

LA «CONTRARREFORMA» DE JAÉN

Enrique GONZALEZ DURO

NOTA DE LA REDACCION.— Respecto al cese del Director de los Servicios Psiquiátricos de Jaén, Enrique González Duro, y sus posibles consecuencias en la Asistencia Psiquiátrica de esa provincia, la Junta de Gobierno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha nombrado una comisión formada por el Vicepresidente 1.º de la misma, José García, y el Presidente de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, Onésimo González, que se ha desplazado a Jaén para estudiar la situación creada, su informe se publica en Páginas de la Asociación.

Han pasado más de dos meses desde que se produjo mi fulminante cese (el 27-6-83) como Director de los Servicios Psiquiátricos Provinciales, y aún no acabo de entender muy bien por qué ni para qué los responsables políticos de la Diputación de Jaén decidieron frenar la Reforma Psiquiátrica, que ellos mismos habían propiciado ilusionada y casi entusiastamente, y cambiar regresivamente el rumbo de la misma. Desconozco realmente las causas, por lo que sólo puedo hacer interpretaciones, en las que no sé si podré desprenderme de cualquier subjetivismo. En ningún momento, ni antes ni después, se me explicó nada, ni se ha explicado públicamente. No ha sido necesario. Me han cesado sencillamente porque podían hacerlo con total impunidad y con silencio. Como en los viejos tiempos. Los que han tomado la decisión no han querido hablar conmigo. Pero la paranoia del poder me ha liberado de mi propia paranoia: según una versión oficiosa, yo era alguien con el que desde hace tiempo no se podía hablar.

El diálogo con la Administración no existía desde hacía más de un año, aunque eso cabía atribuirlo ingenuamente a que los políticos, excesivamente ajetreados por los continuos procesos electorales (tres en un año), nunca disponían de tiempo suficiente para hablar calmadamente ni para ocuparse en profundidad de una cuestión tan marginal como la asistencia psiquiátrica. Ciertamente, los responsables del PSOE de Jaén anduvieron un cierto tiempo preocupados por los problemas políticos que la llamada Reforma Psiquiátrica podrían acarrearles: algunos de los cambios realizados (la apertura del manicomio, la paulatina reintegración social de los enfermos crónicos, la evitación de hospitalizaciones innecesarias, etc.) habían encontrado la

cerril oposición de determinados sectores conservadores de la ciudad. Incluso la difusión, manipulada e intencionada, de rumores falseados y exagerados sobre lo que estaba ocurriendo en el Psiquiátrico, crearon un cierto alarmismo entre la población. Pero eso duró tres o cuatro meses, al cabo de los cuales todo se fue serenando. La mejora de la asistencia y de los servicios intra y extrahospitalarios, así como la paulatina penetración de los equipos asistenciales en la comunidad, contribuyeron a que la Reforma fuese calando en la población y a que acabase siendo aceptada e incluso bastante apreciada entre las capas populares, principales beneficiarios de las mejoras introducidas. Un muestreo realizado en un barrio popular de Jaén demostró que las actitudes sociales hacia la Reforma Psiquiátrica eran francamente positivas (1). De modo que la Reforma fue dejando de ser un fenómeno escandaloso en la ciudad, y los políticos del PSOE no tuvieron por qué preocuparse más en ese sentido. Incluso ocasionalmente alardeaban de los logros alcanzados, dentro y fuera de la Provincia.

Las acusaciones que se me hacen para justificar, probablemente de un modo precipitado, mi cese en la carta de despido, que rescinde unilateralmente mi contrato que normalmente habría de durar cuatro años, tampoco aclara gran cosa. Son motivos ambiguos, triviales y gratuitos, cuando no absolutamente falsos o abiertamente cínicos (2). En modo alguno pueden ser éstas las causas reales de mi cese. La Reforma estaba estancada, bloqueada administrativa y políticamente desde hacía más de un año (3), y mi posición como Director de los Servicios Psiquiátricos se había ido debilitando progresivamente al faltarme el respaldo político y los necesarios apoyos, siéndome cada vez más difícil mantener el equilibrio, continuamente desestabilizado tanto por los embates de los núcleos anti-reformistas, cada vez más fortalecidos al encontrar paradójicamente (¿) una mayor receptividad por parte de la Administración, como por los de los núcleos pro-reformistas, cada vez más debilitados y atomizados, quienes infantilmente me culpaban de que la Reforma no avanzase de un modo que sería de desear. Mi posición llegó a ser tan débil que cuando se produjo mi cese, por otra parte rumoreado desde meses antes (aunque cínicamente negado por caracterizados representantes de la Administración), la reacción fue de estupefacción y de inhibición generalizada, tal como ocurriera en el cese de González de Chávez en Sevilla. Salvo escasísimas excepciones, nadie dijo nada en la Institución. Fuera, en la ciudad, en la prensa, si hubo reacciones de protestas y abundantes muestras de solidaridad. Y es que la Reforma había logrado una cierta popularidad. En una asamblea pública celebrada en la ciudad, algunos militantes del PSOE, sin querer entrar a fondo en la cuestión, dijeron que «tal vez» mi despido se debiera a la desunión de los grupos de trabajadores más comprometidos con el proceso de cambio. A eso respondí, lógicamente, que tal hecho en ningún caso podría ser la causa sino más bien la perfecta ocasión para descabezar la Reforma Psiquiátrica. Para ello, también se aprovechó la ocasión de haberse superado las elecciones municipales, con la apabullante victoria del PSOE, y del ascenso a la Presidencia de la Diputación del anterior Vicepresidente, impulsor de la Reforma y responsable directo de mi contratación. También él sería el responsable de mi cese, aunque no formalmente, pocos

(1) A. BLANCO, I. CERESO, S. GARCIA y P. PAZOS: «Actitudes de la población de un Barrio de Jaén ante la Reforma Psiquiátrica y el Enfermo Mental». Ponencia presentada a las IV Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Jaén diciembre de 1982.

(2) Uno de los motivos alegados para mi cese ha sido el haber optado a la plaza de Director del Hospital Psiquiátrico Provincial de Madrid, lo que prueba (¿) una actitud «personalista e insubordinada».

(3) Véase mi trabajo «La Reforma Psiquiátrica de Jaén, entre la contradicción y la ambigüedad», publicado en la Revista de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, núm. 5, diciembre 1982.

días después de su toma de posesión como Presidente (4). Hubo gente que pensó que todo el problema se reducía a una mera cuestión personal entre él y yo. Era otra manera de echar balones fuera.

Lo más fácil y lo más cómodo, sería interpretar mi cese como una cuestión meramente individual, justificándolo por mi supuesto radicalismo, o «anarquismo», por insubordinación, por indisciplina e incluso por incompetencia profesional (5). A ninguna empresa le faltan razones para despedir a un trabajador incómodo. Luego, la Magistratura de Trabajo podrá declarar improcedente el despido, pero eso no significará su readmisión. No, la cuestión no ha sido esa. Lo más probable es que los responsables políticos de la Diputación de Jaén (¿solos o asesorados desde arriba?) hubiesen cambiado de opinión y decidiesen invertir la línea de la Reforma iniciada, desviándola hacia donde no se sabe bien qué objetivos. Y para eso, yo ya no debería resultarles útil, ni convenientemente maleable, ni sumiso a sus cambiantes dictados políticos. A título de ejemplo, referiré un hecho: la Reforma Psiquiátrica, entre otras cosas, había supuesto un considerable desarrollo de la asistencia extra-hospitalaria y de las intervenciones en la comunidad. Durante 1982 se habían contabilizado, en el conjunto de los sectores, 4.585 consultas externas, de las cuales 1.025 fueron primeras consultas; 259 consultas psicológicas; 1.215 visitas domiciliarias; 369 contactos con familiares; 532 contactos con otras instituciones, organizaciones o entidades varias, y 98 intervenciones en crisis. La Administración quiso aprovecharse de ello, pretendiendo cobrar por acto médico las consultas externas a los pacientes que no fuesen de beneficencia, es decir, a la inmensa mayoría. Lo que logró sólo parcialmente, por la tenaz oposición de la Dirección y de la mayoría de los médicos. Aquello nos pareció una incongruencia desde el punto de vista ideológico-asistencial, pues la mejora de los servicios beneficiaría a las capas sociales con un cierto poder adquisitivo y desatendería a las capas más necesitadas. Incluso desde una perspectiva meramente económica no tenía sentido: los pacientes que no pudieran pagar las consultas se agravarían y tendrían que ser forzosamente hospitalizados, con el consiguiente aumento de gastos para la Administración. Además, este sistema de cobro por acto médico parecía incoherente, pues se cobraba la consulta externa, pero las intervenciones en crisis, las visitas domiciliarias, etc., mucho más costosas, continuaban siendo gratuitas. Por otra parte, eso dificultaba gravemente la práctica de una asistencia preventiva y rehabilitadora. Curiosamente, el único médico que estaba plenamente de acuerdo con esta peculiar privatización de la asistencia pública, incompatible por otra parte con el desarrollo de una praxis comunitaria, es el que ha sido designado mi sucesor. A partir de ahora, será mucho más fácil el camino hacia una privatización y medicalización de la asistencia extra-hospitalaria. Se comprenderá fácilmente que lo que se pretende es sustituir la asistencia comunitaria por una asistencia ambulatoria estrictamente médica, desentendiéndose de los aspectos preventivos y rehabilitadores, y además cobrando por ello. Ciertamente las formas de aliviar los presupuestos, pero ya no se podrá hablar como objetivo de promocionar la Salud Mental de la población.

De un modo similar a lo que ocurriese en Sevilla con González de Chávez, la Diputación de Jaén, al cesarme declaró públicamente que la Reforma Psiquiátrica continuaría, siguiendo las indicaciones del Plan elaborado por el Dr. Montoya Rico,

(4) Formalmente los Servicios Psiquiátricos de Jaén dependen de la Fundación Pública «Miguel Servet», entidad creada por la Diputación Provincial en enero de 1982. La Fundación está regida por una Junta Rectora, compuesta exclusivamente por políticos y presidida por un Diputado que no es el Presidente de la Diputación.

(5) Insubordinación, indisciplina e incompetencia profesional son básicamente las tres causas, no probadas en ningún caso, por las que se ha pretendido justificar mi cese.

aprobado por la propia Diputación en noviembre de 1980. Hay clarísimos indicios de que ésto no va a ser así (6). El que ha sido designado nuevo Director de los Servicios Psiquiátricos no se ha recatado nunca en difundir en todas direcciones que el referido Plan Montoya era escasamente válido. Efectivamente, yo también pienso que ese Plan ya no es válido para los responsables políticos de Jaén. Pero eso no se puede decir públicamente, puesto que dos años y medio antes había sido aprobado por una Corporación mayoritariamente socialista. No pueden reconocer haber cambiado de opinión, ya que eso les haría correr el riesgo de incoherencia política ante la opinión pública. Resultaba mucho más cómodo, y menos arriesgado, el convertir al Director de los Servicios Psiquiátricos en un chivo expiatorio en el que depositar todos los errores habidos y por haber y desprenderse de él con absoluta facilidad. No había lugar a pactos ni a salidas «airosas», había que condenarlo de un modo fulminante. El partido obtendría el beneficio de la duda: cuando lo han expulsado de ese modo algo malo habrá hecho, pensará la gente. El tiempo pasa, y pronto se olvidará todo.

Lo que ha ocurrido en Jaén es que el planteamiento de la Reforma Psiquiátrica que había sido puesto en marcha por el PSOE, y el modelo de asistencia comunitaria que implicaba, ha dejado de interesar al PSOE; hace tiempo que dejó de interesarle, pese a haber arraigado en un amplio sector de la población. Por eso la Reforma no podía ser invalidada públicamente, y la salida más fácil era expulsar a su máximo responsable. Eso explica el que nadie se haya preocupado de evaluar seriamente los resultados de la Reforma, ni tan siquiera discutir abiertamente sus posibles logros y sus posibles errores o fallos. La memoria de actividades realizada durante 1982 no me fue solicitada en ningún momento. No obstante, la remití a la Administración una vez fue acordado formalmente mi cese. Curiosamente, uno de los peregrinos motivos que se alegan para justificar el despido ha sido un cierto retraso mío en presentar la Memoria correspondiente a 1981.

2

La Reforma Psiquiátrica de Jaén se puso en marcha a partir de primeros de junio de 1981 y hasta finales de ese mismo año, más o menos, funcionó bien, con el adecuado respaldo político y con la colaboración y hasta el entusiasmo de la mayoría de los trabajadores de los Servicios Psiquiátricos. Durante esos siete meses se establecieron las bases estructurales sobre las cuales había, luego, que impulsar el cambio en profundidad: se delimitaron cuatro sectores asistenciales en la Provincia, se conformaron cuatro equipos multidisciplinares de Salud Mental, se inauguraron la mayoría de los dispensarios, se abrieron las puertas del manicomio, se iniciaron programas para la rehabilitación de los crónicos, etc. (7). El año 1982 debería haber supuesto la consolidación y el desarrollo organizado del Plan de Reforma, de hecho, fue un año en el que surgieron múltiples contradicciones, que tal vez estuviesen ya latentes desde el principio, aparecieron claras resistencias al cambio, hubo serios problemas internos, continuas fricciones y hasta claros enfrentamientos, lo que significó limitaciones, frenos, errores tácticos, desconciertos, estancamientos, momentos de desmoralización, pérdida del entusiasmo inicial, etc. Aunque no se explicitó claramente en ningún momento, cada vez parecía más claro que el Director de los Servicios Psiquiátricos había perdido la confianza de los responsables políticos, o cuando menos le faltaba su apoyo. Muchos trabajadores se fueron apeando del

(6) Tales indicios aparecen ya en las declaraciones a la prensa local del nuevo Director de los Servicios Psiquiátricos.

(7) Véase mi trabajo «La Reforma Psiquiátrica de Jaén...».

carro, antes triunfal, de la Reforma Psiquiátrica. Aparecieron las luchas soterradas por el poder, las rencillas intestinas, las escisiones y las intrigas. Todo eso fue condicionado en gran parte por la ambigüedad y la falta de apoyo suficiente a la Reforma por parte de la Administración, especialmente en los momentos más tensos y conflictivos, y por la creciente inadecuación de la gestión político-administrativa con los objetivos asistenciales teóricamente propuestos. Inadecuación que fue particularmente patente en lo que respecta a determinados aspectos organizativos y a la disponibilidad de los recursos económicos, ciertamente no muy cuantiosos. Como dato significativo resalta la no participación de los técnicos, ni siquiera a nivel de la Dirección, en la elaboración de los presupuestos para el 1983, ni siquiera a nivel meramente consultivo.

A lo largo de 1982 se produjeron importantes bajas en los equipos asistenciales, especialmente entre el personal técnico, atribuibles a diversos factores: bajo nivel salarial, la desmoralización en el trabajo, las continuas interferencias restrictivas de la Administración, la no disposición de la Empresa para convocar y cubrir prontamente las vacantes producidas y sus resistencias para nombrar con rapidez las sustituciones e interinidades necesarias. Se hizo notar la tendencia, cada vez más acentuada, a controlar ideológicamente la selección de personal, tratando de evitar que se contratasen a técnicos excesivamente progresistas. La consecuencia fue, entre otras, la inestabilidad de los equipos, con las consiguientes repercusiones negativas en el desarrollo y en la continuidad de la asistencia, lo que luego cínicamente le sería atribuido a la incompetencia de la Dirección. También se hizo notar la actitud cada vez más restrictiva de la Administración a través de los cuadros intermedios, que controlaba perfectamente, hacia los auxiliares más comprometidos con el proceso de Reforma.

No obstante, a trancas y barrancas, la Reforma de la Asistencia siguió camino hacia adelante, con una marcha inevitablemente lentificada y francamente obstaculizada y frenada. Y con unas perspectivas de futuro no demasiado claras.

A final de 1982 el número de pacientes acogidos en el Hospital Psiquiátrico era de 476, lo que significaba un descenso de 66 con respecto al 31-12-81, es decir, una disminución del 12,22 % del total de la población acogida. Este 12,22 % fue inferior al porcentaje de descenso que se produjo en 1981, que fue del 15,88 %, lo que se explicaba por la creciente dificultad de la reinserción social de los pacientes cronicados, a expensas de los cuales se había producido el referido descenso, y por el frenazo que a lo largo de 1982 sufriera el Plan de Reforma Psiquiátrica.

También descendió progresivamente, en términos absolutos, el número de ingresos totales habidos en la Institución, así como la proporción de los primeros ingresos, al tiempo que ascendió la proporción de los reingresos. Esto podría interpretarse en el sentido que el desarrollo de la asistencia extrahospitalaria, y específicamente el funcionamiento de los dispensarios existentes en la comunidad, había logrado prevenir determinadas hospitalizaciones, evitándose los primeros ingresos en mayor proporción que los reingresos. Es decir, que la atención en la fase de pre-cura parecía haber sido más eficaz que en la fase de post-cura, lo que quizá tuviera algo que ver con el funcionamiento aún no sectorizado de las unidades de admisión. De todos modos, es preciso tener en cuenta que suele ser más difícil la prevención o evitación de los reingresos, especialmente en los casos de pacientes con historias previas de múltiples internamientos, en la que la presión socio-familiar para el internamiento es muchísimo más fuerte y más intensa que en los casos de los primeros ingresos, en los que el sujeto suele estar más vinculado al medio social y ser menos rechazado.

El número de altas (1.008) superó al de los ingresos (976) habidos en el año. Fue significativo el número de altas dadas por orden judicial, que en 1982 fue de 33, por 37 en 1981 y 10 en 1980. Puede decirse que se ha trabajado bien con los denominados «enfermos judiciales», agilizando los trámites y los informes correspondientes, y mejorando los contactos y las relaciones con los jueces. En 1982 hubo 20 ingresos por orden judicial y 33 altas por orden judicial, siendo el balance netamente positivo. Además, se emitieron otros 14 informes judiciales de otros tantos pacientes no hospitalizados, internados la mayoría de ellos en la Prisión Provincial, en donde se les asistía. Otras muchas demandas de atención psiquiátrica fueron atendidas en esa prisión, a requerimiento del Director médico de la misma. De otro modo, algunos de estos presos hubieran sido probablemente ingresados en nuestro Centro, para su tratamiento y para la realización del correspondiente informe.

En cuanto a las fugas, durante 1982 se contabilizaron un total de 125, de las cuales 117 pacientes reingresaron en muy poco tiempo, espontáneamente en la mayoría de los casos. Aumentó por tanto, el número de fugas habidas con respecto al año 1980, en que se contabilizaron 113, pese a que en ese año aún no se había iniciado el Plan de Reforma Psiquiátrica. Pero hay que hacer notar que en 1981, en que ya se habían abierto las puertas de la mayoría de los pabellones, hubo sólo 101 fugas, menos que en 1980. Lo que dejaba en ridículo el falso escándalo que la apertura de puertas produjo en determinados sectores del Hospital Psiquiátrico. Por otra parte, es preciso matizar que de las 125 fugas habidas en 1982, la mitad, concretamente 62, se produjeron en la llamada «Clínica de Hombres», una de las dos unidades que aún permanecían cerradas. De donde se deduce fácilmente que la gente se fuga también cuando se siente incómodamente encerrada. Además, no debiera haberse contabilizado como fuga, como se ha hecho administrativamente en algunos casos, el alta producida por decisión del propio paciente en la «unidad de ingresos voluntarios», en la que el sujeto, que se suponía ingresado voluntariamente, no tenía por qué someterse necesariamente al dictado del alta por decisión médica. Costaba mucho que determinadas mentalidades cambiasen, y en consecuencia se seguían contabilizando como fugas lo que simplemente eran altas por decisión voluntaria del propio paciente.

Pero, con una política de «puertas abiertas y giratorias», el número de ingresos y altas no es demasiado significativo. Tiene mucha más importancia contabilizar el número de estancias producidas. Pues bien, en 1982 se produjeron 198.500 estancias hospitalarias lo que supuso una disminución de 33.574 estancias con respecto al año anterior. En 1981 se había producido un descenso de 22.085 estancias con respecto a 1980, año en que se produjeron un total de 254.239 estancias. Por tanto, la llamada Reforma Psiquiátrica había significado en año y medio, entre otras cosas, un descenso de un total de 55.659 estancias, es decir, un descenso del 21,08 %. Esta considerable disminución de las estancias, evidentemente tuvo una importante traducción económica. un ahorro en los gastos, que deberían haberse orientado hacia la potenciación y desarrollo de la asistencia extrahospitalaria. Lo que no fue el caso.

En los 25 meses que he permanecido en Jaén no fue posible reorganizar en profundidad la asistencia a los enfermos «agudos» o de corta hospitalización, de cara a su completa sectorización. Desde el principio estuvimos vanamente esperando que pudiera ser inaugurada la nueva clínica psiquiátrica, que habría de ubicarse en un edificio próximo al Hospital Psiquiátrico, en la antigua Escuela de Enfermería. Eso es lo que estaba previsto desde antes de mi llegada, e incluido en el referido Plan Montoya. Mientras tanto funcionaron «provisionalmente» tres unidades de admisión, no sectorizadas, aunque siempre se tendió a que los distintos equipos fuesen asu-

miendo el tratamiento de los enfermos agudos de sus respectivos sectores. Dos de estas unidades, las mismas que existían anteriormente, eran cerradas (una para hombres y otra para mujeres) y estaban destinadas a los internamientos forzosos. La tercera, de nueva creación, era abierta, mixta y destinada a los ingresos voluntarios. Durante 1982 en estas tres unidades se contabilizaron 736 ingresos, de los cuales aproximadamente el 30 % se produjeron en la denominada «unidad de ingresos voluntarios». El que casi la tercera parte de los ingresos habidos fuesen voluntarios, indica de por sí que ante la población había mejorado notablemente la imagen del manicomio.

Tras múltiples demoras en el «reformado» y en el amueblamiento, en lo que finalmente se habían gastado casi 50.000.000 de pesetas, la nueva Clínica Psiquiátrica estuvo lista para el mes de diciembre de 1982. Pero la Administración nunca dio vía libre para ponerla en funcionamiento, sin dar la menor explicación. Se me había pedido un proyecto para la organización funcional de la misma, lo que realicé y entregué con la suficiente antelación, ateniéndome en la elaboración de ese proyecto a las líneas explicitadas en el Plan Montoya, teniendo en cuenta los criterios de sectorización y de continuidad en la asistencia y considerando que la Administración no permitiera ampliación alguna en la plantilla laboral. No hubo ninguna discusión ni los responsables de la Diputación dieron ninguna respuesta a ese proyecto. La respuesta la obtendría finalmente en la carta de despido, en la que, entre otras cosas, se me acusa de ser responsable de «la remodelación de la antigua Escuela de Enfermería para su utilización entre otros como unidad de admisión, cuya utilidad para este destino podría ser contestada por su falta de funcionalidad e inadecuación a las necesidades actuales y posibles en un futuro». Más tarde supe que los políticos habían cambiado de opinión y que proyectaban ubicar la referida unidad de admisión en la sexta planta del Hospital General, también dependiente de la Diputación. Por fin algo se hacía inteligible: se trataba de cumplir la proposición no de ley del PSOE sobre la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales. La clínica psiquiátrica, pese al elevado costo, ya no les servía. Para inhibirse de toda responsabilidad, me la cargaron a mí. Ni siquiera en ningún momento me informaron de ese cambio de idea.

Desde su inicio uno de los objetivos prioritarios de la Reforma Psiquiátrica fue la activación de los enfermos crónicos en orden a su posible reintegración en la comunidad, para lo cual se programó un extensa serie de actividades intra y extrahospitalarias. Como consecuencia de los esfuerzos de los equipos asistenciales en esa dirección, desde primeros de junio de 1981 hasta finales de 1982, descendió notablemente la población de crónicos, pasando de 593 a 427 pacientes. De todos modos, al cabo del tiempo se produjo una paulatina pero progresiva desmoralización en el personal que trabajaba más específicamente con los crónicos, más en unos pabellones que en otros, más en unos equipos que en otros. Esa desmoralización derivó fundamentalmente de las crecientes dificultades que se encontraban para la reinserción social de estos pacientes, en una provincia como la de Jaén tan falta de recursos económicos y de servicios sociales. En muchos casos las posibilidades de la simple reinserción familiar (con el consiguiente apoyo y seguimiento de los equipos a los enfermos de alta) parecían haberse agotado. Se echaba en falta el apoyo, o cuando menos la comprensión, para otros posibles programas de rehabilitación por parte de la Administración, al parecer cada vez más desinteresada por el destino de estos pacientes, políticamente muy poco rentables. El programa que se presentó sobre la creación de «pisos protegidos» no obtuvo respuesta alguna. Tampoco tuvo eco mi reiterada propuesta de creación de un club social (para lo que eran precisas unas mínimas reformas arquitectónicas) y para la potenciación y desarrollo de los talleres

ocupacionales. Curiosamente, luego, en la carta de cese se me acusaría de que «el diseño futuro de la unidad para pacientes de larga estancia no contempla mínimamente una organización y utilización de los recursos asistenciales y humanos existentes». Parece evidente que «mi» diseño, que pretendía reorganizar las unidades de crónicos en función de la rehabilitación y reintegración social del mayor número posible de pacientes aprovechando al máximo los escasos recursos asistenciales y humanos, no debió ser del gusto de los responsables de la Diputación. Probablemente pensasen que estos enfermos eran prácticamente irrecuperables y que no debían malgastarse en ellos «excesivos» recursos. Según parece, los crónicos sólo precisarían el personal mínimo para cuidarlos (y vigilarlos) en régimen de «resistencia asistida», eufemismo que encubre mal el clásico régimen manicomial. Habría pues que volver para atrás. Aunque, una vez más, ese pretendido paso atrás no me sería explicitado, entre otras cosas porque desde luego era absolutamente inaceptable. Estaba claro que precisaban otro Director que avalase técnicamente el paso atrás, lo que no sería difícil de encontrar.

Pese a las dificultades y obstáculos encontrado, la Reforma Psiquiátrica en Jaén había supuesto un considerable desarrollo de la asistencia extrahospitalaria, con la creación de nueve dispensarios que en el futuro deberían ser potenciados al máximo hasta convertirlos en auténticos Centros de Salud Mental, y con la progresiva multiplicación de las intervenciones de los equipos sectoriales en la comunidad. Sin embargo, desde 1982 se fueron evidenciando, aunque no de un modo explícito, actitudes cada vez más restrictivas por parte de la Administración con respecto al desenvolvimiento de la asistencia en la comunidad. Las restricciones se fueron materializando en hechos tales como la drástica reducción de las dietas por desplazamientos, desincentivando a un personal que tenía a trabajar cada vez más fuera de la Institución; la firme negativa a conceder un mínimo plus de psiquiatría comunitaria para un reducido grupo de auxiliares psiquiátricos, según habíamos propuesto reiteradas veces; la creciente presión para que el trabajo en la comunidad fuese realizado en el marco de un rígido e inadecuado horario laboral (de 8 de la mañana a 3 de la tarde); la progresiva desvalorización del trabajo extrahospitalario que no fuese estrictamente médico, etc. La Administración parecía pretender que la asistencia comunitaria quedase reducida a una actividad meramente dispensarial y lo más medicalizada posible.

3

Así pues, todo parece indicar que mi cese no ha debido estar motivado por supuesta incompetencia o incapacidad en la tarea de llevar a buen puerto los objetivos indicados en el Plan de Reforma, según se me acusa. Lo realmente ocurrido es que los políticos pretenden cambiar esos objetivos. De lo que se trata es de efectuar un cambio regresivo en el rumbo de la Reforma Psiquiátrica, un cambio de la línea y del modelo asistencial antes propuesto, es decir, de iniciar una «contrarreforma». No puedo saber como ni cuando los reponsables políticos de la Diputación de Jaén decidieron abandonar la Reforma que ellos habían propiciado y poner en marcha la contrarreforma. Pero tal vez recibieron alguna sugerencia al respecto desde Madrid, tras la publicación por el PSOE de sus «Bases para una Política Sanitaria en Salud Mental» en julio de 1982. La contrarreforma debería pasar casi inevitablemente por mi destitución como máximo responsable técnico de los Servicios Psiquiátricos, y mi sustitución por otro técnico más *ad hoc*, a ser posible militante del PSOE. El plazo que al parecer se me dio (aunque no se me diría expresamente nada) fue hasta las próximas elecciones municipales, para ver si yo espontáneamente me «reformaba»,

o mejor dicho, me «contrarreformaba». Pero no sucedió tal cosa, y cada vez debía de estar más claro para ellos que yo estorbaba para el proyectado cambio de planes. Había, pues, que eliminarme. Pero, ¿cómo? Para ellos, lo ideal hubiera sido que yo hubiera dimitido, y tal vez lo intentaron. Eso explicaría el que, sobre todo a lo largo del primer semestre de 1983, la Administración me mantuviese en situación de aislamiento, bloqueando mis iniciativas, respondiéndome con el silencio a mis propuestas, tomando decisiones que afectaban a la asistencia sin consultarme, recortando al máximo mi capacidad de decisión, apoyando a mis opositores, persiguiendo de alguna manera a los que inicialmente me apoyaron, fomentando la escisión de los trabajadores más comprometidos con la Reforma, coleccionando mis posibles fallos o errores, etc. Incluso parecía funcionar ya un nuevo Director en la sombra (más tarde saldría a la luz). Pese a todo no dimití, por lo que tuvieron finalmente que cesarme de un modo fulminante tras las elecciones municipales, para no correr ningún riesgo político.

La «contrarreforma» de Jaén supondrá, según alcanzo a interpretar y prever, una considerable reducción de los objetivos asistenciales, una vuelta atrás con respecto a mucho de lo hasta ahora tan dificultosamente logrado, con la ventaja para la Administración de un abaratamiento de los costes y con una probable reducción de la plantilla laboral en un futuro no demasiado lejano. Según parece, algunas de las plazas que están quedándose vacantes están ya amortizándose.

Por todos los datos e indicios que conozco, el cambio contrarreformista hipotéticamente se irá concretando en los siguientes aspectos asistenciales:

— La ruptura de la actual estructura organizativa basada en el funcionamiento de los equipos sectoriales de Salud Mental y en la continuidad de la asistencia, jerarquizando rigidamente al personal sanitario según el tradicional esquema piramidal. Se implantará paulatinamente la jerarquización estamentaria de todo el personal según sus funciones y categorías profesionales, que serán estrictamente delimitadas, sin tener en cuenta las disponibilidades y experiencias de cada trabajador en las tareas del equipo. Dejará de existir el trabajo en equipo. Es significativa al respecto la pretensión administrativa de crear la Jefatura de Asistentes Sociales, la Jefatura de ATS, y tal vez la de Psicólogos, lo que tal vez contribuirá a la formación de compartimientos estancos, la difuminación de los equipos multidisciplinarios, que perderán autonomía y funcionalidad.

— La fractura estructural de la continuidad de la asistencia dispensada por los equipos sectoriales en los distintos escalones asistenciales. Según parece, los equipos, o mejor dicho los médicos (debidamente jerarquizados según su categoría profesional) quedarán «fijados» en las distintas estructuras asistenciales: unos trabajarán sólo en la unidad de admisión; otros actuarán únicamente en los dispensarios; y habrá quien sólo se ocupe de los crónicos, de los subnormales o de los ancianos. Esto supondrá el abandono de la actual organización territorializada, sustituyéndola por otra organización basada en los servicios específicos y casi independientes entre sí.

— La medicalización de la asistencia, en el sentido de que el tratamiento de los pacientes será de exclusiva responsabilidad de los médicos, tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario (8). Los demás trabajadores se ocuparán de tareas subalternas de mayor o menor entidad, según la categoría profesional correspondiente. La pretensión de crear una unidad psiquiátrica en el Hospital General, sus-

(8) Otra de las acusaciones que se me hacen en la carta de cese, es la de haber autorizado el acceso del personal sanitario a las historias clínicas de los pacientes, a pesar de que el Plan Montoya así lo indica expresamente.

tituyendo a lo que antes estaba concebido como un centro psico-social, y el cobro por acto médico en los dispensarios, así parece indicarlo.

— La disminución de la atención terapéutica y rehabilitadora a los enfermos crónicos, que serán catalogados como residentes asistidos, precisados únicamente de cuidados somáticos y de la adecuada vigilancia. Según parece, se va a reclasificar a los crónicos, agrupándolos por categorías clínicas, con lo que previsiblemente se cerrarán los pabellones que ocupen los enfermos de inferiores categorías clínico-sociales. La reducción del número de unidades de larga estancia puede suponer la vuelta al hacinamiento de la época anterior.

En definitiva, no es extraño que se inicie este cambio contrarreformista. En lo esencial coincide con los criterios de los expertos del PSOE sobre lo que debe ser la asistencia psiquiátrica pública (9). Aunque probablemente no se haya pensado seriamente en las posibles consecuencias regresivas de ese cambio.

4

Lo que parece claro es que mi despido no ha sido una simple cuestión individual, ni tampoco ha constituido un hecho aislado y localizado que haya afectado exclusivamente a la jurisdicción de una determinada Diputación, responsable autónoma de la Asistencia Psiquiátrica de su provincia. Eso sería una interpretación fácil, cómoda y parcializada y por tanto falsa. No es nada difícil poner en relación mi cese en Jaén con el de González de Chávez en Sevilla, con el de Luis Cabrero en Barcelona y con la difícil situación de García Herrera en Málaga (aunque tutelada de Madrid por el INSAM). Los hechos se han dado en cuatro Diputaciones gobernadas mayoritariamente por los socialistas desde 1979, casi las únicas que habían propiciado proyectos diferenciados y autónomos de Reforma Psiquiátrica (10). Los tres ceses se han producido tras las elecciones Municipales de mayo del 83, que reforzaron el poder del PSOE en las referidas Diputaciones (11). No se han dado explicaciones razonables sobre las posibles causas de los mismos, por lo que parecen haber sido consecuencia de inapelables decisiones políticas.

No pueden ser hechos fortuitos, sino que han de responder a causas que algo habrán de tener en común. Hace falta, pues, entender lo sucedido y analizarlo, aunque aún falten datos, y no hay que demorarlo, ya que tal vez sea el prelude de lo que puede suceder en la psiquiatría pública de este país. Frente a ello quizá sea preciso el posicionarse.

He aquí una aportación a ese análisis: tras las elecciones municipales de 1979, el Partido Socialista, solo o en coalición con otros partidos de izquierdas, consigue el poder en ocho Diputaciones Provinciales: Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Málaga, Cádiz, Jaén y Albacete. Los nuevos responsables de las referidas Diputaciones se encuentran con que han de hacerse cargo de gran parte de la Asistencia Benéfico-Pública de sus respectivas provincias y de los correspondientes manicomios, en lamentable estado de abandono. Algo han de hacer, pues los socialistas, como «alter-

(9) Véase «Bases para una Política Sanitaria en Salud Mental», *Cuadernos de Acción Social*, núm. 10, editados por la Secretaría Federal de Acción Social del PSOE, julio 1982.

(10) Véanse los respectivos informes publicados en la Revista de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, Núms. 5, 6 y 7, realizados por Valentin Corcés e incluidos en el libro «La transformación de la Asistencia Psiquiátrica».

(11) Chaves cesó en Febrero de 1983, pero se le había ofrecido la renovación de su contrato hasta las próximas elecciones municipales.

nativa de poder», precisan demostrar la eficacia de su gestión en las parcelas de poder conseguidas, y en el ámbito de Salud Mental tal vez puedan obtener una fácil rentabilidad política de cara al futuro. Pero no sabe muy bien qué hacer ni cómo. Carecen de un programa previo y de proyectos concretos en este campo, que por lo general desconocen. De modo que no tienen otra opción que la de que cada Diputación tome la iniciativa que estime conveniente, aunque sea con ideas no muy claras, con objetivos poco precisados y con bastantes titubeos.

Y así, en Cádiz, se limitaron a encargar un informe a un conocido experto, que una vez recibido será «olvidado». En Valencia, tras diversos forcejeos, se conformaron con construir un muro alrededor de su siempre conflictivo manicomio, con el consiguiente escándalo nacional; hasta que en 1982 crean un «Instituto de Salud Mental», según el modelo del INSAM madrileño. En Albacete congelan la conflictiva Reforma anteriormente iniciada en Málaga, Jaén, Sevilla y Barcelona, impulsan ambiciosos procesos de Reforma Psiquiátrica, auspiciados por los comunistas en los dos últimos casos. Aunque con proyectos distintos, en los cuatro casos el método es similar, concretizado en la contratación para dirigir los respectivos Servicios Psiquiátricos de técnicos que habían participado anteriormente en el movimiento antiinstitucional, pero no afiliados al PSOE, y que serán encargados de poner en marcha las Reformas propuestas y aprobadas por las Diputaciones correspondientes. *A posteriori*, cabe pensar que los responsables políticos no se percataron de entrada de la enorme complejidad de los cambios que se iniciaban, quizá debidos a lo elemental y lineal de sus planteamientos. De otro modo no se explica que en tan poco tiempo hayan cambiado de opinión. Por lo menos, eso sucedió en Jaén, donde los responsables de la Diputación no supieron prever los condicionantes económicos y financieros de la Reforma Psiquiátrica; no quisieron adecuar el rígido aparato jerárquico-administrativo del viejo manicomio a los nuevos objetivos asistenciales, sino que incluso lo reforzaron con mayores trabas burocráticas y ordenancistas; no pudieron digerir las repercusiones sociales que el desarrollo del Plan acarrearían: la apertura del manicomio, la reinserción social de los pacientes y el trabajo en la comunidad, tendrían forzosamente que incidir sobre el conjunto de la población, generando todo tipo de actitudes sociales, en las que habría que haber respondido adecuadamente a nivel técnico y a nivel socio-político. En consecuencia, durante bastante tiempo los dirigentes socialistas de Jaén anduvieron un tanto desconcertados, hasta que, reforzados con el poder, decidieron frenar la Reforma y dar marcha atrás.

Por otra parte, en septiembre de 1981 la Diputación de Madrid crea el Instituto Provincial de la Salud Mental INSAM, dirigido por especialistas afiliados al PSOE. El modelo organizativo y asistencial que elabora el INSAM madrileño será posteriormente adoptado, en sus líneas básicas, por la Secretaría de Acción Social del PSOE, como «alternativa en Salud Mental para las Corporaciones Provinciales», incluida en el documento «Bases para una Política Sanitaria en Salud Mental», publicado en julio de 1982. Meses más tarde, el Partido Socialista conseguirá que en el Parlamento se apruebe una proposición no de ley sobre la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales.

Así pues, en 1982 parece que los socialistas disponen ya de un programa propio para el desarrollo de la Asistencia Psiquiátrica, un programa no demasiado coherente, incluso contradictorio en algunos aspectos, y con algunos planteamientos equivocados o cuando menos discutibles. Sin embargo, lo presentan como algo indiscutible y no lo someten a debate fuera del reducido ámbito de los expertos del Partido (12).

(12) Sobre lo que parece ser el programa del PSOE en Salud Mental, véanse los comentarios de Onésimo González en el núm. 6 de la Revista de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIIATRIA.

Y cuando lo consiguen el poder del Estado y de la mayoría de las Comunidades Autónomas y de las Diputaciones Provinciales, esos expertos creen estar en condiciones para imponer la realización de su programa, de un modo homogeneizado, centralizado y desde luego, absolutamente controlado. A tal efecto, las experiencias autónomas y más o menos desarrolladas de Sevilla, Barcelona, Jaén y tal vez Málaga, han debido parecerles inasimilables, excesivamente heterodoxas o incontrolables. Y sus responsables técnicos, políticamente independientes, quizá no fuesen bastante fiables para ellos, ni fácilmente tutelables desde arriba. Por eso, lo mejor sería eliminarlos, sin diálogo previo, sin discusión alguna, sin negociación posible, inapelablemente. Tal ha sucedido.