pacientes del hospital psiquiátrico de Oviedo. Los trabajadores denuncian la falta de higiene, el aislamiento, la represión y la explotación económica⁽³⁶³⁾.

4. La Administración

El comportamiento de la Administración en esta ocasión es, en casi todos sus niveles, más reflexivo, menos estrepitoso; parece moverse con objetivos mas claros.

4.1. La Diputación y el Consejo del Organo de Gestión.

Simplificando las cosas se podría decir que la Diputación provincial se dedicó esta vez a callar y actuar. Salvo unas declaraciones iniciales mediante las que, el presidente del Consejo enfrenta a los médicos del psiquiátrico con la opinión pública (¿adoptan posturas violentas? ¿ponen la asistencia en peligro?)(364), vuelve a aparecer públicamente hasta que se produce la sentencia final. Otro aspecto importante es que las figuras más responsables de la Corporación provincial, desaparecen de escena a lo largo del conflicto. Parece que otras instancias desde la sombra asumen la dirección. El presidente del Consejo tras mantener alguna entrevista con el Gobernador de la Provincia presentó su dimisión. El presidente de la Diputación, alegando enfermedad se aleja de la presidencia, y unos meses más tarde sería dimitido. En los últimos momentos se nombra un hombre fuerte para ejecutar las decisiones. El Sr. Menéndez Manjón, resuelve el conflicto con aparente frialdad y recurriendo a unas fórmulas jurídicas. En su informe al pleno de la Diputación como vicepresidente de la misma, y presidente en funciones, diría: "hemos adoptado las medidas necesarias para evitar anomalías en el funcionamiento de nuestros servicios sanitarios... Por lo que respecta al hospital psiquiátrico, ocho médicos psiquiatras y dieciocho médicos postgraduados han rescindido unilateralmente su contrato...el

Consejo de Administración ha tomado las medidas necesarias para cubrir la asistencia en el hospital psiquiátrico... Un sector de Auxiliares de psiquiatría totalmente ajeno al problema que crearon los médicos dimisionarios han adoptado una actitud de inasistencia al trabajo... no ha sido posible llegar a una avenencia, ya que el planteamiento esencial e inicial tenía por objeto la readmisión de los médicos... El Consejo se ha visto obligado a estimar rescindido el contrato de todo aquel personal de enfermería y asistencia social que el pasado día 5 abandonó voluntariamente el trabajo... El Organó de Gestión no ha infringido ni alterado de la manera más leve las cláusulas contractuales que vinculaban a los médicos al establecimiento, ni sometido a su personal, cualquiera que fuera su categoría, a la mas mínima presión ni violencia... y repudia las posturas y situaciones de fuerza y presión, que imposibilitan el diálogo, existiendo como existen, cauces reglados y constituidos para la solución de cuantos problemas afecten al personal" (365).

Una revista comentaba a propósito del discurso: ¡desenlace jurídico pero no político! (366).

La trayectoria política del Sr. Menéndez Mangón, que se estrena públicamente en la política y en la represión con el conflicto de Oviedo, confirma su dureza y su incapacidad para el diálogo. Posteriormente fue gobernador civil de Granada y de Guipúz-

coa y de su actuación, en esas provincias, queda el siguiente testimonio:

"...lo que ha hecho especialmente difícil la gestión del Sr. Menéndez-Manjón (en su paso por Granada) ha sido su escasa flexibilidad... la dureza en el ejercicio de su autoridad".
"... Nuestra Granada padeció durante su mandato cientos de multas gubernativas y una aplicación desaforada del tristemente recordado decreto-ley antiterrorismo, en su versión original". Su actuación en el País Vasco ha levantado las protestas y dimisión de dieciocho ayuntamientos⁽³⁶⁷⁾.

El Presidente de la Diputación, Sr. Lorenzo Suárez, cuyo nombramiento parece una coartada del Gobernador civil para controlar la situación, desaparece con el cambio de la autoridad gubernativa que ocurre en los meses siguientes. El relevo vuelve a desvelar la concatenación de los cargos y de los hechos. E. Sr. presidente, dolido tal vez, porque la realidad fuera así, envía una carta al acto de su sucesión, al que no asiste, de la que nos parece importante reproducir ciertos aspectos: "...quiero pedirte que leas estas líneas para justificar mi ausencia, que no se hubiera producido si se me hubiera consultado... Llegué a la vida pública a los 23 años. Tras 16 años ininterrumpidos de servicio... retorno a mi casa... Cuando llegué dije que era un hombre joseantoniano, falangista, azul. Al irme digo, que, si cabe, soy más jo-

seantoniano, más azul. Cada día me ilusionan más nuestros principios, nuestros objetivos. Y creo que... sobre todo en nuestro futuro, el triunfo está asegurado, porque formamos en el mayor grupo, en el de la mayoría de los españoles y sobre todo en el que más dispuesto está al servicio"⁽³⁶⁸⁾. También el Sr. Lorenzo Suárez, parece confundir sus deseos con la realidad, porque su visión sobre la vigencia y el futuro de las familias políticas del régimen no parece muy lúcida, ni coincide desde luego con el estudio que de ellos hacen los sociólogos y los historiadores⁽³⁶⁹⁾.

4.2. El Gobierno Civil.

Deja entrever claramente su actuación. La desaparición de los hombres situados en los cargos de máxima responsabilidad, presidente de Diputación y del Consejo, hace pensar que el gobierno civil controla y dirige la operación. Los organismos que velan por el orden actuaron más abiertamente. La brigada político social detiene, durante unas horas a un médico y a una enfermera y los somete a interrogatorio. Finalmente las fuerzas del orden comparecen en el hospital.

Probablemente relacionado con el conflicto, el gobernador civil es relevado de su puesto muy poco tiempo después, pasando a ocupar otro puesto en la administración central.

4.3. La Organización Sindical y la Magistratura.

La Organización sindical permite, a través del Jurado

de empresa, que los trabajadores del hospital se reúnan en sus inmuebles y parece ofrecer en un primer momento cierto apoyo moral. Una vez que se produce la expulsión se da un cambio de actitud en las máximas autoridades sindicales provinciales y se prohíbe que los expulsados se reúnan en sus locales, teniendo que hacerlo furtivamente en otros lugares.

En cuanto a la Magistratura, emite un primer fallo favorable al personal asistencial, que se modifica con una nueva demanda de la Diputación ante la que sentencia despido procedente.

4.4. Dirección General de Sanidad y P.A.N.A.P.

A pesar de que una comisión de médicos mantuvo una entrevista con el Director General de Sanidad, su mediación no fue perceptible.

Por parte del PANAP se celebró en febrero una reunión de su Consejo Rector, para estudiar la problemática del hospital asturiano. Algunos de sus miembros expresaron disconformidad y desagrado por el informe elaborado, sobre el hospital psiquiátrico, por los Doctores Cabaleiro Goás y García Reyes, a petición de la AENP. Se pidió al presidente de la AENP, presente en la reunión, que no se apoyara dicho informe pues se exponía a que la AENP fuera objeto de medidas gubernativas⁽³⁷⁰⁾.

Por parte del presidente de la AENP se propuso que el PANAP se hiciera cargo temporalmente del hospital de Oviedo, lo

que facilitaría resolver la situación conflictiva. Parece que esa solución solamente era posible si se solicitaba por la propia Diputación asturiana. También se formó una comisión dentro del Consejo rector para seguir estudiando la problemática suscitada y sus soluciones.

Los médicos y personal enfermero expulsado hicieron llegar al PANAP la petición de puestos de trabajo para evitar el éxodo y la desaparición de los equipos. Posiblemente por su escaso poder de incidencia en las estructuras oficiales o por otras razones, no fue posible conseguir de este organismo una mediación operativa, ni tampoco satisfacer las peticiones formuladas.

5. Colegio de Médicos

Condena en principio la actitud de los médicos y mantiene una postura consecuente de no mediación. "Tengo que decir que cualquier actitud beligerante como la que han tomado los médicos me parece inadecuada. Tampoco me parece bien que hayan acudido con los escritos a la prensa antes de hacerlo al Colegio"⁽³⁷¹⁾. Posteriormente se ve obligado a intervenir pidiendo concordia entre los dos sectores médicos que se habían enfrentado a propósito de la problemática del H.G.A. De todas formas también aprovecha la situación para manifestar su desacuerdo con la organización impuesta en los servicios sanitarios dependientes de la Corporación

Provincial y explicar que con el cambio de presidente presentó al "nuevo equipo" unos puntos que criticaban algunos principios de la política sanitaria seguida y sugerían nuevas fórmulas⁽³⁷²⁾.

Una vez que se produce su expulsión, los médicos solicitan del Colegio que intervenga cerca del Organismo de Gestión "... buscando una solución que evite el hundimiento del hospital, el deterioro de la asistencia y el desprecio de los criterios técnicos"⁽³⁷³⁾. El Colegio desestima esa petición, los médicos recurren ante el Consejo General, pero ya no obtuvieron nunca más respuesta.

Contrasta de nuevo con el comportamiento del poder colegial, la actitud de los médicos jóvenes, que emiten una circular, firmada por el presidente de la sección nacional y por el presidente de la sección del colegio de Madrid, Barcelona y Sevilla, pidiendo que se reponga al personal expulsado y que se declare "la inocupabilidad de las plazas en conflicto, por el Organismo que corresponda, bien el Colegio de Médicos de Asturias o el Consejo General, hasta que los compañeros cuyos contratos han sido rescindidos vuelvan a sus puestos"⁽³⁷⁴⁾. Esta petición no es escuchada por ninguno de los dos organismos.

6. La Asociación Española de Neuropsiquiatría.

La Asociación consecuente con los principios aprobados en su Congreso adopta desde el primer momento una actitud decidi-

da para intentar salvaguardar la asistencia lograda en Asturias. En un primer momento, su presidente envió un telegrama a los médicos pidiéndoles que no presentaran la dimisión, en espera de encontrar alguna vía de negación. Después la Junta Directiva mantuvo varias reuniones, en una de ellas se acordó comisionar a dos miembros para que se desplazaran a Asturias y elaboraran un informe sobre la situación. Los Doctores Cabaleiro Goás y García Reyes, encargados de esa misión, elaboraron un informe muy crítico con la Diputación asturiana, que produjo protestas por parte de ella y de otros organismos oficiales. El informe valora ajustadamente los niveles asistenciales que se llegaron a alcanzar y relaciona la crisis de las instituciones asturianas con el relevo ocurrido en la Diputación. Respecto al conflicto añaden:

"Posibilidades muy remotas de arreglo... ante la postura inflexible de la Diputación provincial y del Consejo de Administración... la mantenida por la dirección médica es similar... el director nos manifestó que por su parte no estaba dispuesto a que fuera readmitido el grupo de médicos en su totalidad... sólo pasado algún tiempo, se prestaría a facilitar la readmisión de aquellos que considera "fueron arrastrados"... Como solución proponen "lo ideal sería que sin mas dilación se procediese a un arbitraje por parte de la Dirección Nacional de Sanidad, bien directamente o a través del PANAP". Enmarcan el conflicto de Oviedo co-

mo un síntoma de la crítica situación general de la asistencia psiquiátrica española y proponen unas posibles soluciones para atacar esa crisis:

"1. Establecimiento de una normativa general para todos los hospitales psiquiátricos españoles.

2. Nueva estructuración de la asistencia psiquiátrica que obvie los fallos de la actual.

3. Revisión y unificación legislativa de todo lo que se refiere a la asistencia psiquiátrica en España.

4. Elaboración de un Libro Blanco de la asistencia psiquiátrica española" (375).

El presidente de la Asociación escribió varias cartas al presidente de la Diputación, "cartas que contesté certésmente pero no cedió un ápice de su posición y en esto estuvo apoyado por médicos (entre ellos, psiquiatras) lo cual nos quitó fuerza" (376). Si bien es cierto que las gestiones realizadas por la Asociación no se tradujeron en práctica en soluciones positivas, los esfuerzos que realizó para conseguirlo son innegables. A pesar de las presiones recibidas para que se distanciara de la situación, no se arredró. En una asamblea que celebró en Mayo apoya públicamente el comportamiento de los médicos de Oviedo y asume el informe elaborado por sus representantes:

"La AENP después de analizar la actuación de los médi-

cos y personal auxiliar cesados en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, manifiesta que la actitud de este personal sanitario ha sido en todo momento justa y adecuada a las normas éticas profesionales.

-...encarece a los Directores de centros psiquiátricos que faciliten puestos de trabajo similares a los que desempeñaban estos compañeros en Oviedo.

-La Asamblea de la Asociación hace suyo el informe que elaboraron los doctores M. Cabaleiro y S. García Reyes"⁽³⁷⁷⁾.

Esta toma de postura no es ajena, sin duda, a que posteriormente algunas de sus asambleas fueran prohibidas por orden gubernativa. Y ciertamente prohibir la asamblea de una asociación científica era una medida insólita, incluso en esa época tan pródiga en prohibiciones.

CAPITULO IX

LOS MEDIOS DE DIFUSION
Y EL CONFLICTO

IX. LOS MEDIOS DE DIFUSION Y EL CONFLICTO

Mientras que los medios más oficiales, TVE y radio, casi ignoran los conflictos o se limitan a dejar oír la voz del profesor Lafuente, la prensa trata profusamente los acontecimientos, confiriéndoles, sin duda, una notable importancia periodística.

El tratamiento de las noticias, y las valoraciones que suscitan, revelan, como luego veremos, toma de posiciones, divergencias ideológicas y luchas de intereses. Al mismo tiempo abren nuevas vías de acceso a la problemática sanitaria que subyace en el país, e introducen de manera, más o menos solapada, una crítica a las instituciones del sistema, es decir, una crítica política. Se puede afirmar que nunca, en los últimos años de nuestra historia, habían saltado los temas médicos a la tribuna de la información general con la intensidad y profusión que lo hicieron ahora. La prensa, y por ende los sectores sociales a los que se dirige son sensibles a la huelga de los médicos y a las circuns-

tancias de su situación profesional. No ocurre lo mismo con el Colegio de Médicos, a quien no gusta que los "asuntos internos" desborden el marco corporativo, por eso intenta impedir la información o se lamenta de que "los médicos vayan antes a la prensa que al Colegio". Pretende así ocultar la crisis y los intereses litigantes que refleja el conflicto, porque todo ello viene a empañar la tradicional "hagiografía médica".

Para observar esos elementos, que como acabamos de decir, están implícitos en la información, vamos a ordenar la prensa en distintos niveles:

-prensa regional, que abarca el estudio de tres diarios, un semanario y los medios de expresión "clandestinos o ilegales" que nos fue posible conseguir. Intentaremos reflejar cómo a través de esos medios de expresión surgen ante el conflicto la opinión y el sentir de diversos sectores asturianos.

-prensa nacional e internacional, con objeto de constatar la difusión en ese nivel, sin menospreciar las valoraciones y actitudes que reflejan.

-prensa médica, en su doble aspecto de prensa médica de orden e información general y prensa circunscrita a la especialidad.

1. Prensa Regional

Ningún órgano de prensa regional permaneció indiferente ante el conflicto sanitario.

La Nueva España, que era el órgano regional de la prensa del movimiento, se ha limitado, en general, a reproducir con exactitud los comunicados que las partes implicadas le enviaron, así como las noticias. No adopta en sus contenidos tomas de posición claras; sin embargo, inserta tres editoriales, caracterizados por el tono conciliador y de concordia, que combina con veladas críticas a la Diputación: "el asunto se ha dilatado excesivamente, han faltado habilidad, resolución, oportunidad y tacto, y nada podrá conseguirse ya desde un principio de disciplina hecho castillo"⁽³⁷⁸⁾. Aunque no aborda el problema de fondo, de la estructura sanitaria asturiana, parece asumir una defensa de los servicios existentes, cuando añade en otro comentario: "de ninguna manera pudiera admitirse la idea de que la Diputación, cumplidos los fines asistenciales benéficos, que señala la ley, pudiera prescindir de la docencia, como han apuntado opiniones mas radicales, por que élla es consustancial con una categoría médica alcanzada por los centros hospitalarios ovetenses"⁽³⁷⁹⁾. Estas críticas no impiden que al mismo tiempo intente justificar a la nueva Administración: "la nueva corporación se encuentra con una problemática que ella no ha creado, el mal es viejo y... ha venido a

romper coincidiendo con el relevo de la Corporación"⁽³⁸⁰⁾.

La Voz de Asturias, periódico fundado en 1923⁽³⁸¹⁾, diario caracterizado en su fundación como liberal y ligado a sectores de la burguesía dinámica, ha hecho un gran esfuerzo por ofrecer una información objetiva. Fue el periódico, que más entrevistas y testimonios recogió de las partes en litigio. Su actitud osciló de una posición conciliadora, en un primer momento: "todo se pudo resolver en un diálogo entre colegas"; a una crítica expresa a los elementos y actitudes autoritarias que mantiene la Administración: "...es de lamentar que un caso que pudo tener solución a tiempo, y muy sencilla, se haya desviado hacia el area de la confusión y rigidez de las decisiones jerárquicas". "Dentro del principio de autoridad con que se juega, frecuentemente, y, según circunstancias, hay también un sitio adecuado para el principio de equidad"⁽³⁸²⁾.

Las posiciones mas encontradas son reflejadas por los dos periódicos siguientes:

Asturias Semanal, revista de frecuencia semanal, surgió en 1969 y desapareció en 1977⁽³⁸³⁾. Asumió con fuerza y con un carácter dinámico-progresista la defensa de los valores en intereses regionales, y es uno de los elementos que despertó y potenció la conciencia regional. En esta revista se recogen comentarios que pretenden ir al fondo del problema, extendiéndose en sus análisis

al problema del hospital general, como institución que mas agudiza el antagonismo de intereses: "La situación hace extensiva la crisis a toda la organización hospitalaria de la Diputación provincial... Esta institución modelo y orgullo que los asturianos hemos pagado y seguimos pagando caro, con la esperanza de su constante expansión, perfeccionamiento y mejora, está en grave peligro. ¿Por qué se hunde el hospital general? ¿Es qué interesa a alguien acabar con él?" asume sin ambigüedades la defensa de los servicios sanitarios provinciales porque suponen un patrimonio asturiano de gran importancia social. Critica abiertamente el autoritarismo y la "sinrazón" de las decisiones de la Diputación: "...es importante haber entendido que autoridad no es sinónimo de intransigencia... El Organo de Gestión --y como consecuencia la Diputación-- se ha situado al borde de la sinrazón, al refugiarse sin concesiones tras la razón de una mayor fuerza sustentada, en apariencia, en la superior capacidad de aguante, frente a quienes lo habían perdido todo en un deseo de defender aquello que les parecía justo"(384).

"Parece que lo que quiere --el presidente del Consejo-- es que el cuerpo médico se calle cuando la autoridad habla, que el cuerpo médico tenga que soportar las supuestas arbitrariedades reglamentarias que se producen por parte de quien debiera observarlas con mayor puntualidad, que los profesionales médicos guar-

den silencio cuando profanos hablan sobre temas que desconocen... Sin embargo no es el caso: los médicos del psiquiátrico no han callado porque el proceso evolutivo de la sociedad avanza de manera irreversible"⁽³⁸⁵⁾. Se puede afirmar también que es la prensa que introduce con más énfasis la crítica política y la necesidad del funcionamiento democrático. En suma, refleja una posición coincidente con los intereses de la mayoría de la sociedad asturiana, en tanto que usuarios de unos servicios sanitarios modernos, y con la de los médicos que defendían el perfeccionamiento y la práctica de una medicina que entra en contradicción con la medicina liberal.

Región, es un diario calificado en su fundación en 1923 como conservador y católico. Por su actitud durante la segunda república se le consideraba que encarnaba a los sectores más conservadores, a la extrema derecha⁽³⁸⁶⁾. Su director, Sr. Vázquez Prada, es conocido por ser un apasionado defensor de la ideología y gestas del 18 de julio y en 1942 fue condecorado por Hitler con la Cruz del Aguila Alemana.

Es este periódico, el que quizás hace un tratamiento más maniqueista de los conflictos, y, el que, por otra parte, mejor desvela los intereses de un sector, o mejor, de un grupo de presión, que pugna por retrotaer la organización sanitaria provincial dependiente de la Diputación. Sus planteamientos finales apuntan

sin ambigüedades a ese objetivo, a dejar los hospitales reducidos a hospitales de beneficencia, en su sentido mas clásico, es decir, a que la situación vuelva a lo que había sido antes de iniciar la Diputación la reforma de sus servicios: "...quizás todo proviene de un mal planteamiento inicial en la fundación del hospital... El H.G.A. excede a nuestras posibilidades y pretender tapanlo con fórmulas injustas solo conduce al caos... La mayoría de los consejeros opinaban que el HGA debiera estar al servicio de la Beneficencia y de la Universidad... Otra coincidencia con el Colegio de Médicos". "Con la mitad del presupuesto que la Diputación emplea en el HG, los enfermos de beneficencia podrían tener a su disposición además de los mejores médicos, lujosos chalets de recuperación para convalecencia"(387).

"¿A quién sirve el HG, a los necesitados o a los adinerados?" Falaz demagogia, la que aduce el director del periódico en estos artículos, que contradice a las enseñanzas de la historia social de la medicina. ¡Manteniendo a los pobres en sus "hospitales especiales", ratificando la división de los hospitales "para pobres y para ricos", los pobres podrán ser visitados por los mejores especialistas y podrán tener casi una "jaula de oro"! Lo que se oculta detrás de toda esa argumentación es que los servicios sanitarios de la Diputación prestan asistencia a todos los ciudadanos que necesiten servirse de ellos, independientemente de

su situación socioeconómico, y, esa caracterización parece perjudicar los intereses de la medicina privada, que ve así "usurpados" a muchos de los pacientes que le podrían pagar. Estas actitudes intentan oponerse a retrasar un imperativo social e histórico, pues como dice Lain: "...la colectivización de la ayuda al enfermo es un suceso histórico a la vez justiciero e irreversible"⁽³⁸⁸⁾.

Para defender esos intereses se crea un enemigo que responda bien a las finalidades de la demagogia. Así pues, el adversario es extranjero: "... no hay derecho a que todos esos millones que cuestan --los hospitales-- se malgasten por culpa de unos señores...que nada les importa Asturias...porque no son asturianos en su mayoría". "...la obligación de la Diputación es emplear sus bienes en favor de personas asturianas, ya que son abundantes los médicos de esta provincia que han solicitado dichas plazas... es evidente que Asturias está sufriendo colonislismo". El adversario dilapida el dinero en intereses ajenos a Asturias: "...el hospital ha arruinado a la Diputación. El dinero de los constituyentes se va en ese capítulo. Una cosa tan importante no puede estar en el aire por el capricho de unos... que solo defienden intereses particulares o movimientos mas o menos con fondo político"⁽³⁸⁹⁾.

Al adversario se le atribuyen calificativos que evocan a los demonios del sistema: ¡medicina sí, comunismo, no! Los Rebeldes!⁽³⁹⁰⁾.

Finalmente carece (el adversario) de la moral sagrada que tienen los demás: "...Asturias ha contado siempre con un plantel de médicos asturianos que pocos hospitales de Europa reunían en calidad y amor a la profesión, de la que hicieron un verdadero apostolado. De modo que aquí no nos asustan nombres"⁽³⁹¹⁾.

El periódico alude en muchos de sus razonamientos al Colegio de Médicos, con el que no oculta su connivencia. El Colegio se apresura a declarar que él ya predijo el caos actual... "y que está exento de responsabilidad porque no le consultaron respecto a la organización de los servicios sanitarios provinciales".

De todas formas aprovechó la renovación en la presidencia de la Diputación "para formular una advertencia, contenida en cinco puntos". Dos de ellas era "que quedaran sin efecto la disposición del reglamento...por la cual la plantilla de beneficencia provincial se declara a extinguir" y que "el decano de beneficencia debe ser respetado en sus derechos a ser médico director de las instituciones"⁽³⁹²⁾.

Una vez denunciados los males y los adversarios, el periódico incita a la toma de medidas: "si el mal es de origen hay que cortar por lo sano". Se siguen teniendo estos problemas "... porque en Mayo hemos actuado con cobardía". "Lo único que puede salvar al HG es que se venda a la SS. y que luego la Diputación levante otro para atender a los verdaderamente necesitados"⁽³⁹³⁾.

La prensa "ilegal", suscrita por la oposición en sus diversas corrientes, coincide en apoyar la lucha de los médicos. Destacan la conciencia de trabajadores que están adquiriendo los profesionales, la necesidad de poner la medicina al servicio de la sociedad y no al servicio de una clase y la persistencia de la represión⁽³⁹⁴⁾. Otros resaltan el grado de combatividad que están alcanzando las "llamadas fuerzas de la cultura... y que es necesario organizar y coordinar la lucha obrera con la de estos profesionales. Otros, en fin, analizan el significado del Hospital Psiquiátrico y que la lucha se mueve entre los esquemas: "institución represión, frente, a institución-rehabilitación-liberación". Llamam la atención de cómo la Diputación "al servicio de manejos políticos... está poniendo en peligro la asistencia a los enfermos" (395).

2. Prensa Nacional e Internacional

La repercusión a este nivel la hemos seguido a través del tratamiento de que ha sido objeto por parte de dos diarios: Informaciones y Madrid, y de algunas revistas semanales, especialmente Triunfo y Sábado Gráfico.

La suspensión de que fue objeto el diario Madrid en el mes de noviembre le impidió seguir en su totalidad el curso de los acontecimientos. Respecto a Informaciones hay que destacar que

mantuvo una información amplia y objetiva, recogiendo comunicados y noticias diariamente y sin omisiones. Para poder facilitar una información de la máxima objetividad, un enviado del periódico realizó en Oviedo entrevistas a todas las partes interpeladas (médicos de los dos hospitales, directores, Colegio de Médicos, etc.). Con ese material elaboró un amplio informe sobre la cuestión (396).

Este periódico intenta ahondar en los males que se esconden debajo del conflicto, desbordando así lo anecdótico. En ese sentido señala que se trata de un problema de estructuras: "...lo que ocurre en la capital asturiana no es ni mas ni menos que el estallido de una confrontación planteada teóricamente hace tiempo, entre viejas formas de hacer medicina y la moderna organización hospitalaria que debe corresponder a un país como el nuestro". "Se trata de un profundo y grave problema cuyas consecuencias...se saldrán incluso fuera de las estructuras médicas". Se manifiesta asimismo partidario de la modificación de las estructuras que se oponen al avance de la organización sanitaria: "...en el fondo Asturias está siendo el portavoz práctico de una perentoria necesidad de reforma de determinadas estructuras en el país, en este caso sanitarias, que no están de acuerdo con la realidad de una nación que quiere incluirse en las vías de rápido desarrollo" (397).

Defiende la situación del postgraduado como asalariado y que por lo tanto debe contar con un contrato, y, critica los intereses de los puestos vitalicios: "...la oposición con resultados vitalicios se ajusta poco a esta mentalidad, encajando mucho mejor el concepto de contratos periódicos. A nuestro juicio, aquí está una de las claves... de las tensiones hospitalarias" (398).

Para la revista Triunfo que también entrevista a los médicos del hospital, los acontecimientos de Oviedo revelan la actual crisis de la medicina: "la inadecuación institucional y de hecho, de las estructuras asistenciales a las necesidades científicas y sociales..." Para ellos la crisis de Asturias tiene el carácter de "crisis piloto de una situación estructuralmente incorrecta" sentida en el resto de los hospitales españoles (399).

La revista Sábado Gráfico también comparece en Oviedo para dar cumplida información a través de tres reportajes.

En el orden internacional tomamos como exponente el contenido en la prensa de tres países distintos: en el Allgemeine Frankfurter Zeitung, Le Monde e Iberica. En general todos coinciden en destacar la extensión del conflicto, las condiciones de asalarización de esos médicos y la solidaridad habida por parte de obreros (400).

La información vertida en la "prensa ilegal" la recogemos a través de Horizonte Español 1972 y de Mundo Obrero. Las ac-

titudes encontradas son similares a las ya descritas en los mismos que aparecían a nivel regional⁽⁴⁰¹⁾.

3. Prensa Médica

Para valorar la repercusión que tuvieron los conflictos en la prensa médica, revisamos dos periódicos que incluyen información sanitaria general: Medicamenta y Tribuna Médica, y dos revistas relacionadas con la especialidad: Archivos de Neurobiología y Acta Luso-Españolas de Psiquiatría y Neurología. Nos apoyamos y recogimos también noticias y sueltos aparecidos en otros periódicos y revistas médicas, pero solo sometimos a una revisión regular a los ya mencionados.

En Medicamenta a lo largo del año 1971 y 72 no aparece ninguna noticia o información relacionada con los conflictos que aquí nos ocupan.

Tribuna Médica se hace eco reproduciendo noticias y comunicados e insertando además editoriales y valoraciones propias. Para este periódico los movimientos suscitados no son más que la expresión de problemas más profundos: "...lo esencial es esto: después de cuatro años...el médico ya formado en alguna especialidad no tiene un lugar adecuado o centro donde trabajar". Y frente a este problema estiman que caben dos soluciones: "...o bien planificar "la producción" de médicos de tal manera --con el exclu-

yente numerus clausus-- que solamente salgan de nuestras facultades el número conveniente según las posibilidades de trabajo...; o bien responde a las necesidades y hacer realidad cuanto antes los numerosos puestos de trabajo que son imprescindibles para conseguir una asistencia médica adecuada... En definitiva se vive una situación paradójica: el país necesita más médicos para conseguir un buen nivel de asistencia, y los nuevos médicos no encuentran un sitio en el país"⁽⁴⁰²⁾. Si bien es verdad que en este editorial se abordan los problemas de pluriempleo, de los puestos vitalicios, de la emigración de profesionales, etc., el análisis se queda en una visión corporativa de la problemática médica, sin ahondar en los problemas globales de la estructura sanitaria.

De otro lado, para Tribuna Médica, el año 71 ha estado intensamente relacionado con la psiquiatría, de tal forma que lo califica como "el año de la asistencia psiquiátrica" y agrega en ese sentido: "...el problema de la asistencia psiquiátrica en España se ha convertido durante el año 71 en una cuestión palpitante. Ha sido lo más acusado del perfil médico del año pasado. No solo por haber llegado a la opinión pública general sino también, y, sobre todo, porque requiere con urgencia que se haga realidad: nuevos y mejores hospitales, la extensión de la asistencia ambulatoria y la introducción de nuevas técnicas terapéuticas y rehabilitadoras. Todo ello parece imposible sin que se cumpla la premi-

sa de que la SS., comprenda también la asistencia psiquiátrica" (403).

En las revistas especializadas arriba mencionadas no se encuentra información referente al conflicto.

En el boletín publicado periódicamente por la S.E.P., aparece en su número 4-5, Julio 71, un informe remitido por el Dr. Montoya y se recoge asimismo un suelto aparecido en la prensa general, en el que se critica las medidas dirigidas a tener en cuenta los antecedentes político-morales de los médicos para su ingreso en el hospital.

En general se puede decir que la prensa médica no dedica a los conflictos la misma atención que la prensa general. Su ambigüedad y su silencio podrían interpretarse como una manera de evitar el entrar en contradicción con los diversos intereses médico-farmacéuticos a los que suelen estar supeditados.

4. Boletines Informativo remitidos por los médicos

A lo largo de los dos conflictos los médicos del HPO y la Coordinadora de médicos internos y residentes enviaron a los diversos hospitales del estado unas hojas o boletines informativos, dando cuenta del estado de la situación, y, a veces, remitiendo análisis de la misma. Aunque se trata de un medio de información distinto a los anteriores, nos parece importante hacer aquí un

breve comentario sobre él.

En base a sus contenidos y según un criterio puramente descriptivo podemos distinguir tres periodos o tres partes:

a) Las enviadas por los médicos del HPO durante el primer conflicto. Su contenido se refiere fundamentalmente a la problemática laboral de los médicos y a la defensa de sus intereses socioprofesionales.

b) Las enviadas por la Coordinadora. Contiene análisis que se refieren a problemas sanitarios de orden mas general, empleando una terminología y unos análisis mas políticos.

c) Los remitidos por los médicos del HPO en el segundo conflicto. Sus contenidos se centran fundamentalmente en la necesidad de la participación de los médicos en la gestión y planificación, en suma en la necesidad de democratizar el gobierno de los hospitales. Frente a esta necesidad se hace referencia al autoritarismo e intransigencia de la Administración que coarta los intentos de modificar la estructura hospitalaria.

Pensamos que esta peculiaridad de la información remitida por los médicos, revela los objetivos centrales de su lucha a lo largo de los diversos momentos del conflicto⁽⁴⁰⁴⁾.

X. CONCLUSIONES

A modo de puntos o enunciados, vamos a destacar aquellos elementos más sobresalientes, y, a nuestro entender, más determinante del periodo que historiamos. Intentaremos asimismo ver cómo se relacionan unos elementos con otros y cómo se va generando la dinámica del conflicto.

1. La reforma que estudiamos se produce en un periodo definido de la historia del país, que corresponde a la fase de implantación del capitalismo monopolista de estado. Su comienzo está marcado por el fin de la etapa autárquica y por el inicio de la fase de expansión. Es la época de la España del crecimiento.

En este periodo se producen dos importantes fenómenos de orden social: un intenso y acelerado proceso de urbanización, y, consiguientemente, de migración y desagrarización.

2. La transformación económica produjo cambios en el bloque dominante, que pasa a ser ocupado por la oligarquía finan-

ciero industrial. Este cambio conlleva, al mismo tiempo, divisiones y fragmentaciones en el mencionado bloque y también renovaciones en la superestructura política. El poder ejecutivo pasa a ser ocupado, predominantemente, por profesionales técnicos y cuerpo superior de funcionarios jurídicos, en detrimento de las personas procedentes del área política, es decir del Movimiento.

3. La fragmentación en el bloque dominante se expresa muchas veces a través de una lucha de intereses entre los grupos que ocupan los diversos niveles del poder del estado. Los intereses representados se sirven de grupos profesionales o cuerpos de la Administración para ostentar el poder. Los cambios en los titulares de las diversas instituciones o departamentos, conlleva, en general, una renovación de gran parte del funcionariado que les depende.

Las contradicciones existentes entre las diversas instituciones del estado tiene una clara expresión en la sanidad, sometida a diversas dependencias y por ende a multiplicidad de decisiones, que por representar intereses distintos, son a menudo encontrados. Hay diversos datos en este periodo que constatan lo dicho, pero uno bien elocuente fue la Ley de Hospitales de 1962.

4. El cambio brusco en los asentamientos de la población y el proceso acelerado de urbanización, contribuyen a crear situaciones anómicas, conductas desviadas, crisis de identidad. Estos

fenómenos no son desconocidos por el poder político. Así lo preve el Ministro de la Gobernación: ¡España cara a su desarrollo económico y social debe prepararse para hacer frente al incremento de las enfermedades mentales! Parece, pues, que la nueva etapa de desarrollo exigiría cambios en las estructuras asistenciales. Es preciso recordar, que el paso de la psiquiatría asilar a la psiquiatría comunitaria, cuando se dio en una sociedad capitalista, coincidió con formas de capitalismo avanzado, caracterizadas por un gran desarrollo e incremento de los servicios.

5. La sanidad española no lleva un desarrollo parejo al nivel socioeconómico. Mientras que el nivel de renta experimenta un crecimiento entre 1949-70, de un 702x100, el número de camas se aumentó en un 122x100.

6. La asistencia psiquiátrica ocupa el lugar más marginal dentro de la sanidad. Como se acaba de señalar, el desarrollo de las formas de producción capitalista hacía preveer un incremento de la demanda psiquiátrica. Esta previsión se constata por el incremento del número de internamientos, que ascienden de 89 por 100.000 habitantes en 1950, a 230 por 100.000 en 1971.

7. La reforma que estudiamos se realiza en una región, que en el momento inicial estaba considerada como desarrollada; pero, que, tras haber sufrido una crisis económica, pasa rápidamente a incluirse dentro del grupo de las regiones declinantes. Se

distingue además por su marcado carácter industrial, con escaso desarrollo del sector servicios e intensa conflictividad social.

8. Las deficiencias del sector terciario repercuten, lógicamente, en su estado sanitario, con unos valores indicativos inferiores a la media nacional; y, desde luego, notablemente inferiores a los de otras regiones de características similares a las suyas. Por el contrario la demanda de internamientos psiquiátricos coloca a esta región con índices que superan, en los momentos que se emprende la transformación hospitalaria, la media nacional. La mayoría de la población internada procede del sector secundario, que se encuentra sobrerrepresentado en la población hospitalaria. O sea, que son los trabajadores de la industria los que (en 1965) planteaban mayores demandas de internamiento.

9. La reforma es promovida y puesta en marcha desde el poder y por un grupo de poder político relacionado con otros a nivel central. Así parece desprenderse tanto de las declaraciones del Ministro de la Gobernación, como del hecho de que la reforma de Asturias y la Ley de Hospitales tengan elementos coincidentes.

10. Mediante la reforma sanitaria de Asturias se intenta poner en marcha el "plan piloto" de un nuevo modelo sanitario, más en consonancia con el desarrollo socioeconómico del país y con los avances científico-técnicos. Este plan adquiere, por otra parte, un efecto propagandístico con su imagen avanzada y renova-

dora. El nuevo modelo intenta superar las formas asistenciales de la beneficencia, que en el decir de la presidencia de la Diputación, ya no responden a nuestro desarrollo social, ni al espíritu de la ley.

11. El nuevo modelo sanitario entra en contradicción con las formas tradicionales de la medicina liberal, hegemónicas en la región, y relacionadas con resortes de poder importantes.

12. La reforma sanitaria se pone en marcha aplicando tecnología de administración y gestión hospitalaria de marcada influencia americana.

La transformación del hospital psiquiátrico forma parte de la reforma sanitaria global.

13. La transformación psiquiátrica se hace en base a un modelo de psiquiatría comunitaria o social. Los supuestos básicos en que se fundamenta, destacan la importancia de los factores sociales, la nocividad del manicomio, la eficacia de la asistencia en la propia comunidad, la necesidad de formas de trabajo colectivo y en equipo, así como de dotarse de una organización técnico-administrativa dirigida a transformar el hospital en una comunidad terapéutica. En el enunciado de esos supuestos se advierten claras influencias de la psiquiatría comunitaria angloamericana, de las orientaciones de la OMS y posteriormente de la psiquiatría de sector francesa.

14. La organización del estado español, centralista a ultranza, dificulta notablemente la aplicación de esas formas de asistencia psiquiátrica.

15. La puesta en práctica del modelo asistencial se realiza sustituyendo el orden antiguo, el viejo orden del manicomio, por un nuevo orden dictaminado por tres o cuatro médicos y el gerente de los servicios asistenciales. Basándose en las exigencias racionales de la técnica, aplican unas medidas que son consideradas "buenas en sí" para los enfermos y para corregir la situación creada, que pretende modificar la Administración. Las personas que se oponen al cambio --o que potencialmente puedan hacerlo-- son desplazadas en virtud de las acciones coercitivas del poder.

Para las nuevas tareas se seleccionan, con criterios rigurosos, un personal que asuma y apoye las nuevas medidas organizativas. La reforma se implanta por decreto de la presidencia de la Diputación.

16. La forma de aplicación de la reforma al marginar a unos y lesionar los intereses de otros, aglutina a sectores que tienen en principio, intereses opuestos: grupos de la medicina liberal y los trabajadores menos cualificados del hospital. Ambos, por razones distintas, rechazarán las transformaciones.

17. El nuevo organigrama jerarquiza los niveles de responsabilidad en base al poder de cada grado, que se concentra y

alcanza su máximo exponente en el gerente. El organigrama introduce el fenómeno de la subordinación múltiple y líneas de mando paralelas. Dificulta la integración en el equipo de los miembros que virtualmente lo componen. Crea dificultades entre la autonomía profesional y el control burocrático, representado en su mayor grado por el gerente. En fin, surgen interferencias entre áreas propias de la Administración y de la acción médica.

18. La nueva práctica asistencial que se desarrolla, crea y exige una dinámica, en la que la toma de decisiones ya no puede ser un acto individual o aislado del médico, sino el resultado de la discusión y del trabajo del equipo terapéutico. Existe pues, necesidad de que cada miembro del mismo pueda tomar decisiones para aplicar y crear actividades terapéuticas, puesto que la relación misma se convierte en un acto terapéutico.

19. Empiezan a aparecer contradicciones entre el modelo que se propuso, la nueva práctica que se crea y la estructura rígida que la enmarca.

20. La nueva organización hospitalaria crea a los médicos una clara situación de asalariados, caracterizada por: alejamiento de los centros de decisión e imposibilidad de influir eficazmente sobre las circunstancias que determinan su práctica, salario limitado, inseguridad en el empleo, dificultad de promoción, dificultad para hallar un nuevo puesto de trabajo y, por consiguiente, escasa movilidad profesional. Los médicos subliman tempo-

ralmente , sus dificultades mediante el prestigio que supone contar con una organización y tecnología avanzada.

Estas mismas circunstancias concurren en el personal no médico, en el nuevo personal de enfermería, al que se le habían creado vanas expectativas profesionales, que lógicamente generan frustraciones.

21. La nueva situación es también altamente contradictoria para los llamados médicos becarios. En la práctica cumplen el papel "de médicos con responsabilidad progresiva que prestan una asistencia fundamental para el funcionamiento del hospital". Sin embargo se les sigue considerando con patrones paternalistas, como es la concepción de becario, mas propia de otro tipo de organización sanitaria. Por otra parte el funcionamiento del hospital y su práctica les depara una formación deirigida al trabajo hospitalario y en equipo, y no al ejercicio de la medicina liberal. Se les prepara, en suma, para ocupar puestos que aun no existen en el país.

22. La crisis de la institución universitaria, no ajustada a la realidad social, produce en los postgraduados la necesidad de buscar "un nuevo modelo profesional". En este caso concreto, los postgraduados son también sensibles y se ven impactados por la crisis de la teoría psiquiátrica.

23. Aunque en el hospital se producen innovaciones y

avances importantes, persisten areas de marginación --en parte determinadas por la racionalidad y el eficientismo de la organización-- que abarcan tanto a los internados como a parte del personal. El hospital sigue manteniendo en su seno "un manicomio", que al cabo de seis años de evolución tiene aun una magnitud considerable.

24. El cambio no consiguió transformar de un modo global la cultura tradicional del hospital. Durante todo el proceso transformador se hicieron ostensibles y persistieron una serie de actitudes y valoraciones encontradas, creándose areas y grupos opuestos dentro del mismo personal, que llevaban incluso uniforme distinto. Lo nuevo pretende anular a lo viejo, que se resiste.

Estos opuestos se expresan a través de las valoraciones y comentarios en la práctica cotidiana. Así por ejemplo, se opone la experiencia y responsabilidad de los antiguos frente a las veleidades e irresponsabilidad de los nuevos; el orden y el trabajo de antes frente a la tolerancia y el ocio de ahora; la disciplina rígida que anula la palabra del internado frente a las reuniones de debate y análisis de los problemas de la institución, que son considerados, a veces, como una pérdida de tiempo o incluso como un elemento que menoscaba el respeto que le es debido al personal asistencial.

La persistencia de areas hospitalarias sin organizar,

donde prevalece la cultura tradicional, y se hacen necesarios por tanto, las prácticas institucionales de siempre, hace esa oposición mucho más apasionada y difícilmente soluble. ¡Cuando no pueden con ellos nos los mandan a nosotros!. Las unidades cerradas, con su personal antiguo, quedan así como una especie de constatación de la insuficiencia de los nuevos, como el último eslabon disponible para aquellos "internados difíciles" con los que no pueden los nuevos métodos.

25. La reforma discurre al margen de la "psiquiatría oficial". Ha sido puesta en marcha "desde arriba", pero sin contar con el poder psiquiátrico. Se apoya en corrientes asistenciales de escasa penetración en nuestro país, rechazadas o ignoradas por ese mismo poder. Todas estas circunstancias incrementan, sin duda, su vulnerabilidad.

26. El personal asistencial va intentando encontrar formas de corrección a los problemas y obstáculos que surgen. Las correcciones necesitan de un acercamiento a los centros de decisión, de la participación en la organización de la asistencia y de su propio trabajo. La búsqueda de estas vías es una constante en la reforma sanitaria de Asturias, su necesidad se manifiesta con mas perentoriedad en los momentos de conflicto. La incomunicación de los médicos con la Administración fue una especie de testigo, que estuvo presente en todo el proceso de la reforma. El poder políti-

co y el técnico o ejecutivo, delegado por el anterior, han estado tan seguros de su tecnología que en ningún momento sintieron la necesidad de la participación creativa de los equipos asistenciales, lo único que necesitaban era que se aplicara sin vacilaciones.

27. La expansión y el avance de la asistencia --por ejemplo con la psiquiatría de sector-- al aumentar la demanda y descentralizar las actividades exigía de modo imperativo aumentar los recursos asistenciales y flexibilizar la organización, de forma que en los diversos niveles se pudiera actuar con autonomía y tomar decisiones sobre su práctica.

28. La falta de respuesta a los problemas que se van acumulando provocan tensiones que encuentran su salida a través de los conflictos, como única vía superadora. Los conflictos se abren a través de los miembros asistenciales con menor poder: auxiliares de enfermería primero, médicos becarios después.

29. Los programas asistenciales previstos por el grupo de estudios y aceptados entonces por la Diputación, se incumplieron en aspectos esenciales. Precisamente en el desarrollo de la asistencia extrahospitalaria y en la creación de servicios intermedios. Es decir, en las medidas del programa necesarias para abordar con eficacia la reinserción social, así como la profilaxis y el tratamiento precoz. No hay duda que estos objetivos eran

los que mayores dificultades encontraban en la estructura socio-política. Pero parece también presumible que en la aceptación del programa comunitario inicial había mucho más de efectos propagandísticos que de compromiso real con su desarrollo.

30. Los ataques a la reforma se agudizan coincidiendo con los cambios en los puestos directivos de la Diputación y del Consejo de Gobierno. Una vez caído el poder anterior, los grupos de presión lesionados, desarrollan una intensa actividad contra lo mas representativo de aquel poder: los ejecutivos y las formas de organización. Contra el gerente, director médico, dedicación exclusiva, etc.

La reforma sanitaria queda a merced de la pugna de las elites. Dependiendo de la confrontación entre un poder político --ahora caído-- y grupos de presión, que intentan servirse del nuevo poder político, encarnado ahora en personas encuadradas en una "familia del régimen" distinta.

La lucha del personal asistencial para defender lo mas válido de la reforma se ve dificultada por el alejamiento en que se les había mantenido a lo largo de todo el proceso. Lo mismo ocurre con la comunidad, que, desprovista de cauces democráticos de participación, no puede intervenir de modo eficaz, ni tampoco debatir libremente si los objetivos asistenciales que se pretenden están ligados a los intereses de la mayoría de la población.

Los conflictos que se abren revelan una serie de elementos muy importantes:

31. Por parte de la Administración local es destacable su autoritarismo e intransigencia. Hace del principio de autoridad su defensa fundamental, y así una situación que tenía una fácil solución económica, se complica enormemente ante la rigidez y la falta de capacidad negociadora de esa Administración. Se evidencia también la irresponsabilidad con que funciona la Administración tomando decisiones y gestionando instituciones cuyo funcionamiento --como se descubre-- desconoce, o solo lo conoce parcialmente. Se intenta enmascarar los problemas reales acudiendo a los tópicos habituales del sistema: subversión, enemigos de la patria, etc. El comportamiento de la Administración muestra también claramente --y una vez mas-- que las decisiones que atañen a las condiciones de trabajo del personal asistencial se toman sin contar con éste para nada. Se amenaza con hacer desaparecer los médicos residentes, con introducir nuevas características en la organización asistencial sin recabar la opinión de los médicos ni del resto del personal. Esta misma amenaza de modificar la situación asistencial y hacerla retroceder --¡nos limitaremos a lo que nos obliga la ley: la asistencia de beneficencia!-- revela la fragilidad de la reforma, "que puede continuar o no", según las decisiones y arbitrariedades del poder político.

32. El conflicto desvela también la crisis profesional de los médicos. Los médicos del HPO reivindican una serie de cuestiones y emplean unos métodos de lucha que nada tienen que ver con las exigencias tradicionales de la medicina liberal. Esta ruptura profesional se da en el seno mismo de las instituciones corporativas, a través del enfrentamiento que surge entre diversas secciones colegiales. En el fondo, la confrontación se perfila entre el sector establecido en el poder que ostenta la representatividad, y defiende sus privilegios, y las nuevas promociones ligadas en general a la medicina hospitalaria, que lucha por desarrollar otra opción sanitaria. Esta confrontación hace saltar "la imagen sacralizada del médico" y aparece una nueva moral profesional que choca con la ética que sustentaba a la práctica anterior.

Los cauces profesionales instituidos no se muestran válidos ni representativos para defender los intereses de los nuevos médicos. Estos recurren a formas de organización directa y democrática. A partir de ahí surgirán movimientos profesionales de gran transcendencia en la sanidad de estos últimos años: M.I.R. y Coordinadora de Psiquiatría.

33. El conflicto, en fin, revela la crisis estructural de la sanidad española que no responde a las exigencias y a los problemas reales de la nueva situación socioeconómica. El corsé de la superestructura política y socioeconómica impide su desarro-

llo, manteniendo privilegios y situaciones desfasadas que se oponen a los intereses de la mayoría de la población. El conflicto muestra que el problema suscitado en Oviedo era sentido por el resto de los postgraduados españoles y que al mismo tiempo las nuevas opciones sanitarias que estos médicos --en casi su totalidad-- defienden, convergen con los intereses objetivos de la gran mayoría de la sociedad. Así lo testimonian algunas de las solidaridades surgidas.

34. Expresión de esa crisis es, asimismo, la actitud de la Dirección General de Sanidad, que se niega a reconocer la significación implícita en los problemas: ¡aquí no ha pasado nada! La realidad sanitaria y las estructuras oficiales discurren por caminos distintos.

35. Ya en el orden de la asistencia psiquiátrica, el conflicto sirve para descubrir con toda crudeza la miseria de los hospitales psiquiátricos. Para llevar la información sobre su situación fuera de sus mismos muros, y ponerla al alcance del público en general. Estas circunstancias aumentan la conciencia sobre el problema, aglutinan posiciones y facilitan elaboraciones para afrontar el cambio (Congreso de Neuropsiquiatría-Málaga). A partir de aquí y en el transcurso de los años posteriores las luchas para transformar el viejo orden manicomial es una constante en nuestro país. Asimismo se abren ya irreversiblemente las puertas

a un proceso de crítica a la Psiquiatría tradicional.

La correlación de fuerzas, en nuestra sociedad autoritaria y antidemocrática, no fue favorable a los movimientos y las luchas realizadas. Lo mas retrógado del poder psiquiátrico apoyado en las estructuras político-administrativas fueron reprimiendo muchas de ellas y regresando a niveles manicomiales transformaciones avanzadas, como es el caso que estudiamos. Pero estas acciones no consiguieron detener el proceso de crítica ni la progresiva sensibilización ideológica sobre la problemática de la salud mental.

NOTAS

NOTAS

- 1) Ver Tuñón de Lara, M., dir. (1977) Ideología y sociedad en la España contemporánea. Por un análisis del Franquismo. Madrid. Para este autor, "la clase económica dominante consigue al fin sus objetivos en 1939 y con ello cierra, por la violencia, un largo periodo de crisis orgánica. A partir de ahí se abre un nuevo período de la historia contemporánea... A partir de 1956 aparecerán las primeras fisuras en la hegemonía de ese bloque dominante... En 1962 la crisis de fondo será manifiesta (han fracasado todos los objetivos formulados en 1939), pero el apoyo del gran capital, la coyuntura... permitirán encubrir los síntomas de la crisis bajo el manto de una mejora material. Nada de eso puede evitar una crisis manifiesta desde finales de 1970, completamente abierta desde finales del 73 y que situa al país en una nueva coyuntura histórica a finales de 1975".
 - 2) Véase Informe Anual de la O.C.D.E. sobre la economía española. (1969). Vol. I. Madrid.
 - 3) Fundación FOESSA (1975) Estudios Sociológicos sobre la situación social en España. Madrid. pág. 717-720.
 - 4) Ibidem, pág. 732.
 - 5) La población española y su territorio. Ibidem, 3-67.
 - 6) Ibidem, pág. 1388-89.
 - 7) Ibidem, pág. 63.
 - 8)* López Muñoz, A. (1972). El paro obrero. La situación en España. Triunfo, núm. 294.
 - 9) Las resistencias que provocan la liberalización y los cambios económicos, el reajuste de sectores políticos y las contradicciones que surgen entre determinado poder económico y algunas familias políticas del régimen, son temas abordados en las si-
- * López Muñoz es una firma colectiva, de la que referiremos otras citas, integrada por tres profesores de Ciencias Políticas y Economía (J.L. García Delgado, S. Roldan, J. Muñoz).

- güentes publicaciones: Ros Hombravella y cols. (1973) Capitalismo español, de la autarquía a la estabilización. Madrid. García San Miguel, L. (1973). Estructura y cambio del régimen político español, Sistema, 1, 1. E.D.E. (1975). Poder económico y grupos políticos en España 1939-1975. Triunfo 8.3.75.
- 10) FOESSA (1975), obr. cit. pág. 1305-1309.
 - 11) De Miguel, A. (1974). Perfil biográfico de los ciento doce ministros de Franco, Blanco y Negro, núm. 3228. Marzo, pág. 34-37.
 - 12) Ibidem.
 - 13) Kenneeth, N. Medhust (1973). Government en Spain. Londres Citado en FOESSA (1975), obr. cit.
 - 14) Von Beyme, K. (1971). Vom Faschismus zur Entwicklungs-diktatur - Machtelite und Opposition in Spanien. München, pág. 131-140.
 - 15) Hermet, G. (1977). La España de Franco: formas cambiantes de una situación autoritaria. En Tuñón de Lara (1977), obr. cit. Tanto este autor, como el anterior, abordan la caracterización del régimen franquista, pág. 103-130.
 - 16) Tamames, R. (1973). La República. La era de Franco. Madrid. Alianza 508.
 - 17) Hermet, G., obr. cit. pág. 124-125.
 - 18) Vilar, S. (1968). Protagonistas de la España democrática. Ed. sociales. Madrid. Paris, pág. 40-45.
 - 19) Véase en ese sentido, Diaz, E. (1973). Notas para una historia del pensamiento español 1932-72. Sistema, 2, 144.
 - 20) Ibidem.
 - 21) Cuadrado M. (1975). El escenario político español en la perspectiva 1975. En Anuario Económico y Social de España 1975, Madrid, pág. 25-29.
 - 22) Mezquita M. (1972). Perfiles demográficos del mundo. Tribuna Médica. 17.3.

- 23) Fundación FOESSA, obr. cit. pág. 21.
- 24) Fundación FOESSA (1972). Síntesis Información sociológica sobre la situación social en España, 1970. Madrid.
- 25) Fundación FOESSA (1975), obr. cit.
- 26) Hatzfeld, H. (1965). La crisis de la medicina liberal. Madrid.
- 27) Serigó, A. (1975). Sociología de la sanidad. En FOESSA, 1975, pág. 465-477.
- 28) Pardell H. (1975). Hospitales Españoles de la postguerra al desarrollo. Doctor, núm. 100, 18-21. Véase también del mismo autor: Cantidad y calidad de los hospitales españoles. Cuadernos para el diálogo. Extra XLVI. 1975.
- 29) Véase, Baltar, R. (1971). Desventura y riesgo de los hospitales españoles. Bolet. Consejo Gener. Coleg. Médico, Diciembre. Ver también en este sentido: Enfermos mentales. Estadísticas de la O.M.S. Comentarios de Serigó Segarra, A. Tribuna Médica. 6.6.1969.
- 30) Hatzfeld, H. obr. cit. El autor comenta en relación con la emigración de médicos, que durante el año 1963 entraron en Libia 300 médicos españoles.
- 31) Solé Sabaris, F. (1970). Problemática de la Seguridad Social. Cuadernos para el Diálogo. Extra núm. XX. El mismo autor trata este tema de forma más amplia en: Problemas de la Seguridad Social, Barcelona, 1971. Ed. Pulso.
- 32) De Miguel, J.M. (1976). Reforma Sanitaria en España. Madrid. pág. 208-210. Este libro estudia de forma muy completa todo lo referente al capital humano dentro del sector sanitario.
- 33) Valenciano Gayá, L. (1960). Contribución a la organización psiquiátrica española. Archiv. Neurobiolog., 1, 47-54. (1962) Servicios psiquiátricos. Su estructura total. Archiv. Neurobiolog., 3, 237-268. La revista Archivos de Neurobiología, fundada en 1920, sufrió una larga interrupción a partir de 1936. Tras superar serias dificultades, reinició su segunda etapa en 1954.
- 34) Ver Espinosa Iborra (1968). La asistencia psiquiátrica en Valencia. Medicamenta, núm. 447.

- 35) La revista Sábado Gráfico fue uno de los medios de difusión que publicó repetidamente denuncias sobre el estado de algunos hospitales psiquiátricos y sobre la asistencia psiquiátrica en general. Véase Martín Anoriaga (1971). Se alquilan locos baratos. núm. 740. En él informa de la situación en el Sanatorio Psiquiátrico de Oña (Burgos). Del mismo autor: Deplorable asistencia psiquiátrica. núm. 744. (1971). Posteriormente publicó un informe sobre el hospital psiquiátrico de Valencia, que impactó a los lectores por la dramática situación que revelaba: "El terrible caso del psiquiátrico de Valencia", núm. 807, 1972.
- 36) De Lera, A.M. (1972). Mi viaje alrededor de la locura. Barcelona.
Los conflictos habidos en algunos hospitales y las situaciones que desvelaron, despertaron la curiosidad en diversos sectores por este tema. Dice De Lera: "En los últimos tiempos, historias singulares y los chispazos de conflictos internos que atravesaron sus muros me impulsaron a realizar una amplia investigación sobre la asistencia psiquiátrica en nuestro país, con fines exclusivamente informativos y desde un punto de vista meramente humano". No se dio en nuestro medio un fenómeno que ocurrió en otros países, sobre todo en Estado Unidos, la penetración de sociólogos y psicólogos en los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de los estudios consiguientes.
- 37) Véase en la información de la V Reunión de la S.E.P. Medicamenta, núm. 427 (1966), la intervención del Dr. Ortiz Ramos.
- 38) Mas información sobre la V reunión de la S.E.P. en Medicamenta, núm. 428 (1966).
- 39) Una constatación de lo que afirmamos en el texto, se encuentra en las respuestas del Prof. Rojas Ballesteros a la encuesta de Tribuna Médica. núm. 81 (1965). "La psiquiatría en España se mueve por los mismos cauces que lo hacen los demás países civilizados. Sin temor a exageración, podemos decir que la psiquiatría en España se encuentra a buena altura, a lo que ha contribuido de modo decisivo la instalación de cátedras de psiquiatría y psicología en nuestras Facultades de Medicina".
En esa misma encuesta el Director General de Sanidad dió unas respuestas que soslayan la realidad asistencial de nuestro país. Esta actitud del Director General de Sanidad es una cons-

tante que se percibe en los diversos informes que publica cada año a través de la revista Medicamenta: "Aspectos de la sanidad española". Medicamenta núm. 411, 423, 435, 447, 483 y 495. Una revisión de esos informes está incluida en nuestro Apéndice Documental: La asistencia psiquiátrica en los informes del Director General de Sanidad. (A.d. núm. 192)

En este mismo sentido, el de no valorar ajustadamente el estado de la asistencia psiquiátrica en España, son también muy expresivas las manifestaciones y los testimonios del Prof. López Ibor, quien en 1955 escribía que la asistencia familiar espontánea al enfermo mental en España era considerable, que le ofrecía suficiente seguridad y protección, de tal modo que hacía innecesaria una organización más moderna de la asistencia psiquiátrica. Psychiatrie en Espagne. En H. Ey: La psychiatrie dans le monde. Encyclopédie Med-Chirurg. Psychiatrie. Paris. Citado en González Duro E. (1978). Psiquiatria y sociedad autoritaria 1939-75. Madrid.

En 1958 y en respuesta a la intervención del Dr. Vallejo-Najera Botas, que se reseña en el texto, agregaba el Prof. J.J. López Ibor: "también hay que reconocer que hay en España una asistencia psiquiátrica excelente, que rivaliza con la de cualquier otra país: pero es una asistencia psiquiátrica de enfermos privados, que podríamos llamar de lujo, confiada exclusivamente a la iniciativa individual". Reproducido en Sábado Gráfico, núm. 744. 1971. Esta afirmación queda mucho más matizada catorce años después, cuando el mencionado profesor declara: "la realidad es que los psiquiatras diagnostican neurosis a los pacientes ricos para poder tratarlos durante largo tiempo y sacarles así más dinero, mientras que los de clase modesta son enviados a sanatorios por su esquizofrenia". Bocaccio, núm. 18 (1972), pág. 26.

40) Véase De Miguel, J.M., Oltra, B. (1971). Enfoque sociológico de la sanidad mental en España. Tribuna Médica 13.8.

41) May, R.A. (1971). Informe sobre la visita a España. Tribuna Médica. 23.12. Según este autor la distribución de las camas psiquiátricas por su dependencia es la siguiente:

Autoridades provinciales (Diputac.)	16.000	camas
Ordenes Religiosas	11.000	"
Privadas	6.200	"
P.A.N.A.P.	3.000	"
Ministerio de Justicia	600	"
Ayuntamientos (Barcelona)	70	"

- 42) De Miguel, J.M. (1976) obr. cit. Ver también en ese sentido el trabajo de Serigó, A. (1969). Tribuna Médica, 6, 6., pág. 12.
- 43) FOESSA (1970), obr. cit.
- 44) Ver Santodomingo Carrasco, J. (1963). La higiene mental y asistencia psiquiátrica ambulatoria. Archiv. Neurobiolog., 1, 22-50.
En 1971 se aprobó mediante orden ministerial la creación de centros de Salud mental. Oficialmente se les definía como piezas claves para el desarrollo de la psiquiatría de sector. Esta medida que cabe suponer como una respuesta a la situación conflictiva se quedó totalmente desvirtuada. En 1974 funcionaban 10 de esos centros en 8 provincias como meros consultorios; sin integración, por lo tanto, en un plan de asistencia coordinado.
- 45) Nos referimos aquí al informe de la Comisión Interministerial (1975). Reproducido por Tribuna Médica, separata anexa al núm. 619.
- 46) Véase González Duro, E. (1975). La asistencia psiquiátrica en España. Madrid.
- 47) Claramunt, F. (1967). La unidad psiquiátrica en el hospital general. Monografía P.A.N.A.P. Madrid.
- 48) Ver González Duro (1975). Obr. cit.
- 49) Se trata de datos procedentes de las estadísticas de la Dirección General de Sanidad, reproducidos en Claramunt, obr. cit.
- 50) Véase Bercovitz, R. (1976). La marginación de los locos y el derecho, Madrid.
- 51) Ver Serigó, A. en FOESSA 1975, obr. cit.
- 52) Infante, A. (1975). Cambio social y crisis sanitaria. Madrid, pág. 105-106.
- 53) Toledo, J. (1970). Apuntes críticos a la realidad hospitalaria. Cuadernos para el diálogo. Extra XX, 1970, pág. 43-46.

- 54) Véase De Lorenzo, A. El derecho de las promociones médicas a las plazas de médicos internos y residentes. Tribuna Médica 9-7-1971.
- 55) Ver Claramunt, F., obr. cit.
- 56) Véase Obach Tellez (1972). Los hospitales ante el II Plan de Desarrollo. Congreso hospitales de Barcelona.
- 57) Ver I Plan de Desarrollo económico y social. Presidencia del Gobierno. Madrid 1964, pág. 106 y anexo.
También II plan económico y social. Seguridad Social. Sanidad y asistencia social. Madrid. Presidencia del Gobierno 1967, pág. 54.
Una crítica muy certera de la planificación sanitaria en España y de los planes de desarrollo, la encontramos en De Miguel (1976). La planificación sanitaria española. Doctor, núm. 112. Febrero, pág. 64-79. De él tomamos algunas críticas que introducimos aquí en el texto. También puede verse del mismo autor, en este sentido: The Spanish Health Planning Experience 1964-1975. Social Science and Medicine, 9 (1975).
- 58) Véase acta de la reunión de la Junta Directiva de la A.E.N.P. del 21-6-1968.
- 59) Ver en este sentido La psiquiatría a cargo de las Diputaciones provinciales. Noticias médicas, 20-5-1968, pág. 1-7, donde se informa acerca de los ruegos-preguntas formulados sobre el tema en las Cortes por J.M. de Muller, F. Ibarra y R. Mir Martin.
Ver también otra información sobre el mismo tema aparecida en Tribuna Médica. Junio 1972, y que incluimos en el apéndice documental: "La sanidad y la asistencia psiquiátrica en las Cortes". A.d. núm. 189.
- 60) Pardell, H. (1975). Los hospitales españoles: de la postguerra al desarrollo. Doctor. Febrero, pág. 8-21.
- 61) Remitimos aquí a los informes del Director General de Sanidad ya citados y aparecidos en Medicamenta.
- 62) Palanca, J.A. Medio Siglo al Servicio de la Sanidad Pública. Citado por O. González en Alternativas a la asistencia psiquiátrica, Madrid. 1978, pág. 40.

- 63) Remitimos a los testimonios del prof. López Ibor mencionados en la nota 40.
- 64) Más información sobre este aspecto en Anuario Económico y Social de España (1975). Madrid, pág. 177 y 425. También en Gran Enciclopedia Asturiana, X.
- 65) FOESSA (1975), obr. cit., pág. 20.
- 66) Véase en Gran Enciclopedia Asturiana, la distribución de la población activa en Asturias, II, 293-296.
- 67) Información recogida de Dirección General de empleo. Ministerio de Trabajo. Reproducido en La Economía Asturiana en 1968 y Análisis del Sector Agrario. SADEI. Caja de Ahorros de Asturias Oviedo 1969, pág. 25.
SADEI, siglas utilizadas por la empresa Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales, S.A., radicada en Oviedo. Surgió en Febrero de 1966.
- 68) Situación actual y perspectivas de desarrollo de Asturias. Confederación española cajas de ahorros. Madrid, 1973, II, 769.
- 69) Véase Gran Enciclopedia Asturiana, VI.
- 70) La Economía Asturiana en 1968, obr. cit. Y también La Estructura económica de Asturias. SADEI. 1968.
- 71) La economía asturiana en 1968, obr. cit.
- 72) Estudio sobre el problema regional de Asturias. Ed. Comité regional del PCE. 1977.
- 73) Ibidem.
Véase también en este sentido: López Muñoz. La crisis de la minería asturiana. Triunfo 398. 1970; Asturias reconversión Industrial. Triunfo 450, 1971.
- 74) Estudio sobre el problema regional de Asturias, obr. cit.
- 75) La economía Asturiana en 1968, obr. cit. pág. 117.
- 76) Ibidem, pág. 119.
- 77) Ibidem.

- 78) Véase Gran Enciclopedia Asturiana.
- 79) La Economía Asturiana, obr. cit., 130.
- 80) Situación actual y perspectivas de desarrollo en Asturias. obr. cit. (1973) III, pág. 319.
- 81) Véase, III Plan de Desarrollo Económico y Social. Madrid. 1971.
- 82) Véase, Situación actual y perspectivas de desarrollo en Asturias, obr. cit., III, pág. 320.
- 83) Véase estas proporciones en Hatzfeld, obr. cit.
- 84) Lueje Casanueva, C. (1971). Política Sanitaria y Asistencial en Asturias. Oviedo.
- 85) Ibidem.
- 86) Ibidem.
- 87) Remitimos aquí a lo publicado en La Nueva España 5-11-1971, recogido en nuestro Apéndice documental (A.d., 229). ¿Por qué se vende el H.G.Á.?
- 88) Véase Reg. 10-1-1962. Recogido en A.d., núm. 198. Hacia una nueva concepción hospitalaria.
- 89) Acerca del ordenamiento jurídico que regulaba los servicios asistenciales, véase el A. d., 2, en el que se recogen algunos aspectos de los Estatutos.
- 90) Respecto a esta intervención del Ministro de la Gobernación, véase Reg. 23-10-1962. También está recogida en el A.d. núm. 202.
- 91) Tanto el Sr. López Muñiz como el Dr. Soler Durall presentaron en el Congreso de Hospitales (Barcelona) ponencias que reflejan sus concepciones sobre la reforma sanitaria. En este sentido escribe Solé Sabaris, en Alternativas de la Seguridad Social en un Plan de Reforma Sanitaria. Madrid. 1978. "Un ejemplo de medicina integrada fundada en sistemas norteamericanos podría ser la propuesta por Soler Durall y López Muñiz y que en resumen consiste en el papel del Estado centrado en la impulsión y control de la regionalización de ser-

vicios, con una mínima aportación estatal; el conocimiento real actualizado del activo inmovilizado en recursos asistenciales (especie de Libro Blanco de Sanidad); la Ley especial para la creación de un Servicio Nacional de Salud; la reglamentación de la Ley de Hospitales; la competitividad y economía derivada del sistema competitivo; la libertad de opciones asistenciales; la financiación a través de seguros obligatorios (SS) y seguros libres por medio de créditos; la existencia de una Tarjeta Nacional de Salud y de una Tarjeta de Crédito Sanitario; la creación de un centro de Servicio de Información Nacional; y con un control de calidad asistencial". (El autor remite a Diario de Congresos Médicos Julio 1975, 23).

- 92) "En 1963, un grupo de médicos recién llegados de los Estados Unidos formamos la Comisión de Residentes y Enseñanza en el H.G.A. En septiembre se organiza en aquel hospital por primera vez en España, un programa de internado rotatorio. Al mismo tiempo se establecieron programas de residentes en la mayor parte de las especialidades. Aproximadamente en 1964, comienza también la Seguridad Social sus programas de postgraduados. Primero en la clínica de Puerta de Hierro y posteriormente en las residencias generales de Madrid y Barcelona. En la actualidad se ha creado un Comité de Coordinación Hospitalaria (Seminario de Hospitales con Programas de Postgraduados) al cual están adscritos de 15 a 20 hospitales de los más importantes en nuestro país". De Alonso-Lej, R., Pedrosa, C.S.: La formación de postgraduados en España. Cuadernos para el Diálogo, XX. 1970, pág. 58-61.
- 93) Estos principios en común entre la Ley de Hospitales del 62 y la reforma de Oviedo son expuestos en el informe del Consejo de Administración que el Gerente promueve en 1970. Véase, Mundo Hospitalario, 24-12-1970. Informe del Consejo de Gobierno de los servicios sanitarios de la Diputación de Asturias.
- 94) Véase en este sentido los trabajos sobre la nueva concepción hospitalaria aparecidos en Reg. 10, 11 y sobre todo el del día 12-1-1962. Una síntesis de ellos está recogida en el A.d. Ver cita 88.
- 95) Véase Información sobre el H.G.A. de J. Vaquero. El País, 15-9-1978.
- 96) Véase en este sentido Coe, R.M. (1973). Sociología de la Medicina, pág. 314-316.

- 97) Una síntesis de este Plan puede encontrarse en Situación actual y perspectivas de desarrollo en Asturias, obr. cit. III.
- 98) Véase Lueje, obr. cit.
- 99) Ruiz, D. (1975). Asturias contemporánea (1808-1936). Madrid, pág. 48-49.
- 100) Tamames, R., obr. cit. pág. 386-387.
- 101) Véase declaraciones del Dr. López Muñiz a la rev. Asturias Semanal, núm. 95. Marzo 1971.
- 102) Véase información a este respecto en Crónica Económica 1970, Ed. Fundamentos. Madrid, pág. 61-65.
- 103) Ibidem.
- 104) Tratamientos "localistas" y a veces xenófobos emergen cuando se agudizan las tensiones en la reforma sanitaria de Asturias. Son sobre todo frecuentes y ostentosos en las editoriales del diario Reg. a lo largo del mes de Enero de 1972. Véase en el A.d., núm. 203-212.
- 105) Amplia información sobre la conflictividad minera en Asturias la encontramos en Miguelez, F. (1976). La lucha de los mineros bajo el Franquismo. Barcelona.
- 106) Ibidem.
- 107) Aparecido en Ibérica, 15-9-1970. Información de T. Lorenzo.
- 108) Informe del Ministerio de Trabajo 1970, pág. 117.
- 109) Véase, La huelga anual de los mineros en Asturias. Horizonte Español, 1972, obr. cit. pág. 299-305.
Véase también en este sentido FOESSA (1975): distribución provincial de los conflictos colectivos, pág. 1143.
- 110) Véase Montoya y col. (1970). Estudio sobre los factores sociofamiliares que inciden en la hospitalización de pacientes esquizofrénicos. X Congreso Nacional de la S.E.P. Oviedo. Una síntesis se recoge en el A.d. núm. 77.
- 111) Véase diario L.N.E. 18-9-1968 y A.d. núm. 222.

- 112) Estos estudios y previsiones aparecieron en los trabajos de Tooth, G.G., Brook, S. (1961). Trends in the mental hospital population and their effect on future planning. Lancet, 1, 710-713.
- 113) Ver sobre este punto, Letemendia, F. (1971). Problemas actuales de la asistencia psiquiátrica hospitalaria. Boletín de la S.E.P. 123-133.
- 114) Sobre la fundamentación jurídica de la reforma sanitaria y sus competencias véase A.d., núm. 2 y 4.
- 115) Declaraciones del Diputado Sr. De la Concha. L.N.E. 18-4-1965 y A.d. núm. 217.
- 116) Declaraciones del Sr. López Muñoz, ABC 30-12-1967.
- 117) Véase el discurso del Sr. Ministro de la Gobernación ya mencionado cita 90.
- 118) Respecto a la segunda visita del Ministro de la Gobernación al H.P.O. remitimos a la referencia de la cita 111.
- 119) De Miguel, A. (1975) obr. cit. Véase también en ese sentido FOESSA (1975), pág. 1308.
- 120) Grupo de Estudios psiquiátricos (1964). Memoria sobre el hospital psiquiátrico y su reorganización. Diputación Provincial. Véase una síntesis de la misma en A.d. núm. 13-17.
- 121) Véanse los artículos sobre la asistencia psiquiátrica aparecidos en L.N.E. 30 y 31 del 5, y 3 y 4 del 6 de 1964. Su síntesis puede verse en el A.d. núm. 214, 216 y 216.
- 122) Esta es la concepción que han adoptado en el Departamento de Psiquiatría, Universidad de Texas. Véase: Concepts of Community Psychiatry. Depart. Salud. Washington D.C. Citado en Jones, M. (1968). La psiquiatría social en la práctica. Buenos Aires, pág. 33.
- 123) Véase Bernard, V.W. (1964). Education for community psychiatry in a University Medical Center. En Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health. Ed. Bellak L. 1964. Nueva York.
- 124) Véase Jones, M., obr. cit., pág. 33-34.

- 125) Ver Castilla del Pino, C. (1977). La psiquiatría española. 1939-1975. En La cultura bajo el Franquismo. Barcelona, pág. 79-104.
- 126) Véase información de las actas del VI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría en el A.d. núm. 74.
- 127) Véase Marti Tusquets, J.L. (1976). Psiquiatría Social. Barcelona, pág. 419-429.
- 128) Sobre la revisión del Index Clinicus Sandoz véase A.d., núm. 176).
- 129) Los resultados de la encuesta del Dr. Amat se pueden encontrar en las Actas del X Congreso Nacional de la S.E.P. Oviedo. 1970, pág. 149-152.
- 130) Una información más amplia sobre el tema puede encontrarse en Valenciano Gayá, L. (1977). El doctor Lafora y su tiempo. Madrid, pág. 89-99.
- 131) La traducción de la obra fue hecha por el prof. Sarró. Simon H. (1937). Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales. Barcelona. Ed. Salvat.
- 132) Véase Palanca., obr. cit.
- 133) Remitimos a la cita 39.
- 134) Relacionamos a continuación publicaciones y testimonios de los primeros años sesenta que empieza a informar y a manejar la terminología de la psiquiatría social y comunitaria. Rallo Piquer y Freixas Santfeliu. Anales del Hosp. de la Sta. Cruz y San Pablo. 1961. Soria Ruiz, J. (1964). Algunos aspectos de la psiquiatría en Inglaterra. Act. Luso-Español de Neurolog. y Psiquiatría. Enero. Sarró, R., y Alberca, R. Encuesta de Tribuna Médica, 1965, obr. cit. Mezquita Blanco, J. (1965). Organización de la salud mental en Inglaterra. Sanidad e higiene pública.
En este mismo sentido cabe también hacer referencia a los trabajos ya citados del Dr. Valenciano y del Dr. Santodomingo.
En un nivel más teórico y como base para el desarrollo de una psiquiatría comunitaria, es muy notable, y marca una inflexión en la producción teórica de la época, el trabajo de Castilla del Pino (1969): Vieja y Nueva Psiquiatría.

Archiv. de Neurobiología, 3, 215-226: "...Por eso la Psiquiatría comienza a sustentarse, en última instancia, en algo más que en psicología y en algo más que en sociología. Al estimar al hombre en consideración dinámica, motivacional, lo singulariza y personaliza. Al propio tiempo, al concebir la persona como inmersa siempre en la realidad de una situación, la enmarca en unas coordenadas extrapersonales, sociales. De aquí que el objeto propio de la Psiquiatría no solo sea la psicogenia, sino también la sociogenia de la persona. La psiquiatría actual se ha fundamentado de una vez para siempre sobre la relación hombre-medio", esto es, se ha fundamentado antropológicamente".

- 135) Campoy Guerrero, M. (1966). La comunidad Terapéutica. Medicamenta, núm.423.
- 136) Véase la intervención del Dr. Molina Núñez, en el informe sobre la V Reunión de la S.E.P. Medicamenta, núm. 427.
- 137) Las conclusiones de la encuesta fueron presentadas en el I Congreso Mediterráneo de psiquiatría. Palma de Mallorca, 1968.
- 138) Se trata de la unidad que llamó de "tratamiento psicoanalítico modificado para esquizofrénicos", en el Sheppard and Enoch Pratt Hospital. Citado en Clark, D. H. (1973). Psiquiatría administrativa. Buenos Aires, pág. 35-36. Véase acerca de la teoría de Sullivan sus obras, Concepciones de la psiquiatría moderna (1972). Buenos Aires y La teoría interpersonal de la Psiquiatría. Buenos Aires, 1974.
- 139) Véase Jones, M., obr. cit. pág. 20.
- 140) Ver Clark, D.H., obr. cit., pág. 36.
- 141) Main, T.F. (1946). The hospital as a Therapeutic Institution. Bull. Menn. Clin., 10, 66.
- 142) Jones, M. (1952). Social Psychiatry. London. En USA apareció en 1953 con el título The Therapeutic Community. Véase también del mismo autor: Más allá de la Comunidad Terapéutica. Buenos Aires, 1970.
- 143) Nosotros manejamos la traducción francesa. Martin, D.V. (1969). Aventure en psychiatrie. Traducc. collect. Paris.

- 144) Véase la traducción española de esta obra. Barton, R. (1974). La neurosis institucional. Madrid.
- 145) Hil, D. (1969). Psychiatrie in Medicine-Retrospect and Prospect. The Nuffield Prov. Hospital Trust.
- 146) Tooth, Brook, obr. cit.
- 147) Letemendia, F., obr. cit. 1971.
- 148) Véase Corcés, V. La perspectiva de la psiquiatría comunitaria. En Alternativas a la asistencia psiquiátrica, pág. 59-70.
- 149) Ver en este sentido Baker, A.A. (1956). Factory in a Hospital. Lancet, 1, 607.
También Early, D.E. (1960). The Industrial therapy organisation (Bristol). Lancet, 1, 754.
Por último Mezquita Blanco, J. (1971). Consideraciones sobre la Terapia Industrial: Una experiencia inglesa. Cuad. Mad. psiquiat., 2, 10, 3-17.
- 150) Rapoport, R.N. (1960). Community as Doctor. Londres. Tavistock.
- 151) Action for Mental Health (1960) U.S. Joint Comission on mental illnes of health. Nueva York. Basic Books. Véase también en relación con la creación de los centros de salud mental: Community Mental Health Centers of 1963. The U.S. Goverment Printing Office Washington.
- 152) Stanton, A.H. and Schwartz, M.S. (1954). The Mental Hospital. Nueva York. Basic Books.
- 153) Belknap, I. (1956). Human Problems of a State Mental Hospital. Nueva York. Mc. Graw-Hill.
- 154) Caudill, W. (1966). El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica. Buenos Aires. Ed. Escuela.
- 155) Goffman, E. (1970). Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Buenos Aires. Es ésta una obra clásica dentro de la crítica sociológica de las instituciones, y en concreto, de la crítica sociológica a la psiquiatría, que alcanzó gran desarrollo en USA y tuvo marcada influencia en los movimientos psiquiátricos de los últimos

- años. En relación con este capítulo se ha consultado también la siguiente bibliografía: Strotzka, H. (1968) Einführung in die Sozialpsychiatrie. Hamburg; Lazure, D. (1967) Psychiatrie Sociale versus Psychiatrie Communautaire. Canad. Psychiat. Ass. J., 12, 5-13; Jones, M. (1967) Psiquiatría Tradicional, Psiquiatría social y comunidad terapéutica. Rev. Psiquiat. social (Buenos Aires) 1, 12-23; Main, T.F. (1970) Le mal. Inform. Psychiat., 46, 343-360; Bleandonu, G. (1970) Les Communautés therapeutiques. Paris. Ed. du Scarabée; Dilling, H. (1970) Gemeindepsychiatrie und Rehabilitation in England. Nervenarzt, 6, 277-280; Bauer, M. (1973). Streifzüge durch die englische Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Information, núm. 14/15; Espinosa Iborra, J. (1971). Sociología del hospital psiquiátrico. Medicin. Español., 66, 356-363; Mezquita Blanco, J. (1973). Problemas actuales de la asistencia psiquiátrica (impresiones de un viaje de estudios), Rev. psiquiat. y psicolog. Med., 11, 4, 250-260.
- 156) Quiros Corujo, P. (1964). Memoria del grupo de estudios. Véase A.d. (II.14).
Idem. Conferencia sobre la asistencia psiquiátrica en Asturias, pronunciada en las Primeras Jornadas de Psiquiatría de alternativa en Asturias. Oviedo 7-10 del 12 de diciembre 1978.
- 157) Quiros Isla, P. (1955). Memoria sobre el hospital psiquiátrico provincial enviada al presidente de la Diputación Provincial de Oviedo.
- 158) Montoya Rico, J.L. y otros (1966). Los enfermos del hospital psiquiátrico de Oviedo. Medicina Clin., 47, 311,321.
- 159) Ibidem.
- 160) Informe memoria del grupo de estudios. Obr. cit.
- 161) Véase Montoya Rico, J.L. y Martínez Sierra, G.R. Reorganización de los servicios psiquiátricos intra y extrahospitalarios de la Diputación provincial de Oviedo. Seminario sobre asistencia psiquiátrica, Cádiz. Junio 1970. Véase también A. d., núm. 5, 88-92.
- 162) Medina Gil, C., Montoya Rico, J.L. (1967). Formación de personal enfermería psiquiátrica. Programa actual en el hospital psiquiátrico de Oviedo. Archiv. Neurobiolog., 30, 14-19.

- 163) Informe-Memoria grupo de estudios 1964, obr. cit.
- 164) Escrito del presidente del Colegio de Médicos de Oviedo al Presidente del Consejo general de Colegio Médicos. Marzo 1965. También nos hemos servido para esta información del escrito de recurso de reposición presentado por el Dr. Quiros Corujo. Oviedo, 15-3-1965. Diputación Provincial.
- 165) Majastre, J.O. (1973). La introducción del cambio en un hospital psiquiátrico. Buenos Aires, 95-100.
- 166) Levy, A. (1971). Las paradojas de la libertad (en un hospital psiquiátrico). Madrid, 169-178.
- 167) Véase Montoya Rico y Martínez Sierra, G. Comunicación presentada al Seminario de Cádiz, obr. cit. También A.d., núm. 88.
- 168) Decreto 3193/1970 BOE, 22 de octubre, por el que se crea la especialidad de psiquiatría en los estudios de Ayudantes técnicos Sanitarios: "Se establece la especialización de "psiquiatría" para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, cuyo Diploma se denominará "Ayudante Técnico Sanitario psiquiátrico". Art. 2. Las enseñanzas de la especialidad que se establece en el presente decreto comprenderán dos cursos, de ocho meses como mínimo de duración".
- 169) Martínez Sierra, G. y cols. (1970). Rehabilitación y asistencia a pacientes crónicos en el hospital psiquiátrico de Oviedo. Congreso Nacional de la S.E.P. Oviedo 1970. Véase también idem, del mismo autor, Estudio del enfermo y criterios para el comienzo de su rehabilitación. Seminario del PANAP. Bilbao 1968.
- 170) Información con evidentes aspectos propagandísticos puede encontrarse en L.N.E. 19-10-1966; L.N.E. 27-10-1967; Reg. 18-8-1968 y 5-7-1967. Acerca de la inadecuación y de los inconvenientes que presentaba el Departamento de Laborterapia, véase también el informe elaborado por el Dr. Letemendia tras su visita en 1971 al centro. A.d., núm. 44.
- 171) Hasta 1971 el funcionamiento y las actividades del centro estaban muy controlados, emitiéndose con gran frecuencia escritos y normativas por parte del director médico y el enfermero jefe para regularlas. Así se dictaban normas para la admi-

sión de pacientes, normas para los casos en que se rechazaban las admisiones, instrucciones sobre la supervisión de los pacientes y de sus actividades, instrucciones para el funcionamiento del médico de guardia, etc. Este proceder contenía elementos contradictorios. La reforma se fundamentaba en fomentar la iniciativa individual, la responsabilidad, los márgenes de libertad de acción. Sin embargo la profusión de normas emanadas de los jefes de las respectivas divisiones coartaban la libertad de acción y la libre iniciativa, quedando reducidas a cumplir las órdenes escritas. Un análisis más detenido de esta problemática puede verse en A. Levy, obr. cit. pág. 89.

- 172) Existencia de unidad cerrada con condiciones infrahumanas. ("El secadero") Actos de violencia como el denunciado por el médico de guardia, A.d., núm. 49.
- 173) Véase instrucciones permanentes del personal enfermería. A.d. núm. 30.
- 174) Ver Oury, J. (1972). Therapeutique institutionelle. En Enciclopedia Med-Chirug. Psychiatrie. 6, 37930, pág. 8. También el Dr. Letemendia decía en su informe, ya citado, que la organización del personal enfermero en Oviedo, correspondía a esquemas muy autoritarios empleados en Inglaterra en otros tiempos y que se habían demostrado inconvenientes. El mismo Martínez Sierra, G., señalaba en 1970 que en el hospital no se había llegado a lograr un ambiente de comunidad terapéutica. "Se da importancia a la responsabilidad y agilidad burocrática, abundando las estructuras piramidales, personales y sistemas de control". Véase Martínez Sierra, G. (1970). Las agrupaciones del personal en la estructura social del hospital psiquiátrico. Seminario de psicoterapia de Grupo. Oviedo. Una síntesis del mismo se encuentra recogida en el A.d., núm. 94.
- 175) Decreto acerca de la creación de la especialidad de ATS psiquiátrico, ya citado.
- 176) Martínez Sierra, G. y otros. Seminario de psicoterapia de grupo. Oviedo, 1970. Obr. cit.
- 177) Véase un resumen sobre la información del conflicto del personal auxiliar del HPO en T.M. 29-1-1971. También en nuestro A.d., núm. 182.

- 178) Respecto a la temporalidad de los contratos de los médicos así como las características de su dedicación véase A.d., núm. 8.
- 179) Algunos de los problemas que planteaban los contratos temporales de los médicos fueron señalados en el informe de Letemendia, obr. cit.
El mismo presidente del Consejo de Gobierno reconoció una vez desencadenado el conflicto la necesidad de modificar aquel tipo de contratos porque planteaban problemas. Véase L.V.A. 30-4-1971.
- 180) Véase, Verdú, V., en Cuadernos para el diálogo, febrero 1972, pág. 55.
- 181) El Dr. F. Tosquelles visitó el hospital varias veces y celebró alguna reunión con el personal asistencial. El orientaba fundamentalmente al Dr. Martínez Sierra y Rodríguez Reyes, con quienes mantenía mayor vinculación. El Dr. Martínez Sierra estuvo becado durante 1 mes en la clínica de Bel-Air (Ginebra). Véanse las conclusiones que sacó de su estancia para la transformación asistencial en Mundo Hospitalario 14-5-1970. También A.d., núm. 193. Algunos de los médicos adjuntos estuvieron también becados, por 1 mes en Francia, visitando la organización sectorial.
- 182) Ver La Enseñanza de la Psiquiatría en Europa. Informe elaborado por los secretarios de la S.E.P. y la A.E.N.P. 1970. A.d., núm. 177.
- 183) Los médicos residentes habían explicado en las reuniones que mantuvieron con el Dr. Letemendia la preocupación que tenían respecto al porvenir de su práctica profesional. Esta inquietud está recogida en el informe que él elaboró. Obr. cit.
- 184) Véase más información en este sentido en De Miguel, A. (1973) Diagnóstico de la Universidad. Madrid. Guadarrama.
- 185) Seis años antes, un médico residente del hospital había denunciado en el diario L.N.E. que las becas que se daban a los médicos resultaban un fraude laboral. Los becarios habían expresado su protesta por que se les obligaba hacer "un poco de todo" (se les obligaba a poner las inyecciones para evitar que surgieran problemas de orden legal, si inyectaba el personal auxiliar no titulado. De alguna manera aparecía ya el residente como mano de obra barata para reme-

diar múltiples situaciones que se generaban en el hospital.

- 186) Estas reivindicaciones se centraron sucesiva o alternativamente en aspectos ligados a la representatividad de los residentes y a su participación en la J.F.; a la mejora de la docencia y al incremento económico de las becas. Ver capítulo del Conflicto.
- 187) Véase, Censos y movimientos asistenciales: A.d., núm. 89.
- 188) Véanse tablas plantillas y presupuestos del H.P.O., Montoya y Martínez Sierra, trabajo presentado al Seminario de Cádiz, obr. cit. También en A.d., núm. 91-92.
- 189) Ver Informes de la Comisión de Docencia e Investigación. A.d., núm. 23-26.
- 190) Véase, Clauser, G. (1968). Manual de análisis biográfico. Madrid.
- 191) Ver, Modelo de Historia clínica y su manejo. A.d., núm. 40.
- 192) Linares, J.L. (1976). La historia clínica en el manicomio. Barcelona.
- 193) Registro de casos: Recoger de modo acumulativo el número de admisiones y readmisiones de la población estudiada.
- 194) Ver Linares, obr. cit.: "La historia clínica significa para el enfermo mental un completo documento de identidad, la más exhaustiva pieza de identidad que ha llegado a poner a punto la civilización occidental", pág. 9.
- 195) Véase, instrucciones para el manejo de historias clínicas: A.d., núm. 40.
- 196) Debajo de esa polémica, si el personal debía o no tener acceso a las historias clínicas, de la cuestión del secreto profesional, subyacía una resistencia en los médicos a modificar o compartir el rol profesional. Una negativa a romper con el privilegio de poseer información en exclusiva.
- 197) Véase L.N.E. 27-10-1967: "La experiencia apasionante de la laborterapia".
- 198) Ver en L.N.E. 19-10-1966: "Los enfermos del H.P.O. protago-

nistas de una singular experiencia. El Dr. Reyes quiere poner en práctica una nueva terapéutica".

- 199) Reg., 18-8-1968: "Gracias a la laborterapia se curan muchos enfermos mentales"; también en L.V.A. 13-5-1971: "Comenzó la segunda temporada de la terapéutica ocupacional que se practica como caso único en España".
- 200) Véase información sobre la visita del Dr. Buckle y del Dr. Early en L.N.E. 24-5-1966 y 20-10-1966, respectivamente.
- 201) Ver Lueje, obr. cit.
- 202) La transformación del H.P.O. no provocó, como ocurrió en otros lugares (Conxo, H.P. de Betera, etc.), protestas y rechazos por parte de los vecinos de los barrios próximos.
- 203) Brown, G.W. (1966). Measuring the impact of mental illness on the family. Proc. R. Soc. Med., 59, 18-20. Citado en Letemendía (1971), obr. cit.
- 204) Sobre estas falsas expectativas de las salidas profesionales, ver discurso del presidente de la Diputación en L.N.E. 28-1-1967 y Reg. 5-7-1967.
- 205) Ver esta información en L.N.E. 17-1-1968.
- 206) Remitimos a lo dicho en la cita 59.
- 207) Ibidem.
- 208) El tema de que la SS. se hiciera cargo de forma global de la asistencia psiquiátrica de sus asegurados, fue tratado también en numerosas reuniones científicas y Congresos. En el VIII Congreso Nacional de la A.E.N.P., realizándose a este efecto una encuesta entre los asociados; en el Congreso que la Asociación celebró en Murcia. Más tarde fue tratado en las Jornadas sobre asistencia psiquiátrica organizadas en colaboración con el PANAP en Tarragona (1967), a las que acudió como observador un representante de la S.S. En Marzo de 1970 se celebraron unas Jornadas en Barcelona sobre los problemas de la asistencia psiquiátrica en la S.S. (véase Mundo Hosp. 18-3-1970). Posteriormente la encuesta realizada por el Dr. Amat y presentada en el X Congreso Nacional de la S.E.P. aborda el tema, y por último en el Congreso de Málaga de 1971, una de las conclusiones fue que la S.S. fi-

nanciara la asistencia psiquiátrica de sus asegurados.

- 209) Véase L.N.E. 17-1-1968.
- 210) Véase las intervenciones del Sr. López Muñiz y del Ministro de la Gobernación en L.N.E. 18-9-1968.
- 211) Ver información sobre la evolución del Sector en Francia en García Carbajosa, M.A. La sectorización psiquiátrica en Francia: evolución y perspectivas. En Alternativas a la Asistencia Psiquiátrica, pág. 73.
- 212) Información sobre la organización del sector en Mignot H. (1967). Le Secteur. Encyclopédie Med-Chirurg. Psychiatrie, 6. Véase también Histoire de la psychiatrie de secteur. Recherches, núm. 17. Mars 1975. Leverrier, M. (1975) Demandes... et psychiatrie de Secteur. Paris.
- 213) Véase, A.d., núm. 24-25: Asistencia psiquiátrica y psiquiatría de sector. Puesta en marcha del programa de psiquiatría de sector en el H.P.O.
- 214) Asenjo Sebastián, M., Martínez Sierra, G. y Rodríguez Reyes, J. (1969). Planificación de la psiquiatría de sector en Asturias. X Congreso de Neuropsiquiatría. Barcelona.
- 215) Remitimos a la cita 213.
- 216) Sobre la distribución y funcionamiento de los dispensarios de los sectores véase Bellido, I. y otros (1970). Dispensarios comarcales de psiquiatría: nuestra experiencia en el H.P.O. Ver también A.d., núm. 78.
- 217) Ibidem.
- 218) Martínez Pardo, F. (1978). La neuropsiquiatría española vista a través de Archivos de Neurobiología. Suplem. de Archiv. Neurobiolog. pág. 60, 115. Véase en A.d., núm. 78. la gráfica de la evolución de los temas asistenciales aparecidos en la revista, tomada de este volumen.
- 219) Puede verse en el A.d., núm. 179 una recopilación de los trabajos sobre temas asistenciales publicados por los equipos del H.P. de Oviedo entre 1965-1971.

- 220) Una muestra de esa violencia que perduraba aún en el hospital, puede leerse en el informe que elaboró un médico de guardia sobre los incidentes ocurridos por la noche en una unidad cerrada. Ver. A.d., núm. 49.
- 221) Ver escrito en el que fundamenta su negativa en A.d., núm.71.
- 222) En A.d., núm. 31 y 43 pueden verse algunos documentos en los que se expresa esa problemática.
- 223) Ver informe de Letemendía, obr. cit. y el informe elaborado por la asamblea médica. A.d., núm. 123.
- 224) Respecto a los beneficios que obtenían los enfermos de la laborterapia puede verse el informe del jefe del departamento a la J.F. en A.d., núm. 22 y 37.
El jefe del departamento de laborterapia, Dr. Rodríguez Reyes, ha sabido dar relieve a su departamento, tanto al dotarle de un nombre con significación "omnipotente" (Departamento de Terapias Colectivas), como al ir sustituyendo las simplezas de sus informes iniciales (véase A.d., núm. 22) por otras elaboraciones que introducían elementos teóricos más sólidos. Esto es lo que ocurre con su publicación "Terapia Ocupacional y Laborterapia en las Enfermedades Mentales". En este trabajo aparte de recopilar abundante información sobre la obra de H. Simon, está presente la participación de F. Tosquelles. Su contribución es a veces directa, y así se reconoce en las notas de pie de página, y en otros casos es indirecta a través de la reproducción de párrafos de su libro "Le Travail Therapeutique á l'hôpital psychiatrique". El Dr. Tosquelles, cuya historia está tenazmente ligada a la lucha por la transformación institucional, y, en general, a la lucha por la libertad, consintió aquí que su discurso fuera utilizado para encubrir "lo más oscuro" y lo menos transformador de todo el hospital.
- 225) Los aumentos de las demandas asistenciales se reflejan en el informe del Dr. Letemendía; también se pueden constatar en el trabajo sobre dispensarios comarcales de Bellido.
- 226) Henry, J. (1954) The formal structure of a psychiatric hospital. Psychiatry, 11, 139-151. Citado por Coe, obr. cit., pág. 132.
- 227) Martínez Sierra (1970) Las agrupaciones de personal, obr. cit.

- 228) Acerca de las interferencias que se producían en el trabajo de los equipos, ver A.d., núm. 33, 36 y 54.
- 229) Montoya Rico (1970) Reuniones de grupo en el H.P.O. Ver también A.d., núm. 95.
- 230) Martínez Sierra, ver nota 227.
- 231) Coe, R.M., obr. cit.
- 232) Actas de las reuniones de la División Médica en A.d., núm. 39, 41, 42.
- 233) Sobre el funcionamiento de la J.F. y sus cambios puede verse Martínez Sierra, nota 227.
- 234) El escrito de los médicos residente, A.d., núm. 70 contiene una amplia información sobre todas las reivindicaciones que se han ido planteando. Este escrito que se encontraba elaborado desde hacía algún tiempo, fue entregado aprovechando el impulso que se produjo con la llegada de nuevos médicos residentes.
- 235) Sobre las formas organizativas y los métodos de trabajo de los médicos residentes puede verse un acta de sus reuniones en A.d., núm. 72. En ella se puede observar que hacen reuniones con el orden del día, crean comisiones de trabajo, etc.
- 236) Testimonios de esa terminología pueden encontrarse en los documentos del A.d., núm. 70, 100 y 103.
- 237) Sobre las teorías psiquiátricas y la necesidad de una teoría en la alternativa psiquiátrica véase González de Chávez. La teoría en la alternativa psiquiátrica. Clínica y Análisis Grupal, 5, 1977: "Es obvio que las teorías psiquiátricas dominantes, al excluir la realidad social, no pueden comprender ni cambiar la vida real de los pacientes, ni proponer soluciones eficaces a sus problemas. Ninguna alternativa psiquiátrica es posible consintiendo esa ausencia, que es justamente la que ha permitido el funcionamiento de la psiquiatría como aparato ideológico al servicio del poder". Pág. 32.
- 238) Aparte de diversos escritos en los que los médicos residentes formularon la petición de mayor formación, también plantearon esta demanda a los técnicos que visitaban el centro. Tal es el caso del Dr. Letemendía y Dr. Tosquelles.

- 239) No nos fue posible encontrar la mencionada carta; pero pudimos recoger el testimonio oral de varios de los médicos residentes, destinatarios de esa carta, que nos permitió hacer la valoración que mencionamos.
- 240) E. Fromm, era un autor leído y discutido entonces entre los médicos residentes, sobre todo alguna de sus obras, como El Miedo a la Libertad. Paidós.
- 241) Comités d'Action Santé (1970). Contra la medicina liberal. Barcelona.
- 242) Véase el comentario de A. de Lorenzo sobre las disposiciones legislativas en materia de sanidad durante el año 70, en Tribuna Médica (T.M.) 8-1-1971.
- 243) Sobre los diversos factores que inciden en la crisis sanitaria y en la crisis profesional véanse Infante, A., dir. (1975). Cambio social y crisis sanitaria. Madrid, pág. 16-22. También los trabajos de J. de la Cueva y M. Ayestán. "Médico: un papel en crisis en la sociedad española", aparecidos en T.M. a lo largo de marzo de 1975.
- 244) Sobre la actitud y el eco que la Reestructuración de la SS. encontró en los Colegios de Médicos, véase T.M. 12-2-1971.
- 245) Tomado del comunicado hecho por el SMIR A.d., núm. 398 y también en Triunfo núm. 474. Julio 1971.
- 246) Véase la noticia en T.M. 15-1-1971.
- 247) Ver Horizonte Español 1972, 1, obr. cit.
- 248) Sobre el cese del presidente de la Diputación de Asturias, Sr. López Muñiz, ver L.V.A. 17 y 18-9-1970.
- 249) Ver declaraciones de López Muñiz con motivo de su cese. La L.V.A. 23-9-1970.
- 250) Discurso del presidente entrante, L.V.A. 23-9-1970.
- 251) Declaraciones de López Muñiz a Asturias Semanal, núm. 95, Marzo 1971.
- 252) Véase la entrevista con el Dr. Pedrosa. ¿Qué está ocurriendo en el H.G.A.? L.N.E. 24-11-1970.

- 253) Véase un editorial de L.V.A. 25-11-1970.
- 254) Ver Mundo Hospit. 24-12-1970. Respuesta del Consejo del Consejo de Administración de los Servicios Sanitarios de la Diputación. En torno a unas declaraciones del Dr. Pedrosa.
- 255) J. Ocón. Carta abierta al Dr. Pedrosa. L.V.A. 27-11-1970.
- 256) Tuñón de Lara, distingue entre "grupo de poder: todo aquel cuya finalidad es el ejercicio del poder institucionalizado, total o parcialmente; y grupo de presión: toda clase de grupo que para defender sus intereses específicos ejerce o intenta ejercer influencia sobre el poder, sobre los cargos de decisión". Ver, Metodología de la historia social de España. Madrid. Siglo XXI, pág. 69-70.
- 257) Ver Tuñón de Lara, M. (1973). Sistema, 1, 43.
- 258) Véase escrito del Consejo de Administración denegando la petición de los médicos. A.d., núm. 141.
- 259) Escrito de médicos residentes protestando el expediente formulado a su delegado, A.d., núm. 101.
- 260) El escrito con amenaza de huelga véase A.d., núm. 103.
- 261) Ver escrito del Gerente y Presidente de la Diputación. A.d., núm. 142 y 143.
Una crítica a la ética que representa la medicina liberal puede encontrarse en Guy Caro (1972). La medicina impugnada. Barcelona. Laia.
En opinión de Infante, A., obr. cit. pág. 28, "los pilares de una nueva ética profesional... profundamente comprometida en la transformación del sector y del medio social, pueden resumirse así:
1. La lucha por la más amplia difusión y la plena realización del derecho a la salud.
2. La lucha por la utilización racional, la eficacia, el rendimiento y la mejora de los gastos en inversiones, los equipos y el nivel técnico del personal sanitario, particularmente en el area pública.
3. Propugnar la participación activa y consciente del enfermo en todos los aspectos de la curación, así como la participación democrática de todos los sectores afectados por la planificación sanitaria".
También aconsejamos ver en este sentido Lain Entralgo, P.

- (1973). La medicina actual. Madrid.
- 262) Informe de González, O., sobre el conflicto, presentado en la asamblea del XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Málaga 1971. Ver A.d., núm. 120.
- 263) Véanse los escritos publicados en L.V.A. 22-4-1971 y en L.N.E. 23-4-1971.
- 264) Véase A.d., núm. 269.
- 265) Véase escrito de médicos adjuntos en A.d. núm. 106.
- 266) Escrito de la J.F. y de la D.M. en A.d., núm. 108 y 110.
- 267) Ver L.N.E.: Siro Arribas se reúne con los médicos 30-4-1971.
- 268) L.V.A. 24-4-1971.
- 269) L.V.A. 30-4-1971.
- 270) Ver Informaciones. El problema de los médicos de Asturias. Suplem. núm. 36, 16-6-1971.
- 271) Ver en L.N.E. 28-5-1971, información sobre el Pleno de la Diputación: "El futuro del H.G.A. está en la ordenación de su economía (o acabara con los presupuestos de la Diputación). Actualmente pierde 29 millones al año en los conciertos con la SS."
- 272) Véase este escrito en L.N.E. 1-6-1971.
- 273) Reportaje de F. Cebolla: La medicina en conflicto. Doctor, núm. 79, 1973, pág. 98.
- 274) Escrito de los representantes MIR de diversos hospitales en Informaciones 28-4-71 y también Madrid 7-5-71.
- 275) Madrid 8-5-71.
- 276) Ver I.M., "El núcleo del problema", 14-5-71.
- 277) Ver Diaz Plaja, G.L. El mayo asturiano, Triunfo, núm. 468.
- 278) Ver en Informaciones (9-5-71), carta de los médicos de plantilla del hospital San Pablo.

- 279) Hoja ciclostilada de CC.OO. También A.d., núm. 258.
- 280) Ver escritos de solidaridad de diversos trabajadores en A.d., núm. 162 y 163.
- 281) Ver La Voz de Asturias 3-6-71.
- 282) Ver informe de la Coordinadora A.d., núm. 275.
- 283) Véanse los partes de huelga en A.d., núm. 274.
- 284) El escrito de dimisión de los médicos, A.d., núm. 124, revela sobre todo el contenido ético que llevaba implícito la acción. "...En las actuales circunstancias es imposible desarrollar con un mínimo de garantía nuestra labor profesional... Las decisiones adoptadas por el Consejo de Administración son depresivas y vejatorias..."
- 285) Ver la noticia en L.V.A. (16.6.71).
- 286) Comunicado del Consejo de Administración L.N.E. (17-6-71)
- 287) Ver decreto presidencial en A.d., núm. 149.
- 288) Información de G. González en la asamblea del XI Congreso de la AENP.
- 289) Artículo de J.M. Vaquero L.V.A. (30-5-71)
- 290) Pueden verse declaraciones de los presidentes de la Diputación y del Consejo de Administración en L.V.A. 24-4-71, 6-5-71 y 28-5-71.
- 291) Como testimonio de la llamada que hace la administración a la "responsabilidad médica", ver L.V.A. 6-5-71; 30-5-71; 24-4-71. También algunos escritos del gerente en A.d., núm. 141.
- 292) Ver las declaraciones del presidente de la Diputación en L.V.A. 24-4-71.
- 293) Esta hipótesis se fundamenta, por una parte en el testimonio oral del Dr. Montoya, a quien el Presidente de la Diputación manifestó, en una especie de "lapsus", que no le había dado tiempo a realizar una renovación en puestos importantes de la organización. Por otra en el análisis y comentario que ha-

ce el diario Región (6.6.71) a propósito del nombramiento del Dr. Junceda como director del H.G.A.

- 294) Ver en este sentido las declaraciones del Presidente del Consejo en L.V.A. (6.6.71) y las manifestaciones de los diputados. L.V.A. (3.6.71).
- 295) Ver información sobre el pleno de la Diputación en L.V.A. 28.5.71.
- 296) L.V.A. 3.6.71.
- 297) Ver L.N.E. 17-6-71; 25-6-71.
- 298) Declaraciones del Director General de Sanidad en Madrid 8.5.71.
- 299) Ver A.d. (XIII.1.266).
- 300) Véanse los informes de García Orcoyen, J., Director General de Sanidad en Medicamenta.
- 301) L.N.E. 10-5-71.
- 302) Ver Ruiz Heras, J. (1976) El Consejo General de Colegios Médicos. Doctor, núm. 112, 113.
- 303) Ibidem.
- 304) Véase información al respecto en T.M., núm. 474, pág. 38.
- 305) Así lo manifiesta el Presidente del Colegio de Médicos de Oviedo. Reg. 15-6-71.
- 306) Madrid 17-5-71.
- 307) Ver A.d., núm. 274.
- 308) Nos referimos a la entrevista que le hace en Barcelona a Lafuente Chaos, A. del Arco. Mayo 1971.
- 309) Declaraciones a Radio Nacional, reproducidas en L.N.E. 11-6-71.

Como expresión contundente del pensamiento nacional-sindicalista de A. Lafuente Chaos, puede verse su libro: Los grandes problemas de la medicina actual, (1958). Ed. Científico Médica.

- 310) Ver Profesión Médica, 27.5.71.
- 311) Ibidem.
- 312) Escrito del presidente del Colegio Medicos de Oviedo al gobernador civil. Noticias Médicas, 14-7-71.
- 313) Testimonios de esos organismos se encuentran recogidos en Informaciones, 5.6.71 y 9.6.71. En Madrid 9-6-71.
- 314) De Miguel, A. (1973) obr. cit., pág. 109.
- 315) Información del pleno de la Diputación en L.V.A. 25-6-71. La discriminación de candidatos en función de los antecedentes políticos era un hecho que, de una manera más o menos solapada, se estaba produciendo en otros centros. La Diputación de Oviedo cometió la imprudencia de explicitarlo, de querer hacer de esa práctica una "normativa institucionalizada". Esta cuestión seguiría latiendo en convocatorias posteriores. En Febrero de 1974 fue el motivo de otro conflicto médico de orden nacional, al ser excluidos por razones políticas 23 aspirantes a las plazas de MIR en la residencia de la SS. en Bilbao.
- 316) L.V.A. 27-6-71.
- 317) A. de Lorenzo. T.M. 9-7-71.
- 318) Ver A.d., núm. 10.
- 319) A.d., núm. 98.
- 320) A.d., núm. 99.
- 321) Ibidem.
- 322) Véase en A.d., núm. 170, un comunicado de esta secretaría.
- 323) Bellido I. (1972). Terapéutica de la comunidad en el H.P.O. Rev. Clín. Españ. 125, 313-316. También puede verse del mismo autor Inicio de una Comunidad Terapéutica. Mesa Redonda: Terapéutica y Rehabilitación del psicótico crónico. Sta. Coloma de Gramanet 1972. Volumen de Comunicacion, Sandoz SAC, pág. 69-75.
- 324) Comunicado A.d., núm. 46.

- 325) Ver escrito en A.d., núm. 47.
- 326) T.M., 7.1.72.
- 327) Ellemberger, H.F. (1976) El descubrimiento del inconsciente. Madrid, Gredos, pág. 331-332.
- 328) Dörner, K. (1974) Ciudadanos y locos. Madrid. Taurus, pág. 378-383.
- 329) Ver información sobre este conflicto en T.M., 3-8-71 y 19-10-71. También en Sábado Gráfico, núm. 744 y 745.
- 330) Ver T.M., 8-10-71 y A.d., núm. 173.
- 331) Obviamente referimos aquí solamente aquellos conflictos más conocidos o que tuvieron mayor difusión. De cualquier forma estos, y los otros ausentes de nuestro texto, abrieron la puerta a un período de luchas en la sanidad, y en concreto por la transformación psiquiátrica, que representan, sin duda, un fenómeno singular en la historia de la sanidad española. También aquí se podría decir que nunca tantos médicos y trabajadores de la salud habían tomado una postura de compromiso tan activa y habían sido objeto de una represión tan indiscriminada, como durante estos primeros años setenta. Es cierto que durante el primer bienio de la segunda república surgió una gran preocupación por la situación asistencial psiquiátrica, con repercusión en los medios de difusión y con polémicas periodísticas que originaron a veces enfrentamientos con el poder establecido. Pero las circunstancias históricas, con todos sus elementos sociopolíticos e ideológicos, determinaron que las inquietudes por modificar la realidad, tuvieran en uno y otro periodo formas de expresión distintas. Las luchas psiquiátricas de estos últimos años han atraído la atención de los movimientos de renovación surgidos en otros países. Precisamente los italianos, donde esos movimientos de renovación alcanzaron una transcendencia considerable, han insistido en parangonar los movimientos psiquiátricos españoles de esta última década con los llevados a cabo en su país. En concreto se señala el paralelismo entre la problemática y lucha del H.P.O. y el de Gorizia. Véase en este sentido Saez, C. Comentario a Locos de desatar. En Locos de desatar. Barcelona, 1978. Anagrama.
- 332) En el A.d., núm. 188 recogemos la atención que T.M. prestó al tema de la asistencia psiquiátrica durante el último se-

mestre del año 1971.

- 333) Véase el contenido de esas ponencias en A.d., núm. 81, 82, 83.
- 334) La asamblea estuvo a punto de ser suspendida por el Gobernador civil, que temía al conflicto que pudiera provocar la "contestación". Fue el propio Dr. Valenciano, quien negociando con el Gobernador advirtió que lo conflictivo sería la prohibición, y consiguió evitarlo responsabilizándose de la buena marcha de la misma.
- La A.E.N.P. ha facilitado o permitido en estos últimos años que en su marco se dieran lugares de encuentro entre los eslabones históricos más representativos de las diversas generaciones psiquiátricas que coexisten. El Congreso de Málaga fue sin duda uno de esos momentos. Otro, a nuestro entender, de singular significación histórica, acaba de tener lugar en Valladolid, con motivo de celebrarse una Mesa Redonda sobre La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica en España. Allí el Dr. Valenciano, acompañado en la mesa por el Dr. Germain, pronunció una conferencia sobre el tema "Medio siglo de psiquiatría vivida", y se sometió a un coloquio sobre diversos aspectos del tema. Este contacto vivo, cálido y libre entre ~~significados~~ representantes de generaciones muy distintas, queda así como un testimonio de recuperación histórica, como un contraste sereno y fructífero entre el pensamiento orteguiano y liberal propio de los representantes de la generación del 27 --como la define Valenciano-- y las diversas corrientes progresistas y marxistas que prevalecen en los movimientos psiquiátricos de este último periodo.
- 335) Ver conclusiones en el Boletín de la AENP. Diciembre 1971.
- 336) El 19-X-72 se reunieron en el Hotel Avenida Palace de Barcelona un grupo de directores de hospitales psiquiátricos. Entre ellos se encontraban: Dr. Carretero, de Ciudad Real; Dr. López Zanón, de Madrid; Dr. Martínez Sierra, de Oviedo; Dr. Morales Belda, de Alcohete; Dr. González Guija, de Bilbao; Dr. A. González, de Albacete; y Dr. Sanz Gimenez del PANAP.
- 337) Véase T.M. la crónica de F. Mellizo sobre el V Congreso Mundial de Psiquiatría.
- 338) Ibidem.
- 339) Sábado Gráfico, 17 y 31 de Julio 1971.

- 340) T.M. 10-12-71.
- 341) Ver Anrys, H., información en T.M., octubre de 1972.
- 342) Ver A.d., núm. 57.
- 343) A.d., núm. 59 y 60.
- 344) A.d., núm. 62.
- 345) A.d., núm. 63.
- 346) Ver informe del Presidente de la Diputación al pleno en L. V.A. 26-11-71.
- 347) Ver escrito en A.d., núm. 122.
- 348) Ibidem.
- 349) Notas tomadas en algunas asambleas de médicos del HPO. Diciembre 1971.
- 350) Durante los días del encierro se repartió por los hospitales y se envió por correo a algunos médicos un panfleto sin firma, sobre el conflicto del HPO. No nos fue posible encontrar ningún ejemplar, pero mediante el testimonio de varios médicos que lo conocieron y lo recuerdan pudimos precisar su contenido. En él se atribuía los conflictos del hospital a una supuesta célula comunista procedente de la Universidad de Salamanca, se mencionaban nombres de algunos médicos residentes. Entre ellos el del candidato que el tribunal de la Diputación había excluído.
- 351) Véase informe de la asamblea médica A.d., núm. 123.
- 352) Ver esquema del anteproyecto del reglamento para el HPO elaborado por algunos médicos. A.d., núm. 123.
- 353) A.d., núm. 281.
- 354) Ver Asturias Semanal 29.1.72. Rueda de prensa con los médicos.
- 355) Ver L.V.A. 23.1.72. Noticia sobre el cierre del HGA.
- 356) Ver L.V.A. escrito de los médicos del HGA.

- 357) Informaciones, 11 y 18.1.72. También A.d., núm. 134.135.138.
- 358) Sobre el conflicto de estudiantes en Madrid ver L.V.A. 17.1.72, y también Infante, A., obr. cit. pág. 250: "En noviembre da comienzo la huelga más larga de la Universidad española: la que unos 5.000 estudiantes de medicina de la Universidad Complutense sostuvieron durante ocho meses contra la selectividad y el numerus clausus, por las libertades democráticas en la Universidad..., por la reforma del plan de estudios..."
- 359) A.d., núm. 140.
- 360) Asturias Semanal, 22.1.72, pág. 30.
- 361) Ver testimonio de solidaridad de algunos trabajadores en L.V.A. 2-2-72.
- 362) Asturias Semanal, 27.1.73.
Con su despido los médicos y el personal auxiliar del HPO se vieron obligados a una dispersión, tardando algunos en encontrar trabajo y otros ya nunca más volverían a un hospital psiquiátrico. De todas formas hay que señalar que algunos de ellos siguieron posteriormente ligados a otras transformaciones y luchas hospitalarias. Tal fue el caso del Sanatorio de Conxo, del H.P. de Albacete, del H.P. de Huelva, etc. Las brigadas de Oviedo sirvieron para avivar en otros lugares nuevas hogueras.
- 363) Sobre el estado de regresión y deterioro en que se sumió el H.P.O. puede verse información en La Voz de Galicia (8-9-77) y en Doctor, núm. 131. Septiembre 1977. Coincidiendo con esta nueva denuncia en los medios de difusión, los trabajadores del HPO elaboraron una especie de Manifiesto del que reproducimos:
"3ª Fase (deterioro hacia el manicomio)
1. A partir de la crisis, la situación del centro pasó a ser realmente caótica. Se dio el caso de que hasta las urgencias permanecieron meses mal atendidas. Los profesionales de la Medicina que acudieron a la llamada de la Diputación, para cubrir apariencias y engañando a todos los asturianos (en el sentido de que sus familiares enfermos estaban bien atendidos), salvo raras excepciones, NO ERAN PSIQUIATRAS, ni poseían la mínima experiencia en el tratamiento de los enfermos mentales.
2. La Diputación una vez conseguido el aplastamiento de las

reivindicaciones democráticas de los trabajadores, depositó las responsabilidades de la Dirección del Centro en dos personajes fieles representantes de sus principios autoritarios y represivos.

3. Los auténticos perjudicados de este continuo retroceso fueron los ENFERMOS. En un porcentaje aceleradísimo, se han visto literalmente explotados en los talleres de la mal entendida Laborterapia (entiéndase a efectos concretos y objetivos "explototerapia")...nada más lejos de lo que debe ser un auténtico sistema de rehabilitación por el trabajo que libere y desarrolle las potencialidades psicofísicas del ser humano.

...La asamblea de trabajadores en su lucha por las reivindicaciones laborales y asistenciales, pone, constantemente, de manifiesto ante la Diputación su inexcusable obligación de devolver a Asturias, y mejorar, el nivel asistencial psiquiátrico que la región y la salud mental de los asturianos exige".

Manifiesto de los trabajadores del HPO. (Mecanografiado).
Septiembre 1977.

- 364) Ver Reg. 9.1.72. Declaraciones del Presidente del Consejo.
- 365) Informe del Presidente de la Diputación en funciones, Reg. 13.2.72 y Ultimo Curso, núm. 21.
- 366) Ultimo Curso, obr. cit.
- 367) Ver Ramos Espejo, A. (1978) Andalucía: campo de trabajo y represión, pág. 76-77. También Triunfo, núm. 712.1976.
- 368) Carta de despedida del Presidente de la Diputación, Sr. Lorenzo Suárez, en L.N.E. 27.6.72.
- 369) Véase De Miguel, 1974, obr. cit.; y FOESSA 1975, pág. 1.305-1.309.
- 370) Ver A.d., núm. 154 y 156.
- 371) Declaraciones del Presidente del Colegio de Médicos de Oviedo, ver Reg. 13.1.72.
- 372) Reg. 15.6.71
- 373) A.d., núm. 126, 127.

- 374) Informaciones 15.2.72 y Ultimo Curso, obr. cit.
- 375) Informe de Cabaleiro Goas y García Reyes, Suplem. Informaciones, núm. 70 (16.2.72) Una síntesis del mismo en A.d., núm. 155. La Diputación acogiendo al derecho de réplica remitió al periódico un escrito que se publicó el 1.3.72. Decía en su réplica: "Lamenta muy profundamente la Diputación de Oviedo, a la que no mueve ningún interés de grupo, y si, solo de verdad, el del enfermo, tener que comprobar que no solo no cuenta con la colaboración de todos los que por su vocación y formación podría arrojar luz sobre la problemática de la asistencia psiquiátrica, a la que con tantos desvelos se ha entregado la Corporación Provincial; sino que, además cierto sector sujeto a muchos condicionamientos e intereses de grupo, adopta posturas enemistosas que propugnan el diálogo solo cuando de antemano está asegurada la imposición de criterios predeterminados e inconvencibles".
- 376) Comunicación escrita del entonces presidente de la AENP.
- 377) Circular informativa de la AENP. Ver A.d., núm. 156.
- 378) Ver L.N.E. Editorial 3.6.71.
- 379) Idem, 19.6.71.
- 380) Idem, 1.6.71.
- 381) Véase en A.d., núm. 230, datos de identidad del periódico.
- 382) Ver L.V.A. 24-4-71; 6-6-71; 31-5-71.
- 383) A.d., núm. 243.
- 384) Asturias Semanal, 12-6-71; 19-6-71.
- 385) Idem 22.172.
- 386) A.d., núm. 197.
- 387) Reg. 29.1.72; 25.1.72.
- 388) Laín Entralgo, P. (1977) Historia de la Medicina. Barcelona, pág. 671.

- 389) Reg. 13.1.72; 19.1.72; 20.1.72.
- 390) Reg. 21.1.72; 19.1.72.
- 391) Reg. 26.1.72.
- 392) Reg. 15.6.71.
- 393) Reg. 19.1.72; 20.1.72.
- 394) Comité de solidaridad obrera de Asturias. Hoja ciclostilada. Ver A.d., núm. 256.
- 395) Verdad-Organó regional PCE-Julio. Noviembre 1971; Febrero 1972. Ver también A.d., núm. 253.
Ver también, Mundo Obrero, julio 1971. Mundo Femenino (MDM) Ver A.d., núm. 259.
- 396) Ver Informaciones. Suplem. núm. 36. Informe sobre el problema del H.P.O.
- 397) Ibidem.
- 398) Ibidem.
- 399) Díaz Plaja, G.L. (1971) Triunfo. Esta revista se había ocupado del tema de la asistencia psiquiátrica unos meses antes de iniciarse el conflicto. Ver núm. 454, 455. Posteriormente Díaz Plaja volvería a publicar un informe sobre la problemática de las nuevas promociones médicas. Triunfo, núm. 473 y 474.
- 400) Frankfurter Allgemeine Z., 13.6.71. "Spanischer Arztestreik. También en Le Monde (9.5.71) se encontrará información. Y en la revista Ibérica (15.9.71).
- 401) Véase Horizonte Español-1- (1972), obr. cit.
- 402) T.M. 14.5.71
- 403) T.M. 7.1.72
- 404) Véase los boletines informativos remitidos por los médicos del HPO en A.d., núm. 261 a 266.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

- ABC (30.12.67. Información acerca de unas declaraciones del Sr. López Muñiz, Presidente de la Diputación de Oviedo.
- Actas del VI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. (1960). Barcelona.
- Acta reunión Junta Directiva de la A.E.N.P. (21.6.68). Madrid.
- Actas del Congreso Mediterráneo de Psiquiatría. (1968). Palma de Mallorca.
- Actas del X Congreso Nacional de la S.E.P. (1970). Oviedo.
- Actas del XI Congreso Nacional de la A.E.N.P. (1971). Málaga.
- Action for mental health. (1960). U.S. Joint Commission on mental illness of health. N. York. Basic Books.
- Alberca, R. (1965). Respuestas a una encuesta de Tribuna Médica T.M. núm. 81.
- Alonso Lej, R., Pedrosa, C.S. (1970). La formación de postgraduados en España. Cuad. para el diálogo, extra XX, págs. 58-60.
- Amat Aguirre, E. (1970). La asistencia psiquiátrica en la SS. Realidades y proyectos. Actas X Congreso de la S.E.P. Oviedo, 149-153.
- Anuario económico y social de España (1975). Madrid. Planeta.
- Anrys, H. (1972). Informe sobre los médicos europeos y su participación en la gestión hospitalaria. T.M., 6, 13 y 20 de octubre.
- Artiges, J., Asenjo, M.A. (1971). Plan de regionalización hospitalaria de Asturias. Estudio sobre hospitales, núm. 48.
- Asenjo, M.A., Martínez Sierra, G., Rodríguez Reyes, J. (1969). Planificación de la psiquiatría de sector en Asturias. X Congreso de la AENP. Mundo hospit., 3.12, págs. 6-8.
- Asenjo, M. A. (1970) Organización de la asistencia psiquiátrica de la Diputación de Oviedo. Rev. Med. Hosp. G.A., 5.22.

Asistencia del enfermo mental (1969). Monografía del P.A.N.A.P. Madrid.

Asociación Española de Neuropsiquiatría (1971). Boletín informativo sobre el XI Congreso. Diciembre.

Asturias Semanal

(12.6.71). Hospitales asturianos. Siete días de una crisis, núm. 107.

(19.6.71). Crisis Hospitalaria. Hasta donde nunca deberían haber llegado las cosas, núm. 108.

(22.1.72). Nueva crisis en el Hospital Psiquiátrico.

(29.1.72). Participación, único medio para resolver la crisis hospitalaria.

(5.2.72). Los hospitales de la Diputación en un punto crucial.

Baker, A.A. (1956). Factory in a hospital. Lancet, 1, 278.

Baltar, R. (1971). Desventura y riesgo de los hospitales españoles. Bolet. Consej. Gener. Col. Med., diciembre.

Barton, R. (1974). La neurosis institucional. Madrid. Paz Montalvo.

Bauer, M. (1973). Streifzüge durch die englische psychiatrie. Monografía Sozialpsychiatrische Informationen. Núm. 14/15.

Bellido, I. y otros (1970). Dispensarios comarcales en psiquiatría: nuestra experiencia en el H.P.O. Actas X Congreso Nacional de S.E.P. Oviedo, 156-158.

Idem (1972). Terapéutica de la Comunidad en el H.P.O. Rev. Clin. Español, 4, 313-316.

Idem (1972). Inicio de una Comunidad Terapéutica y análisis de las ansiedades aparecidas en los distintos estamentos. Mesa Redonda sobre "Terapéutica y Rehabilitación del psicótico crónico". Sta. Coloma de Gramanet. Octubre. Ed. SANDOZ, 69.78

Belknap, I. (1956). Human Problems of a State Mental Hospital. N. York, Mc Graw-Hill.

Bercovitz, R. (1976). La marginación de los locos y el derecho. Madrid. Taurus.

Bernard, V.W. (1964). Education for Community Psychiatry in a University. En Handbook of Community Mental Health. N.York. Bellak I.

- Beyme, K. Von (1971) Vom Faschismus zur Entwicklungs-diktatur. Machtelite und Opposition in Spanien. München, Piper Verlag.
- Bleandonu, G. (1970). Les Communautés therapeutiques. París. Ed. Scarabée.
- Bugallo, M., Corces, V. y otros (1978). Conflictos y luchas psiquiátricas en España. Madrid. Dédalo.
- Cabaleiro Goas, M., García Reyes, S. (1972). Informe sobre la situación del hospital psiquiátrico de Oviedo. Informaciones. Suplem. semanal, núm. 70, 16 de febrero.
- Campoy Guerrero, A. (1966). Las comunidades terapéuticas. Medicamenta, núm. 423.
- Caro, G. (1972). La medicina impugnada. Barcelona. Laia.
- Castilla del Pino, C. (1963). Vieja y Nueva Psiquiatría. Archiv. de Neurobiolog. 26, 215-226.
- Idem (1977). La psiquiatría española 1939-75. En La Cultura bajo el Franquismo. Barcelona, Ed. de bolsillo, págs. 79-100.
- Caudill, W. (1966). El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica. Buenos Aires. Ed. Escuela.
- Cebolla, F. (1973). La medicina en conflicto. Doctor, núm. 79, pág. 98-108.
- Claramunt, F. (1966). La unidad psiquiátrica en el hospital general. Monografía P.A.N.A.P. Madrid.
- Clark, D.H. (1973). Psiquiatría Administrativa. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Clauser, G. (1973). Manual de análisis biográfico. Madrid. Gredos.
- Coe, M. Rodney (1973). Sociología de la medicina. Madrid. Alianza.
- Colegio de Médicos de Oviedo. Declaraciones de su presidente. Profesión Médica (27.5.71).
- Idem. Región (15.6.71)

Idem. Escrito de su presidente al Gobernador Civil de Oviedo.
Noticias Médicas (14.7.71)

Colegios de Médicos. Escrito de la Sección Nacional de Médicos Jóvenes. Ultimo Curso, núm. 21. (1972), pág. 33.

Coloquios Luso-Españoles de Psiquiatría Sociológica (1971). Facultad de Med. de Sevilla. Agosto. Información en Mund. Hospit. (30.8).

Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social. I Plan de Desarrollo (1964). Madrid. Presidencia del Gobierno, pág. 106 y Anex.

Idem. II Plan de Desarrollo (1967) Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social. Madrid. Presidencia de Gobierno, pág. 54.

Idem. III Plan de Desarrollo (1971).

Comisiones Obreras (1971). Asturias. Junio. (Hoja ciclostilada).

Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria (1975). Informe al Gobierno sobre la Reforma Sanitaria. Separata anexa al núm. 619 de Tribuna Médica.

Comités d'action Santé (1970). Contra la medicina liberal. Barcelona Estela.

Comité de Solidaridad Obrera de Asturias (CNT, UGT, USO, CRAS) (1971). Asturias. Mayo. (Hoja ciclostilada de solidaridad con los médicos).

Comité de Solidaridad Che Guevara (1971). Informacion, núm. 71 (hoja ciclostilada). Madrid. Junio.

Community Mental Health Centers of 1963. The U.S. Government Printing office. Washington.

Confederación Española de Cajas de Ahorros (1973). Situación Actual y Perspectivas de Desarrollo de Asturias. Madrid. 4 tomos.

XI. Congreso Nacional de la A.E.N.P. (1971). Málaga. (Hojas ciclostiladas sobre los informes e intervenciones de la asamblea).

Corcés, V. y otros (1977). Alternativas a la asistencia psiquiátrica. Madrid. Akal, 59-70.

- Crónica Económica 1970. Madrid. Ed. Fundamentos, págs. 21, 61-69.
- Cueva, J. de la, Ayestán M. (1975). Médico: un papel en crisis en la sociedad española. Tribuna Médica, 7, 14 y 21 de marzo.
- Cuadrado, M. (1975). El escenario político español en la perspectiva de 1975. En Anuario Económico y Social, 1975, 19-44.
- Díaz Plaja, G.L. (1971). Informe sobre la asistencia psiquiátrica en España. Triunfo, núm.454, 455.
- Idem (1971). El mayo asturiano. Triunfo, núm. 468.
- Idem (1971). Los nuevos médicos. Triunfo, núm. 473, 474.
- Díaz, E. (1973). Notas para una historia del pensamiento español 1939-73. Rev. Sistema, 2, 144-46.
- Dilling, H. (1970). Gemeindepshychiatrie und Rehabilitation in England. Nervenarzt, 6, 277-280.
- Diputación Provincial de Oviedo (1966). Reglamento de los servicios asistenciales de la Excma. Diputación Provincial, dependientes del Organo de Gestión. Oviedo.
- Idem (1970). Respuesta del Consejo de Administración de los servicios asistenciales a las declaraciones del Dr. Pedrosa. Mund. Hospital. 24. Dcbre, pág. 7.
- Idem (1971). Informe de su presidente, Sr. Lorenzo Suárez, al Pleno de la Diputación sobre los centros asistenciales. La Voz de Asturias. 26. Nov., pág. 10.
- Idem (1972). Réplica de la Diputación a la publicación del informe de los Dres. Cabaleiro y García Reyes. Informaciones, 13 de Marz.
- Doctor/Rev. Política Profesional (1977). Asturias: el psiquiátrico en situación comprometida. 13, 11-12.
- Dorner, K. (1974). Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría. Madrid. Taurus.

- E.D.E. (1975) Poder económico y grupos políticos en España 1939-1975. Triunfo, 8. marz.
- Ellemerger, H.F. (1976). El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica. Madrid. Gredos.
- La Enseñanza de la Psiquiatría en Europa (1970) Informe sobre la reunión de secretarios de sociedades europeas de psiquiatría. Folleto elaborado conjuntamente por los secretarios de la SEP. y de la A.E.N.P. Madrid.
- Espinosa Iborra, J. (1968). La asistencia psiquiátrica en Valencia. Medicamenta, núm. 447.
- Idem (1971). Sociología del hospital psiquiátrico. Medicina Española, 66, 356-363.
- Estudio sobre el problema regional de Asturias (1977). Ed. Comité Regional del PCE.
- Fundación FOESSA (1972). Síntesis del informe sociológico sobre la situación social de España 1970. Madrid, Euramerica.
- Idem (1976). Estudios sociológicos sobre la situación social de España 1975. Madrid, Euramerica.
- Frankfurter Allgemeine Z. (9.5.71) Sapanische Arztestreik.
- Fromm, E. (1968). El miedo a la libertad. Buenos Aires. Paidós.
- García Carbajosa, M.A. (1977) La sectorización psiquiátrica en Francia: evolución y perspectivas. En Alternativas al Asistencia psiquiátrica, pág. 73.
- García Orcoyen, J. (1965). Respuesta a la encuesta de Tribuna Médica. T.B. núm. 81.
- Idem. Informes del Director General de Sanidad:
Aspectos de la Sanidad Española en 1964. Medicamenta, núm. 411.
Aspectos de la Sanidad Española en 1965. Medicamenta, núm. 423.
Aspectos de la Sanidad Española en 1966. Medicamenta, núm. 435.
Aspectos de la Sanidad Española en 1967. Medicamenta, núm. 447.
Aspectos de la Sanidad Española en 1970. Medicamenta, núm. 483.
Aspectos de la Sanidad Española en 1971. Medicamenta, núm. 495.
- Idem. Declaraciones al diario Madrid (8.5.71).

- García San Miguel, L. (1973). Estructura y cambio del régimen político español. Sistema, 1, 81-106.
- Goffman, E. (1970). Internados. Buenos Aires. Amorrortu.
- González, O. (1977). Conflictos en la transformación de los hospitales psiquiátricos españoles. En Alternativas a la Asistencia Psiquiátrica, pág. 39.
- Idem (1971). Información sobre el Conflicto del H.P.O. en la asamblea del XI Congreso de la AENP.
- González de Chávez, M. (1977). La teoría en la alternativa psiquiátrica. Clin. y Anal. Grupal, 5, pág. 32.
- González Duro, E. (1975) La asistencia psiquiátrica en España. Madrid Ed. Castellote.
- Idem (1978) Psiquiatría y sociedad autoritaria. España 1939-1975. Madrid. Akal.
- Gran Enciclopedia Asturiana. Tomos, II, VI, VIII y XII. Gijón.
- Grupo de Estudios Psiquiátricos (1964). Informe-memoria sobre el Hospital Psiquiátrico y su reorganización. Oviedo. Diputación Provincial.
- Hatzfeld, H. (1965). La crisis de la medicina liberal. Barcelona. Ariel.
- Henry, J. (1954) The formal structure of a psychiatric hospital. Psychiatry, 117, 139-151.
- Hermet, G. (1977). La España de Franco: formas cambiantes de una situación autoritaria. En Tuñón de Lara, dir. (1977). págs. 103-105.
- Hil, D. (1969) Psychiatry in Medicine-Retrospect and Prospect. The Nuffiel Prov. Hospital Trust.
- Histoire de la Psychiatrie de Secteur. (1975) Recherches, núm. 17.
- Horizonte Español (1972). Tomo I. París. Ruedo Iberico.
- Ibérica (15.9.71) El conflicto de los médicos españoles.

Infante, A., dir. (1975). Cambio social y crisis sanitaria. Madrid. Ayuso.

Informaciones

(28.4.71). Escrito de los M.I.R. de Madrid solidarizándose con los del hospital psiquiátrico de Asturias.

(9.5.71). Escrito de los médicos del Hospital de San Pablo (Barcelona).

(31.5.71). Representantes de 16 hospitales replican a la Diputación.

(9.6.71) Apoyo de algunos Colegios de Médicos.

(16.6.71) Suplem. núm. 36. El problema de los médicos de Asturias.

(11.1.72). Continúa el encierro de los médicos de Asturias.

(18.1.72). Encierro de los médicos del H.G.A.

(16.2.72). Suplem. núm. 70. Asistencia psiquiátrica hospitalaria: estado crítico.

(1.3.72). Réplica de la Diputación Provincial de Oviedo a la información sobre el H.P.O.

Index Clinicus Sandoz. Neurology/Psychiatry. Años 1968-69-70. Ed. Sandoz.

Ingold, F. (1970). Uso y Abuso de la psiquiatría. Informe sobre el simposio de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Documenta Geigy. Basilea.

Jones, M. (1952). Social Psychiatry. Londres, Tavistock.

Idem (1967). Psiquiatría tradicional, psiquiatría social y comunidad terapéutica. Buenos Aires. Rev. Psiq. Social, 1, 12-23.

Idem (1968). La psiquiatría social en la práctica. Buenos Aires. Ed. Americalee.

Ed. Americalee.

Idem (1970). Mas allá de la comunidad terapéutica. Buenos Aires. Ed. Genitor.

Kenneth, N.M. (1973). Government in Spain, Londres. Pergamon.

Laín Entralgo, P. (1973). La medicina actual. Madrid, Seminario Ediciones S.A.

Idem (1977). Historia de la medicina. Barcelona. Salvat.

- Lazure, D. (1967). Psychiatrie Social versus Psychiatrie Communautaire. Canada. Psych. Ass. J., 12, 5-13.
- Lera, A.M. de (1972) Mi viaje alrededor de la locura. Barcelona. Planeta.
- Letemendía, F. (1971). Problemas actuales de la asistencia psiquiátrica. Bolet. S.E.P., 4/5, 123-133.
- Leverrier, M. (1972). Demandes et psychiatrie de secteur. París. EPI.
- Levy, A. (1971) Las paradojas de la libertad (en un hospital psiquiátrico). Madrid. Euramerica.
- Linares, J.L. (1976) La historia clínica en el manicomio. Barcelona. Anagrama.
- Linares Maza, A. (1971) Problemas básicos de la asistencia psiquiátrica en Andalucía. Noticias Médicas, 26. Dcbre.
- López Ibór, J.J. (1972) Declaraciones a Bocaccio, núm. 18, pág. 26
- López Muñiz, J. (1970) Sistemas de gobierno de los hospitales psiquiátricos. I Congreso Nacional de Hospitales. Barcelona 14-17 Junio.
- Idem (1971) "Entrevista a fondo con López Muñiz". Asturias Semanal, núm. 95. Marzo, pág. 12-14.
- Idem (1972) Escrito de López Muñiz a las fuerzas vivas asturianas. La Voz de Asturias. 10.5
- López Muñoz, A. (1970) La crisis de la minería asturiana. Triunfo, núm. 398.
- Idem (1971) Asturias: reconversión industrial. Triunfo, núm. 450.
- Idem (1972) El paro Obrero. La situación en España. Triunfo, núm. 492.
- López Piñeiro, J.M., García Ballester, L. (1971) Introducción a la medicina. Barcelona Ariel.
- Lorenzo, A. de (1971). El derecho de las promociones médicas a

las plazas de internos y residentes. Tribuna Médica. 9. Jul., págs. 10-11.

Lueje, C. (1971). Política sanitaria y asistencial en Asturias. Publ. Sindicato Actividades Sanitarias. Oviedo.

Madrid

(7.5.71) Las razones del conflicto.

(17.5.71) Información sobre el conflicto médico.

Majastre, J.O. (1973). La introducción del cambio en un hospital psiquiátrico. Buenos Aires. Granica.

Manifiesto de los trabajadores del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1977). Oviedo. Septiembre (Mecanografiado).

Martí-Tusquets, J.L. El equipo terapéutico y el trabajo en equipo. Monografía PANAP. núm. 64. (Sin fecha).

Idem (1976) Psiquiatría Social. Barcelona. Herder.

Martín Arneriaga, T. (1971) Se alquilan locos baratos. Sábado gráfico, núm. 740.

Idem (1971) Deplorable asistencia psiquiátrica. Sábado gráfico, núm. 744.

Idem (1972). El deplorable caso del hospital psiquiátrico de Valencia. Sábado Gráfico, núm. 807.

Martínez, E. (1970). El psicólogo en el hospital psiquiátrico. Rev. Psicolog. gener. y aplic., 102, 47-52.

Martínez Pardo, F. (1978). La neuropsiquiatría española vista a través de Archivos de Neurobiología. Suplementos de Arch. de Neurob. Madrid.

Martínez Sierra, G., Rodríguez Reyes, J. (1968). Estudio del enfermo crónico y criterios para el comienzo de su rehabilitación. Seminario sobre Rehabilitación. PANAP. Bilbao.

Martínez Sierra, G., y otros (1970). Impresiones sobre los servicios asistenciales psiquiátricos de Ginebra. Mund. Hospit., 14 Mayo.

Idem (1970). Rehabilitación y asistencia a pacientes crónicos en el H.P.O. Actas X Congreso Nacional de la S.E.P. Oviedo. 153-6.

Idem (1970). Las agrupaciones del personal en la estructura social del H.P.O. Seminario de Psicoterapia de Grupo. Oviedo. (Ciclostilada).

May, A.R. (1971). Informe sobre mi visita a España. Tribuna Médica, 23. Dcbre.

Medicamenta

Núm. 398 (1963). Informe sobre la III Reunión de la S.E.P.

Núm. 427 (1966). Informe sobre la V Reunión de la S.E.P.

Núm. 428 (1966). Idem.

Núm. 440 (1967). Crónica de la VI Reunión de la S.E.P.

Mellizo, F. (1971). Crónica de un congreso dramático. Informe sobre el V Congreso Mundial de Psiquiatría. Méjico. Diciembre. Tribuna Médica, 10, 17 y 23 de Dcbre.

Medina Gil, C., y Montoya Rico, J.L. (1967) Formación del personal de enfermería psiquiátrica. Programa actual en el H.P.O. Archiv. Neuro, 1, 14-19.

Mezquita, J. (1965) Organización de la salud mental en Inglaterra. Rev. Sanidad pública e higiene.

Idem (1971) Consideraciones sobre la terapia industrial: una experiencia inglesa. Cuad. Madr. Psiq., 2, 3-17.

Mezquita, M. (1972) Perfiles demográficos del mundo. Tribuna Médica, 17. Marz.

Miquelez, F. (1973). La lucha de los mineros asturianos bajo el franquismo. Barcelona. Laia.

Mignot, H. (1967). Le Secteur. Enciclopédie Med-Chirug. Psychiatrie., 6, 37915, 1-7.

Miguel, A. de (1973). Diagnóstico de la universidad. Madrid. Gredos.

Idem (1974). Perfil biográfico de los ciento doce ministros de Franco. Blanco y Negro, núm. 3228, Marzo, pág. 34-37.

Miguel, J.M. de, Oltra, B. (1971) Enfoque sociológico de la sani-

dad mental. Tribuna Médica, 13, 20 de agosto.

Miguel, J.M. de (1975). The spanish health planning, experience 64-75 Soc. Science and Medicine, 9, 451-459.

Idem (1976) La planificación sanitaria española. Doctor, núm. 112, pág. 64-79.

Idem (1976). La reforma sanitaria en España. Madrid. Ed. Cambio 16.

Miguel, J.M. de, dir. (1978). Planificación y reforma sanitaria. Madrid. Centro de investigaciones sociológicas.

Le Monde (9.5.71) Espagne: Grève dans les hopitaux.

Montoya Rico, J.L. y otros (1966). Los enfermos del H.P.O. Su evaluación. Medc. Clin. 47, 311-321.

Montoya Rico, J.L. (1967). Reorganización y reestructuración de un hospital psiquiátrico. Nuestra experiencia en el H.P.O. En La Asistencia al enfermo Mental (1969).

Montoya Rico, J.L., Martínez Sierra, G. (1970). Reorganización de los servicios psiquiátricos intra y extrahospitalarios de la Diputación Provincial de Oviedo. Seminario sobre asistencia psiquiátrica. PANAP. Cádiz. Junio. (Ciclostilado).

Montoya Rico, J. L. y cols. (1970). Estudio sobre los factores sociofamiliares que inciden sobre la hospitalización de pacientes esquizofrénicos. Actas X Congreso Nacional de la S.E.P. Oviedo. 142-149.

Idem (1970) Reuniones de grupo en el H.P.O. Seminario de Psicoterapia de Grupo. PANAP. Oviedo. 1970. (Ciclostilada).

Mundo Femenino (1972) Conflicto Médico en Asturias. Movimiento democrático de mujeres. Asturias Enero/febr.

Mundo Obrero-Organó PCE-

(30.5.71) La huelga médica

(15.7.71) La huelga de los médicos contada por uno de ellos

(14.3.72) Informac. sobre el conflicto del H.P.O.

Muñoz, P.E. (1970) Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica. Madrid. Conf. Españ. Cajas de Ahorros.

Noticias Médicas

- (20.5.68) La psiquiatría a cargo de las diputaciones
- (13.1.72) Disposiciones legales de la Reforma Sanitaria de la SS. Anteproyecto de Reglamento, Gobierno y Servicios de las instituciones sanitarias. núm. 1043.

La Nueva España

- (30.5.64) Información sobre asistencia psiquiátrica.
- (31.5.64) Idem
- (3.6.64) Idem
- (4.6.64) Idem
- (18.4.65) Declaraciones del diputado Sr. De la Concha.
- (24.5.66) Visita del Dr. Buckle.
- (20.10.66) Visita del Dr. Early.
- (19.10.66) Los enfermos del hospital psiquiátrico protagonistas de una singular experiencia.
- (28.1.67) Información sobre el H.P.
- (27.10.67) La experiencia apasionante de la laborterapia
- (17.1.68) En el hospital psiquiátrico no son admitidos los enfermos de la SS.
- (18.9.68) Información sobre la visita del Ministro de la Gobernación, Sr. Alonso Vega.
- (24.11.70) Entrevista con el Dr. Pedrosa. ¿Qué está pasando en el Hospital General?
- (23.4.71) Informe de los médicos del HPO.
- (30.4.71) El presidente del Consejo se reúne con los médicos.
- (10.5.71) Información sobre el conflicto.
- 28.5.71) Información sobre el pleno de la Diputación Provincial.
- (1.6.71) Edit. La situación asistencial requiere urgentes medidas.
- (3.6.71) Edit. Un asunto que necesita solución de humildad.
- (11.6.71) Información del conflicto del H.P.O.
- (17.6.71) Nota oficial del Organismo de Gestión de los servicios asistenciales.
- (19.6.71) Edit. Aquí ha pasado mucho.
- (25.6.71) Información del pleno de la Diputación.
- (5.11.71) ¿Por qué se vende el HGA? Informe de E. Rioja.
- (27.6.72) Escrito del presidente (del presidente) de la Diputación, Sr. Lorenzo Suárez, con motivo de su cese.

Obach Tellez, E. (1972) Los hospitales españoles ante el III Plan de Desarrollo. Congreso de Hospitales. Barcelona. (Mecanografiado).

- O.C.D.E. (1969) Informe anual sobre la economía española. I. Madrid. Documentación económica. pág. 2-6.
- OMS (1961) Preparación de programas de higiene mental. Informe técnico núm. 223. Ginebra.
- Oury, J. (1972) Therapeutique Institucional. Enciclopedie. Med-Chirug. 6, 37930.
- Panše, F. (1964) Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart, Thieme.
- Pardell, H. (1975) Cantidad y calidad de los hospitales españoles. Cuad. para el diálogo. Extra XLVI, 10-15.
- Idem (1975) Los hospitales de la postguerra al desarrollo. Doctor, núm. 100, 18-21.
- Quirós Corujo, P. (1964) Historia del HPO. En La Memoria del Grupo de Estudios 1964. Oviedo. Diputación Provincial.
- Idem (1978) Situación actual de la psiquiatría en Asturias. Primeras Jornadas de Psiquiatría de Alternativa en Asturias. Oviedo. 7-10 Dobre.
- Quirós Isla, P. (1955) Memoria sobre la situación del H.P.O. Oviedo. Diputación Provincial.
- Rapoport, R.N. (1960) Community as Doctor. Londres, Tavistock.

Región

- (10.1.62) Hacia una nueva concepción hospitalaria.
- (11.1.62) Idem
- (12.1.62) Idem
- (23.10.62) Información sobre la visita del Ministro de la Gobernación y la condecoración impuesta al Presidente de la Diputación.
- (5.7.67) Por primera vez en España cursillos de monitores de laborterapia.
- (18.9.68) Gracias a la laborterapia se curan muchos enfermos.
- (12.5.71) El Colegio de Médicos dialoga con la Diputación en nombre de los internos de los hospitales.
- (6.6.71) Nuevo director médico en el HGA.
- (9.1.72) El consejo de administración rechaza la petición de los médicos por ir acompañada de violencia.

- (13.1.72) Edit. Los reglamentos para el psiquiátrico y no al revés.
(19.1.72) Hay que cambiar las estructuras del H.G.A.
(20.1.72) Edit. ¿A quien sirve el H.G.A.?
(21.1.72) Información sobre los conflictos de los hospitales.
(25.1.72) Editorial.
(26.1.72) Editorial.
(29.1.72) Editorial.
(1.2.72) La asistencia a los enfermos del H.P. está asegurada. No creo en la dimisión de los 27 médicos.
(13.2.72) Información del Pleno de la Diputación

Rodríguez Reyes, J. Terapia Ocupacional y laborterapia en los enfermos mentales. Monografía PANAP. Madrid.

Rojas Ballesteros, L. (1965) Respuesta a la encuesta de Tribuna Médica, T.B. núm. 81.

Ros Hombravella, A. y otros (1973) Capitalismo español: de la autarquía a la estabilización 1939-59. Edicusa.

Rosen, G. (1974) Locura y sociedad. Madrid. Alianza.

Ruiz, D. (1975) Asturias contemporánea (1808-1936). Madrid. Siglo XXI.

Sábado Gráfico

- (17.7.71) Olvidos y descuidos en el hospital provincial de Madrid.
(31.7.71) Carta de réplica del presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Prof. López Ibor.
(25.1.72) Oviedo: hospital General, ¿puede surgir al caos!

SADEI (1969) La economía asturiana en 1968 y análisis del sector agrario. Oviedo.

Saez, C. (1978) Comentario a "locos de desatar". En Locos de desatar. Barcelona. Anagrama, pág. 121.

Santodomingo Carrasco, J. (1963) La higiene mental y la asistencia psiquiátrica ambulatoria. Archiv. Neurobiol., 1, 22-50.

Idem (1968) La readaptación social del enfermo mental y el papel de los servicios psiquiátricos extrahospitalarios. Seminario del PANAP. Bilbao.

Santullano, G.; Castañon, L. Historia de la prensa en Asturias.
(No publicado). (En hemeroteca de Gijón).

Sarró, R. (1965) Respuesta a la encuesta de Tribuna Médica, T.M.
núm. 81.

Seminario de Psicoterapia de Grupo (1969). PANAP. Barcelona. (Con-
clusiones ciclostiladas).

Seminario de Psicoterapia de Grupo (1970). PANAP. Oviedo. (Ponen-
cias en ciclostil).

Serigó, A. (1973). Estructura y función de la red hospitalaria es-
pañola. Tribuna Médica, separata. Mayo.

Idem (1976) Sociología de la sanidad. En FOESSA 1975.

Sole Sabaris, F. (1970). Panorámica de la SS. Cuad. p. diálogo.
Extr. XX, pág. 17.

Idem (1971). Problemas de la seguridad social española. Barcelona.
Ed. Pulso.

Idem (1978). Alternativas de la seguridad social en un plan de re-
forma sanitaria. En Miguel, J.M. de, dir. (1978), pág. 195.

Soria Ruiz, J. (1964) Algunos aspectos de la psiquiatría en Ingla-
terra. Act. Luso-Español. de Neurolog. y Psiq., 3, 28.

Strotzka, H. (1965). Einführung in die Sozialpsychiatrie. Hamburg.
Rowohlt.

Tamames, R. (1973) Historia de España. Alfaguara VII. La repúbli-
ca. La era de Franco. Madrid. Alianza.

Toledo, J. (1970) Apuntes críticos a la realidad hospitalaria es-
pañola. Cuad. p. diálogo. Extr. XX, págs. 43-46.

Tosquelles, F. (1967) Le Travail thérapeutique á l'hospital psy-
chiatrique. Paris. Ed. Scarabée.

Tribuna Médica

(6.6.69) Datos estadísticos de la OMS comentados por Serigó A.
(26.9.69) Información sobre el I Curso de directores de hospi-
tales psiquiátricos.

- (5.12.69) Usos y abusos de la psiquiatría.
- (29.1.71) Información sobre el conflicto del personal auxiliar del hospital psiquiátrico de Oviedo.
- (12.2.71) Información sobre Colegios Médicos y reestructuración de la SS.
- (14.5.71) Editorial: el centro del problema.
- (4.6.71) Asamblea de agrupación sindical de médicos de hospitales.
- (11.6.71) Escritos de médicos al vicepresidente del gobierno.
- (2.7.71) Edit.: antecedentes políticos y preferencias regionales.
- (3.8.71) Informe sobre el conflicto de las Clínicas Ibiza (Madrid).
- (1.10.71) Información sobre el XI Congreso Nacional de AENP.
- (17.9.71) Finalizó el conflicto psiquiátrico.
- (7.10.71) El problema de hospital de Santa Cruz y San Pablo (Barcelona).
- (17.12.71) Reorganización de los hospitales psiquiátricos ingleses.
- (7.1.72) Número gráfico dedicado al año 71.
- (2.6.72) Sanidad y asistencia psiquiátrica en las Cortes.

Tuñón de Lara, M. (1973) Metodología de la historia social de España. Madrid, Siglo XXI.

Idem (1973) Problemas actuales de la historiografía española. Sistema, 1, 31-50.

Tuñón de Lara, dir. (1977) Ideología y sociedad en la España contemporánea. Por un análisis del franquismo. Madrid. Edicusa, pág. 90-95.

Ultimo Curso (1972). Informe: la grave crisis médico-sanitaria de Oviedo. III, 21, 23-33.

Valenciano Gayá, L. (1960) Contribución a la organización psiquiátrica española. Arch. Neurob., 23, 45-54.

Idem (1962) Servicios psiquiátricos. Su estructura total. Arch. Neurob., 25, 237-268.

Idem (1977) El Doctor Lafora y su época. Madrid. Morata.

Idem (1979) Medio siglo de psiquiatría vivida. Mesa Redonda de la AENP. Valladolid 12-14 Enero.

Vaquero, J. Diputados y residentes. La Voz de Asturias, 30.5.71.

Idem. Progresivo deterioro del Hospital General de Asturias. El País, 15.9.78, pág. 19.

Verdad-Organo regional del PCE-

(Julio. 1971) La huelga de los médicos.

(Noviembre. 71) La huelga de los médicos.

(Febrero. 1972) El escándalo del psiquiátrico.

Verdús, V. (1972). Sobre la crisis de los profesionales. Cuad. p. el diálogo. Febrero, pág. 55.

Vilar, S. (1968). Protagonistas de la España democrática. Paris Madrid, Ed. Sociales.

La Voz de Asturias

(17.9.70) Cesa el presidente de la Diputación.

(18.9.70) Información sobre los relevos en la presidencia de la Diputación.

(25.11.70) Editorial.

(22.4.71) Los médicos internos del HPO descontentos.

(24.4.71) Escrito de los médicos internos del H.P.O.

(30.4.71) El presidente del Consejo de Administración se reúne con los médicos en el HGA.

(6.5.71) El director médico del H.P.O. destituido.

(13.5.71) El presidente del Consejo anuncia su dimisión.

Comienza la segunda temporada de terapéutica ocupacional.

(28.5.71) Información sobre la reunión del pleno de la Diputación.

(3.6.71) Declaraciones del director médico destituido.

(6.6.71) Encuesta sobre el "affaire del psiquiátrico.

(12.6.71) Ante la falta de soluciones: diez médicos de plantilla presentan la dimisión.

(16.6.71) Readmisión de los despedidos del H.P.O.

(25.6.71) Informe sobre la sesión plenaria de la Diputación.

(27.6.71) Ratificación poco afortunada.

(17.1.72) Llamamiento del Colegio de Médicos a los médicos.

(23.1.72) La crisis del HGA llegó a su punto culminante.

(25.1.72) Escrito de los médicos del HGA.

(30.1.72) Dimiten 26 médicos del HPO.

(2.2.72) Testimonios de solidaridad. Llamamiento de los enfermos del H.P.O.

La Voz de Galicia (8.9.77). Situación inhumana de los pacientes

del hospital psiquiátrico de Oviedo.

Yatros (1970) Especial Psiquiatría. Información sobre el X Congreso Nacional de la S.E.P. XXIV, núm. 745. Octubre, pág. 4-65.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

A.d.	Apéndice documental
A.E.N.P.	Asociación Española de Neuropsiquiatría
A.M.I.R.	Asamblea de médicos internos y residentes
B.O.E.	Boletín Oficial del Estado
D.M.	División médica
D.G.S.	Dirección General de Sanidad
G.E.A.	Gran Enciclopedia Asturiana
H.G.	Hospital General
H.G.A.	Hospital General de Asturias
H.P.	Hospital Psiquiátrico
H.P.O.	Hospital Psiquiátrico de Oviedo
I.N.P.	Instituto Nacional de Previsión
J.F.	Junta facultativa
L.N.E.	La Nueva España
L.V.A.	La Voz de Asturias
N.H.S.	National Health Service
M.I.R.	Médicos internos y residentes
O.M.	Orden Ministerial
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud
P.A.N.A.P.	Patronato nacional de asistencia psiquiátrica
Reg.	Región
S.E.P.	Sociedad Española de Psiquiatría
S.S.	Seguridad Social
S.M.I.R.	Seminario de médicos internos y residentes
T.M.	Tribuna Médica



UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA

Núm. _____

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 6.º del Decreto de 25 de Junio de 1954, participo a V. S. que en la Sala de Juntas de esta Facultad, ha quedado expuesta, durante los quince días reglamentarios, la Tesis Doctoral presentada por

D. Jose García Gonzalez, con el título que al margen se expresa:

Psiquiatría y cambio Social. Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: El caso del hospital psiquiátrico de Oviedo (1962-1972).

y dirigida por el Dr. D. Luis García Balles-ter.

Dios guarde a V. S. muchos años.

Granada 27 de marzo de 1979

EL DECANO,

Juan Carlos Balles

Sr. D. _____



Biblioteca Universitaria de Granada



01694726

