

# Los recursos dedicados a salud mental en la Comunidad Valenciana

**Dr. Julián ESPINOSA IBORRA  
(Hospital Psiquiátrico de Bétera)**

## 1. INTRODUCCION

Es evidente que la Comunidad Valenciana no tiene —no podía tener— una organización sanitaria y, por tanto, de salud mental, distinta a la del resto del Estado español. Desde que en el siglo XV, la incipiente burguesía urbana de Valencia fundara el considerado como primer manicomio del mundo occidental, la progresiva pérdida de autonomía de los municipios o comunidades periféricas, hasta llegar al centralismo absoluto de los borbones, ha unificado de tal modo el modelo administrativo, que es impensable concebir algo diferencial —y no sólo a nivel sanitario, desde luego— a todo lo largo de la extensa geografía política española.

El hasta ahora País Valenciano —componendas políticas de última hora le han cambiado el nombre por Comunidad Valenciana— cuenta con una población de 3.692.129, según el Censo de 1980, asentada en una extensión de 23.291 kilómetros cuadrados, y ha experimentado en la última centuria un proceso de transformación social importante, a partir de una estructura agrícola y mercantil, de corte precapitalista, basada en un

sistema de herencia, de “igualitarismo radical” (MIRA, 1980), en el que todos los hijos tenían acceso a partes iguales a la herencia, con la consiguiente reducción sucesiva de las explotaciones, su baja rentabilidad y la producción secundaria de un sobrante de mano de obra que se integra en la industria o en los servicios.

A partir de los años 50, se inicia un proceso de transformación industrial de las tradicionales actividades artesanales, coincidiendo con la crisis de la agricultura y produciendo un traspase masivo de obreros del campo a la industria, proceso que se complementa con el desarrollo en los últimos años de los grandes complejos industriales, de acuerdo a los intereses de la oligarquía financiera española. Se crea así el modelo de sociedad capitalista de tipo industrial, que caracteriza a la Comunidad Valenciana hoy.

Este proceso de profundo cambio social y económico ha alterado radicalmente el entorno vital valenciano, al producir una concentración humana en unas pocas comarcas —El Baix Vinalopó, L'Alacantí, L'Alcoiá, La Ribera Alta, L'Horta y las dos Planas— donde se sitúa el 67,7 % de la po-

blación total, el 81,06 % de la inversión, el 70,7 % de la renta comarcal y el 70,7 % de los lugares de trabajo de nueva creación (MARTÍNEZ SERRANO y colaboradores, 1980), mientras el resto del País, en general, ha sufrido una recesión paralela, sobre todo las comarcas, ya de por sí más pobres, del interior.

La evidente mejora de las condiciones de vida que ha comportado este rápido proceso de cambio, ha sido pues a costa de una profunda degradación de su entorno ecológico y especialmente de una brutal transformación de la estructura demográfica, con todo lo que ello significa para la calidad real de vida y el proceso de enfermar. A la vez, se ha producido una concentración especial de recursos, incluidos, claro está, los sanitarios, en función de las exigencias del nuevo capitalismo industrial. Por otro lado, el anquilosamiento político de esa fase ha impedido la correspondiente —y necesaria— evolución del área de Servicios, manteniendo casi intactas las estructuras administrativas de etapas anteriores.

## **2. CONFIGURACION HISTORICA DEL MODELO SANITARIO VIGENTE**

El inicio de la asistencia a los enfermos mentales, se suele remitir a la fundación, en el siglo XV, de una serie de hospitales dedicados primordialmente a albergar locos, que constituyen un problema social en la vida de las primeras comunidades urbanas organizadas, una vez superada la larga etapa medieval.

La aparición de esos primeros manicomios hay que enmarcarla dentro del fenómeno universal de fundación de innumerables hospitales de todo tipo, casi todos ellos de cabida muy limitada y que, estimulados por las ideas religiosas de la época, constituyen la respuesta de la clase dirigente al progresivo aumento de la masa de personas indigentes, sin trabajo, que pueblan las ciudades y caminos de todo el país.

Aunque en principio, por tratarse de fundaciones piadosas particulares, fueron instituciones autónomas, enseguida se agruparon por motivos económicos y como forma de control por parte del clero y la burguesía urbana, formando en cada localidad lo que constituyen hoy en día los Hospitales Generales, pieza clave para el desarrollo futuro de la medicina. En esos hospitales, los locos ocupan un departamento más y apenas reciben otra asistencia que la de darles de comer, viviendo encerrados en celdas y atados con grilletes.

La progresiva consolidación del sistema capitalista, produce el paso del concepto religioso, que ve al pobre como prójimo necesitado de ayuda, y la prestación de la caridad, como medio de salvación para el que la ejerce, al concepto utilitario del mercantilismo, que concede un valor a la persona en función exclusiva de su capacidad de producir. En consecuencia, los hospitales pasan, de ser gobernados por la Iglesia, e incluso utilizados por ella como arma política, a su progresiva secularización y dejación en manos de la Medicina, que se constituye en el instrumento básico para la recuperación del valor del pobre como futura

fuerza de trabajo, para los múltiples esfuerzos que requiere la revolución industrial en marcha.

A partir del siglo XVIII, con la consolidación de las monarquías absolutas, se configura paulatinamente la Administración Pública como forma de gestión del poder político, y en su marco aparecen, la Sanidad como un área más de acción del Estado sobre los ciudadanos, y la Beneficencia como marco jurídico-administrativo, encargado de la gestión de la pobreza. Al mismo tiempo, comienza a reglamentarse la profesión médica y a desarrollarse la Medicina Científica.

Entre tanto, la revolución industrial comporta toda una serie de cambios sustanciales en las condiciones de vida de la población —hacinamiento en las ciudades por el éxodo rural, problemas de vivienda, alimentación, desorden administrativo, etc.— que suponen a su vez nuevos y graves problemas sanitarios. Por un lado, aumenta la mortalidad y morbilidad, fundamentalmente infecciosa, lo que determina el relanzamiento de los hospitales y de la medicina curativa, mientras por otro lado, el loco, como persona conflictiva, difícil ya de soportar en esas condiciones, se convierte nuevamente en problema, volviendo a surgir el manicomio como alternativa social, como opción independiente, fuera de dichos hospitales generales.

La primera ley burguesa sobre el ordenamiento de la Beneficencia Pública en España no aparece hasta 1849, y el Reglamento para su desarrollo de 1852 clasifica los asilos de locos, como necesidad permanente

—quiere decir incurable— junto a ciegos, sordomudos, impedidos y decrepitos (ESPINOSA, 1966), es decir, los que la Medicina no puede recuperar todavía para la producción.

El problema se resuelve provisionalmente creando manicomios en antiguos y destartalados conventos: en la provincia de Valencia se habilita en la capital, el de Jesús, edificio que todavía pervive como tal, y en la de Alicante, en Elda, mientras en Castellón, por su reducido número de habitantes se siguen enviando al de Valencia.

Aparece la Psiquiatría como especialidad en forma muy rudimentaria, dedicada por mucho tiempo a una labor exclusivamente normativa y pedagógica, en consonancia con el sentido socialmente punitivo del encierro (fase de tratamiento moral).

Pero es ya en este siglo, a partir de que España se incorpora de lleno a la sociedad capitalista occidental, cuando se van a producir los cambios más importantes en el sector de servicios, aunque, ya se sabe, esto ocurre siempre con bastante retraso al lanzamiento industrial. Así, entre otras cosas, se crea el Cuerpo de Beneficencia, aparece la primera Asociación Profesional de psiquiatras y posteriormente la Liga de Higiene Mental, mientras el período de entreguerras va a vivir el primer momento de cierto esplendor de la Psiquiatría española, con participación destacada de ciertos especialistas valencianos. Aunque la situación asistencial no se modifique, los asilos van consolidando su carácter médico. La psiquiatría se inscribe plenamente, a partir de este momento, en el contexto de la Medicina positivista y

liberal vigente, lo que va a suponer, entre otras cosas (ver MARTÍNEZ NAVARRO y MANRIQUE, 1980) lo siguiente:

1. Visión biologista a ultranza del proceso de enfermar. La frase de GRIE-SINGER, «las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro», ha sido dogma hasta casi nuestros días, aunque en distintas versiones, excluyendo otros enfoques y condicionando la terapéutica.

2. Responsabilización exclusiva del enfermo, tanto en el proceso de enfermar como en el de su curación. Al tratarse de enfermos potencialmente peligrosos, la responsabilidad —como en Derecho Penal— se pagaba con aislamiento y castigos (la historia de la terapéutica psiquiátrica es una historia de los más diversos y sofisticados medios de tortura).

3. Dependencia exclusiva del médico en el proceso curativo, excluyendo la participación de otro gran número de agentes, sanitarios o no, sobre todo del propio entorno del paciente, potencialmente tan importante o más.

4. Carácter mercantil de la relación, al consolidarse la psiquiatría como profesión liberal. El psicoanálisis aparecerá así como el paradigma de la práctica psiquiátrica "científica".

5. Énfasis, casi exclusivo, en la Medicina curativa, que preserva la relación médico-enfermo como base de la acción terapéutica y prima al hospital como base de la atención del enfermo. Así, a pesar de los distintos intentos de acabar con el hospital, no se ha modificado su importancia fundamental en el sistema de atención psiquiátrica.

6. Enfoque exclusivo de la medicina preventiva, como forma de protección individual, en detrimento de otras disciplinas de la higiene pública que tienen un marcado carácter colectivo. En psiquiatría está prácticamente reducida al diagnóstico precoz y a consejos, en que se suele responsabilizar al individuo de su posible enfermedad (campañas de prevención de la droga o el alcohol).

Después de la guerra civil, y una vez superado el primer momento de autarquía, con los problemas sociales-sanitarios que comportaba, la fase de expansión y consiguiente consolidación del capitalismo monopolista de Estado, tal y como hemos dicho en la introducción, hacen desaparecer progresivamente los riesgos de las enfermedades infecciosas —a partir del año 1954 se estabiliza por primera vez la tasa de mortalidad entre el 9 y 10 % de los habitantes— pasando, poco a poco, al primer plano las cardiovasculares, el cáncer y, desde luego, las enfermedades mentales. La locura, desde ese momento, deja de ser también el objeto exclusivo de la atención médica —las nuevas contradicciones sociales sacan a la luz otros muchos problemas, para los que la psiquiatría es la solución más fácil—, aunque el manicomio continúa ejerciendo su papel de válvula social. La necesidad de adecuar las instituciones a los tiempos, humanizándolas, determina la construcción, primero, del Hospital Psiquiátrico de Alicante, y luego del de Bétera, a la vez que se consolidaba el manicomio de Castellón, en los propios locales del hospital provincial.

En este período, además del desarrollo lógico del sector privado, al aumentar la capacidad de consumo de

la población —la rápida difusión del psicoanálisis en los últimos años es muy sintomática, aunque obedezca también a otros factores que no voy a analizar aquí—, y de la aparición de las primeras Cátedras de Psiquiatría —en Valencia, en 1950—, lo más trascendental, sin lugar a dudas, a nivel de atención médica, ha sido la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, vieja reivindicación de las clases trabajadoras, convertido en un nuevo aparato burocrático de control estatal. Como se sabe, aparece como un sistema exclusivamente curativo, reparador, de implantación urbana, puesto que en sus inicios va dedicado al proletariado industrial, y en él se incluyen los conocidos dispensarios para la atención ambulatoria de los problemas neuropsiquiátricos.

Pero este dispositivo, ya se sabe, surge en paralelo al tradicional sistema benéfico, quedando los manicomios marginados hasta hoy, como instituciones de reserva para todos aquellos no incluidos o no recuperados en la nueva organización, que por su escaso valor social, siguen mantenidos a bajo costo, con ínfimos niveles asistenciales. La aparición de camas psiquiátricas en algunos hospitales de la red de Insalud no modifica la situación, aunque el aumento de los presupuestos provinciales de los últimos años supone un incremento de la partida destinada a Psiquiatría, con la consiguiente mejora de las condiciones de vida de los internados y el intento baldío —como en Bétera— de modificar la asistencia, sin tocar para nada la estructura administrativa (para el problema del Hospital Psiquiátrico de Bétera, ver Psiquiatría Democrática al P. V., 1978).

### 3. EL MODELO SANITARIO ACTUAL. RECURSOS DE SALUD MENTAL

El desarrollo histórico que acabamos de exponer ha decantado un modelo sanitario, en el que está inscrita la atención a la salud mental, que tiene las siguientes características (MARTÍNEZ NAVARRO y MANRIQUE, 1980):

a) Modelo dual de atención médica, de tipo privado, por una parte (en la Comunidad Valenciana y en el terreno psiquiátrico, ahora en expansión, aunque tiene aún caracteres bastante rudimentarios), y por otra, unos Servicios públicos, estructurados y gestionados centralistamente por el Estado, bien directamente o a través de la Provincia.

b) Predominio casi exclusivo de la atención médica —psiquiátrica— de carácter curativo, con persistencia del manicomio-hospital psiquiátrico, como último y más eficaz eslabón de una larga cadena de instituciones y mecanismos de tipo segregativo, en el que confluyen la organización sanitaria, gubernativa y judicial.

c) Acumulación de casi todos los recursos en las grandes ciudades, sobre todo las capitales de provincia, por la política de atención preferente al proletariado urbano-industrial.

d) Diversificación de los organismos responsables de los distintos servicios, como expresión, tanto del desorden con que ha ido creciendo la Administración Pública española, improvisando sobre la marcha soluciones provisionales a los problemas que se le acumulan, como también del producto del pensamiento liberal decimonónico, típico de nuestra Sanidad, que impulsa la iniciativa particular, no sólo

privada, sino también de las propias Instituciones del Estado.

Lo cierto es, que dentro de este modelo sanitario, la Comunidad Valenciana ha desarrollado ya toda una serie de recursos materiales y humanos, destinados oficialmente a la parcela de salud mental, cuantitativamente importantes y que suponen una buena parte de la partida presupuestaria del sector público. Aunque, como consecuencia de lo dicho anteriormente, el caos de todo el sistema y su desastrosa gestión hace muy cuestionable su utilidad como instrumentos de promoción de salud. Estos recursos son:

### 3.1. La atención hospitalaria

Como es natural, las camas con que cuenta el sector público en la Comunidad Valenciana corresponden en su gran mayoría a las de sus hospitales psiquiátricos, enclavados en la capital de la provincia respectiva y de los cuales sólo el de Bétera es relativamente moderno —fue inaugurado en 1974—, aunque edificado con arreglo a concepciones de la psiquiatría francesa de la inmediata postguerra. En contrapartida, el de Jesús es una vieja y casi intacta reliquia del pasado siglo, lleno a tope de viejos internados de larga estancia, en la más pura tradición asilar. El hospital de Alicante, el de la Santa Faz, está en relativo buen estado de conservación, mientras el Departamento de enfermos mentales del Hospital de Castellón acaba de mejorar sus instalaciones, aunque ambos, en muchos aspectos, sobre todo de personal, siguen manteniendo una estructura asilar, salvo la sala de agudos de este último.

Como puede verse por el cuadro núm. 1, existen claros desequilibrios comarcales, con un número grande de camas, que resulta incluso excesivo en el caso de Valencia, donde el hospital de Bétera funciona a menos del 50 % de su capacidad. Claro está que estas camas son en su mayoría de manicomio, en el más amplio sentido de la palabra, es decir, tienen el carácter jurídico de instalaciones especiales, para las que se requieren unos requisitos legales de ingreso y salida, con una finalidad social clara, y están ocupados casi totalmente por una población de muchos años de estancia en ellos, en los que ya no juega ningún papel la condición clínica que determinó su ingreso. Resulta así un índice de ocupación total de 72,9 y una estancia media, nada menos que de 358,9 días.

La financiación de estos centros corre a cargo exclusivo del presupuesto de las Corporaciones Provinciales, al no existir ningún tipo de concierto con Insalud. Pero cada Diputación establece a su vez unas normas de pago de sus servicios —en Bétera se pretende ahora cobrar la atención ambulatoria—, con unos coeficientes en función de los ingresos de la familia del paciente, lo que en la práctica les convierte en empresas privadas (afortunadamente para los usuarios, la mala gestión del Centro hace que el servicio sea casi siempre gratuito). Se mantienen así dentro de los más tradicionales cánones benéficos: los que ganan menos de una cierta cantidad anual tienen derecho a asistencia gratuita.

El número de camas que funcionan en régimen abierto en hospitales generales es, en cambio, ridículo. A las

Tabla 1

**COMUNIDAD VALENCIANA 1980**

(Distribución comarcal de las camas hospitalarias del Sector Público)

| Comarcas                  | Total camas   | Porcentaje de camas psiquiátricas |
|---------------------------|---------------|-----------------------------------|
| Els Ports .....           | 17            | —                                 |
| El Baix Maestrat .....    | 13            | —                                 |
| La Plana Alta .....       | 1.594         | 9,9                               |
| El Alto Palancia .....    | 14            | 14,3                              |
| El Camp del Turia .....   | 1.600         | 75                                |
| La Plana de Utiel .....   | 50            | —                                 |
| L'Horta .....             | 304           | —                                 |
| Ciutat de València .....  | 5.219         | 12                                |
| La Ribera Alta .....      | 117           | —                                 |
| La Ribera Baixa .....     | 62            | —                                 |
| La Costera .....          | 85            | —                                 |
| La Vall d'Albaida .....   | 25            | —                                 |
| La Safor .....            | 68            | —                                 |
| El Alto Vinalopó .....    | 42            | —                                 |
| L'Alcoià .....            | 277           | —                                 |
| L'Alacanti .....          | 2.264         | 30,9                              |
| El Baix Vinalopó .....    | 193           | —                                 |
| El Baix Segura .....      | 47            | —                                 |
| El Camp de Morvedre ..... | 350           | —                                 |
| <b>Total país.</b> .....  | <b>12.341</b> | <b>21,5</b>                       |

FUENTE: Mapa Sanitario.

26 que últimamente dispone de este tipo el Hospital Provincial de Castellón hay que sumar las 32 con que cuenta el Hospital Clínico Universitario de Valencia, dependiente del Ministerio de Educación y Ciencia. Este departamento cuenta con un índice de ocupación de 80,3 y una estancia media 17,1 días, que se corresponden más o menos con la estancia media de las unidades de agudos de Castellón o Bétera. Por tener concierto con el Insalud, es éste el que de hecho financia casi todas estas camas.

El sector privado cuenta, a su vez,

con dos pequeños sanatorios en Valencia, el de San Onofre y el Alameda, de 50 y 18 camas respectivamente, los cuales no pueden competir ni en medios ni en tipo de asistencia con los del sector público, careciendo a mi entender de significación en el conjunto asistencial. Sí que es indicativo el hecho de que, a pesar de su bajo costo y del relativo bajo número de camas, nunca funcionan al 100 % de su capacidad.

En relación con los recursos de personal de todas estas instituciones (ver tabla núm. 2), lo más llamativo es

**Tabla 2**

**COMUNIDAD VALENCIANA 1979**  
(Recursos hospitalarios)

|                     | Camas | 1er. ingr. | Total Pers. | Méd | ATS | AS | Aux. | Adm. | Otro | Costo estancia día |
|---------------------|-------|------------|-------------|-----|-----|----|------|------|------|--------------------|
| <b>ALICANTE:</b>    |       |            |             |     |     |    |      |      |      |                    |
| Sta. Faz . . . . .  | 700   | 691        | 187         | 5   | 13  | —  | 98   | 2    | 69   | 168                |
| <b>CASTELLON:</b>   |       |            |             |     |     |    |      |      |      |                    |
| H. Provinc. . . . . | 173   | 253        | 36          | 6   | 2   | 1  | 12   | —    | 15   | 198                |
| <b>VALENCIA:</b>    |       |            |             |     |     |    |      |      |      |                    |
| Bétera. . . . .     | 1.290 | 623        | 533         | 52  | 16  | 17 | 239  | 40   | 169  | 1.237              |
| Jesús . . . . .     | 545   | 88         | 255         | 14  | 10  | 3  | 119  | 19   | 90   | 599                |
| H. Clínico. . . . . | 32    | 533        | 35          | 8   | 10  | 1  | 6    | 1    | 9    | —                  |
| S. Onofre . . . . . | 50    | 282        | 16          | 1   | 4   | —  | 11   | —    | —    | 552                |
| La Alameda. . . . . | 18    | 220        | 11          | 1   | 4   | —  | —    | 1    | 5    | 762                |

FUENTE: Psiquiatría Democrática al País Valenciá, 1980.  
El costo está calculado sólo en personal.

el desequilibrio entre el Hospital de Bétera y los restantes. Bétera ha conseguido ya superar la proporción 1/1 entre personal/enfermos con una media de un psiquiatra por cada ocho internados. Es un ejemplo único de cómo una política descabellada de personal puede incrementar la plantilla hasta el infinito, sin mejorar proporcionalmente la calidad asistencial.

Existe además una serie de centros cerrados, dedicados a los subnormales, en parte financiados por la Administración pública, que no figuran en las relaciones y catálogos habituales de recursos sanitarios. Seguramente porque han venido siendo promocionados a través del Ministerio de Educación y Ciencia, por haberse enfocado el problema exclusivamente desde el aspecto de reeducación pedagógica, aún si se trata de profundos. Quedan así totalmente al margen del sistema de salud.

### 3.2. La atención ambulatoria

Como históricamente el desarrollo del sistema sanitario se ha basado en los hospitales, es sin duda en el aspecto ambulatorio donde los recursos son más pobres, aunque, si se observa el índice real de demanda (ver tabla núm. 3), podrá observarse que, a pesar de atender a todos los casos de Neurología y Psiquiatría, se encuentra a niveles increíblemente bajos. Aún contando con la mala calidad del servicio prestado y de la competencia importante del sector privado, problema que es el mismo en otras especialidades mucho más sobrecargadas, esto no es para mí sino un indicativo más de que el grado de desarrollo económico-social alcanzado en los últimos decenios no es tan alto como parece, grado al que se suele ajustar la demanda de atención psiquiátrica (las cifras de ingreso en hospitales distan

**Tabla 3**

**COMUNIDAD VALENCIANA 1978**

(Demanda real de asistencia en los ambulatorios de la Seguridad Social de la provincia de Valencia)

| Comarcas                     | N.º de psiquiatras | N.º total consultas | Consulta médico |
|------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| El Camp de Morvedre. . . . . | 1                  | 5.633               | 15              |
| La Safor. . . . .            | 2                  | 16.781              | 28              |
| La Ribera Alta. . . . .      | 2                  | 12.795              | 21              |
| La Vall d'Albaida. . . . .   | 2                  | 8.691               | 14              |
| Valencia dist. 2. . . . .    | 6                  | 17.743              | 10              |
| Valencia dist. 4. . . . .    | 4                  | 27.378              | 23              |
| Valencia dist. 6. . . . .    | 4                  | 21.042              | 18              |
| Valencia dist. 7. . . . .    | 2                  | 9.760               | 16              |

FUENTE: Mapa Sanitario.

también mucho de las de otros países más avanzados).

Hay que contar también con que esa demanda es sólo hasta cierto punto real, puesto que al no existir un único sistema de salud, a dichos ambulatorios de la Seguridad Social acuden bastantes personas que, a la vez, son atendidas en ambulatorios de otros organismos o en los consultorios privados —las recetas y las bajas son un importante determinante para acudir a la Seguridad Social— que así reciben subsidiariamente, los beneficios de un sector público tan deficiente.

Los recursos ambulatorios de importancia, todos enfocados exclusivamente en un aspecto curativo, son pues, por un lado, los de Insalud y, por otro, los del sector privado. Los hospitales cuentan también con ambulatorios dirigidos básicamente al control de los pacientes dados de alta. En este sentido, el hospital psiquiátrico de Bétera, ha diseminado un cierto

número de ambulatorios por la provincia de Valencia, donde casi voluntariamente —ha faltado el apoyo político— se intenta seguir más de cerca la integración de los pacientes en su propio medio o se resuelven problemas —alcohol y drogas— que la Seguridad Social deja al margen. Pero los recursos humanos son los que figuran en el hospital y los materiales no existen (se hacen más visitas domiciliarias o se está de prestado, muy provisionalmente).

Al lado de estos tres grandes sistemas paralelos —privado, Insalud y Diputaciones— existen con el mismo fin toda una serie de dispensarios (Cruz Roja, Delegación Territorial de Salud, San Juan de Dios, Instituto Social de la Marina, AISNA) y de Gabinetes psico-social-pedagógicos. Estos últimos proliferan últimamente de tal modo —por lo general a partir de Ayuntamientos— que es imposible efectuar un catálogo aproximado.

#### 4. SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS INMEDIATAS

Como puede verse, a efectos prácticos y dejando al margen el sector privado, sólo tienen significación los recursos del Insalud y de las Diputaciones Provinciales, que acaparan la casi totalidad de los recursos públicos destinados a la atención de los problemas de salud mental.

Y es muy probable que en el momento actual, en contra de lo que a menudo se dice, la salud mental de las personas que constituyen la Comunidad Valenciana no esté atendida peor que el resto de su salud. O lo que es lo mismo, esté igual de mal atendida. El relativo desfase que a nivel de recursos pueda existir es la consecuencia, como vimos antes, del comienzo tardío —ya en este siglo— de la demanda social de atención al loco, a partir de un cierto grado de desarrollo de nuestra sociedad. Y es ahora, tras la última fase de expansión capitalista y del relativo bienestar económico alcanzado, cuando empiezan a aflorar otros problemas, típicos de una comunidad desarrollada, que exigen ya otro modelo sanitario. Pero es evidente que tal desarrollo económico no se ha acompañado todavía de la consiguiente evolución política y social —a la cual estamos asistiendo ahora que integre todos estos servicios en un moderno sistema global de salud.

Por eso, si esta organización sanitaria persiste inamovible, después de tres años de funcionamiento de las Instituciones democráticas, es obvio que pocos cambios han podido producirse a nivel cualitativo, a pesar del intento de las Diputaciones de modernizar sus dispositivos, pero persistiendo

en la línea de actuación más tradicional, y por tanto personalista, que caracterizó a las corporaciones anteriores. Así, en Alicante, el propio presidente ha buscado la reforma por la vía del aumento relativo de la plantilla médica y la búsqueda del director-taumaturgo, de confianza, que proporcione soluciones mágicas, sin tocar para nada la estructura y los intereses de fondo. En Castellón, se han realizado obras de acondicionamiento de la vieja edificación para hacer más habitable el recinto, y acaso lo más destacable sea la habilitación de una sala del Hospital General para la recepción de casos agudos, hecho más por necesidad mientras duraban las obras, pero expuesto siempre a las veleidades del diputado de turno. Diputado que, en las tres provincias, y con arreglo al modelo más decimonónico, sigue siendo el personaje clave, el auténtico director de la Psiquiatría provincial. Hay que reconocer que, si para reformas más fundamentales puede aducirse que tres años son pocos, hay aspectos tan simples, como democratizar la vida de los hospitales, sustituyendo los poderes personales por órganos representativos y comisiones técnicas, para los que es difícil encontrar la excusa que ha impedido su puesta en práctica.

Yo creo que, como denominador común de estos tres años de corporaciones democráticas, sigue siendo válido el juicio que emitimos hace dos años (MIRALLES y ESPINOSA, 1980) y del que en resumen entresaco lo más significativo:

1. Falta de un programa de política sanitaria que enmarque la atención a la salud mental, dentro de un proyecto global de atención a la salud

de la comunidad y que permita la ordenación de los recursos y su gestión, en función de las auténticas necesidades de esta. Sin ello, cualquier plan será siempre irreal.

2. Falta absoluta de órganos representativos que dirijan y controlen la gestión y utilización de esos recursos.

3. Falta de coordinación entre organismos teóricamente implicados. La Diputación, por ejemplo, organiza servicios sin conocimiento de los Ayuntamientos afectados, los cuales pueden incluso entrar en competencia montando servicios paralelos.

4. Caótica política de personal. El aumento de plantilla no obedece al incremento de necesidades sino a motivos personales, faltando a menudo los mínimos requisitos técnicos para la selección del candidato.

Pero sin duda, lo más ilustrativo —sobre todo a la hora de contrastar el discurso con la realidad— ha sido la implantación en Valencia, por Decreto, de un plan, llamado de Sectorización, mal planteado y peor resuelto, que sólo sectorizó las admisiones y reestructuró al personal. Pues bien, la triste paradoja consistió en que, mientras se pregonaba en el proyecto una psiquiatría “abierta”, dirigida naturalmente a la comunidad, nada menos que con el objetivo de acabar con el manicomio, unos días más tarde se ponía en marcha en proyecto paralelo de construir el polémico muro alrededor del hospital, «para salvaguarda de la libertad de los internados». Creo que sobran comentarios.

Con estos precedentes, soy consciente de que resulta difícil escribir desde Bétera con esperanza. Y sin embargo, hay dos hechos inmediatos que pueden ser decisivos para la mo-

dificación de la situación actual. Uno es la proclamación de la Autonomía de la Comunidad Valenciana, y el otro, la decisión del PSOE de crear en Valencia el Instituto de Salud Mental.

La consolidación de la Autonomía puede constituir una oportunidad histórica para el desarrollo de la Comunidad Valenciana en todos los órdenes, dependiendo, desde luego, de que el grado real de autonomía permita una reforma radical de la Administración pública y, naturalmente, de la Sanidad. Sin embargo, si persistiera el Insalud como estructura sanitaria centralista y burocrática, controlada como en la mayoría de países por el Estado, no acierto a comprender cómo, desde la Comunidad Autónoma, se puede ordenar todo el barullo de competencias que va a recibir, para quizá sólo administrar. Si esto fuera así, y la citada reforma no se lleva a cabo a nivel de todo el Estado español, la situación seguirá igual. Aunque la acción de la provincia —y es sospechoso que ésta no desaparezca con la Autonomía— ya no se denomine Beneficencia, sino Acción Social, y la asistencia psiquiátrica cambie su nombre por el de atención a la salud mental. Al fin y al cabo, en lo único que a veces estuvimos siempre al día en este país fue en nomenclatura.

De otra parte, tenemos que creer que finalmente la opción sanitaria no va a ser la misma, según se mantenga en el poder el Partido Socialista, que controla la Diputación de Valencia y la Generalitat, o la UCD, mayoritaria hoy en las provincias de Alicante y Castellón. En este sentido y al margen de lo que está ocurriendo con este Partido, creo que no es difícil aventurar que la continuación de esta u otras opciones

similares, dejaría las cosas tal y como están durante bastante tiempo, dada la incapacidad que han mostrado para afrontar la reforma administrativa pendiente y, mucho menos, la sanitaria. En todo caso, parecen estar sólo interesados en la privatización total del sistema de seguros.

El PSOE, en cambio, sí que ha aprobado ya, hace pocos meses, en la Diputación de Valencia, lo que parece constituye, a nivel técnico la base de su política de salud mental. Consiste en la creación del llamado Instituto Provincial de Salud Mental. De sus estatutos y de lo que se ha podido leer en la Prensa, pues se da poca información, se pueden deducir ya algunas cosas:

a) Es un instrumento que forma parte de un programa político a nivel sanitario, aunque me da la impresión de estar todavía poco definido.

b) Supone históricamente un paso adelante en el intento de descentralizar y modernizar la gestión sanitaria, muy importante hoy en el caso de las Diputaciones.

c) El hospital psiquiátrico deja de considerarse como el pilar básico de la atención médica y se habla ya de integrar la psiquiatría en el sistema sanitario general.

d) Se esboza la posibilidad de investigar las necesidades de la población para adecuar a ella los recursos existentes o futuros.

Pero, como señalé antes, la experiencia de Bétera ha enseñado que hay que acoger con cautela los propósitos escritos, por coherentes que parezcan. Y, en cualquier caso, pueden colegirse ya determinados riesgos,

que me parece importante advertir para que las propuestas de cambio no queden en nada.

El primero y más inmediato es que el Instituto se quede en una superestructura burocrática inoperante, tanto porque su gestión siga siendo mediatizada por la Diputación —es decir, carezca realmente de autonomía— como, sobre todo, por la limitación de sus posibilidades reales. A mí me llama la atención, por lo pronto, que se insista tanto en el fracaso de las distintas experiencias españolas, achacándolo con bastante simpleza o desconocimiento de causa, al hecho de haberse intentado desde dentro del hospital. Pero, al tiempo, se piensa ingenuamente que creando una estructura tecnocrática en la propia Diputación el problema ya es distinto. Porque no hay que olvidar que los primeros conflictos surgieron en el hospital de Asturias, donde existía un Órgano de Gestión del que el IPSM es, creo, una copia exacta; y en Conxo, que funcionó en régimen de patronato, forma administrativa, más autónoma todavía, a la que también tiende el IPSM. Es decir, que aunque piense que su creación puede significar un paso adelante, también es cierto que a niveles administrativos la única novedad podría consistir en que se saca al gerente del hospital, a la cabeza de un organigrama que, según mi corta información, va a ser el mismo para las provincias o comunidades autónomas con mayoría del Partido —al menos, ya he visto tres exactamente iguales.

No es éste el lugar de analizar la auténtica significación de los pasados conflictos hospitalarios, pero sí de recordar, en línea con lo escrito hasta aquí, que entre las más importantes

causas del fracaso de dichas experiencias están la total falta de apoyo político —el último Plan de Sectorización de Valencia, lo repito, es un buen ejemplo— y, en especial, el haber sido realizadas en el marco del dispositivo benéfico provincial, al margen del sistema sanitario real. Por eso, si no se pone todo el empeño político en la reforma integral de la Sanidad, la creación aislada del IPMS o la reciente proposición no de ley sobre creación de camas psiquiátricas en los hospitales de Insalud, aunque pueda ser rentable a corto plazo, supondría sólo la formación de “islas”, en frase de un diputado del propio partido (YUSTE, 1982), que dejarían intacto el sistema actual, reforzando además el papel más tradicional de los manicomios.

Por otra parte, la comentada alusión a la imposibilidad de transformar la asistencia desde dentro de los hospitales psiquiátricos —invalidando de paso toda la experiencia italiana— hace pensar en la posibilidad de que exista la tentación de llevar a cabo una política, aparentemente muy moderna, volcada sobre la comunidad, pero soslayando el escollo de dichas instituciones, como en su día hizo la Seguridad Social. Poner hoy demasiado énfasis en la llamada Psiquiatría Comunitaria, de corte americano —es el modelo que veo más citado—, me recuerda demasiado los intentos de los primeros Gobiernos burgueses, en el pasado siglo, cuando la solución se creyó ver en la construcción por el Estado de varios manicomios “modelo”, entonces de corte francés, claro. Pues bien, no sólo no se construyó más que el engendro de Leganés —de modelo, nada— por falta de medios, sino que se tardó más de media cen-

turia en que se pudieran ir edificando hospitales o habilitando asilos, menos modélicos, pero adaptados a lo que el país daba de sí (ESPINOSA, 1966).

Con esto no quiero, ni mucho menos, impugnar el proyecto de acercar los servicios a la población que los ha de utilizar, enfocando el trabajo hacia la salud de la comunidad, desde nuevas perspectivas, para lo que, por cierto, faltan profesionales preparados, porque no es esa la orientación que reciben en Facultades y Escuelas.

Pero, insisto, sin una política que coordine primero todos los recursos actuales —no sólo los psiquiátricos— y los integre dentro de un servicio único de salud —modificando de paso la legislación— los centros de salud mental, pueden convertirse en islotes, mitad benéficos, mitad curativos, que al perder la conexión con el hospital psiquiátrico, volverán a utilizarlo, como al resto de dispositivos actuales, para solución de aquellos conflictos que no sean capaces de resolver. En América, «el Movimiento de Salud Mental en la Comunidad, promovido por el Gobierno Federal en la década de los sesenta, no ha afectado prácticamente a la asistencia de los pacientes crónicos descargados de las instituciones estatales» (TALBOTT, 1980), con lo que los hospitales tendrían que seguir manteniendo, probablemente, sus dispositivos extrahospitalarios paralelos.

A mí me parece que la propia experiencia de Estados Unidos ha enseñado no sólo sus problemas prácticos (ver CASTEL y Cols, 1980), sino su extrema dependencia de necesidades políticas y económicas, bastante alejadas de nuestra realidad. La crisis del Welfare State ha dado al traste con la

psiquiatría comunitaria y la visión del Centro pionero de la Universidad de Harvard, fundado por Caplan, es por lo visto desoladora (PÖRKSEN, 1981).

Por eso, por encima de innovaciones coyunturales y de propósitos irrealizables, habrá que pensar que, con o sin reforma sanitaria —mucho peor sin ella—, la atención a la salud mental habrá de adecuarse a las posibilidades de este país hoy y a su historia, que pasa todavía por sus hospitales psiquiátricos, sacándolos de una vez de su aislamiento y su situación asilar.

Y ante todo, no se puede olvidar, por encima de nuestros intereses como técnicos, que en estos momentos de crisis existen grandes sectores de población para los que todavía el problema primario sigue siendo la lucha por la supervivencia. Los que traba-

jamos en un hospital psiquiátrico sabemos que lo que impide la salida de muchos internados es su falta total de recursos económicos, cuando no ingresan ya como refugio, para poder comer o para protegerse de la hostilidad de su propio ambiente. Y la miseria social es la característica común a casi todas las personas a las que se asiste en la calle.

Ante esta situación, debe quedar muy claro que lo que demandan estos grandes sectores de población —los más desposeídos— son respuestas políticas urgentes y no remiendos técnicos y que, mientras esas intolerables circunstancias no se modifiquen, el manicomio seguirá persistiendo como la única solución real que esta sociedad es capaz de dar a dichos problemas.

#### BIBLIOGRAFIA

CASTEL, F.; CASTEL, R., y LOVELL, A. (1980): *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona, Anagrama.

ESPINOSA IBORRA, J. (1966): *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Valencia, Cátedra de Historia de la Medicina.

MARTINEZ NAVARRO, J. F., y MANRIQUE MARTORELL, J. A. (1980): *Recursos sanitarios al País Valenciá*. Valencia, Institució Alfons el Magnanim.

MARTINEZ SERRANO, J. A. (1979): *Introducció a la economia al País Valenciá*. Valencia, Tres i Quatre.

MIRA, J. F. (1980): *Vivir y hacer historia*. Barcelona, Península.

MIRALLES, F., y ESPINOSA, J. (1980): «El hospital psiquiátrico de Bétera», en *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, coordinado por M. González de Chávez. Madrid, Mayoría.

PÖRKSEN, N. (1981): «Ambulante psychiatrische Dienste in den USA», *Soz. Psychiat. Inf.*, 65/66, 41-47.

PSIQUIATRIA DEMOCRATICA AL P. V. (1978): *Per una nova psiquiatria*. Valencia, Acció Cultural.

PSIQUIATRIA DEMOCRATICA AL P. V. (1980): «La psiquiatría preautonómica al País Valenciá». L'Espill.

TALBOTT J. A. (1980).—*State Mental Hospitals*. New York, Human Sciences Press.

YUSTE GRIJALBA, F. (1982): «La crisis de la salud en España», en *La crisis mundial de la salud*, de H. San Martín. Madrid, Karpós.