

LA ATENCIÓN QUE EXCLUYE

ONÉSIMO GONZÁLEZ ÁLVAREZ
Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva
Universidad de Huelva

RESUMEN

El artículo que presentamos pretende llamar la atención sobre el principio de la Organización Mundial de la Salud, afirmado en 2001, que sostiene que una manera de luchar contra la exclusión social de los enfermos mentales es a través de la atención. Sin embargo, mostramos una serie de ejemplos donde, por un lado, se ponen de manifiesto hitos en la integración social de estas personas sin necesidad de una atención especializada y, por otro lado, ejemplos que no sólo niegan la afirmación de la OMS, sino que van en dirección absolutamente contraria en la medida que son dispositivos de atención que contribuyen a la exclusión social de los enfermos mentales. La manera que planteamos de superar esta situación es la de desarrollar estrategias integrales de atención sociosanitarias.

ABSTRACT

This article wants to pay attention to the principle of WHO, in 2001: one of the different ways of fight against social exclusion of mental patients is through attention. However, we show several examples that, at first, we can see social integration of these people without specialized attention. At second, we can see other examples that contradict the affirmation of WHO and more: they walk on a completely different direction, because they are attention devices that contribute to the social exclusion of the mental patients. The way that we describe to surpass this situation is the one to develop integral social-sanitary strategies of attention.

PALABRAS CLAVES: Atención social, integración, enfermedad mental, exclusión.

KEY WORDS: Social attention, integration, mental disease, exclusion.

La Organización Mundial de la Salud, cada 7 de abril, señala un problema de salud importante a escala internacional, proponiendo un lema relacionado con el mismo, orientador para los distintos gobiernos sobre la dirección más conveniente de los programas dirigidos a su solución o alivio. En el año 2001 el día ha sido dedicado a la Salud Mental, siendo el lema “Sí a la atención, no a la exclusión”. Además de la recomendación a los gobiernos, el hecho mismo de haber dedicado el día a la Salud Mental satisface las reiteradas solicitudes de organizaciones ciudadanas y profesionales, en su deseo de ...”rescatar los temas de salud mental del papel de cenicienta que ocupan en las agendas gubernamentales”(1).

La atención y la exclusión se presentan como dicotómicas, en oposición, pudiendo deducirse del lema que la falta de atención es el fundamento o la causa de la exclusión y que la atención (ocuparse, tener en cuenta, escuchar...) impide o acaba con la exclusión, entendiendo por excluir tanto dejar fuera como sacar a alguien o algo de un grupo o de

un lugar o situación en que sería esperable o lógico que estuviera (2). Las relaciones entre ambos términos, sin embargo, nos parecen más diversas y complejas que la oposición señalada:

En primer lugar existe evidencia empírica, histórica, de que una determinada falta de atención a los problemas de salud mental ha producido una prolongada y masiva exclusión de los enfermos mentales en relación con los otros enfermos y con el común de los ciudadanos. En nuestro país, la manifestación de esta realidad abre el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de 1985, cuyo primer punto dice textualmente: “Discriminación de la atención psiquiátrica y de la salud mental por parte de los poderes públicos” (3). Un año antes, Pablo Recio Arias, entonces Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, en la presentación al Parlamento Regional del proyecto de la ley de creación del Instituto Andaluz de Salud Mental, califica como “grave responsabilidad de nuestro pasado” la ausencia de la “debida consideración” al dispositivo psiquiátrico por parte del poder político (4).

Por contra, y en segundo lugar, también es conocido que importantes avances contra la exclusión de los enfermos mentales se han producido sin una atención o consideración específica previa, al estar inmersos en procesos sociales, políticos o históricos más amplios. Es el caso, por ejemplo, de la Constitución Española de 1978, que significó para los enfermos mentales el acceso a la condición de ciudadanos sujetos y titulares de derechos, de lo que carecían hasta entonces (equiparados a los animales feroces o dañinos en el Código Penal, entre 1848 y 1983, o susceptibles de privación de libertad de duración indeterminada o indefinida sin ningún tipo de garantía jurídica, etc.). En este caso, los derechos y libertades del Título Primero se refieren a “los españoles” (Art.14 C.E.) “todos” (Art.15), enfermos mentales o no. De hecho, todos los españoles, hasta entonces, habíamos carecido de derechos y libertades, reducidos a la condición de súbditos.

Inclusión similar, en un ámbito más reducido, es la que trae el Código Penal de 1995 (Ley Orgánica 10/95 de 23 de Noviembre) al derogar la Ley sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970 (heredera de la de Vagos y Maleantes), acabando con los estados peligrosos sin delito y con las medidas de seguridad indeterminadas, es decir, con la inseguridad jurídica de los enfermos mentales, y de los demás marginados y marginables que les acompañaban tanto en el plano jurídico como en identidad y consideración social (prostitutas y homosexuales, pobres, bebedores y consumidores de drogas ilegales, vagabundos, pediguñeos, pequeños delincuentes, etc.).

En tercer lugar, hay casos en que se muestra cierta la relación que señala el lema de la O.M.S.: La atención impide la exclusión o trata de acabar con ella. De esto tenemos algunos ejemplos que suponen logros importantes en el plano de la letra de las leyes (por desgracia, menos en su aplicación y en la realidad, como luego veremos). Tales son la Ley de Integración Social de los Minusválidos (L.I.S.M.I., Ley 13/82), el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/86) o la inexistencia en España de una ley específica de internamiento y asistencia a los enfermos mentales.

En todos los casos citados ha sido determinante la participación e intervención de

colectivos ciudadanos, del campo sanitario, del trabajo social, de los propios afectados y de sus familias. El profesor catalán Antonio Vilá (5), al referirse al nacimiento de la LISMI señala como “su historia está íntimamente vinculada al proceso de creación del nuevo Estado democrático, social y autonómico”, vinculación que también está presente en los demás ejemplos citados. La LISMI desarrolla el artículo 49 de la Constitución y fué promulgada en 1982, gobernando U.C.D. y siendo Calvo Sotelo presidente del gobierno, pero su gestación se había iniciado bastantes años antes, en la mitad de la década anterior, a partir de movilizaciones de colectivos y organizaciones de personas con discapacidad, que conduce en 1977 a la creación de la Comisión Especial del Congreso para el estudio de los problemas de los minusválidos que... “presidida con eficacia y tenacidad por el diputado Ramón Trias Fargas, con una amplia participación, consiguió cinco años más tarde, y por unanimidad, la aprobación de la LISMI” (5). El propio Sr. Trias Fargas resumía así el propósito del esfuerzo ciudadano y legislativo...

“El objetivo que hay que alcanzar radica precisamente en llegar a un punto en el que no hagan falta leyes especiales porque las personas afectadas estén integrados en un plano de igualdad absoluta en la legislación general aplicable a todos los españoles”...

Por el momento la LISMI incluye a los enfermos mentales cuyas capacidades psíquicas sufran menoscabo persistente o permanente, con limitación en sus posibilidades de integración educativa, laboral o social. Como los demás disminuídos físicos o sensoriales, deben ser objeto de la misma política de amparo de derechos, atención e integración.

Las potencialidades que encierra dicha ley en lo que se refiere a la integración social de los enfermos mentales han sido muy poco tenidas en cuenta por las administraciones socialistas, quienes se han decantado más por formas de atención excluyentes, como luego veremos.

Similar carácter de “atención que incluye” tiene la no existencia de una ley de internamiento y asistencia a los enfermos mentales, alternativa al Decreto de 1931. Los trabajos, escritos, cartas y otras actividades de colectivos profesionales del derecho y de la psiquiatría de Cataluña, Asturias, Madrid y Andalucía (6) consiguieron modificar el criterio de la Comisión del Ministerio de Justicia, constituida en 1982, para el estudio de la problemática derivada del internamiento de los enfermos mentales, al cuestionar la Constitución el Decreto de 1931.

En dicha comisión se llegaron a desarrollar hasta siete borradores de proyecto de ley alternativos al Decreto de 1931, pero al final se impuso la tesis de que el internamiento no podía ser concebido más que como tratamiento o condición para el mismo, por lo que, para evitar discriminaciones, su desarrollo se remitió a la futura Ley General de Sanidad (7-8). En la medida que el internamiento podía suponer privación de libertad, cuando se produce contra o al margen de la voluntad del sujeto, en la nueva redacción del Código Civil (Ley 13/83), el Art. 211 establecería la intervención judicial, garante del derecho a la libertad del que se ingresa de modo no voluntario. Adviertase que, desde el primer momento, la intervención judicial obedece a la defensa del derecho a la libertad del sujeto. El juez civil autoriza o no, o aprueba o no una medida de tipo clínico-médico

(9). Obviamente, al tratarse de un derecho fundamental, tanto en su duración como en su naturaleza ha de ser lo más breve y lo menos restrictiva posible.

El último ejemplo de lo que calificamos como atención que incluye es la Ley General de Sanidad (Ley 14/86) y concretamente su artículo 20, que establece la total equiparación del enfermo mental con las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, e impone la plena integración de las actividades relativas a la salud mental en el sistema sanitario general. Como en el caso anterior, la idea que subyace es que la existencia de normas, dispositivos o servicios específicos sirven principalmente para señalar la diferencia y fundamentar la separación y la discriminación.

El referido artículo 20 de la Ley 14/86 es un resumen o destilado del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (3), constituida tras algunas dudas y vacilaciones del gobierno del P.S.O.E. (10-11), a partir de las razones, presiones e insistencia del colectivo profesional articulado en torno a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Un elemento común en los tres procesos de atención que incluye señalados es el protagonismo de las asociaciones y organizaciones ciudadanas, interesadas o concernidas por los cambios de las leyes. En el margen o al margen de los partidos consiguen orientar, modificar o determinar las producciones legislativas, y lo que es más importante, amplían la representación. Corrigen los tres vicios fundamentales de nuestra democracia (poco representativa, no deliberativa, no participativa).

Las disposiciones legales citadas hasta aquí (Constitución, C.Penal, modificaciones del C.Civil, L.G. de Sanidad, LISMI) en su conjunto, además de “inclusivas” en lo referido a los enfermos mentales, pueden ser calificadas como avanzadas y democráticas... y voluntaristas, calificativo este último que se ha mostrado bien cierto, dado que frente a la norma democrática, avanzada y garantista, la realidad sigue siendo tan miserable como señalabamos en 1988 (12), con diferencias territoriales en el desarrollo de los servicios injustas e intolerables, persistencia del manicomio con viejos y nuevos nombres, con gran precariedad en el desarrollo de los recursos y programas para los que padecen trastornos crónicos e incapacitantes, o en quienes concurren trastorno mental y abuso de sustancias, las gravísimas carencias para la atención a los niños, adolescentes y ancianos, los enfermos mentales en prisión o los sin techo.

La distancia entre norma avanzada y realidad miserable tiene que ver con la inercia de las conciencias y de las instituciones, con rutinas seculares, a veces con falta de recursos y otras con despilfarro y, sobre todo, con intereses, tanto personales y corporativos como financieros e industriales.

Hay provincias y regiones en las que persisten la discriminación y la falta de atención a que se refería el informe de la Comisión Ministerial, pero en otras, existiendo atención, considerándose los trastornos mentales de modo específico, en ocasiones también de manera prolongada y compleja, se acaba en nuevas formas de exclusión, dejando a los enfermos mentales fuera o sacándolos de donde debieran estar, volviéndolos a su condición

de diferentes, distintos, del común de los ciudadanos, de los demás enfermos o, en su caso, de los otros discapacitados.

Pasamos a referir algunos ejemplos de esta ATENCIÓN QUE EXCLUYE, que se da tanto en el campo jurídico como en el sanitario o el de los servicios sociales, o entre unos y otros.

En 1997, un observador tan cualificado como JULIÁN ESPINOSA IBORRA (13) podía decir que... “hasta hoy mismo, la mayor parte de las sentencias que he visto, hacían una correlación automática entre enfermo-esquizofrénico-peligroso-inimputable”. El loco sigue siendo solo loco y todo él loco, y la locura, como siempre, peligro o amenaza. La Constitución, La Ley General de Sanidad, el Código Penal han dejado claro que el loco, antes que nada es un ciudadano como los otros, un enfermo como los otros, sujeto de derechos y centro de imputación de responsabilidades (14), (salvo en circunstancias muy determinadas y por conductas muy concretas). Lo grave del asunto reside en que las inercias y las resistencias están en las cabezas de quienes tienen que aplicar las leyes, cuyos cambios parecen serles desconocidos.

Consecuencias más llamativas, por el debate que se suscitó, tuvo la particular atención que prestaron al enfermo mental quienes elaboraron el artículo 765 del Proyecto de Ley de Enjuiciamiento Civil, que venía a sustituir el 211 de la Ley 13/83 (con la modificación de su primer párrafo por la Ley 1/96). Decía así el último párrafo del tal artículo 765 del proyecto legislativo: ...”cuando los facultativos que atienden a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento lo comunicarán al Tribunal para que resuelva lo procedente”. Como señalamos desde la Asociación Andaluza (15) ese párrafo suponía la quiebra completa del sistema instaurado en 1983 según el cual los ingresos y las altas obedecen a motivos clínicos, y son indicados por facultativos médicos, en los enfermos mentales como en los demás enfermos. Solo en el caso de ingresos involuntarios, “cuando la persona no esté en condiciones de decidirlo por sí” interviene el juez, como garante del derecho a la libertad de esa persona, para autorizarlo o aprobarlo, o no. De hecho, en buena parte de los autos de autorización de ingreso se recogen recomendaciones de la jurisprudencia española e internacional instando a que la privación de libertad y en general, las medidas restrictivas, sean lo más limitadas y lo menos duraderas posibles. Esperar a la autorización del juez para el alta, lo que tardase, supondría una lesión gratuita a un derecho fundamental, empezariamos a justificar internamientos por motivos diferentes a los clínicos (defensa social o motivos sociales) y supone encargar a los jueces (decidir el momento del alta médica) una tarea que no les compete.

Tal párrafo tuvo la virtud de “resucitar” a profesionales del derecho y de la psiquiatría de los que habían intervenido en la redacción de las leyes, en los primeros años de la década de los 80, abriéndose un amplio debate en la prensa general y profesional, en asociaciones ciudadanas, en el seno de los partidos políticos y en diversos órganos de la administración, con intervenciones decisivas de nuevos profesionales y colectivos ciudadanos (16). Tal movilización consiguió la eliminación del párrafo contestado y la restitución a los clínicos de su competencia y responsabilidad en las altas, y además una atenta reconsideración de todo el artículo, a la luz de la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional, de tal

manera que el resultado final (Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil) puede ser calificado de avanzado y garantista, acorde con los anteriores criterios interpretativos, con la jurisprudencia europea, con los criterios del Defensor del Pueblo y con lo que establece el Convenio de Oviedo (17). Su estricta observancia no es fácil, sobre todo para los jueces de primera instancia encargados de aprobar los ingresos involuntarios urgentes, dadas las obligaciones que les impone y la perentoriedad de los plazos.

En el ámbito sanitario hay ejemplos notables de lo que hemos calificado como atención que excluye, siendo uno de los más trascendentes lo ocurrido con la asistencia a los casos de abuso de sustancias y drogodependencias, en Andalucía (y en alguna otra comunidad). Aquí el inicio de la Reforma Psiquiátrica (integración de redes, integración en el Servicio Andaluz de Salud, desmantelamiento de manicomios, apertura de centros y servicios en la comunidad, etc.) coincide, a mediados de los ochenta, con la “epidemia de heroína” y la consiguiente alarma social. Las dificultades desde el dispositivo psiquiátrico en transformación y las presiones de las familias de los consumidores de heroína producen una respuesta político-electoral que abre una red específica para los problemas de dependencia y abuso de drogas ilegales, fuera del dispositivo sanitario, vinculada a la Consejería de Servicios Sociales y a las diputaciones. Ahora mismo se trata de una red separada y divergente de la sanitaria (18-19) en una situación que además de sacar del ámbito de la salud mental (y por tanto del sanitario general) la atención de los problemas adictivos y de abuso, legales e ilegales, lleva camino, si persiste, de fundar cambios conceptuales en la idea y el ámbito de la salud mental...

En otras comunidades (por ejemplo, Navarra, Asturias) los problemas adictivos y de abuso no han sido excluidos y competen a la red de salud mental... Esperemos que este criterio se imponga, y el Consejo Interterritorial sea capaz de imponerlo.

Similar atención excluyente aunque más generalizada, es la que se está prestando a los trastornos de la conducta alimentaria. Aquí, en los ámbitos políticos y administrativos, de cualquier signo, todos prometen o abren unidades específicas. Coincido con los que piensan (20-21) que no existen razones clínicas, asistenciales ni epidemiológicas que pueden fundamentar la existencia de unidades específicas o patográficas. La anorexia nerviosa (paternoanorexia o anorexia de las vírgenes le llamaba Babinsky, expresión feliz por el caudal de información que encierra, en tan pocas palabras...) como los otros trastornos alimentarios, son parte de los trastornos mentales y de la conducta, y deben ser abordados en el conjunto de dispositivos y programas de la red asistencial. Aquí, la exclusión obedece a diversos motivos, desde la presión de los padres de las anoréxicas, que saben utilizar los resortes político-electorales (“no están locas, no son enfermas mentales”), hasta el mimetismo con las unidades y servicios propios de países con formas de aseguramiento privado y múltiple, pasando por la creciente pleyade de “anorexólogos”.

En el ámbito sanitario, y en el concreto de la salud mental, nos ha parecido especialmente grave el concierto establecido entre la Consejería de Salud de Andalucía y la Orden de S. Juan de Dios para el ingreso de pacientes psiquiátricos, de toda Andalucía, en el Hospital S. José de Málaga.

Contradictorio con los objetivos de la reforma andaluza y posiblemente ilegal, es una de las máximas expresiones de atención que excluye, ya que encierra a la vez que destierra a los enfermos (22-23).

Por último, me parece de especial importancia considerar la forma de atención que excluye que suponen iniciativas como la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (F.A.I.S.E.M.) y otras similares, que parten de considerar lo socio-sanitario como un espacio real, interpuesto entre el social y el sanitario, y no como lo que debe ser, un espacio virtual (24) de gestión de casos, desde la integración incluso física de los servicios sanitarios y sociales.

En 1985, la Comisión de Asistencia de la A.E.N. (25) decía que solo se puede dismantelar el manicomio en un plan socio-sanitario integrado. En 1988 tuve ocasión de recordarlo (26) así como de apuntar la importancia tanto práctica como teórica y epistemológica de la dialéctica plan integrado-competencias delimitadas.

La integración socio-sanitaria no es un principio etéreo o evanescente. Aparte la formulación de F. Moreu en el artículo antes referido (“conexión, incluso en el mismo espacio físico de los equipos de atención primaria de salud y de servicios sociales”), la O.M.S. desde el programa T.U.F.H. (Towards Unity for Health) propugna la integración de servicios “llevada a su máxima expresión” incluyendo la salud pública, la comunidad de vecinos y la asistencia social, además de los dispositivos asistenciales clásicos (primaria y especializada) (27). Se trata de fomentar la unidad de servicios y de que todos los actores implicados trabajen juntos.

La Fundación obedece a la lógica contraria. Ente real, no virtual, con edificios, personal, camas, talleres y otros recursos propios interpuesto entre el espacio sanitario y el social, e invadiendo ambos (28), oferta vivienda, talleres y lugares de ocio, solo para enfermos mentales, rompiendo con el principio general de no exclusión ni discriminación y de integración, incluido en las leyes (sanitaria, social, civil, penal), volviendo de nuevo a señalar la diferencia, a practicas y a justificar la separación y la discriminación.

La existencia de la Fundación, con recursos propios, así como la ambigüedad de sus límites propician la creciente inhibición de los servicios generales, sanitarios y sociales, así como complicaciones y “distorsiones” en la relación entre unos y otros, la existencia de múltiples mensajes a los usuarios... , riesgos, por cierto, conocidos por los propios impulsores de la Fundación (29). La inhibición referida (retrasos cuando no negativas expresas de los gestores de servicios sanitarios y sociales a la apertura, creación o ampliación de actividades y servicios que les competen...” Ya tienen Vds. a la Fundación”) muestra además el carácter insuficiente del recurso, que hemos calificado de “gota en el mar de las necesidades” (30). En junio de 2000 cuenta con 551 plazas en Casa-Hogar, Pisos y Pensiones, para toda Andalucía (más de siete millones de habitantes) así como 993 asistentes a talleres y centros ocupacionales (toda Andalucía) (31). Solo en los centros penitenciarias

comunes se contabilizaron en 1999, 370 enfermos mentales crónicos (32), además del número creciente que acaban en centros para deficientes, los sin hogar o los sostenidos entre la familia, la inyección quincenal y la consulta mensual.

Decía Sánchez Ferlosio que “las cosas que fundan los humanos suelen generar un impulso de perduración al margen de sus fines y al cabo contra ellos... Visto, pues, que el impulso de toda fundación es perdurar, quienes no quieran la perduración, sino los fines, renuncien a fundar”...

La lógica de la Fundación es la misma lógica de la fragmentación, la privatización y la concertación de recursos, la lógica del capital y del movimiento del dinero, la misma que de modo expreso y público defienden los políticos conservadores: La Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Mejora del Sistema Sanitario se propone sacar la atención de enfermedades crónicas de la asistencia pública e integrarla en una nueva red de asistencia socio-sanitaria, financiada mediante el copago y en cuya creación tendría un relevante papel el sector privado. Aquí hay un mercado, un área de negocio de unos tres billones de pesetas (33).

El partido socialista, en estos momentos, mantiene la defensa de lo público en los papeles y los programas, pero su política de hecho no es muy diferente a la propugnada por los partidos supuestamente más a su derecha, D.Julián García Vargas, (34) muy recientemente, elogió las fundaciones, el modelo Alcira y el copago. No hace mucho que el Sr. García De Arboleya pasó de Consejero de Salud socialista a Gerente de relaciones externas de M.S.D. de España, y D. J.M. Freire, de Coordinador Federal de Salud del P.S.O.E. a Gerente del Hospital M.D. Anderson International España...

A pesar de estas políticas de hecho, a la izquierda del P.S.O.E., no hay nada relevante, solo la sociedad.

La vía que hemos apuntado más atrás al hablar de la atención que incluye, los colectivos sociales organizados al margen de los partidos (o en su márgenes) es la que posibilita las transformaciones, haciendo simplemente lo que tienen que hacer sus miembros, ejercer de ciudadanos, intervenir en lo que los concierne, ampliar y abrir la democracia.

Los políticos de uno y otro signo, salvo excepciones, comparten una concepción de la democracia que por una parte excluye la participación, solo contempla la representación (en nuestro caso, con el sistema de listas cerradas y bloqueadas, lo representado son los aparatos de los partidos), y que con demasiada frecuencia, sobre todo con mayorías absolutas, impide la deliberación. Se trata de una concepción definida (y defendida) de modo preciso por The Wall St. Journal. En su número de 30 de Noviembre de 2001 al referirse a las recientes movilizaciones universitarias contra la L.O.U. dice... “En democracia, la gente elige a sus gobernantes para que legislen; los agitadores callejeros deben esperar hasta que les llegue su turno en los siguientes elecciones”.

Con una mayor y mejor representación de la ciudadanía, entendiendo la participación más allá del voto y la delegación cerrada, sin temor al debate y a la deliberación, entendiendo

la democracia como un proceso abierto y sin fin, seguramente no habría agitación callejera, pero las leyes así como las políticas y decisiones de la administración, servirían a otros intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APARICIO V (2001): “Día 7 de abril: Sí a la atención, no a la exclusión”. En *Rev. A.E.N.* XXI, 77; 3-4.
- SECO, M (1999). *Diccionario del español actual*. Aguilar. Madrid
- INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA (1985): En *A.E.N. Vol.13*, 204-222.
- RECIO, P. (1984) “Presentación del proyecto de Ley por el que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental”, en *A.E.N. Vol.10*; 291-297.
- VILÁ, A. (2001): “Los derechos sociales de las personas con discapacidad” ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? En *Medica Internacional sobre el Síndrome de Dawn*, 5-2; 27-31.
- DOSSIER LEGISLACIÓN PSIQUIÁTRICA Y CARTAS A DON LIBORIO HIERRO SANCHEZ- PESCADOR (1983): En *A.E.N. III-8*;133-144.
- MARTINEZ, P. Consideraciones generales sobre los internamientos psiquiátricos involuntarios. (inérito)
- GONZÁLEZ, O (2000): “La A.E.N. y la situación jurídica de los enfermos mentales”, en *Cuadernos Técnicos nº3*.
- GONZÁLEZ, O. (1995): “La presumption d’incapacité civile dans la loi espagnole et les problèmes de son application dans la pratique”, en *Cahiers Pollen, nº5/6*. París.
- “Discurso pronunciado por el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, Pedro Sabando, en la inauguración de las Jornadas sobre salud mental celebrada en el mes de Sep. en Madrid”. *Rev. A.E.N., III-8*, 1983; 147-148.
- Informe de la Junta Directiva de la A.E.N. a la Asamblea de la Asociación, en Malgrat, el 2-Junio-1984. *A.E.N., IV-10*, 1984; 290.
- Salud mental y legislación. Editorial. *Rev. A.E.N. VIII-25*. 1988; 179-180.
- ESPINOSA, J. (1997): “El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código”, en *A.E.N., XVII-64*; 607-625.
- FERNÁNDEZ ENTRALGO, J. (1996): “Prólogo”, en *Psiquiatría Legal y Forense*, de J. J. CARRASCO Y J.M. MAZA. Ley Actualidad. Madrid.
- DUEÑAS, C. (1999): “Sobre el proyecto de ley de enjuiciamiento civil”, en *A.E.N. XIX-72*; 730.
- DUEÑAS, C. (1999): “Acerca de la propuesta legislativa para modificar los internamientos psiquiátricos no voluntarios”, en *A.E.N. XIX-72*; 567-570.
- MAGRO, V.(2000): “La modificación legislativa de las medidas de internamiento no volunario de personas por razones psíquicas en la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil”, en *Diario la ley*, 24-V-2000, 5010.
- COMAS, D. y IBAÑEZ, F. (1997): “La red de salud mental y la atención a los drogodependientes en España”, en *Documentos Técnicos nº4.G.I.D*, Madrid.
- GAMELLA, J. F. (2001): “Mareas y tormentas: ciclos de policonsumo de drogas en España (1959-1998). Algunas consecuencias estratégicas para el diseño de políticos públicos”, en *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 01-01-2001*; 7-18.

- MENÉNDEZ OSORIO, F. y PEDREIRA MASA, J.C. (1999): “Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes” en *A.E.N. XIX-69*; 722.
- SIMÓN LORDAD (1999): “Anorexia, Bulimia: Un empacho político de peso”, en *SISO/SAUDE*, 32/99; 107.
- TRUJILLO VERA, A. (1997): “Psiquiatría Andaluza”, en Cartas al Director. *El País Andalucía*. 13-febrero-1997.
- TRUJILLO VERA, A. (1995): *A.A.N. IV-8*; 3.
- MOREU, F. (2001): “El espacio socio-sanitario no existe, es solo virtual”, en *Tribuna Diario Médico* 19-Enero-2001; 6.
- COMISIÓN DE ASISTENCIA DE LA A.E.N. (1985): “Sobre el modelo de asistencia en salud mental”, en *A.E.N. V-15*; 535-555.
- GONZÁLEZ, O. Sobre la Reforma Psiquiátrica en Andalucía. *Rev. A.E.N. VIII-26*. 1988. pág. 515-522.
- DIARIO MÉDICO. Sección Gestión. 26-Sep-2001.
- TRUJILLO, A. (1994): en *A.A.N.*, III-67; 3-4.
- LARA LÓPEZ, M. (1997): “La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental: nuevas instituciones y formas de gestión”, en *LEAL RUBIO*, (coord.) Equipos e Instituciones de Salud (mental), Salud (mental) de equipos e instituciones; 149-168.
- GONZÁLEZ, O. (2000): “La reforma psiquiátrica en Andalucía”, en *Papeles del P. Jofré*. 4-1; 46-59.
- F.A.I.S.E.M. (2000): Documentos de Trabajo nº1 y 2. Junta de Andalucía.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ (1997): Situación de los enfermos mentales internados en *centros penitenciarios andaluces*. Sevilla.
- MARTÍN M. (2001): “La confrontación por la asistencia socio-sanitaria”, en *Tribuna. Diario Médico*. 5-10-01.
- OCHOA, A. (2001): “Resumen de la intervención de D. Julián García Vargas en el Seminario Gestión estratégicas y política sanitaria y socio-sanitaria” en *Diario Médico del 23-11-01*.

